



UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo Final de Grado

Modalidad: Monografía

Las respuestas del Sistema Nacional Integrado de Salud a los siniestros de tránsito en la adolescencia como un problema de Salud Pública

Estudiante: Andrea Cuña Abdul

CI: 4.331.615-5

Docente Tutor: Prof. Adj. Lic. María Alejandra Arias Lozano

Montevideo, Uruguay

Martes 30 de Octubre, 2018

Índice:

Introducción.....	pág.1
Relevancia del tema.....	pág.2
Marco teórico.....	pág.7
1) ¿De qué hablamos cuando nos referimos a la adolescencia?.....	pág.7
• Grupos de pertenencia y referencia en la adolescencia	
• Crisis en la adolescencia	
• Conductas de riesgo en el adolescente	
2) Sistema de Salud.....	pág.14
• Niveles de atención en salud	
• Adolescentes y jóvenes como usuarios del Sistema de Salud	
• Modelo de atención integral en la adolescencia	
3) Siniestros de tránsito.....	pág.21
Discusión.....	pág.22
Reflexiones finales.....	pág.28
Referencias bibliográficas.....	pág.30

Introducción:

El presente trabajo se encuentra enmarcado dentro de la propuesta de Trabajo Final de Grado de la Licenciatura en Psicología de la Universidad de la República. Se caracteriza por ser un trabajo monográfico e individual. La temática trata las estrategias que propone el Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS), para dar respuestas a la problemática de los siniestros de tránsito en la adolescencia.

Se expone la relevancia del tema a nivel social y la implicancia en el desarrollo de la salud en los adolescentes.

Continuando con un marco teórico que se estructura en tres capítulos. El primero, titulado “¿De qué hablamos cuando nos referimos a la adolescencia?”, se exponen distintas concepciones y características de este momento evolutivo. En el segundo capítulo, denominado “Sistema de Salud”, plantea a los adolescentes y jóvenes como usuarios de salud desde un modelo de atención integral. Y por último, el tercer capítulo, “Siniestros de tránsito”, en el cual, se planteara el concepto y el impacto que tiene esta problemática en nuestro país.

Luego se desarrollará una discusión articulando los temas expuestos en el recorrido bibliográfico.

Para finalizar, se expondrán reflexiones finales que se desprenden de la discusión.

Palabras claves: Sistema Nacional Integrado de Salud, siniestros de tránsito, adolescencia.

Relevancia del tema:

En la actualidad los siniestros de tránsito son considerados un problema de Salud Pública a nivel mundial y nacional. Es definido como un fenómeno multicausal y por ello requiere de abordajes diferentes; destacándose las intervenciones de promoción y prevención en salud. El principal responsable es el factor humano en un 90% de los casos, seguido del factor vital y en menor dimensión el factor mecánico y medioambiental (UNASEV, OMS, 2017)

A través de los medios de comunicación es notorio que es un flagelo a nivel global. Teniendo en cuenta el informe de seguridad vial de la Organización Mundial de la Salud (OMS) mueren en el mundo alrededor de 1,25 millones de personas cada año, como consecuencia de los siniestros de tránsito y entre 20 a 50 millones de personas sufren lesiones tanto físicas como psicológicas padeciendo algún tipo de discapacidad. La visión a largo plazo es apostar fuertemente a la prevención, ya que se prevé que para el año 2030 serán la séptima causa de muerte. (OMS, 2017)

Los varones tienen más probabilidades que las mujeres de verse involucrados en siniestros de tránsito. El 73% de todos los fallecimientos afectan a varones menores de 25 años, que tienen tres veces más probabilidades de morir en un siniestro que las mujeres jóvenes. El informe plantea que alrededor del 90% de las muertes y de los traumatismos, ocurren en países de ingresos bajos y medianos de América Latina y el Caribe, los más vulnerables son los motociclistas, peatones y ciclistas.

De acuerdo a la Guía para la atención integral de la salud de adolescentes del Ministerio de Salud (2017) define a los siniestros de tránsito como, “un analizador social, síntoma de otros problemas que sufre la sociedad sometida a transformaciones vertiginosas y de escasa visibilidad social: alta tecnologización de la vida cotidiana, cultura de lo inmediato, confianza

ligada a la fe en la máquinas. Estas transformaciones impactan también en la forma de ser, pensar y actuar de los adolescentes” (p.149)

Unos de los principales problemas con lo que se encuentran al abordar esta temática es la variable cultural, la que se expresa ,en este caso, en la creencia popular de que los siniestros de tránsito son productos del azar, la inevitabilidad y la fatalidad.

Los diferentes autores que han estudiado el tema (Alfaro, 2008; OMS, 2004;Vázquez, 2004; y Ledesma, 2011) expresan que uno de los principales factores de riesgo en los siniestros de tránsito se vinculan a diversas clases de errores y la imprudencia de los participantes es una de las grandes causas que dependen del factor humano, en Uruguay hay estudios que demuestran que se encuentra en el 70% de los casos. En tal sentido, son evitables y prevenibles.

En el año 2015, organismos nacionales como Unidad Nacional de Seguridad Vial (UNASEV) con campañas de prevención y promoción en conjunto con el Ministerio de Salud (MS), proponen dentro de los objetivos para el año 2020 lograr reducir en un 30% la mortalidad causadas por los siniestros de tránsito. A nivel internacional, el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF) y la OMS mediante campañas de prevención de siniestralidad, han implementado acciones específicas a partir de la iniciativa denominada “Década de acción para la seguridad vial 2011-2020”, apuntado a mejorar la seguridad vial y reducir consecuencias físicas, psicológicas y altos índices de fallecimientos en los adolescentes.

En Uruguay, a través de datos recabados en el informe preliminar de siniestralidad vial del año 2017, registró un total de 26.336 lesionados y 434 fallecidos, lo que implica un promedio diario de 76 personas incluyendo heridos de distinta entidad y fallecidos, representando un aumento de 3,6% con respecto al año 2016.

La mayoría de los siniestros de tránsito se producen en lo que denominan el período crítico,

que va desde las 20 horas del viernes hasta las 8 horas de la mañana del lunes, aumentando la ingesta de alcohol. Se mantiene la clara correlación entre el patrón de consumo de alcohol durante los fines de semana y la participación en siniestros de tránsito fatales. Se observa un descenso en el uso del casco protector en el momento del siniestro.

Con respecto a lo mencionado, en el año 2007 en Uruguay se promulgó el decreto de la Ley N° 19.360, sobre la concentración de alcohol en sangre o su equivalente en espirometría, bajándolo a cero para todos los conductores.

La Facultad de Psicología de la Universidad de la República (Udelar) a través de un estudio que refiere al consumo de alcohol en los jóvenes (2014), señaló que este es uno de los factores de riesgo que incide directamente a que se produzcan los siniestros de tránsito. El Instituto de Fundamentos y Métodos en Psicología, realizó un proyecto en conjunto con la Universidad Federal de Paraná con la colaboración de UNASEV. Se llevó a cabo en Montevideo, denominado “Jóvenes Universitarios: Percepción de riesgo en relación a la conducción y al alcohol”. Los participantes fueron estudiantes universitarios en edades entre 18 y 25 años, utilizando como instrumento un cuestionario orientado a indagar el perfil del colectivo en relación al consumo de alcohol, a la percepción de riesgo y comportamientos a la hora de conducir luego de haber consumido alcohol o acompañar a un conductor alcoholizado. El estudio demostró que el 35% de los estudiantes entrevistados manifiesta haber conducido bajo el efecto del alcohol, al menos una vez el último año, el 53% estaban acompañados de amigos al conducir alcoholizado, mientras que el 27,9% fue acompañante de un conductor que había consumido en el último mes entre una y cinco veces. En lo que refiere a la percepción del riesgo de conducir bajo el efecto del alcohol, el 28% declara haber manejado después de haber consumido el último trago. (Bianchi, Chávez, Mujica y Vivanco, 2014). A partir de este estudio se pudo concluir la tendencia de este colectivo a la ingesta de alcohol y la baja percepción del riesgo de conducir bajo los efectos.

Cabe agregar que las conductas de riesgo que se manifiestan en nuestra sociedad también se expresan en otros países. Por ejemplo, en España el alcohol es la droga psicoactiva más extendida y es una de las principales causas evitables de mortalidad prematura. A su vez, en el año 2011 se atribuyeron al consumo de alcohol el 10% de la mortalidad total y aproximadamente el 30% de las defunciones por siniestros de tránsito en la población en edades entre 15 a 64 años. (Pulido, José, Indave-Ruiz, B. Iciar, Colell-Ortega, Esther, Ruiz-García, Mónica, Bartroli, Montserrat, & Barrio, Gregorio ,2014). La Comisión de Seguridad Vial y movilidad sostenible de este país, dentro de los objetivos del Plan estratégico de Seguridad vial 2001-2020, de los trece indicadores seleccionados para reducir los siniestros de tránsito, lograron en el año 2012 reducir en un 25% el número de conductores en edades entre 18 a 24 años fallecidos y heridos graves en fines de semana y un 20% menos de fallecidos y heridos graves que conducían motocicleta.

A partir de la reforma de la salud en el año 2005, los adolescentes se los integra como población usuaria del Sistema Nacional de Salud .La misma propuso diferentes cambios estructurales y dentro de ellos, en el modelo de atención. Este último, se caracteriza por ser un modelo de atención a la salud integral, atravesado por diferentes enfoques (derecho, género y diversidad). En lo que respecta a este colectivo, este tipo de atención tiene como finalidad identificar las necesidades y problemáticas en salud y de atención. El Sistema Nacional Integrado de Salud (SNIS) reafirma el papel activo del Estado en materia de salud, garantizando el derecho que tienen todos los adolescentes a la protección de su salud. Se basa en los principios que establecen la cobertura universal, accesibilidad y sustentabilidad de los servicios de salud. Tiene como estrategia la atención primaria en salud con prioridad el primer nivel de atención para detectar posibles factores de riesgo y factores protectores con los que cuenta el adolescente. Las actividades que desarrollan están enfocadas a promover hábitos saludables y aportar a mejorar la calidad de vida de los adolescentes, priorizando la

participación y una actitud de autocuidado. (MS, 2017)

La OMS (2014) plantea como herramienta fundamental para el Área Programática de Salud Adolescencia y Juventud la meta asistencial. Motivo por el cual, en el 2016 implicó que todos los prestadores de servicios de salud pudieran identificar las principales problemáticas y necesidades de este colectivo. De acuerdo al diagnóstico y el perfil identificado en esa población, se planteó que eligieran dos de los problemas definidos por el MS como prioridad: consumo problemático de alcohol y de otras sustancias, intento de autoeliminación, siniestralidad vial, entre otros. A partir de las problemáticas identificadas, cada prestador de salud ha elaborado, implementado y desarrollado protocolos de atención institucional que posibilita la mejora continua en los procesos de atención. Mediante las metas asistenciales se realizaron talleres de promoción de salud en distintas instituciones educativas, sociales y deportivas, teniendo como objetivo plantear la prevención de la morbimortalidad evitable. Permitiendo que el adolescente y sus referentes adultos tomen la decisión de incluir en su vida cotidiana hábitos saludables y estén al tanto de los principales problemas de salud en este momento evolutivo, esto permite que la familia participe y proponga posibles soluciones. (OMS, 2014, MS, 2017)

El recorrido permite identificar cómo los siniestros de tránsito impactan de forma negativa en el desarrollo humano de una sociedad y en especial, al capital futuro de la misma. Esta última observación se plantea teniendo en cuenta que sus mayores víctimas son los adolescentes. Situación que puede ser totalmente prevenible por la implicancia del factor humano en la misma. En tal sentido, el SNIS puede aportar en mitigar el impacto que posee los siniestros de tránsito en la población adolescente, a través del desarrollo de intervenciones integrales en los diferentes niveles de atención del mismo. De modo que, este trabajo busca reflexionar sobre el papel del sector salud y las respuestas al bienestar y la salud de los adolescentes en un problema de salud pública como el seleccionado.

Marco teórico:

¿De qué hablamos cuando nos referimos a la adolescencia?

Cabe destacar que los autores referidos para abordar la temática adolescencia, provienen predominantemente del Psicoanálisis.

Definir este concepto resulta bastante difícil, ya que la adolescencia como momento evolutivo no siempre existió. En este sentido, Mannoni (1999) expresa que la crisis de la adolescencia es un concepto relativamente nuevo, nacido en Occidente. “En las sociedades no evolutivas, el paso de la niñez al estado adulto está más claramente marcado que entre nosotros”, ya que en otras culturas el pasaje de la niñez, pasando por la adolescencia para luego adultez, está marcado por rituales de iniciación, mientras que en nuestras culturas las instituciones educativas juegan un rol importante, y hacen a la figura del niño y del adolescente, donde se pretende un rendimiento, donde la desviación suele hacer cierta diferencia; se los educa y se los prepara (instruye) para la vida adulta: “el hecho de que el joven adulto tenga que conquistar su lugar y su independencia en el mundo de los adultos forma parte del juego implícito de la sociedad. Corresponde que cada uno de los niños, una vez salido de la adolescencia, haga este descubrimiento, a menudo a sus expensas” (p. 10).

Remitiendo a la etimología de la palabra adolescente Amorín (2012), plantea que la misma tiene sus raíces en el latín *adolescens*, participio presente de *adolescere*: crecer, siendo esto para la cultura romana crecer en tanto de niño a la vida adulta (p. 121). Según la Real Academia Española (RAE, 2017) “Período de la vida humana que sigue a la niñez y precede a la juventud”.

En relación al término adolescencia, son varios los autores que consideran la necesidad de referirse a una pluralidad de las adolescencias y juventudes, de manera de poder visualizar las heterogeneidades que pueden presentarse entre adolescentes y jóvenes. La consideran una construcción social, cultural y política proveniente del mundo adulto que a lo largo de las

diferentes épocas históricas ha ido adquiriendo diferentes connotaciones y significaciones sociales. (Amorín, 2018; Dávila, 2004; Viñar, 2009; Miller, 2015).

En ese sentido, Da Silva (2003) expresa que la adolescencia además de ser una creación sociocultural sobre impuesta a mecanismos fisiológicos universales, no es un camino recto que va de la niñez a la edad adulta, es una arriesgada fase de transición cambiante, confusa y conflictiva.

Teniendo en cuenta los aportes de Quiroga (2004) expone que el proceso de transición en la adolescencia está sumergido en un proceso psicosocial que cambia dependiendo del contexto sociocultural, que impone un pasaje inevitable de cambios biológicos característicos de este momento evolutivo. Propone una subdivisión en tres etapas:

- 1) adolescencia temprana
- 2) adolescencia media
- 3) adolescencia tardía

En relación a la temática a tratar en la monografía, se expondrá la tercera etapa denominada adolescencia tardía que según la autora, se extiende desde los 18 a 28 años de edad. En ésta, la dimensión socio-cultural tiene un papel importante. Se divide en tres sub-fases: la primera de 18 a 21 años, predomina un sentimiento de soledad que provoca caos interior; la segunda, de 21 a 24 años, se encuentra una mayor posibilidad de reflexión, así como la inserción a nuevos grupos sociales; y la última que va desde los 25 a los 28 años, donde se produce la resignación de los ideales que predominaron en la fase anterior, y se continúa con la transición a la adultez. Se da una marcada discriminación con las figuras parentales e intergeneracional, el deseo de independizarse económicamente y tener una pareja estable.

Continuando con la autora, es común encontrar en la adolescencia comportamientos a los que ella denomina “caóticos”. Destaca que suele producirse bajo rendimiento académico, asociado a una mala conducta que desafía a la autoridad y prima un deseo de independencia.

Algunas conductas que se presentan en la adolescencia pueden poner en peligro la integridad del individuo, así como la de las personas que lo rodean. En ocasiones se exponen a participar de actividades propias del mundo adulto, como manejar vehículos, entre otros. (Quiroga, 2004).

- **Grupos de referencia y pertenencia en la adolescencia:**

La adolescencia como momento evolutivo trae aparejado cambios importantes, pasando por varios grupos de referencia y de pertenencia en donde los vínculos están pautados por factores socioculturales y económicos. Los modelos de relación interpersonales y la valoración de objetos y situaciones pasan del colectivo dominante al sujeto que lo internaliza. (Carrasco, 2006)

Teniendo en cuenta que el adolescente se encuentra en recomposición de sus relaciones y en el establecimiento de nuevos vínculos, Amorín (2012) señala con respecto a los grupos de referencia y de pertenencia que:

Son dispositivos sociales en tanto “disponen” los soportes sobre los cuales se va a vivir la situación y la experiencia subjetiva ante hechos y acontecimientos. Se llaman de referencia porque, entre otros aspectos devuelven al sujeto una imagen de sí y de la realidad, y de pertenencia porque el sujeto está inmerso, inserto o participando en esa dinámica grupal y se ha generado un efecto de filiación y afiliación (p. 78).

Uriarte (2010), define las identificaciones como “un proceso mediante el cual un sujeto asimila un aspecto, una propiedad, un atributo de otro y se transforma, total o parcialmente sobre el modelo de este” (p. 2).

En este lineamiento, Garbarino, González y Faragó (2010) plantean que el adolescente tenderá a identificarse con figuras del entorno social que tengan diferentes aspectos a la de sus padres, pueden ser las relacionadas a sentimientos de admiración, identificación con líderes de grupos de pertenencia ya que el adolescente intentará ser parte de éstos. Estos grupos pueden ayudar en algunos casos a que el adolescente madure, como también hay

otros tipos de grupos de pertenencia que son perjudiciales y pueden llevarlo a excluirlo del mismo.

A su vez, Dolto (1989, citado en Kancyper, 2013) expresa que “No hay adolescentes sin problemas, sin sufrimientos, este es quizás el período más doloroso de la vida. Pero es simultáneamente, el período de las alegrías más intensas, pleno de fuerzas, de promesas de vida, de expansión.” (p.50)

De acuerdo al pensamiento de Klein (2002) y Rubilar (2014) señalan que se establece un estilo de ambivalencia y ambigüedad en lo que refiere a la adolescencia, se lo percibe como sujeto que necesita disciplina y protección por parte de los adultos. Es un momento crítico, con sus cambios biológicos y psicosociales, comprende una reorganización psíquica y una transformación en la subjetividad, ambas signarán su manera de relacionarse con el mundo.

□ Crisis en la adolescencia:

Nin (2004), define las crisis en la adolescencia como el:

Momento crítico en el que se anuda el narcisismo con sus vergüenzas y fragilidades de la autoestima con el resurgimiento de la conflictiva sexual que a partir de la pubertad, relanza toda una nueva dimensión corporal con nuevos puntos de urgencia con frecuentes estallidos en los vínculos familiares y sociales. (p.154)

Le Breton (2003) y Nasio (2013) diferencian la crisis de la adolescencia, del adolescente en crisis aguda. La crisis de la adolescencia simboliza un período de la vida que no ha culminado aún (niñez) entre otro período que no ha finalizado de aparecer (adulter). En cambio, el adolescente en crisis aguda implica el desarrollo de conductas que repentinamente no lo logra manejar como tampoco su entorno. Hay una diferenciación entre las transgresiones mínimas que hacen los adolescentes llamadas conductas de prueba y las conductas de riesgo. Las primeras son conductas que pueden tener consecuencias pero no son tan radicales como las de riesgo.

A continuación, se expondrán las conductas de riesgo y qué factores pueden influir a que se desarrollen en este momento evolutivo. Cabe destacar que prima la omnipotencia, el sentirse invencibles debido al narcisismo característico de la adolescencia, provocando en muchas ocasiones que se expongan a situaciones que ponen en riesgo su salud. (Quiroga, 2004)

☐ Conductas de riesgo en el adolescente:

Antes de comenzar la temática de las conductas de riesgo considero necesario tener en cuenta que se entiende por riesgo.

Para la autora, Krauskopf (2002) el riesgo:

Implica la probabilidad que la presencia de una o más características o factores incrementan la aparición de consecuencias adversas para la salud, el proyecto de vida, la supervivencia personal o de otros. El conocimiento del riesgo da una medida de la necesidad de atención y la integridad de los factores que se toman en cuenta, aumenta la posibilidad de que la intervención sea adecuada. (p.3)

A su vez, Lacadée (2007, citado por Efrón y Korinfeld, 2015) señala que las conductas de riesgo en la adolescencia implican que tengan alta probabilidad de sufrir siniestros, fallecer o poner en riesgo su salud mediante fugas, intentos de autoeliminación, adicción a las drogas, velocidad en el tránsito, entre otros. Las causas por las cuales algunos adolescentes desarrollan conductas de riesgo y otros realizan este pasaje sin mayor complejidad solo puede ser analizado por su historia singular de vida.

Flechner (2003) plantea que:

Cuando la realidad interna queda excesivamente desbordada, podemos encontrarnos con situaciones que llevan al adolescente a lo que damos en llamar el pasaje al acto con la singularidad característica de una inversión del movimiento pulsional sobre la persona propia. Esta inversión es determinada por los movimientos de odio dirigidos contra los objetos, (...) a nivel manifiesto el adolescente es el agredido generalmente a nivel corporal por acciones autodestructivas. Estas acciones condensan la experiencia violenta de una agresividad que despedaza y que junto con la culpa agregada, configuran un cuadro intenso y desbordante. (pp. 170-171)

En este lineamiento, Efrón y Korinfeld (2015) describen que, “cuando una acción del sujeto se denomina actingout (...) es una tentativa de simbolización, pero siempre requiere la presencia de otro para que dicha simbolización sea organizada”. (p.20)

Continuando con los autores mencionados, plantean que el pasaje al acto es “un actuar impulsivo (...) en el marco de una angustia desbordante e incontrolable (...) es decir, toda simbolización parece haberse vuelto imposible” (p.21)

En cuanto a las acciones que efectúan los adolescentes poniendo en riesgo su vida, la mayor parte están relacionadas con la angustia de la búsqueda de su identidad, es un pedido de ayuda que no lo pudieron poner en palabras para expresar lo que están sintiendo. (Le Breton ,2003; Mello y Ponzoni ,2013)

Cabe destacar que el adolescente es parte de una sociedad que se encuentra atravesada por muchos cambios, en este sentido Bauman (2004) habla del pasaje de una modernidad sólida a una modernidad líquida, lo cual implica la pérdida de aquello que representaba a lo estable y seguro, dando lugar a lo líquido que representa lo efímero e inestable. Esto implica en la vida de los adolescentes un continuo sentimiento de incertidumbre, afectando la subjetividad de los mismos, el cual se encuentra cambiando permanentemente.

Le Breton (2003) destaca que la sociedad está estructurada por el consumismo y para los adolescentes que se encuentran en un momento evolutivo vulnerable puede llegar a ser nocivo, están atravesando procesos de construcción de su identidad y la inmediatez que está instalada en la cotidianeidad muchas veces no la pueden manejar, esto puede generar frustraciones que intentarán calmar en algunos casos con objetos de consumo o conductas de riesgo. Afirma, que para la prevención ante las conductas de riesgo en los adolescentes es prioritario establecer una sociedad que fomente el desarrollo y la participación.

Al respecto, Viñar (2009) describe la época actual como el tiempo de lo efímero, donde prevalece la imagen, la instantaneidad, el bombardeo constante de información. El autor

denomina a ésta como la “cultura del vértigo”. El presente perdura, el pasado no interesa, pero tampoco preocupa el futuro solamente importa el aquí y ahora.

A su vez, Le Breton (2003) expresa que esta dificultad se ve aumentada por la ausencia de referentes identificatorios, donde no están claras las fronteras generacionales. Los adultos en su esfuerzo por verse jóvenes debilitan determinadas funciones de protección y la falta de límites en algunos casos puede ocasionar que los adolescentes tomen decisiones que no son acertadas.

Los factores protectores principales en la adolescencia son la calidad de interacción con la familia, tiene un rol central en los componentes protectores, una de sus funciones es poder brindarle al adolescente los recursos necesarios para su supervivencia. Debería cumplir con dos funciones básicas la de sostén y de corte. La primera, comprende la protección necesaria que el adolescente necesita en lo emocional, como para satisfacer sus necesidades y la conservación de su existencia.

La segunda, está relacionada con poner límites a la función de sostén, para que el adolescente progresivamente se pueda desprender y logre conectarse con otras instancias sociales. (Pasqualini, 2010; Ragatke, 2010)

Con relación a la familia se puede decir que es la combinación de múltiples factores (sociales, culturales, políticos y económicos), siendo parte de la construcción social, que en ocasiones es sentida de distintas formas por el adolescente de acuerdo a su edad, sexo y clase social. (Lozano, Giménez, Fernández, Lewy, Salas., Hackembruch, Olivera, 2010).

En lo que respecta a la atención integral de la salud de los adolescentes, es fundamental que se pueda indagar diferentes aspectos vinculados a la dimensión familiar y su contexto, que pueda brindar información sobre las características del contexto familiar. Especialmente, el relacionamiento del adolescente con sus padres y como ha transcurrido el desarrollo evolutivo en dicho contexto. (Pineda, Aliño, 2002)

Sistema de Salud:

Tomasina y León (2008, citado por Benia, 2008) definen sistema de salud como “la forma cómo están organizados los recursos para satisfacer las necesidades de salud de una población dada”(p.105). Son característicos de cada país e implican valores, principios y propósitos. De acuerdo con Lalonde (1974), plantea que los sistemas de salud son parte de los determinantes sociales de la salud.

Por su parte, Guida (s/f) define modelo “como un arquetipo o punto de referencia, susceptible de ser imitado o reproducido, también puede entenderse como el esquema teórico de un sistema. En el campo de la salud, un modelo de atención es el reflejo de complejos procesos históricos, económicos, culturales que involucran desde la planificación, la ejecución y la evaluación de las prácticas sociales en salud. Reflejan uno de los aspectos fundamentales del derecho a la salud de las personas y de los colectivos y también el grado de vigencia de los derechos humanos, a través de la concreción de estos modelos” (p.1).

Los sistemas de salud se encuentran organizados por niveles de atención, Vignolo, J. Vacarezza, M. Alvarez, C. Sosa, A, (2011) define los niveles de atención en salud” como una forma ordenada y estratificada de organizar los recursos para satisfacer las necesidades de la población” (p.12).

Continuando con los autores, plantean una división en tres niveles de atención en salud:

Primer nivel: este nivel sería el primer contacto que tiene el usuario al sistema de salud.

Está organizado con los recursos necesarios para resolver las atenciones básicas y más frecuentes de la población, pueden resolverse realizando actividades de promoción de salud, prevención de la enfermedad y por procedimientos de recuperación y rehabilitación. Se caracteriza por contar con establecimientos de baja complejidad, como consultorios, policlínicas y centros de salud. Se estima que se resuelven aproximadamente 85% de los

problemas prevalentes en la población. Este primer nivel permite que la población tenga una adecuada accesibilidad, donde se puede lograr una atención oportuna y eficaz.

Segundo nivel: en este nivel se ubican los hospitales y establecimientos donde se prestan servicios relacionados a la atención en medicina interna, pediatría, ginecología, cirugía general y psiquiatría. Se considera que entre el primer y el segundo nivel se podrían solucionar hasta el 95 % de los problemas de la población.

Tercer nivel: este nivel se encarga de atender los problemas pocos prevalentes de la población, apunta a la atención de patologías complejas que demandan procedimientos especializados y de alta tecnología. Su ámbito de cobertura debería ser la totalidad de un país, o gran parte de él. En este nivel se resuelven aproximadamente el 5% de los problemas de salud que se plantean. Son ejemplos de este nivel, los hospitales Pereira Rossell, Maciel, Centro Nacional de Quemados (CENAQUE), Centros de diálisis. (Vignolo et. al, 2011)

▣ **Adolescentes y jóvenes como usuarios del Sistema de Salud:**

En la actualidad el interés de las políticas de salud en tomar a los adolescentes y jóvenes como usuarios, se fundamenta en las características socio-demográficas del Uruguay, situado como un país con baja natalidad con reducción en el número de niños/as y adolescentes. (García, 2009)

A partir de la Ley 18.335 (2008) estableció los derechos y obligaciones de todos los usuarios de los servicios de salud. Comprendiendo a los adolescentes como tales, estableciendo que tienen derecho a recibir tratamiento igualitario, no podrán ser discriminados por ninguna razón, raza, edad, sexo, entre otros.

Reconocer a cada adolescente como un sujeto con una historia de vida y condiciones circundantes únicas, donde el modelo tiene una manera diferencial de entender las necesidades y la atención en salud. (UNICEF, 2013)

De acuerdo a la Guía para la atención integral de la salud de adolescentes del Ministerio de Salud (2017), el Estado tiene el deber de garantizar los derechos de la población adolescente:

1) Derecho a la privacidad y respeto por la confidencialidad:

La confidencialidad implica al carácter privilegiado y privado de la información aportada en la atención sanitaria. De acuerdo el artículo N°22 del Código de la Niñez y adolescencia (CNA), los adolescentes tienen derecho al respeto de su privacidad y reciba una atención de la salud respetuosa y se asegure el secreto profesional.

2) Derecho a ser escuchado y tomado en cuenta:

A partir del artículo N°8 del CNA el adolescente deberá ser escuchado y él decidirá en las decisiones que afecten a su vida. Se le explicara y pedirá permiso antes de intervenir sobre sus cuerpo y su vida, garantizando un ámbito propicios para la consulta y el tratamiento.

3) Derecho a ser respetados en la evolución de sus facultades:

Es prioridad tener en cuenta el significado de la “autonomía progresiva”, como proceso del desarrollo de las capacidades evolutivas de cada individuo singular habilitando al ejercicio de todos sus derechos. (MS, 2017).

El MS dentro de los Objetivos Sanitarios Nacionales (OSN, 2020) establece los objetivos Nacionales y estratégicos con sus áreas de intervención. En este caso, el Área Programática de Adolescencia y Juventud (2017) a través de una atención integral de la salud, responde a la compleja situación que viven en la actualidad los adolescentes. Enmarcada dentro de los parámetros que habilitan la unificación de los criterios de abordaje enfocados en la integralidad, calidad y universalidad.

Los (OSN) consisten en:

- 1) Alcanzar mejoras en la situación de salud en la población.
- 2) Disminuir las desigualdades en el derecho a la salud.
- 3) Mejorar la calidad de los procesos asistenciales de salud.
- 4) Generar las condiciones para que las personas tengan una experiencia positiva en la atención de su salud.

Los (OE) proponen:

- 1) Fortalecer estilos de vida y entornos saludables y disminuir los factores de riesgo.
- 2) Disminuir la carga prematura y evitable de morbilidad y discapacidad.
- 3) Mejorar el acceso y la atención de salud en el curso de vida.
- 4) Construir una cultura internacional de calidad y seguridad en atención de salud.
- 5) Avanzar hacia un sistema de atención centrado en las necesidades sanitarias de las personas y las comunidades.(MS,2017)

□ Modelo de atención integral en la adolescencia:

El modelo de atención integral en adolescentes implica la adecuación de los sistemas de atención desde un enfoque bio-psico-social, partiendo de la identificación de las distintas necesidades y los problemas específicos de este momento evolutivo en particular. El abordaje en la atención integral comprende los enfoques de derecho, género y diversidad. Incluirlos implica ubicar a los adolescentes como sujetos de derechos y protagonistas de sus propias vidas. Es ofrecer garantías de una atención de calidad amparada en los marcos legales de alcance nacional e internacional y de carácter obligatorio. El enfoque de género, es fundamental para la comprensión de los procesos y fenómenos sociales y de salud. Las políticas sanitarias y las reformas de la salud afectan de distinta manera a mujeres y varones.

En la adolescencia es importante destacar las diferencias debidas a la construcción social de género. Las mismas se ponen de manifiesto en forma acentuada, cobrando gran impacto en la salud de adolescentes. A modo de ejemplo, desde los estereotipos culturales a menudo se busca un ideal estético que puede provocar sufrimiento (psíquico y físico), afectando mayormente a las adolescentes. Los varones desde un lugar de supuesta superioridad y masculinidad pueden caer en conductas peligrosas: mueren muchos más adolescentes y jóvenes varones que mujeres por causas externas, siniestros, suicidios, homicidios. (MS, 2017)

En este sentido, Moreno (1992) expresa que el modelo de atención integral de adolescentes es entendido como aquel que:

- privilegia la promoción de estilos de vida saludable;
- potencia las fortalezas y privilegia la prevención de riesgos;
- se centra en los adolescentes;
- involucra no solo a la familia sino también al soporte social existente;
- cuenta con la activa participación de los adolescentes;
- se accede no solo en los servicios tradicionales de salud sino también en los ámbitos donde los adolescentes habitan, estudian, trabajan o se recrean;
- la atención en salud es designada por equipos técnicos de distintas disciplinas, permitiendo construir procesos de interdisciplinariedad e intersectorialidad, que capacitan al equipo y a cada uno de sus integrantes para el abordaje de las “diferentes adolescencias” y de sus necesidades;
- se basa en políticas públicas. (MS,2017)

Debe estar necesariamente coordinado, trabajar en red y posibilitar la intervención de los distintos niveles de atención proporcionándole continuidad.

Está comprendido dentro de esta atención integral el control de salud, destinado a evaluar tanto el desarrollo físico, neurocognitivo, emocional y social, como detectar precozmente procesos, condiciones o situaciones problemáticas que puedan estar atravesando los adolescentes y puedan incidir de forma negativa en su vida cotidiana. Es un espacio de encuentro en el que se promueven hábitos saludables y la prevención de los principales problemas de salud en este momento evolutivo, como pueden ser la siniestralidad, intentos de autoeliminación, consumo de sustancias psicoactivas, entre otros. (MS, 2017)

En cuanto a los objetivos del control en salud, Briceño (2002) expresa que pueden:

- Identificar “fortalezas” y factores protectores.
- Estimular al adolescente que se responsabilice del cuidado de su salud.
- Identificar problemas de salud evidentes o potenciales en el adolescente sano
- Evaluar el crecimiento y desarrollo.
- Potenciar la relación entre equipo de salud /adolescentes-familia o referente adulto.
- Asegurar una adecuada inmunización.
- Detectar oportunamente los factores de riesgo físicos, psicológicos y sociales y así ayudarlo adoptar hábitos saludables o a guiarlo anticipadamente de manera de prevenir posibles problemas que aportaran tanto a el adolescente como a su entorno.
- Prevenir hábitos y conductas de riesgo relacionadas con enfermedades prevalentes que generan morbimortalidad en este momento evolutivo y en la adultez.
- Identificar, acompañar y promover los proyectos de vida a corto y mediano plazo que promueven el desarrollo personal.

Las adolescencias no solo son parte de los riesgos o problemas de salud también de la solución. Este modelo integral destaca la necesidad de dar continuidad a la atención, tanto entre los niveles de atención como en cada nivel de acuerdo a la realidad local de las instituciones de salud y los sectores que están presentes en las comunidades. A su vez,

promueve la atención a partir de procesos que sostienen la longitudinalidad, entendido como el proceso de atención tanto en salud como en la enfermedad a lo largo de la vida de la persona y la continuidad orientada al seguimiento de una situación o problema de salud de un individuo. La atención brindada por los equipos de técnicos de distintas disciplinas mediante procesos de interdisciplina e intersectorialidad serán la herramienta principal para el abordaje de las diferentes adolescencias. (MS, 2017)

En este lineamiento, Donas Burak (2001, citado por Páramo, 2011) proponen que el objetivo de los servicios de salud debe ser el desarrollo humano del adolescente donde las acciones deben ser intersectoriales y la salud abordada integralmente con una atención multidisciplinaria, proporcionándole un espacio de participación social en su salud.

Siniestros de tránsito:

Es importante realizar una distinción entre el concepto de accidente y siniestro de tránsito, ya que no son sinónimos. El primero es considerado producto del azar y la casualidad, en cambio el segundo está relacionado con causas identificables y prevenibles. De acuerdo al enfoque de este recorrido bibliográfico se utilizó el concepto de siniestro de tránsito.

Los siniestros de tránsito se les definen como un evento donde participan una o más causas identificables y que puede ser evitable o prevenible. Es uno de los principales problemas de la salud, donde un 90% de los casos tienen que ver con el factor humano. (Sistema de Gestión de la Seguridad Vial, 2012).

De acuerdo con Montoro (2000), el factor humano es considerado el principal factor de riesgo en los siniestros de tránsito. Concebir que sea el elemento principal que incide en la siniestralidad vial, contribuirá en reconocer que gran parte de las acciones preventivas deben ser dirigidas a este elemento. Por lo tanto, cualquier medida que se tome referida al vehículo o la vía no será exitosa en su totalidad, si previamente no se tuvo en cuenta cómo interactúa ésta con el factor humano.

En Uruguay, las lesiones a causa de los siniestros de tránsito se han incrementado constantemente en las últimas décadas. Estos se han convertido en uno de los principales problemas sanitarios que afecta a una población vulnerable. Actualmente, son la primera causa de muerte y discapacidad en menores de 35 años. La situación se hace más grave, por el hecho de ser el país con menor crecimiento demográfico de América. (Maldonado, 2011).

Discusión:

El objetivo de este apartado plantea una articulación teórica de los temas expuestos en el recorrido bibliográfico.

- **Los adolescentes como usuarios del Sistema de Salud**

De acuerdo con las consideraciones de Lalonde (1974) la salud individual y colectiva está relacionada con un conjunto de determinantes sociales, económicos, políticos, culturales y ambientales. Estos pueden incidir en los estilos de vida y hábitos que favorecen o afectan a una sociedad. Como ya se señaló en el marco teórico, el MS (2017) plantea un modelo de atención que prioriza el primer nivel. Este nivel jerarquiza la promoción, prevención y proporciona estrategias para mejorar los estilos de vida y hábitos saludables. Es un modelo que integra los adolescentes como agentes activos de cambio social y no simplemente beneficiarios del Sistema de Salud. Destacando dentro de sus objetivos, identificar las necesidades y evitar en gran parte las principales causas de mortalidad en este colectivo.

Siguiendo el planteo de la OMS (2017) la mayoría de los adolescentes y jóvenes gozan de buena salud. Aunque en la actualidad, las primeras causas de muerte en esta población se deben a causas externas.

En este sentido, Uruguay ha desarrollado estudios a diferentes niveles para comprender y actuar sobre los factores que inciden en la elevada prevalencia de Enfermedades crónicas no Transmisibles (ECNT). Como por ejemplo, los datos de la 2° Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades no transmisibles (ENFRENT) 2013, permitió evaluar el impacto de las políticas de promoción de salud y prevención implementadas hasta el momento. Esto habilitó por primera vez recolectar información de la población entre 15 y 24 años. Dejando en evidencia que es necesario visualizar las trayectorias que se establecen durante la adolescencia que aumentan los factores de riesgo o de protección,

determinado condiciones de salud, tales como enfermedades no transmisibles.

Por otra parte, el abordaje que plantea la atención integral en los adolescentes incluyen los enfoques de derecho, género y diversidad. Incluir el enfoque de género es prioridad para la percepción de los procesos, fenómenos sociales y de salud, dado que las diferencias causadas por la construcción social de género impactan en la salud de los adolescentes.

De acuerdo a datos brindados por el MS (2017), los varones jóvenes tienen tres veces mayor probabilidad de morir o sufrir traumatismos por causas externas que las mujeres jóvenes.

El interés en la actualidad de las políticas públicas en focalizarse en los adolescentes y jóvenes como usuarios, se argumenta por las características sociodemográficas de nuestro país, el cual presenta una baja natalidad de niños/as y adolescentes. Esto impacta negativamente en el desarrollo social y en especial, el capital humano futuro de la misma.

En relación a lo antedicho, el SNIS puede aportar a disminuir el impacto de los siniestros de tránsito en la población adolescente, desarrollando intervenciones integrales en los diferentes niveles de atención del mismo. Tomando en cuenta que es un fenómeno totalmente prevenible y evitable, cuyo principal responsable es el factor humano.

En este sentido, el MSP asumió un rol fundamental al crear en el año 2007 el Programa Nacional de Adolescencia, que en el año 2017 se transforma en el Área Programática de Adolescencia y Juventud. Permitiendo diseñar líneas programáticas y acciones necesarias para continuar con el objetivo de contribuir a mejorar la calidad de vida de los adolescentes y jóvenes.

Por las características de esta población, cobra mayor relevancia que las políticas públicas en salud logren el acercamiento los servicios de salud, desde la promoción y la prevención en el primer nivel de atención, con estrategias como lo es el control de salud anual. Para ello, utiliza la historia clínica del Sistema Informático de Adolescencia, junto con el carné

de salud adolescente. Otra de las herramientas utilizadas son las Metas Asistenciales, a través de las mismas en lo que se relaciona al Área programática de Adolescencia y Juventud, busca impulsar el papel del médico de referencia en el primer nivel de atención. De esta forma, lograr la captación, el diagnóstico oportuno e intervenciones tendientes a dar respuestas a las diferentes necesidades emergentes de este colectivo. Estas estrategias le garantizan al Sistema de Salud, que al menos una vez al año tiene contacto con esta población, permitiendo evaluar su crecimiento, desarrollo y el seguimiento de conductas de autocuidado.

A mi entender, otro componente innovador de las metas asistenciales fue la exigencia de realizar talleres de promoción de salud en instituciones educativas, sociales y/o deportivas. Estas actividades tienen como finalidad la prevención de la morbimortalidad evitable en adolescentes y jóvenes. De esta forma se contribuye a que adolescentes y referentes adultos tomen la decisión sobre hábitos y conductas a adquirir que favorecen una vida saludable, conozcan los principales problemas de salud en esta etapa de la vida y participen planteando posibles soluciones.

Por lo expresado anteriormente, es relevante el aporte del SNIS como actor social, a través de los profesionales de la salud en el abordaje de esta población vulnerable.

- Estrategias del SNIS para brindar respuestas a los siniestros de tránsito en la adolescencia:

Retomando el estudio de los autores Alfaro (2008), OMS (2004) ;Vázquez, (2004) y Ledesma (2011), reflejan la presencia de múltiples variables que inciden en la producción de los siniestros, evidenciando que la principal causa es el factor humano. Este último, es el porcentaje más elevado que ocasiona los siniestros de tránsito, influenciado en ocasiones por la adopción de conductas de riesgos. Estas conductas pueden surgir como consecuencia de las

dificultades en los procesos que configuran el mundo interno de los adolescentes y jóvenes. Siguiendo el planteo de Le Breton (2003); Mello y Ponzoni (2013), determinadas acciones que realizan los adolescentes ponen en riesgo su vida. Según ellos, están vinculadas con la angustia de la búsqueda de su identidad, un pedido de ayuda que no lograron poner en palabras para expresar determinados sentimientos. Cuando no existen apuntalamientos del contexto social para los distintos cambios, las crisis pueden prolongarse en el tiempo, lo que vuelve a los adolescentes vulnerables y propensos a conductas que pongan en riesgo su salud. Como plantean Pineda y Aliño (2002) en la atención integral de la salud en adolescentes, es crucial indagar como se vincula con sus padres y como ha sido su desarrollo evolutivo en el contexto familiar. La familia como factor protector y de apuntalamiento en las distintas crisis que los adolescentes atraviesan. Partiendo de la idea que el individuo es un ser social e histórico, que no existe de forma aislada y el contexto lo determina.

En este sentido, el Sistema de Salud es un actor social que cumple un papel fundamental en esta población y despliega sus acciones en los tres niveles de atención en salud. Teniendo en cuenta que las prácticas de salud en el primer nivel son las que contribuyen a resolver el 85% de los problemas prevalentes de la población. El modelo de atención integral en la adolescencia, propone la participación activa de la familia y el soporte social existente.

Las acciones en el segundo nivel son prevenir la aparición de secuelas psíquicas y físicas que pueden afectar la capacidad de desarrollarse plenamente. Por último, el tercer nivel se ocupará de la atención psicoterapéutica y la rehabilitación psicosocial.

Es fundamental abordar soluciones para esta problemática y promover la seguridad vial para toda la población, que implica inevitablemente apuntar a la modificación de determinadas conductas. Para lograr modificar dichas conductas es imprescindible generar conciencia en la población para el despliegue de conductas de autocuidado.

Para ello son cruciales las intervenciones de promoción en salud y el desarrollo de acciones intersectoriales que impacten a la población en general.

Es de señalar, que dentro de las estrategias y acciones, está la Semana de la Seguridad Vial, o las exposiciones de “Mayo amarillo” que apuntan a la concientización de un problema que es socio-cultural, sanitario y económico. Por lo cual, el MS aborda esta problemática desde una construcción intersectorial, dado que trabaja en conjunto con UNASEV y el Banco de Seguro del Estado (BSE).

Teniendo en cuenta los lineamientos de la OPS (2017), plantea que son cinco factores que inciden en que se produzcan los siniestros de tránsito, bajar la concentración de alcohol en sangre, limitar la velocidad, uso del casco obligatorio en los motociclistas, cinturón de seguridad y la utilización de dispositivos de retención infantil (sillitas).

El cumplimiento de estos cinco factores demuestra que es posible de reducir, las soluciones no son tan costosas, pero requiere de trabajo y de toda una cultura de proteger y evitar que ocurran lesiones por esta causa.

La implementación y promoción de una política nacional en Seguridad Vial, apunta atribuir responsabilidad a los ciudadanos en el aumento de la seguridad vial y pretende generar responsabilidad social y un cambio en la cultura vial.

El MS plantea la participación activa de todos los actores de la sociedad, las familias, instituciones educativas, clubes, entre otros. Esto permitirá a partir de la promoción y prevención en salud, construir normas saludables de convivencia en sociedad, donde los adolescentes y jóvenes tomen conciencia del valor de su vida y la de los demás.

Propone estimular la formación de adolescentes críticos y responsables en la toma de decisiones acertadas, que eviten siniestros de tránsito. Habilitando a los adolescentes a tomar conciencia de las consecuencias de consumir alcohol y/o drogas cuando se maneja o acompañar a un conductor bajo los efectos de los mismos.

El abordaje del MS (2017) de los siniestros de tránsito desde una construcción intersectorial, que apunta a contribuir a generar cambios en la cultura de la siniestralidad vial existente, partiendo de la idea que la prevención de los siniestros viales son acciones que dependen de toda la sociedad y de las actitudes cotidianas.

Por último, se plantean reflexiones finales que se desprenden de la discusión de los temas abordados en el marco teórico.

Reflexiones finales:

El presente trabajo monográfico pretendió reflexionar sobre el papel de la salud como actor social y las respuestas al bienestar de los adolescentes, en un problema de salud pública como lo es la siniestralidad.

Los siniestros de tránsito constituyen desde el ámbito de la salud enfermedades crónicas no transmisibles en la población adolescente y para su control son necesarios abordajes en los estilos de vida, ambiente físico y social.

Tomando en cuenta el planteo de la Guía para la atención integral de la salud de adolescentes del MS (2017) donde define a los siniestros de tránsito como, “un analizador social, síntoma de otros problemas que sufre la sociedad (...). Estas transformaciones impactan también en la forma de ser, pensar y actuar de los adolescentes”. Es de relevancia indagar sobre cómo influye el factor humano en la producción de los siniestros de tránsito y cómo el mismo es influenciado por el actual momento histórico y social. Para luego, reflexionar sobre posibles intervenciones enfocadas en disminuir el número de siniestros de tránsito.

En este sentido, considero que las políticas públicas a la hora de desarrollar e implementar determinadas acciones para reducir los siniestros de tránsito, o mejorar la circulación vial, deberían tener en cuenta los aportes de la psicología de la salud que pone énfasis en los aspectos subjetivos, los procesos psicológicos y las conductas de riesgo en la adolescencia.

Es fundamental comprender la adolescencia como un momento evolutivo en la cual no solo se producen cambios subjetivos, sino que además se debe reconocer la existencia de una nueva intersubjetividad en la que su contexto forma parte. En la actualidad, de acuerdo con datos recabados por el MS (2017) las conductas de riesgos han ido en aumento, tales como el consumo de alcohol, drogas y siniestros de tránsito.

El Sistema de Salud como actor social cumple un papel crucial en esta población y brinda

respuestas a las necesidades emergentes en los tres niveles de atención en salud. El equipo de salud en primer nivel apunta a resolver un alto porcentaje de las necesidades de la población, mediante procesos de interdisciplina e intersectorialidad, que abordan integralmente las diferentes adolescencias, apuntando al desarrollo total de sus capacidades y así poder evitar la ausencia de salud.

En el caso de las conductas de riesgo en los adolescentes, realiza intervenciones desde la promoción y prevención en salud, con la finalidad que se produzcan modificaciones en las conductas, para lograr una convivencia saludable en el tránsito y tomen conciencia del cuidado de su propia vida y la de los demás.

A modo de cierre, los siniestros de tránsito impactan negativamente en el desarrollo de la sociedad, tomando en cuenta que sus mayores víctimas son los adolescentes. Es un fenómeno que puede ser totalmente prevenible por la implicancia del factor humano en la misma. En tal sentido, el SNIS pretende ser un diferencial en disminuir el impacto de los siniestros de tránsito en la población adolescente, mediante abordajes integrales en los diferentes niveles de atención en salud.

Referencias Bibliográficas:

- Alfaro, D. (2008). Problemática sanitaria y social de la accidentalidad del transporte terrestre. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 25 (1), pp.133-137.
- Amorín, D. (2012). *Apuntes para una posible Psicología Evolutiva*. 3°ed. Montevideo. Ed: Psicolibros.
- Bauman, Z. (2004). *Modernidad Líquida*. Barcelona: Paidós.
- Bianchi, A., Chávez, J., Mujica, P., y Vivanco, N. (2014). *Jóvenes Universitarios: Percepción del riesgo en relación a la conducción y alcohol*. Conferencia en el marco de la Semana de la Seguridad Vial, Facultad de Psicología, Montevideo, Uruguay.
- Benia, W., De Mucio, B., & León, I., (2007). *Situación epidemiológica del Uruguay*. Montevideo.
- Briceño, G y Pignatiello, A. (2002). Orientación individual en Salud Sexual y Reproductiva Adolescente. Venezuela: Avesa.
- Carrasco, M.A., y González, M.J., (2006). Aspectos conceptuales de la agresión: definición y modelos explicativos. *Acción Psicológica*, 4(2), 7-38.
- Corona, F., & Peralta, E. (2011). Prevención de conductas de riesgo. *Revista Médica Clínica Las Condes*, 22 (1), 68-75.
- Chávez, J y otros (2014). *Jóvenes Universitarios: Percepción de riesgo en relación a la conducción y alcohol*. Ponencia en el marco de la Semana de Seguridad Vial (UdelaR), Montevideo, 7 de octubre.
- Dávila León, O. (2004). *Nociones y espacios de juventud*. En última década, 12 (21). Santiago de Chile.
- Da Silva, F. (2003). *Adicciones sin drogas. Aspectos preventivos y clínicos*, en Boletín Foro. Alcoholismo y otras dependencias. Núm. 41, IIN/OEA, Montevideo.

- Dirección General de tráfico. (2014). *España cumple varios de los objetivos Europeos para reducir los fallecidos por accidentes de tráfico en 2020*. Recuperado de:
<http://www.dgt.es/es/prensa/notas-de-prensa/2014/20140408-Espania-cumple-varios-de-los-objetivos-europeos-para-reducir-los-fallecidos-por-accidente-de-trafico-en-2020.shtml>
- Efron, R., y Korinfeld, D. (2015). *Acerca de la problemática del suicidio de adolescentes y jóvenes. Un enfoque para su abordaje desde el campo de la educación*. Ministerio de Educación, Argentina.
- Flechner, S. (2008). Pacientes adolescentes en riesgo: un desafío para el analista. *Latinoamericana de Psicoanálisis*. 8, pp.121-139.
<http://pesquisa.bvsalud.org/bivipsil/resource/es/psa-8846>
- Garbarino, J., González, A, & Faragó, P. (2010). Adolescencia y desarrollo emocional, social y cognitivo. En Pasqualini, D., & Llorens, A. Comps., *Salud y bienestar de Adolescentes y jóvenes: Una mirada Integral*; pp. 55-59. Recuperado de:
<http://www.codajic.org/sites/www.codajic.org/files/SaludBienestarAdolescente%20Diana%20Compiladores.pdf>
- García, S. (2009). Protección especial en el campo de la infancia y la adolescencia: cambios y continuidades en las políticas de infancia en el Instituto del Niño y Adolescente del Uruguay. Recuperado de:
<http://www2.convivencia.edu.uy/web/wp-content/uploads/2013/12/Pol%C3%ADticas-de-la-infancia-en-el-INAU.pdf>
- Güida, C.(s/f)Ficha temática del Curso de Niveles de Atención en Salud: “Modelos de Atención en Salud”. Recuperado de:
<https://eva.psyco.edu.uy/mod/resource/view.php?id=43807>
-

- Kancyper, L. (2013, Febrero). Adolescencia: el fin de la ingenuidad. *Querencia*, (14), pp.45-55. Recuperado de:
<http://revista.psico.edu.uy/index.php/querencia/article/view/158/89>
- Krauskopf, D (2002). *Las conductas de riesgo en la fase juvenil*. Recuperado de:
http://www.iin.oea.org/Cursos_a_distancia/Lecturas%20y9_UT_1.pdf
- Klein, A. (2002) *Imágenes Psicoanalíticas y sociales del adolescente. Condiciones de surgimiento de la adolescencia en la modernidad y el disciplinamiento adolescentizante en la posmodernidad*. Montevideo, Uruguay: Editorial Psicolibros.
- Klein, A. (2006) *Adolescentes sin adolescencia. Reflexiones en torno a la construcción de subjetividad adolescente bajo el contexto neoliberal*. Montevideo, Uruguay: Editorial Psicolibro.
- Lalonde, M. (1974). Informe determinantes sociales de la salud.
Recuperado de:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v28n4/a11.pdf>
- Le Breton, D. (2003). Introducción. En D. Le Breton. (Comp.), *Adolescencia bajo riesgo*, (pp. 10-46). Montevideo: Trilce.
- Ledesma, R. D.; Poó, F. M. & Montes, S. A. (2011). La Psicología del Tránsito: Logros y desafíos de la investigación. *Revista Latinoamericana de Ciencia Psicológica*, 3(2), pp.108-119.
- Ley N° 19.360 (2007). Reducción de la concentración en sangre de alcohol en conductores. Recuperado de:
<https://parlamento.gub.uy/documentosyleyes/leyes/ley/19360>
- Ley N° 18.335(2008). Derechos y obligaciones de los pacientes y usuarios de los servicios de salud. Recuperado de:

<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008>

- Lozano, F., Giménez, A., Cabrera, J., Fernández A., Lewy, E., Salas, F., Cid, A., Hackembruch, A.,
- C. y Olivera, V. (2010). Violencia: “Caracterización de la población adolescente de instituciones educativas de la región oeste de Montevideo-Uruguay en relación a la situación de violencia en que viven.” Universidad de Montevideo. Recuperado de: http://www.um.edu.uy/docs/working_paper_um_cee_2010_03.pdf
- Maldonado Banks de González Cabello, M., Heler, V., Barrios, G., Paxao, L. M., & Chiarini, F. L. (2011). Proyecto de cooperación técnica en seguridad vial entre ciudades : Buenos Aires, Belo Horizonte, Montevideo. En Proyecto de cooperación técnica en seguridad vial entre ciudades: Buenos Aires, Belo Horizonte, Montevideo. Organización Panamericana de la Salud.
- Mannoni, O; Deluz, A; Gibello, B; Hébrard, J. (1999) La crisis de la adolescencia. Barcelona. Ed: Gedisa.
- Mello, E., y Ponzoni, A. (Setiembre, 2013). *Conductas de riesgo en las adolescencias*. Trabajo presentado en las XXI Jornadas uruguayas de Psicología, Montevideo, Uruguay. Recuperado de: <http://www.apuruguay.org/sites/default/files/conductas-deriesgo-en-las-adolescencias-de-mello-ponzoni.pdf>
- Miller, J. (marzo, 2015). *En dirección a la adolescencia*. Intervención llevada a cabo en la 3ª Jornada de estudio del Instituto de la Infancia, Centro de Convenciones de Issy- Les- Moulineaux, Francia. Recuperado de: <https://dl.dropboxusercontent.com/u/36624810/Jacques-Alain%20Miller%20-.pdf>
- Ministerio de Salud Pública (2015). *Programa de prevención de enfermedades no transmisibles* (PPENT). Estudio de carga global de enfermedad. Estudios de

Evaluación Comparativa de riesgo o de carga atribuible a factores de riesgo.MSP.Montevideo.

- Ministerio de Salud (2016). *Guía para lo priorización de las problemáticas adolescentes a nivel institucional*. Recuperado de:
<http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/guia%20para%20la%20priorizaci%C3%B3n%20de%20problemas%20de%20salud%20en%20adolescencia.META%202.%20Julio%20Agosto%20SEtiembre%20%281%29%20%281%29.pdf>
- Ministerio de Salud (2017). *Guía para la atención integral de la Salud de adolescentes* (actualización). Recuperado de:
http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/archivos_adjuntos/GuiaSalusAd_imprenta.pdf
- Ministerio de Salud (2017). *Metas asistenciales julio 2016-marzo 2017*- Recuperado de:
<http://www.msp.gub.uy/publicaciones/sistema-nacional-integrado-de-salud-snis/metas- asistenciales>
- Montoro, L., Alonso, F., Esteban, C. Toledo, F. (2000). Manual de seguridad vial: el factor humano.
- Morales, Calatayud, F. (2009). La psicología y los problemas de salud. *Introducción a la psicología de la salud*. Buenos Aires: Koyatún.
- Moreno, E. (1992). *Política de salud del adolescente*. En: Curso de Educación a distancia en Salud Integral de Adolescentes (EDISA). Universidad de Buenos Aires.
- Nasio, J. (2013). *Como actuar con un adolescente difícil. Consejos para padres y profesionales*. Buenos Aires: Paidós.
- Nin, A. (2004). *Algunas peculiaridades en el tratamiento psicoanalítico con adolescentes*. Recuperado de:
http://www.apuruguay.org/revista_pdf/rup99/rup99-nin.pdf

- Organización Mundial de la Salud. (2017). *Informe sobre la situación mundial de la seguridad vial. Es hora de pasar a la acción*. Departamento de Prevención de la Violencia y los Traumatismos y Discapacidad (VIP) Ginebra. Recuperado de: www.who.int/violence_injury_prevention
- OPS/OMS. (2017). *Objetivos Sanitarios Nacionales 2020*. Recuperado de: https://www.paho.org/uru/index.php?option=com_content&view=article&id=1007:objetivos-sanitarios-nacionales-2020-hacia-donde-ira-la-salud-del-paa-s&Itemid=340
- Páramo, M.A. (2011). Factores de riesgo y factores de protección en la adolescencia: Análisis de contenido a través de grupos de discusión. *Terapia psicológica*, 29 (1), pp.85-95.
- Pasqualini, D. (2010). *Diagnóstico de las necesidades de la población adolescente*. En D. Pasqualini., y A. Llorens (Comps.), *Salud y bienestar de Adolescentes y jóvenes: Una mirada Integral* (pp. 110-117). Bs. As.: OPS/OMS- Facultad de Medicina, UBA.
- Pita, S., Vila, M.T., & Carpente, J. (2002). *Determinación de factores de riesgo. Atención primaria en la red*, 1997(4), 75-78.
- Pulido, José, Indave-Ruiz, B. Iciar, Colell-Ortega, Esther, Ruiz-García, Mónica, Bartroli, Montserrat, & Barrio, Gregorio. (2014). *Estudios poblacionales en España sobre daños relacionados con el consumo de alcohol*. *Revista Española de Salud Pública*, 88(4), pp.493-513. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/170/17031687005.pdf>
- Pineda, S., y Aliño, M. (2002) *El concepto de adolescencia*. En F. Cruz., S. Pineda., N. Martínez., y M. Aliño. (Ed.) *Manual de Prácticas clínicas para la atención integral a la salud en la adolescencia* (pp.15-24). Cuba: Minsap.
- Quiroga, S., (2004). *Adolescencia: del goce orgánico al hallazgo de objeto*. Buenos Aires: U.B.A.

- Ragatke, S. (2010). Vínculos familiares y con el entorno. En D. Pasqualini., y A. Llorens (Comps.), *Salud y bienestar de Adolescentes y jóvenes: Una mirada Integral* (pp. 62- 66).Bs. As.: OPS/OMS- Facultad de Medicina, UBA.
- Real Academia Española (2017). *Diccionario de la lengua española*. Edición del Tricentenario.Recuperadode:
<http://dle.rae.es/?id=0nrQ4BH>
<http://dle.rae.es/?id=0nrQ4BH>
- Rubilar, F. (2014). *El proceso de diferenciación del adolescente: una dialéctica entre lo micropolítico y lo poético desde una epistemología narrativa* (Tesis de pregrado).
- Tomasina,F. y León,I. (2008).Sistema de Salud en Uruguay. En Benia, W. Y Reyes, I. (Coord) *Temas de Salud Pública. Tomo I.* (105) Montevideo: Oficina del Libro FEFMUR.
- UNASEV. Sistema de información nacional de tránsito (SINATRAN). *Informe Anual Siniestralidad vial 2017*.Recuperado de:
http://unasev.gub.uy/inicio/sinatran/informes_siniestralidad_vial_uruguay/
- UNASEV.Objetivos Sanitarios Nacionales 2020.Recuperado de:
http://unasev.gub.uy/inicio/noticias/listado_de_noticias/objetivos_sanitarios_nacional_es_2020
- Uriarte, C. (2010). *La resignificación de las identificaciones en la adolescencia*. Recuperado de:
<http://fepal.org/nuevo/images/stories/clara-uriarte.pdf>
- Unicef Colombia (2013): Consultoría para la evaluación de los Servicios Amigables de Salud para Adolescentes y Jóvenes en Colombia. Producto 5: Informe de Resultados. Recuperado de:
https://www.unicef.org/evaldatabase/files/Colombia_2013-002_Informe_Final.pdf

- Vignolo, J. Vacarezza, M. Alvarez, C. Sosa, A (2011) Niveles de atención, de prevención y atención primaria de la salud. Arch. Med. Interna; XXXIII (1):pp.11-14. Prensa Médica Latinoamericana. Recuperado de:
<http://www.scielo.edu.uy/pdf/ami/v33n1/v33n1a03.pdf>
- Viñar, M. N. (2009). *Mundos adolescentes y vértigo civilizatorio*. Montevideo, Uruguay: Ediciones Trilce.