

# Algunas características de la morbilidad de los adolescentes y el uso que hacen de los servicios de salud

Dres. José Portillo <sup>1</sup>, Jorge Martínez Torena <sup>2</sup>,  
María Luisa Banfi <sup>2</sup>, Soc. Oscar Roba <sup>3</sup>

## Resumen

Como parte del proyecto "Programa de Salud Reproductiva para Adolescentes" que se ejecutó en la Facultad de Medicina, con el apoyo financiero del Fondo de Población de las Naciones Unidas (FNUAP) y apoyo técnico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), se realizó una encuesta entre adolescentes de 13 a 19 años en Montevideo. Dicha encuesta, realizada a 1.475 adolescentes, es representativa de los 134.546 adolescentes montevideanos de esa edad, de acuerdo a los datos del último censo.

El objetivo principal de la encuesta fue una investigación sobre sexualidad.

Aprovechando la gran cantidad de información obtenida, aquí se presentan y se discuten datos sobre: presencia o ausencia de enfermedad; tipo de enfermedad padecida; servicios de salud utilizados y sus características; frecuencia y oportunidad de uso; conocimientos sobre enfermedades de transmisión sexual (ETS); incidencia de ETS.

**Palabras clave:** Adolescencia

Servicios de salud-utilización

Encuestas epidemiológicas

Encuestas de morbilidad

## Introducción

Durante los años 1990, 1991 y 1992, el Grupo de Investigación en Adolescencia de la Facultad de Medicina, con apoyo económico del Fondo de Población de las Naciones Unidas y técnico de la Organización Panamericana de la Salud (OPS), ha logrado efectivizar diferentes objetivos dentro del llamado Proyecto "Programa en Salud Reproductiva para Adolescentes" y vinculado a la ciudad de Montevideo, entre ellos se destaca la realización de

una encuesta en 1.475 hogares, sobre conocimientos, actitudes y prácticas sexuales <sup>(1)</sup>.

### Importancia del tema

El comportamiento sexual y reproductivo del adolescente ha cambiado sustancialmente en todo el mundo. La influencia que en el mismo tienen los factores socio-económico-culturales es indudable y los problemas no son los mismos, por lo tanto, en las distintas clases o estratos sociales ni en los diferentes países <sup>(2)</sup>.

En el momento actual, se puede describir una revolución sexual brindada a través de filmes, televisión, revistas y por otro lado, padres que no han realizado una educación sexual acorde a las vivencias actuales. El adolescente comienza a vivir su sexualidad en pareja, sin haber tenido la más de las veces un asesoramiento adecuado para emprenderla. En algunas oportunidades las conse-

1. Médico pediatra. Epidemiólogo. Coordinador del proyecto.

2. Médicos ginecotocólogos.

3. Sociólogo.

**Correspondencia:** Dr. José Portillo, Libertad 2378/201. CP 11300. Montevideo, Uruguay.

Presentado: 22/7/94

Aceptado: 12/8/94

cuencias pueden ser de riesgo para la salud del adolescente, por ejemplo el embarazo no deseado, enfermedades de transmisión sexual<sup>(1)</sup>, no uso de métodos anticonceptivos, embarazos no controlados, abortos provocados, hijos sin control médico, no asistencia a consulta ginecológica, no realización del autoexamen de mamas, etc<sup>(3-7)</sup>.

Uruguay tiene muy baja natalidad, tasa de 19‰, con una tasa de fecundidad de 2.87<sup>(8,9)</sup>.

En 1985 nacieron en todo el país 53.766 niños. 146 eran de madres menores de 15 años y 6.442 de madres entre 15 y 19 años, lo cual significa alrededor de 12% de nacimientos en madres menores de 20 años para todo el país. En Montevideo, en el Hospital Pereira Rossell, este porcentaje sube a 20% (MSP). De esos nacimientos de madres de 15 a 19 años, (6.422), 3.544 fueron legítimos y 2.894 ilegítimos, en todo el país.

En Montevideo el número de nacimientos ilegítimos aumenta año a año, siendo en 1981 (MSP) 25.3% del total. En el caso de madres menores de 19 años ese porcentaje sube a 44%<sup>(10)</sup>.

Si bien el número de partos institucionales en Uruguay es de 97%, la mortalidad materna sigue siendo de 38/100.000.

En 1989, un estudio realizado en un liceo religioso de Montevideo, 48% de los encuestados tenía relaciones sexuales completas o incompletas, 37% de los varones manifestaron tener relaciones sexuales sin "lazos afectivos", mientras que sólo 18% de las mujeres dieron tal respuesta. La edad de comienzo de las relaciones sexuales, promedio, fue para los varones de 15 años y para las mujeres de 16 años<sup>(11)</sup>.

Analizando la mortalidad del grupo de adolescentes en su globalidad, se encuentra que es baja (0.5%)<sup>(10)</sup>.

No obstante, el estudio de las causas de muerte de los adolescentes muestra que las mismas se encuentran determinadas por causas previsibles. La primera causa de muerte entre los 10 y 19 años la constituyen los accidentes y efectos adversos, que son casi la mitad de todas las muertes de adolescentes (47%). De ellas, constituyen una gran proporción los accidentes de tránsito y de vehículos automotores.

La segunda causa de muerte esta constituida por los tumores malignos, los que representan 12%. La tercera causa lo son las enfermedades del aparato circulatorio (7%), en tanto que en el cuarto lugar (4%), se encuentran los suicidios y lesiones autoinfligidas (Uruguay cuenta con la más alta tasa de suicidios de la región, similar a la de EE.UU.)<sup>(10,12)</sup>.

El conocimiento de la morbilidad es fragmentario porque en nuestro país no existe un sistema de información que incluya a todo el sector salud y sólo se cuenta con información puntual, no periódica, del sector oficial. El

estudio a través de los egresos de los hospitales dependientes del MSP, nos muestra que entre los 10 y 14 años, las principales causas de internación son: primero los accidentes y segundo las enfermedades infectocontagiosas y parasitarias. En cuanto a la causa de internación en el grupo de 15 a 19 años, las principales causas son los partos, los accidentes y los cuadros psiquiátricos.

#### Objetivos

En este trabajo nos proponemos:

1. Uso que hacen los adolescentes de los servicios de salud y la causa por la cual consultan.
2. Analizar parte de la información obtenida en la encuesta sobre salud reproductiva de adolescentes a:
  - consulta ginecológica;
  - padecimiento de ETS.

#### Material y método

Para la investigación, se han tomado los adolescentes entre 13 y 19 años y 364 días de la ciudad de Montevideo, capital de la República Oriental del Uruguay. Se han descartado los adolescentes menores de 13 años, entendiendo que las dificultades en la aplicación del mismo cuestionario eran tan grandes que podían invalidar las respuestas.

De acuerdo con este último censo<sup>(8)</sup>, la cantidad de adolescentes entre 13 y 19 años (población objetivo) es de 134.546 (alrededor de 10% de la población de Montevideo).

Para ubicar o adscribir a los adolescentes a cierta clase social, ha sido necesario conocer la realidad socioeconómica de su hogar, interrogando también al jefe de familia o del hogar, entendiendo por tal "aquel que tiene la mayor responsabilidad en el aporte económico". Por clase social entendemos: "grandes grupos de hombres que se diferencian entre sí por el lugar que ocupan en un sistema de producción históricamente determinado, por las relaciones en que se encuentran con respecto a los medios de producción, por el papel que desempeñan en la organización del trabajo y consiguientemente por el modo y la proporción en que perciben la parte de riqueza social de que disponen".

El objetivo del diseño muestral es relevar información aportada por adolescentes —entre 13 y 19 años de edad— en el Departamento de Montevideo, con representación de las clases socio-económicas.

Dados los objetivos del trabajo, la muestra debió ser representativa de la población del departamento de Montevideo.

No existe un marco de referencia que permita ubicar a los hogares en los que residen adolescentes, así como tampoco existe uno que clasifique a los hogares o a las

viviendas (unidades físicas de selección) de acuerdo a las características demográficas o socio-económicas. Por otra parte, Montevideo no es una ciudad en la que se encuentren áreas perfectamente definidas en relación a las características socio-económicas de sus pobladores, tales como barrios obreros, barrios "altos" o barrios "pobres" que sean homogéneos internamente. A lo sumo, se encuentran áreas en las que sus pobladores son predominantemente obreros, o pertenecientes a determinado nivel socio-económico. Pero en cada una de ellas es posible encontrar hogares con características diametralmente opuestas ubicados, muchas veces, en viviendas contiguas. Esto hace que no se puedan construir estratos de área en el sentido conceptual estricto de grupos homogéneos de unidades de investigación.

A los efectos de cumplir con los objetivos, fue necesario diseñar y seleccionar una muestra representativa de Montevideo.

La muestra resultará autoponderada, a los fines de efectuar estimaciones sobre parámetros de la población comprendida en el área para la que fue diseñada, para efectuar estimaciones sobre la totalidad del departamento de Montevideo, mediante la utilización de factores de ponderación adecuados.

La muestra del departamento de Montevideo se seleccionó de acuerdo al siguiente procedimiento: sorteo de áreas geográficas, que para este caso fueron segmentos censales, y para los cuales se disponía de información resumida sobre las características de su población en la oportunidad del último censo, que permitió su clasificación para construir estratos.

El marco fue estratificado, tomando como unidad de estratificación al segmento censal. Se clasificó a cada segmento por la proporción de hogares, con características de no satisfacción de ciertas necesidades básicas en materia de vivienda, disponibilidad de agua potable y de alumbrado eléctrico, y facilidades de acceso al sistema de enseñanza regular.

La muestra así seleccionada resulta con afijación proporcional al tamaño de los estratos, por lo que es autoponderada con respecto a la representatividad de las diferentes áreas.

Con el objeto de facilitar el reclutamiento y ahorrar recursos se tomó una muestra por conglomerado dentro de cada segmento. El tamaño de los conglomerados es de diez adolescentes —cinco varones y cinco mujeres.

Los adolescentes seleccionados fueron ubicados por los encuestadores partiendo de un croquis en el que se indica la manzana seleccionada —en el departamento de Montevideo— en todos los casos, está marcada la esquina de arranque y el sentido del recorrido.

En todos los casos se deberá respetar la repre-

sentatividad de los sexos, llenando el cupo correspondiente. Una vez completado el cupo de un determinado sexo, sólo se entrevistan los adolescentes del sexo opuesto, desechándose aquellos que se encontraren del sexo en cuestión.

Una vez completado el conglomerado, se debe pasar al área geográfica siguiente.

Para recoger la información necesaria, se confeccionó un formulario de encuesta. En el mismo se recoge tanto la información del jefe de familia, como del adolescente. Entre otros sobre:

- Salud.
- Trabajo.
- Tiempo libre.
- Ambiente familiar.
- Opiniones, valoraciones, sentimientos.
- Problemas de los jóvenes.
- Educación sexual.
- Conocimientos anatómicos y fisiológicos.
- Atención e información ginecológica.
- Relaciones sexuales y masturbación.
- La pareja.
- Anticoncepción.
- Embarazos, hijos, parto, abortos.

El formulario fue acompañado de un instructivo, que contribuyó a facilitar su manejo por parte de los encuestadores.

Se pretendió que para lograr el ambiente más adecuado en la entrevista, los encuestadores, además de conocer las técnicas de entrevista y algo de la temática en cuestión, fuesen jóvenes del mismo sexo del encuestado.

La encuesta se llevó a cabo entre diciembre de 1990 y agosto de 1991.

El procedimiento seguido fue el mismo que se usó en la prueba piloto: una pareja (hombre y mujer) de encuestadores partía del punto sorteado en la manzana indicada y en el sentido indicado, visitando domicilio por domicilio hasta ubicar un hogar con adolescentes y cuya familia, incluido el adolescente, aceptara ser entrevistado.

|                                    |              |
|------------------------------------|--------------|
| Número de domicilios visitados     | 17.546       |
| Número de hogares visitados        | 15.578       |
| Número de hogares con adolescentes | 1.847        |
| — rechazaron la entrevista         | 372          |
| — aceptaron la entrevista          |              |
| — Montevideo global                | 992          |
| Tres barrios                       | 483          |
| <b>TOTAL</b>                       | <b>1.475</b> |

**Cuadro 2**¿Ha estado enfermo en los dos últimos años?  
Porcentaje por sexo

|    | Masculino | Femenino | Total |
|----|-----------|----------|-------|
| No | 41,7      | 41,8     | 83,5  |
| Sí | 3,3       | 6,7      | 10    |

**Cuadro 3**¿Ha usado los servicios de salud?  
Porcentaje por grupo de edad en años

|    | 12-14 | 15-17 | 18-19 | Total |
|----|-------|-------|-------|-------|
| No | 1,6   | 1,1   | 1,7   | 4,4   |
| Sí | 27,7  | 42,8  | 25,2  | 95,6  |

**Cuadro 4**Oportunidad en que ha usado servicio de salud  
Porcentaje por grupo de edad en años

|                     | 12-14 | 15-17 | 18-19 | Total |
|---------------------|-------|-------|-------|-------|
| Al sentirse enfermo | 20,1  | 32    | 19,3  | 71,5  |
| Control regular     | 5,4   | 6,7   | 3,7   | 15,8  |

**Cuadro 5**Tiempo transcurrido desde la última consulta médica  
Porcentaje por sexo

|        | Masculino | Femenino | Total |
|--------|-----------|----------|-------|
| <1 año | 31,9      | 32,9     | 64,8  |
| >1 año | 14,9      | 14,9     | 29,7  |

**Cuadro 6**Especialidad del profesional consultado  
Porcentaje por sexo

|                | Masculino | Femenino | Total |
|----------------|-----------|----------|-------|
| Médico general | 22,3      | 23       | 45,3  |
| Pediatra       | 2,8       | 3,2      | 6     |
| Ginecólogo     | —         | 3,8      | 3,8   |
| Psiquiatra     | 0,2       | 0,1      | 0,3   |
| Traumatólogo   | 4,5       | 3        | 7,5   |
| Otros          | 10        | 12,6     | 22,6  |

**Cuadro 7**Enfermedades padecidas en los últimos dos años  
Porcentaje por sexo

|                  | Masculino | Femenino | Total |
|------------------|-----------|----------|-------|
| Respiratorias    | 7,3       | 7,4      | 14,7  |
| Digestivas       | 7,1       | 7,4      | 14,5  |
| Accidentes       | 7,9       | 3,4      | 11,3  |
| Osteoarticulares | 5,7       | 4,5      | 10,2  |
| Psicológicas     | 2,1       | 2,9      | 5     |
| Urinarias        | 1,3       | 3,1      | 4,4   |
| Genitales        | 0,6       | 2,7      | 3,3   |
| Otras            | 5,6       | 5,5      | 11,1  |

En términos generales la aceptación fue muy buena. El porcentaje de rechazos fue aproximadamente 20%. Pero en los casos de consentimiento, se estableció una relación muy adecuada. Debe señalarse que la entrevista al jefe de familia y al adolescente se hacían por separado, fuese el mismo o diferente día. Quiere decir que el adolescente, en el momento de la entrevista se encontraba solo con el encuestador. En muchas oportunidades fue necesario realizar varias visitas para completar el formulario. El tiempo de entrevista fue aproximadamente de una hora, al comienzo de la encuesta. A medida que se fue adquiriendo más experiencia, se llegó a realizar la entrevista en media hora.

Una vez llenados los formularios, eran corregidos por los jefes de campo y si era necesario (por falta de datos o datos incongruentes), se hacían revisitas.

Los jefes hicieron visitas de control, al azar, encontrándose un excelente nivel de cumplimiento por parte de los encuestadores.

## Resultados de la encuesta

Quiere decir que hubo que hacer más de 17.500 visitas a diferentes domicilios para localizar 1.475 adolescentes.

Las visitas que no son hogares, corresponden a comercios, clubes, salas de espectáculos o religiosos, etc.

De los hogares localizados, se encontró uno con adolescentes cada diez visitas, lo cual coincide con la proporción de adolescentes de 13 a 19 años con respecto a la población de Montevideo, como se señaló al comienzo.

De cinco hogares con adolescentes, uno no aceptaba la encuesta, es decir aproximadamente 20% de rechazos (cuadro 1).

## Resultados

En el cuadro 2, se puede ver que la enorme mayoría de los adolescentes no manifiesta haberse sentido enfermo, sin que exista diferencia entre los sexos.

Sin embargo, a pesar de no haberse sentido enfermó,

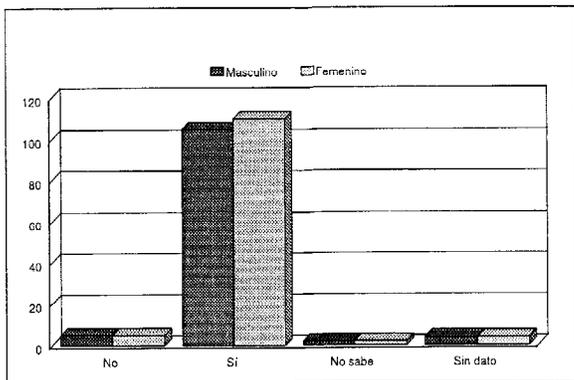


Figura 1. Conocimientos de infección en SIDA

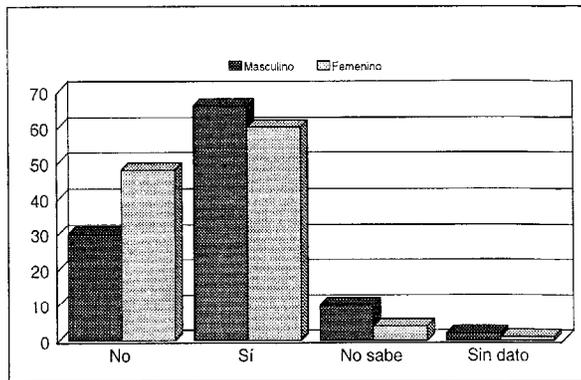


Figura 2. Conocimientos de infección en sífilis.

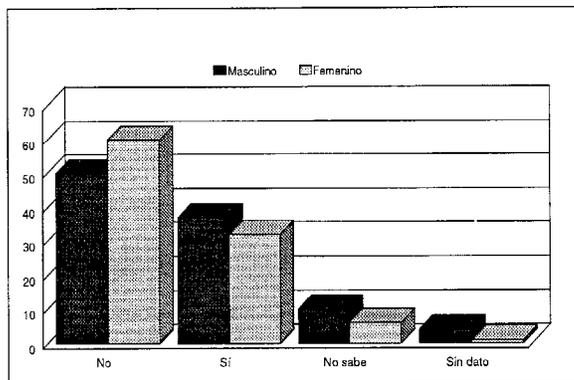


Figura 3. Conocimientos de infección en gonorrea.

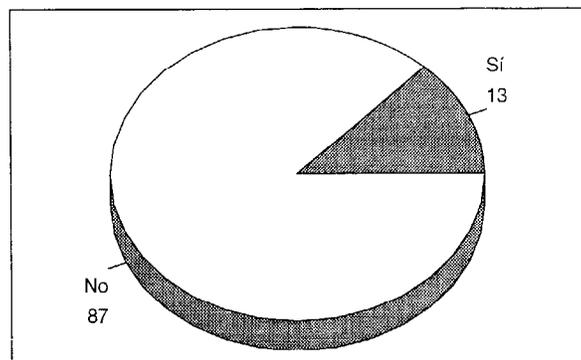


Figura 4. Concurrencia a la consulta ginecológica (porcentaje de mujeres).

la mayoría ha concurrido a algún servicio de salud, como se ve en el cuadro 3. Dentro del grupo que ha consultado médico, es claramente mayoritario el grupo de edad de 15 a 17 años, promediando la adolescencia.

En el cuadro 4 se ve que la mayoría concurre al servicio de salud, al sentirse enfermo y un grupo muy bajo, tiene el hábito de concurrir en forma periódica.

La mayoría de los adolescentes que han concurrido al médico lo han hecho en un período cercano, como se ve en el cuadro 5.

En el cuadro 6 se puede ver claramente que el médico mayormente consultado, es el médico general. El pediatra y el ginecólogo en conjunto no llegan a 10%.

En el cuadro 7 se muestran las enfermedades, que los adolescentes relatan han padecido en los últimos dos años. Las respiratorias y digestivas suman en conjunto más de la cuarta parte sin que haya gran diferencia entre los sexos. Le siguen en frecuencia decreciente los accidentes y las enfermedades osteoarticulares, que son claramente mayoritarias en el sexo masculino. Las enfermedades de origen psicológico, según las respuestas, son muy poco frecuentes y no tienen diferencia entre los sexos.

En materia de conocimientos sobre enfermedades de

transmisión sexual se destaca que casi 100% declara conocer el SIDA, mientras que la sífilis sólo la conoce 70% y la gonorrea menos de 40%, sin que exista en ningún caso grandes diferencias entre los sexos (figuras 1, 2 y 3).

En el cuadro 8, la enorme mayoría de los adolescentes declara no haber padecido ninguna enfermedad de transmisión sexual. No aparece ningún caso de SIDA. Curiosamente entre las otras, la sífilis es la más frecuente, aunque con una representación muy baja en el total.

La gran mayoría de las adolescentes declara no concurrir a consulta ginecológica y las que concurren lo hacen sobre todo si se sienten enfermas y no en forma periódica, como se ve en la figura 4 y el cuadro 9.

### Discusión

La adolescencia es una etapa muy especial de la vida, en la que entre otras características se destaca un estado de ánimo que aunque cambiante es en general "positivo". Es raro encontrar adolescentes hiperpreocupados de su propio cuerpo como objeto de enfermedad, esto explica en parte la escasa concurrencia a servicios médicos<sup>(13)</sup>. Además como dice Dabezies<sup>(14)</sup> en Uruguay "los datos

**Cuadro 8**Enfermedades de transmisión sexual padecidas.  
Porcentaje por sexo

|                | Masculino | Femenino | Total |
|----------------|-----------|----------|-------|
| Ninguna        | 48,1      | 48,8     | 96,9  |
| SIDA           | —         | —        | —     |
| Sífilis        | 0,3       | 0,7      | 1     |
| Gonorrea       | 0,4       | —        | 0,4   |
| Herpes         | 0,4       | 0,4      | 0,8   |
| Tricomoniasis  | —         | 0,1      | 0,1   |
| Condilomatosis | —         | 0,2      | 0,2   |

en general son parciales y limitados y tienen el grave inconveniente de la escasa fiabilidad de los datos". Esta encuesta que aquí se presenta no escapa al juicio de Dabezies, ya que no fue diseñada como una encuesta epidemiológica. Sin embargo se entiende que los datos que se muestran pueden servir junto con otros estudios nacionales, para conocer un poco mejor de qué se enferman los adolescentes montevidianos.

Según Suárez Ojeda<sup>(15)</sup>, en América Latina las causas mayoritarias de morbilidad son los accidentes, enfermedades ligadas a la reproducción y los trastornos mentales. En este estudio todas ellas tienen una baja incidencia. La diferencia radica en gran medida, en que las estadísticas internacionales se basan en general en egresos hospitalarios, mientras que esta encuesta domiciliaria incluye también todas aquellas patologías benignas que nunca llegan a un servicio de salud.

Como dice Friedman<sup>(18)</sup> "frecuentemente los servicios de salud se centran en aspectos curativos más que en los preventivos y no son concebidos para atender las necesidades específicas de los adolescentes". Esta realidad es la que existe en los servicios de salud del Uruguay (salvo escasas excepciones). Esto explica las características de frecuencia y tipo de referencia que relatan los adolescentes en la encuesta. Por eso es muy importante considerar la integralidad, tanto en la estructura como en la función de los servicios de salud que reciben adolescentes, como ha señalado reiteradamente la Organización Panamericana de la Salud<sup>(17-19)</sup>.

Es importante destacar cómo ha influido la publicidad cotidiana en el conocimiento que tienen los adolescentes sobre el SIDA. Sin embargo la encuesta no ha profundizado como para saber si este conocimiento es profundo (mecanismos de producción, transmisión, prevención) o sólo conocen su nombre. Lo que es preocupante es el desconocimiento casi masivo de otras enfermedades de transmisión sexual, que aunque menos graves que el SIDA, son mucho más frecuentes y que también pueden

**Cuadro 9**Frecuencia de consulta ginecológica  
Porcentaje (mujeres)

|             |      |
|-------------|------|
| A demanda   | 3,1  |
| Semestral   | 2,3  |
| Anual       | —    |
| No concurre | 94,8 |

tener consecuencias de por vida, como la esterilidad en la mujer<sup>(20,21)</sup>.

El hecho de que las adolescentes no concurren en forma periódica al ginecólogo es coherente con la falta de "cultura" preventivista así como de servicios médicos organizados en este sentido<sup>(22,23)</sup>.

### Consideraciones finales

Los adolescentes montevidianos:

- Tienen poca predisposición a sentirse enfermos.
- Concurren al médico en general sólo cuando se sienten enfermos y tienen poca predisposición a concurrir en forma periódica como parte de aspectos preventivos de la atención, tanto los del sexo masculino como femenino.
- Las enfermedades que manifiestan haber padecido más frecuentemente coinciden con las de la infancia: cuadros respiratorios y digestivos.
- Existe una baja prevalencia de enfermedades de transmisión sexual.
- Los conocimientos sobre las enfermedades de transmisión sexual, salvo el SIDA, son muy escasos.

### Résumé

Dans le Project "Programme de Santé Reproductive pour Adolescents", réalisé à la Faculté de Médecine avec l'aide financière du FNUAP et la collaboration technique de la OPS, une enquête a été réalisée parmi des adolescents de 13 à 19 ans à Montevideo. Cette enquête, réalisée a 1.475 adolescents, représente les 134.546 adolescents montevideéns de cet âge, selon le dernier recensement.

Le principal objectif de l'enquête était de faire une recherche sur la sexualité. Grâce à la riche information obtenue, on expose et on discute les données sur: présence ou absence de maladie; type de maladie subie; services de santé utilisés et leurs caractéristiques; fréquence et motif de leur utilisation; connaissances sur E.T.S.; incidence de E.T.S.

### Summary

As part of Project "Programs of Reproductive Health for

## Summary

As part of Project "Programs of Reproductive Health for Adolescents" enacted at the School of Medicine with the financial support of FNUAP and the technical backing of PHO, a survey was carried out targeted at adolescents aged from 3 to 19 years in Montevideo. The survey comprised 1.475 adolescents and is representative of 134.546 Montevideo adolescents at the foregoing ages, in accordance with the date provided by the latest census.

The main goal of the survey aimed at an investigation of sexuality. Taking advantage of the information made available, the present work submits and discusses data on: presence or absence of disease; type of disease incurred; health services used and their characteristics; rate and timelines of use; acquaintance with S.T.E.; incidence of S.T.E.

## Bibliografía

1. **Portillo J.** La sexualidad de los adolescentes. Montevideo: Banda Oriental, 1992.
2. **Chelala CA.** El embarazo entre las adolescentes americanas. Salud Mundial, junio 1988.
3. **Arechavaleta H, Uzcategui O et al.** Embarazo de adolescentes. Rev Obstet Gin 1981; 28(2): 103-6.
4. **Bastos da Cunha A, Takiuti AD.** Examen ginecológico y problemas más comunes en adolescencia. París: Br. Roca, 1988.
5. **Barrios Anaya JA, Ramos Olier A, et al.** Aspectos perinatales de las adolescentes. Rev Colombiana Obstet 1980; 3:25.
6. **Belitzky R, Cruz Campo A, et al.** Resultados perinatales en madres jóvenes. Montevideo: OPS, 1985
7. **Canella P, Bastos A.** Adolescencia y enfermedades sexualmente transmisibles. París: Br. Roca 1989.
8. **Uruguay. Dirección General de Estadísticas y Censos.** 1985. Censo de población y vivienda N° 6. Montevideo: 1989.
9. **Rocco B.** Salud pública en cifras. Montevideo: Ministerio de Salud Pública (Uruguay). Departamento de Medicina Preventiva y Social, 1987.
10. **Santi L.** Salud integral en adolescencia. Indicadores básicos de riesgos. La adolescencia. Montevideo: Banda Oriental, 1991: 249-57.
11. **Banfi M.** Sexualidad en la adolescencia. Tesis de doctorado. Presentado en la Universidad de la República, Montevideo: 1988.
12. **Viola L.** Consultas frecuentes en psiquiatría infantil. La adolescencia: salud y enfermedad. Montevideo: Banda Oriental, 1992: 19-24.
13. **Litt I.** Medicina en adolescentes. (Clin Pediatr North Am) Philadelphia: WB Saunders, 1980.
14. **Dabezies B.** Salud y juventud en el Uruguay: Informe de avance (inédito), Montevideo, 1992.
15. **Suárez Ojeda E, Roberts E, Korin A, Cumnisky M.** Adolescencia y juventud: aspectos demográficos y epidemiológicos. In: La salud del adolescente y el joven en las Américas. Washington: Organización Panamericana de la Salud, 1985.
16. **Friedman H.** La salud de los adolescentes: ¿de quién es el problema? Ponencia en el V Congreso de Sociedades y Asociaciones Pediátricas Africanas. Nairobi, 1990.
17. **Donas S.** El marco conceptual de la salud integral del adolescente y de su cuidado. Programa de salud materno-infantil. Washington: OPS, 1990.
18. **Bertran Vives F.** Las necesidades de salud y modelo de atención integral para adolescentes. Cuad Med Sociales 1983; 24(2): 91-7.
19. **Córdoba Palacio R.** Atención integral del adolescente. Medicina U.P.B. 1986; 5(1): 27-34.
20. **OMS/FNUAP/UNICEF.** Higiene de la reproducción en la adolescencia: estrategia de acción. Ginebra: 1989.
21. **Sanhueza H.** Adolescencia y sexualidad. Un problema de todos. Ponencia en Encuentro Interparlamentario sobre población, desarrollo y calidad de vida. Montevideo, 1991.
22. **Organización Panamericana de la Salud.** Fecundidad en la adolescencia. Causas, riesgos y opciones. Cuaderno Técnico N° 12. Washington: 1988.
23. **Koonin L, Smith Y, Ramick M.** Abortion surveillance. United States 1990. In: CDC Surveillance Summaries. Atlanta, 1993.