

2014

Terapia ocupacional en promoción de la salud y prevención primaria : creencias y actitudes de los jóvenes de 15 a 25 años, de edad, relacionadas con el consumo de alcohol y el tránsito

Domínguez, María Adelina

Universidad Nacional de Mar del Plata, Facultad de Ciencias de la Salud y Trabajo Social

<http://kimelu.mdp.edu.ar/xmlui/handle/123456789/1127>

Downloaded from DSpace Repository, DSpace Institution's institutional repository

Terapia Ocupacional en Promoción de la Salud y Prevención Primaria:

Creencias y actitudes de los jóvenes de 15 a 25 años,
de edad, relacionadas con el consumo de alcohol y el
tránsito

Universidad Nacional de Mar del Plata

Plan de Tesis presentado en la Facultad de Ciencias de la
Salud y Servicio Social para optar por el título de Licenciada
en Terapia Ocupacional

POR:

Domínguez, María Adelina
Iarussi, Sabrina

Mar del Plata. Provincia de Buenos Aires. Argentina –
2014

DIRECTOR: Jorge Francisco, Ungaro

Profesor en Matemáticas

Prof. JORGE FRANCISCO UNGARO
DIRECTOR
G. INVEST. "PROTECCION DE LA SALUD"
UNIVERSIDAD NACIONAL MAR DEL PLATA

.....
FIRMA

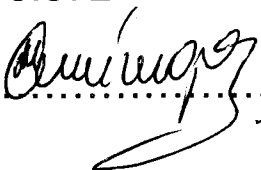
ASESOR METODOLOGICO: Cátedra de Taller de Trabajo

Final Departamento Pedagógico de la carrera Licenciatura en

Terapia Ocupacional

AUTORA: María Adelina, Domínguez

DNI: 31.236.872

FIRMA:


AUTORA: Sabrina, Iarussi

DNI: 33.670.145

FIRMA:


INDICE

1- INTRODUCCION.....	1
1.1 PROBLEMA.....	3
1.2 OBJETIVOS.....	4
2- ESTADO ACTUAL EN LA ARGENTINA.....	5
2.1 CONSUMO DE ALCOHOL Y TRANSITO EN ARGENTINA.....	11
2.2 EL PROYECTO “SAFE ROADS FOR YOUTH (SR4Y)”- “CAMINO SEGURO PARA LOS JOVENES”.....	12
3- MARCO TEORICO.....	16
3.1 PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION PRIMARIA EN TERAPIA OCUPACIONAL.....	16
3.1.1 Concepto de salud.....	16
3.1.2 Atención Primaria de Salud.....	17
3.1.3 Promoción de la salud.....	19
3.1.4 Prevención primaria.....	23
3.1.5 Terapia Ocupacional.....	24
3.1.6 Proceso de Intervención de Terapia Ocupacional en Promoción de la Salud y Prevención primaria.....	27
3.2 SINIESTROS VIALES Y LESIONES NO INTENCIONALES.....	28
3.2.1 Concepto de siniestros viales.....	28
3.2.2 Lesiones no intencionales o traumas por transito....	29
3.2.3 Modelo de abordaje.....	30
3.3 PROMOCION DE LA SEGURIDAD VIAL Y PREVENCION DE LESIONES NO INTENCIONALES.....	32
3.3.1 Factores de riesgo en siniestros viales.....	32
3.3.2 Definición de seguridad.....	34
3.4 ADOLESCENCIA: COMPORTAMIENTOS Y HABITOS RIESGOSOS EN RELACION AL CONSUMO DE ALCOHOL Y AL TRANSITO.....	34
3.4.1 Adolescencia como etapa característica del ciclo vital.....	34
3.4.2 Adolescentes y su relación con el consumo de alcohol y los siniestros viales	38
3.4.3 Terapia Ocupacional en promoción de la salud y prevención primaria en relación al consumo de alcohol y lesiones no intencionales en adolescentes.....	41
4- DESCRIPCION DEL AMBITO DE ESTUDIO	44
5- MATERIAL Y METODOS.....	45
5.1 TIPO DE ESTUDIO, ENFOQUE Y DISEÑO DE INVESTIGACION.....	45
5.2 POBLACION.....	45
5.3 MUESTRA.....	46
5.3.1 Criterios de Inclusión.....	46
5.3.2 Criterios de Exclusión.....	47
5.4 DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES.....	47
5.5 RECOLECCION DE DATOS.....	66
5.5.1 Procedimientos de Recolección de Datos.....	66
5.5.2 Instrumento de Recolección de Datos.....	67
5.5.3 Procesamiento de Análisis de los Datos.....	67
6- BIBLIOGRAFIA	69
7- ANEXO	73

1- INTRODUCCION

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) cada año se pierden casi 1,24 millones de vidas en todo el mundo debido a “accidentes” de tránsito. Entre 20 y 50 millones de personas sufren traumatismos no mortales, y a su vez una proporción de estos padecen alguna forma de discapacidad. Las lesiones causadas por el tránsito son la causa principal de muerte en el grupo de 15 a 29 años de edad. Y la mitad de las personas que mueren por esta causa en todo el mundo son usuarios vulnerables de la vía pública, es decir peatones, ciclistas y motociclistas (OMS, 2013).

Asimismo, en el Informe sobre el estado de la seguridad vial en la Región de las Américas (OPS/OMS, 2009) se confirman y profundizan las cifras presentadas el año 2004 en el Informe Mundial sobre Prevención de los Traumatismos Causados por el Tránsito. (OPS; 2009).

En este contexto, y frente al aumento de muertes, lesiones y enfermedades relacionadas con los accidentes de diferente tipo, los organismos internacionales consideran que es necesario desarrollar en todo el mundo una cultura de seguridad preventiva. Los traumatismos causados por el tránsito siguen siendo un problema mundial de salud pública. Los países de ingresos bajos y medianos tienen la mayor carga de enfermedad y las tasas más altas de mortalidad debidas a traumatismos causados por el tránsito. La OMS calcula que 25% de todas las muertes debidas a lesiones son resultado de lesiones resultantes de colisiones en las vías de tránsito. En su informe presentado a las Naciones Unidas, la OMS afirmó que, además de las muertes, “cientos de miles de personas más se lesionan en nuestras vías de tránsito y algunas de ellas se convierten en discapacitados permanentes. (OPS; 2011).

La gran mayoría de esto ocurre en países en desarrollo, entre los peatones, los ciclistas, los motociclistas y los usuarios del transporte público, muchos de quienes nunca podrían pagar un vehículo automotor privado”. Según el “Informe sobre el estado de la seguridad vial en la Región de las Américas”, los traumatismos causados por el tránsito son responsables de cerca de 150 mil muertes al año y más de 5 millones de lesionados (lo que equivale anualmente a

cerca de 35 lesionados y personas con discapacidad por cada persona fallecida). (OPS; 2009).

En la investigación "Alcohol, Jóvenes y Accidentes de Tráfico" (Del Río. M. 2002) se intenta dilucidar los factores que intervienen en la génesis de los "accidentes" de tráfico. Así dentro del denominado como "factor humano" se encuentra el consumo de sustancias psicoactivas, donde el alcohol juega el papel predominante.

Un análisis de los datos aportados por el Instituto Nacional de Toxicología en relación a la presencia de alcohol en accidentes de tráfico mortales, nos muestra la presencia de alcohol en el 50,1% de los conductores muertos en accidentes de tráfico, con un nivel de alcoholemia por encima de 0,8 g/l en el 32% de los casos. (Del Río. M. 2002).

En la Argentina, de un relevamiento de la Sedronar surge "una preocupante tendencia que reapareció en las calles y rutas del país: el aumento del consumo de alcohol como responsable de los accidentes de tránsito. Después de varios años de controles de alcoholemia, la incidencia de las bebidas en las lesiones automovilísticas volvió al nivel elevado del 2003. Según este relevamiento, el consumo de alcohol estuvo presente en el 22,5% de los "accidentes" de tránsito" (Gallo, 2013)

Esta medición oficial sirve para graficar el repunte en el consumo de alcohol y el aumento de sus consecuencias sobre terceros. Los especialistas muestran un convencimiento de que hay un mayor consumo de alcohol en general desde el año 2009. Ese crecimiento se visualiza en todas las franjas etarias, especialmente en jóvenes entre 16 y 25 años, teniendo en cuenta que estos fueron el 33% de los ingresados en las salas de emergencia por accidentes en donde el alcohol estuvo presente.

El informe "El consumo de alcohol incide en uno de cada cuatro accidentes viales" sostiene que a pesar de que la curva de accidentes por culpa del alcohol alcanzo nuevamente el pico del año 2003, son los controles de alcoholemia una de las principales formas de prevenir los accidentes.

Argentina se encuentra actualmente dentro de un proyecto internacional, donde también participan Vietnam y Sudáfrica, llamado "Safe Roads for Youth (SR4Y)" –

"Caminos seguros para los jóvenes", coordinado logísticamente por PAU Education (España). El mismo, tiene un enfoque transcultural y busca conocer la problemática y sus manifestaciones específicas en diferentes culturas, evaluar la efectividad de diferentes acciones, y compartir buenas prácticas en materia de prevención. En nuestro país, la Cruz Roja Argentina está a cargo de la coordinación de las acciones, mientras que las tareas de investigación son llevadas adelante por investigadores del CONICET y la Universidad Nacional de Mar del Plata. Las ciudades que participan del proyecto en Argentina son: Balcarce, Río Cuarto, Saladillo, Tandil, y Villa María. En todas ellas se realizan investigaciones de base y de evolución del problema.

En esta investigación se indagará acerca de la situación del problema en la ciudad de Ayacucho.

De esta forma se plantea el siguiente problema.

1.1 PROBLEMA

¿Cuáles son los hábitos y creencias que expresan los jóvenes de 15 a 25 años, acerca del consumo de alcohol, conducción y antecedentes de tránsito, en la ciudad de Ayacucho, en los años 2012 y 2014?

1.2 OBJETIVOS

1.2.1 OBJETIVO GENERAL

Describir los hábitos y creencias que expresan los jóvenes de 15 a 25 años, acerca del consumo de alcohol, conducción y antecedentes de tránsito, en la ciudad de Ayacucho, en los años 2012 y 2014.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Describir las características sociodemográficas de los jóvenes encuestados.
- Describir los siniestros de tránsito que reportan los jóvenes en los que participan tanto ellos, amigos y/o familiares.
- Describir los antecedentes de siniestros viales que mencionan los jóvenes y su relación con el alcohol.
- Analizar los hábitos de conducción y consumo de alcohol que mencionan los jóvenes.
- Describir las creencias sobre los efectos del consumo de alcohol que refieren los jóvenes.
- Analizar las conductas y preferencias en relación al alcohol y la conducción que refieren los jóvenes.
- Analizar la evolución del problema entre el año 2012 y el 2014 en la ciudad de Ayacucho.
- Analizar la relación existente entre los hábitos de riesgo y utilización de medidas preventivas, y los antecedentes de lesiones por tránsito, manifestados por los jóvenes encuestados
- Proponer estrategias de abordaje de prevención primaria de lesiones por siniestros de tránsito, desde Terapia Ocupacional, en función de los resultados obtenidos.

2- ESTADO ACTUAL EN LA ARGENTINA

Ledesma, Díaz Lázaro, Poo y Ungaro, (2012) en su informe sobre Alcohol y Seguridad Vial en Jóvenes de Argentina, expresan que en el país el patrón mediterráneo de consumo de alcohol es el más preponderante, con una tasa de abstemios muy baja. El patrón de consumo mediterráneo implica un consumo moderado asociado con las comidas. No obstante, en los últimos años se ha observado un cambio importante en el patrón de consumo de alcohol, sobre todo entre los más jóvenes. Según la OPS (2007) Argentina también ocupa el tercer lugar cuando se analiza el consumo excesivo episódico de alcohol (ingesta de grandes cantidades en una sola ocasión), detrás de Canadá y Perú. Este tipo de consumo, habitual entre los jóvenes, es más riesgoso y posee graves consecuencias para la Salud y la Seguridad Vial.

El Observatorio Argentino de Drogas (OAD), dependiente de la Secretaría de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha contra el Narcotráfico (SEDRONAR), realiza importantes estudios de prevalencia y patrones de consumo de drogas, incluyendo el consumo de alcohol. Los resultados más recientes fueron publicados en abril del 2012 (OAD, 2012). El estudio se focalizó en el grupo de edad de 13 a 17 años. Los datos fueron obtenidos de una muestra de 90.450 estudiantes. Algunos de los resultados indican que:

“El consumo de alcohol en el país en los últimos años se ha generalizado en todas las franjas etarias y resulta particularmente riesgoso en los grupos más jóvenes. Es la sustancia psicoactiva de mayor consumo, la que presenta la edad de inicio más baja y la que se encuentra fuertemente asociada al consumo de otras drogas ilícitas, tanto marihuana como cocaína.

Por ser una sustancia de curso legal, acompañada de una fuerte campaña publicitaria, e incorporada históricamente en el patrón alimentario de la región, resulta de particular importancia, identificar con mayor precisión el perfil de consumo que los adolescentes presentan. Si bien la prohibición de venta de alcohol a menores existe en el marco

normativo, es evidente que los jóvenes acceden a las bebidas alcohólicas sin restricciones, tanto comerciales, como culturales.

En este sentido, y a partir de indicadores como frecuencia de consumo, cantidad de bebida consumida, episodios de borrachera o intoxicación y tenencia de trastornos físicos o psíquicos al suspender la ingesta, es posible identificar la magnitud de población adolescente en riesgo con el consumo de bebidas alcohólicas.

Según los datos del presente estudio, 855.471 estudiantes del nivel medio han consumido alguna bebida alcohólica en el último mes, lo que representa un 49,3% del total de estudiantes, 51,3% de los varones y 47,6% de las mujeres. La bebida más consumida es la cerveza (70%), seguida por bebidas fuertes o combinaciones de bebidas diferentes al vino o cerveza (63,6%), y por último el vino (46%).

Los varones consumen más cerveza y vino que sus compañeras y las mujeres más bebidas fuertes o tragos combinados (que involucran mezclas de bebidas fuertes con jugos o gaseosas), que sus pares masculinos.

Los estudiantes de todas las edades beben cerveza y vino en proporciones similares, aunque en el caso de la primera bebida el consumo es levemente superior entre los estudiantes de los dos grupos de más edad, y en el caso de la segunda, entre los de 15 y 16 años. El consumo de bebidas fuertes o tragos combinados se incrementa con la edad de los estudiantes, en especial a partir de los 15 y 16 años.

Frecuencia de consumo de bebidas alcohólicas

Los estudiantes consumen preferentemente durante el fin de semana, tanto quienes toman cerveza, vino o bebidas fuertes. Un 6% de quienes declaran consumo de cerveza, un 4,4% de los que consumen vino y un 3,3% de los que toman bebidas fuertes o tragos combinados, manifestaron hacerlo diariamente.

Consumo de cerveza

Unos 598.753 estudiantes tomaron cerveza en el último mes anterior a la encuesta. La mayoría de los estudiantes consume durante los fines de semana, pero si se analiza por sexo, se observa que hay una mayor proporción de varones que lo hacen diariamente. Si bien la mayoría

consume durante los fines de semana a cualquier edad, resulta muy preocupante que el mayor porcentaje de consumo diario o durante la semana se observe entre los estudiantes más pequeños. Cerca de la mitad de los estudiantes y en mayor medida los varones, tomaron 1 litro o más de cerveza en una misma ocasión durante los últimos 30 días (el 52,8% de varones y el 39,5% de mujeres), mientras que consumen en forma moderada (una latita en cada ocasión), el 35,3% de las mujeres y el 22,2% de los varones. Los estudiantes de 14 años o menos son los que menor cantidad de cerveza consumieron en una misma ocasión durante el fin de semana: No obstante, el 38,8% tomó un litro o más. Y a la inversa, a medida que aumenta la edad, la cantidad de cerveza bebida en una misma ocasión durante el fin de semana aumenta. La mitad de los estudiantes de 17 años y más y el 45,4% de quienes tienen entre 15 y 16 años, tomaron un litro o más de cerveza en una misma ocasión

Consumo de vino

Unos 393.866 estudiantes declararon consumo de vino en el último mes. Al igual que en el consumo de cerveza, si bien la mayoría consume durante el fin de semana, en el consumo diario prevalecen los varones y en el de fin de semana, las mujeres.

Durante los fines de semana se producen los mayores consumos de vino a cualquier edad. Sin embargo, al igual que respecto a la cerveza, los estudiantes de menor edad presentan un consumo diario o semanal de vino mayor que los demás estudiantes.

Si denominamos consumo “moderado” a la ingesta en una misma ocasión de sólo una copa de vino, observamos que el 30,9% de estos estudiantes clasifica en esta categoría, el 25,8% de los varones y el 37,7% de las mujeres. Considerando la mayor cantidad de vino ingerido, el 32,9% de los varones toma un litro o más en una misma ocasión, frente al 22,5% de las mujeres. Con lo cual, son los varones quienes presentan en mayor proporción un consumo abusivo de vino

A medida que aumenta la edad de los estudiantes, el consumo abusivo de alcohol se incrementa. Pero en todas las edades más de un 23% de

los estudiantes tomaron en una misma ocasión 1 litro o más de vino en una misma ocasión.

Consumo de bebidas fuertes y tragos combinados

Los estudiantes que tomaron alguna bebida fuerte o combinación de bebidas en el último mes anterior a la encuesta son 544.158. El consumo diario es más alto entre los varones. Y tal como se configura la frecuencia de consumo de las demás sustancias, la mayoría consume durante los fines de semana, en mayor proporción las mujeres.

La frecuencia de consumo de bebidas fuertes o tragos que combinan otras bebidas distintas al vino o cerveza según las edades de los estudiantes, presenta el mismo patrón que el observado respecto del consumo de vino y cerveza, es decir, que si bien la gran mayoría consume durante los fines de semana, entre los menores es donde se observa la mayor proporción de consumidores de todos los días o durante la semana.

Al contener esta categoría una variedad de bebidas, desde whisky, vodka, fernet, gancias, y cualquier trago que combine distintas bebidas, resulta más difícil establecer una medida igual para todas ellas en lo que respecta la medición de las cantidades consumidas. Asumiendo como consumo moderado en una misma ocasión el de una medida o trago, están en esta categoría el 27,6% de los estudiantes, en mayor proporción las mujeres (30,6%) que los varones (24,2%). El resto de estos estudiantes, es decir casi un 70%, presentan un consumo abusivo

Los estudiantes de 14 años o menos son los que manifiestan en mayor medida un consumo moderado, aunque de todos modos, más del 65% ha tomado más de un trago en una misma ocasión en el último mes. Casi el 70% de los estudiantes de 15 años y más ha consumido en forma abusiva.

Consumo riesgoso o abusivo

Otro de los indicadores que permiten identificar el consumo abusivo, se refiere a situaciones puntuales de intoxicación o borrachera, que pueden haberse dado con cualquier cantidad y tipo de bebida alcohólica. Sobre el total de estudiantes que declaran consumo en el último mes, el 27,9% reconoce haberse emborrachado o haber tomado más de la cuenta.

Entre los varones, esta situación alcanza al 31,1% y entre las mujeres, al 24,9%. Los episodios de borrachera o intoxicación se incrementan a medida que aumenta la edad de los estudiantes.

Sin especificar el tipo de bebida alcohólica consumida, se les preguntó a los estudiantes que tomaron alcohol en el último mes, sobre cuántas veces lo hicieron en magnitudes de 5 tragos o más en una misma ocasión o salida. Esta magnitud ya es considerada una medida de abuso o binge drinking. El abuso de alcohol de acuerdo a este indicador, es superior entre los varones, aunque las mujeres beben en forma preocupante también. Las respuestas indican que el 63,4% de los estudiantes consumió aunque sea una vez esta cantidad en los últimos 15 días, el 68,1% de los varones y el 59,2% de las mujeres.

Entre los estudiantes que tienen 14 años o menos las situaciones de abuso en los últimos 15 días alcanza al 57,5%, entre los que tienen entre 15 y 16 años, al 65,4% y entre los estudiantes mayores, al 63,7%. Entre los estudiantes que declararon haber consumido 5 tragos o más en una misma salida durante las últimas dos semanas, la mitad lo hizo o en un boliche o en una fiesta, mientras que casi un 25% consumió en su casa o en la de alguno de sus amigos. Tanto varones como mujeres tienen un comportamiento similar, aunque los primeros consumen más en la calle que sus compañeras y ellas lo hacen más en boliches o fiestas

Cuando se analiza por grupo de edad se observa que cuanto más grandes son los estudiantes el lugar más frecuente de consumo es el boliche, y por el contrario, cuanto más jóvenes, una fiesta. En todos los casos la casa de alguno de los amigos es mencionado en segundo lugar. Asimismo, resulta preocupante observar que el porcentaje que declara haberlo hecho en la calle o en su casa es mayor entre los de 14 años o menos.

Con las precauciones que se deben tener respecto de las conclusiones a extraer en relación a una sola pregunta de un cuestionario autoadministrado, cabe mencionar que un 6,7% de los estudiantes que consumieron alguna bebida alcohólica en el último mes manifestaron que al dejar de beber unos días sintieron malestares físicos o

ansiedades que lo llevaron a consumir nuevamente. El 7,5% de los varones y un 5,8% de las mujeres, disminuyendo a medida que avanza la edad, siendo 8,4% de los estudiantes de 14 años o menos, 6,6% de los de 15 y 16 años y 5,6% de los mayores de 17 años los que declaran haber sentido malestar. Esta situación es uno de los indicadores de la dependencia, el síndrome de abstinencia, según los Criterios de Clasificación Internacional de Enfermedades Décima Versión, CIE 103. Cabe aclarar que la condición de dependencia o adicción requiere de tres condiciones. Otro indicador que permite analizar el consumo problemático de alcohol es la escala CRAFFT4. A partir de seis indicadores relativos a dificultades personales o en la interacción social que puede haberle causado el consumo de alcohol, se considera que si el estudiante con consumo reciente de alcohol ha respondido afirmativamente al menos dos de estas preguntas, manifiesta un uso problemático de la sustancia. Las preguntas que integran la escala refieren a si el estudiante alguna vez ha viajado en un auto conducido por si mismo u otra persona que había consumido alcohol; si alguna vez amigos o familiares le han sugerido que disminuya el consumo de alcohol; si lo ha consumido alguna vez para relajarse, sentirse mejor consigo mismo o integrarse a un grupo; si se ha metido en problemas por su uso; si se ha olvidado lo que hizo por haber bebido; y si ha consumido alcohol estando solo.

La mitad de los estudiantes que consumieron alcohol el último año lo han hecho en forma problemática. Los varones son más propensos que las mujeres a pasar por estas situaciones.

Un tercio ha viajado en un auto conducido por una persona que había consumido alcohol (sea él mismo o no), sin diferencias por sexo y aumentando con la edad de los estudiantes, con el evidente riesgo para la seguridad propia y ajena.

En cuanto al consumo que inquieta a amigos o familiares, también se releva un tercio de estudiantes en esta situación, aunque la misma es considerablemente superior entre los varones y aumenta a partir de los 15 años. Resulta preocupante advertir que tres de cada diez estudiantes (varones y mujeres por igual e incrementándose con la edad), han

bebido alguna vez para relajarse, sentirse mejor o integrarse en un grupo. Y que un porcentaje similar ha olvidado alguna vez lo que hizo al haber tomado alcohol. La alarma disminuye al indagar si los estudiantes consideran haberse metido en problemas por el consumo de alcohol, ya que las respuestas positivas disminuyen a la mitad, también en este caso con mayor énfasis entre los varones y a medida que los estudiantes son más grandes.

Por último, resulta llamativo que tres de cada diez alumnos respondan haber consumido alcohol estando solos, más entre los varones y sin diferencias por edad.” (OAD, 2012).

Por otra parte, el consumo excesivo episódico entre los adolescentes muestra tasas de crecimiento sostenido entre los años 2001 y 2011.

2.1. CONSUMO DE ALCOHOL Y TRANSITO EN ARGENTINA

Se han realizado algunas investigaciones en distintos lugares del país para conocer el impacto del consumo de alcohol en la siniestralidad vial. En la ciudad de Buenos Aires, dos estudios informaron su incidencia en los choques que se produjeron en autopistas (GCBA, 2009, 2012). El consumo de alcohol estuvo presente en el 21,05% (año 2008) y 23,8% (año 2009) de los conductores involucrados en los choques. Los informes señalaron como dato relevante que en ambos años, más del 80% de los casos positivos tuvieron registros de alcoholemia inferiores a 0,5 g/l. Además se observó que la asociación entre alcohol y accidentes fue mayor durante los fines de semana, entre las 0 y las 6 horas. En general, los conductores que obtuvieron positivos en los controles de alcoholemia fueron hombres, de los cuales la mitad fueron menores de 25 años. (Ledesma, Díaz Lázaro, Poo y Ungaro, 2012)

Un estudio sobre consumo de sustancias realizado en la ciudad de Córdoba con población de estudiantes secundarios identificó algunos indicadores sobre consumo de alcohol y seguridad vial (César, 2010). En el estudio se señaló que el 40% de los jóvenes que concurren a escuelas públicas y el 32% de los de escuelas privadas informaban haber viajado con un conductor ebrio. De este total, el 5% de los que concurrían a escuelas públicas y el 3% que asistían a escuelas privadas informaron que cuando estuvieron involucrados en un siniestro el

conductor había consumido alcohol. Otro estudio sobre alcohol y choques en jóvenes fue realizado por Serfaty, Masaútis, y Foglia (2005). Los resultados indicaron que casi una cuarta parte de los jóvenes encuestados habían estado involucrados en algún siniestro. El consumo habitual de alcohol, el consumo durante los fines de semana y el inicio del consumo a temprana edad (entre los 14 y los 16 años) constituyeron factores de riesgo.

Si bien los antecedentes específicos de investigación en Argentina no son muchos, es posible elaborar una imagen preliminar de la situación sobre la base de la información disponible. Primero, hay mucha evidencia que indica que el consumo de alcohol, especialmente el consumo episódico excesivo, se ha extendido ampliamente entre los jóvenes argentinos. Segundo, los estudios realizados en salas de emergencia de nuestro país, sugieren un vínculo bastante claro entre consumo de alcohol y lesiones traumáticas (e.g., Alderete y Bianchini, 2008, Borges et al. 2006), especialmente en los más jóvenes. Tercero, los jóvenes constituyen el principal grupo de riesgo en los siniestros viales, agravado en los últimos años por el incremento de los desplazamientos motorizados en esta población (especialmente el uso de motos). Todos estos puntos indicarían que el consumo de alcohol sería una problemática importante desde la óptica de la Seguridad Vial en Argentina. No obstante, se requieren más iniciativas específicas en materia de investigación. (Ledesma, Díaz Lázaro, Poo y Ungaro, 2012)

2.2 EL PROYECTO “SAFE ROADS FOR YOUTH (SR4Y)” – “CAMINOS SEGUROS PARA LOS JOVENES”

Aitken y Bercetche (PAU, 2012) han revisado diferentes enfoques e intervenciones y han propuesto un modelo de abordaje comunitario basado en: (a) la movilización y participación de diferentes actores sociales, incluyendo a los jóvenes, (b) la capacitación y formación de grupos de promoción local, (c) la definición de estrategias preventivas por parte de la propia comunidad, según sus necesidades y características, y (d) la integración solidaria de actividades de investigación y evaluación. Este abordaje se implementa en la práctica bajo el título “*Safe Roads for Youth (SR4Y)*”, un proyecto internacional coordinado logísticamente por PAU Education (España), y científicamente por el Dr. Assally.

Se trata de un proyecto con un enfoque transcultural, en el que participan tres países: Argentina, Vietnam y Sudáfrica. Interesa conocer la problemática y sus manifestaciones específicas en diferentes culturas, evaluar la efectividad de diferentes acciones, y compartir buenas prácticas en materia de prevención. En nuestro país, la Cruz Roja Argentina está a cargo de la coordinación de las acciones, mientras que las tareas de investigación serán llevadas adelante por investigadores del CONICET y la Universidad Nacional de Mar del Plata. (Ledesma, Díaz Lázaro, Poo y Ungaro, 2012). Se elaboró un informe técnico denominado "Alcohol y Seguridad Vial en Jóvenes. Diagnóstico de Situación en Cuatro Localidades Argentinas" que sirve de base para la implementación de programas de control en cinco municipios de Argentina: Río Cuarto (CBA), Villa María (CBA), Saladillo (BA), Balcarce (BA) y Tandil (BA)

La encuesta fue realizada en el 2012 sobre 6.244 jóvenes de entre 15 a 25 años.

Los resultados evidencian que:

- Las ciudades de Tandil, Saladillo y Balcarce tienen un porcentaje importante de jóvenes que manejan coches, incluso en el grupo de menor edad.
- Existe una diferencia amplia entre quienes manejan (auto-moto) y quienes poseen licencia para ello. En Río Cuarto un 38.7% de los jóvenes de 18 a 25 años manejan motos, pero solo un 15.8% poseen la licencia habilitante.
- Con respecto a la frecuencia de consumo de alcohol se relevó que la mayoría de los jóvenes beben principalmente los fines de semana oscilando el porcentaje entre un 33.9% a 53.4%. Sin haber diferencia entre los menores y los mayores.
- Cuando se indaga sobre el consumo episódico excesivo se observó que en los hombres, éste se ubica en un 55.2% y un 72.8%, siendo a penas mas elevado en el grupo de 18 a 25 años. En las mujeres, al contrario de los hombres, tiende a observarse más consumo en el grupo de las más chicas. A este fenómeno (consumo episódico excesivo) se lo asocia con la "previa". Esta última se la define como reuniones de amigos que se realizan antes de la salida propiamente y en las cuales el consumo de alcohol parece condición necesaria. Desde la óptica de la movilidad el

fenómeno de la previa, es muy importante porque implica que los jóvenes ya se mueven alcoholizados hacia los lugares de diversión donde luego el consumo continúa. El consumo excesivo esta ha extendido y naturalizado, resultando un elemento central en los patrones de diversión de los jóvenes.

- En cuanto al conocimiento y creencias sobre el consumo de alcohol los datos arrojados son similares en todas las ciudades, pudiendo destacarse que:
 - a) Aproximadamente el 40% de los jóvenes opinan que “el alcohol aumenta la confianza en uno mismo”.
 - b) Aproximadamente el 25% piensan que si se ingiere comida “no te vas a emborrachar tanto como para no manejar”.
 - c) Entre un 37 y un 47% de los participantes confían en las cualidades reparadoras del café.
 - d) Que un 30% manifiestan no saber o considerar falsa la posibilidad de morir por intoxicación alcohólica.
 - e) Un 20% considera que si alguien toma solo cerveza, no puede convertirse en alcohólico.
- Con respecto a los incidentes de tránsito y consumo de alcohol, los mayores porcentajes se registran en el grupo etáreo de 18 a 25 años, alcanzando un 25% los participantes de Córdoba. Los accidentados que necesitaron atención médica, alcanzan un 9,8% en el mismo grupo de edad en la ciudad de Río Cuarto. Y los que necesitaron internación fueron principalmente los jóvenes de 18 a 25 años de las ciudades de Tandil (3.8%) y Villa María (2.8%).
- De los jóvenes que afirman haber participado en un accidente de tránsito, se observan un alto porcentaje de respuestas positivas en ambas preguntas en el grupo de 18 a 25 años. Una de ellas es “si en el evento alguno de los involucrados había estado alcoholizado” y otra “si antes del accidente él mismo había bebido alcohol”.

- El porcentaje de consumo episódico excesivo para quienes informan haber tenido un accidente de tránsito (último tres años), es mayor en comparación que quienes informan no haber tenido accidentes.
- La mayoría de los jóvenes tienden a percibir a la conducta de beber y conducir como un comportamiento de riesgo en todas las ciudades, pero también hay una fracción no despreciable de participantes en donde esa percepción no estaría presente.
- Aun cuando las apreciaciones de la conducta de beber y conducir tienden a ser negativas, una importante proporción de jóvenes informan haber incurrido en estos comportamientos. También es destacable la alta proporción que informa haber viajado con un conductor que había bebido demasiado.
- Con respecto al límite legal de alcoholemia, se observó que más de la mitad de los participantes de las distintas ciudades afirman no saber cuál es el valor permitido de alcohol en sangre para conducir.

3- MARCO TEORICO:

3.1 PROMOCION DE LA SALUD Y PREVENCION PRIMARIA EN TERAPIA OCUPACIONAL

3.1.1 Concepto de Salud

La Organización Mundial de la Salud (OMS, en 1945) define a la salud como el "estado de completo bienestar físico, psíquico, social y espiritual y no simplemente ausencia de afecciones o enfermedad". Este concepto muchas veces analizado ha conducido a comprender en la actualidad que ya no se entiende a la salud como un estado, sino como un proceso, que es dinámico, dialéctico, que esta en movimiento, que cambia y se modifica constantemente, y en donde interviene no solo la salud en relación con el individuo sino también con su entorno (físico, biológico, psicológico, social, cultural y ambiental).

Tanto la salud como la enfermedad son entendidas como parte de un proceso multidimensional en donde el individuo se desplaza a lo largo de su vida entre ambos extremos. Concretamente conviene hablar de un proceso de bienestar biopsicosocial a lo largo de un eje positivo-negativo.

En el libro sobre medicina y bienestar se afirma que la salud es una condición física y mental. "Mente sana en cuerpo sano", pero podemos ir un paso mas allá y entender a la salud en un sentido social. "Un individuo sano es aquel que presenta un buen equilibrio entre su cuerpo y su mente, y se halla bien ajustado a su entorno físico y social; controla plenamente sus facultades físicas y mentales, puede adaptarse a los cambios ambientales y contribuir al bienestar de la sociedad según su capacidad. La salud, no es en consecuencia, la simple ausencia de enfermedad: es algo positivo, una actitud alegre hacia la vida y una aceptación optimista de las responsabilidades que la vida impone al individuo" (Henry. E. Sigerist 1941).

3.1.2 Atención Primaria de Salud

En la década del '70, se estaba viviendo una gran revolución científica y tecnológica, que había comenzado al final de la Segunda Guerra Mundial y que determinaría lo que hoy se conoce como globalización. A pesar de ello, ya se podía vislumbrar grandes desigualdades de injusticias sociales en las condiciones de vida. Políticamente el mundo se encontraba en plena bipolarización ideológica y económica. A consecuencia de ello, surge en las Asambleas Mundiales de la Salud en 1975 y 1976, el compromiso de "Salud para todos en el año 2000".

En el mes de septiembre de 1978, en Alma-Ata, Unión Soviética, los representantes de 134 naciones, 67 organismos internacionales y muchas organizaciones no gubernamentales, convinieron en una solemne declaración en la que se insta a todos los gobiernos, a los agentes de salud y de desarrollo, y a la comunidad mundial a que adopten medidas urgentes para proteger y promover la salud de todos los ciudadanos del mundo. Este evento de transcendencia histórica, fue convocado por la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF).

Cuando Halfdan Mahler (director general de la OMS) propone "Salud para Todos" en 1975, buscaba alcanzar un nivel de salud que permitiese a todos sin excepciones ni marginaciones, llevar una vida social y productiva en lo económico. La segunda parte referida al año 2000, debió entenderse como que para esa fecha todos los países del mundo habrían diseñado sus estrategias políticas al respecto y estarían en un claro proceso de ejecución de medidas concretas tendientes a alcanzar la meta social en plazos variables.

En la declaración de ALMA-ATA, también se agrega el concepto de que la salud "es un derecho humano fundamental, y que el logro del grado más alto posible de salud es un objetivo social muy importante en todo el mundo". Además "exige la intervención de muchos otros sectores sociales y económicos, no solo del de la salud".

Los pueblos tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y aplicación de su atención de salud.

La Atención Primaria de la Salud, es la clave, la estrategia para alcanzar la meta propuesta de Alma-Ata como parte del desarrollo conforme al espíritu de la justicia social.

La Organización Panamericana de Salud acogió las resoluciones anteriormente mencionadas y elaboró en 1981 un plan de acción para llevar a cabo dichas estrategias. Fue así como los países del continente americano suscribieron a este compromiso, sustentado en un espíritu de equidad.

Las metas mínimas a alcanzar para el año 2000, por los países que integran la Organización Panamericana de la Salud son:

- Esperanza de vida al nacer: ningún país de la región tendrá una esperanza de vida inferior a 70 años.
- Mortalidad infantil: ningún país de la región tendrá una mortalidad mayor de 30 defunciones por cada mil nacidos vivos.
- Mortalidad de niños (1 a 4 años): ningún país de la región tendrá una mortalidad de niños de 1 a 4 mayor o superior a dos a cuatro defunciones por cada mil niños de esas edades.
- Inmunizaciones: proporcionar inmunizaciones al 100% de los niños menores de 1 año contra difteria, tos ferina, tétanos, tuberculosis, sarampión y poliomielitis y al 100% de las embarazadas contra el tétanos (en áreas donde el tétanos neonatorum es endémico).
- Agua potable y disposición de excretas: proporcionar agua potable aproximadamente a 100 millones de habitantes de zonas rurales y unos 155 millones de habitantes urbanos y servicios de alcantarillado y disposición de excretas a 140 millones de habitantes en áreas rurales y a 250 millones de habitantes urbanos.
- Cobertura de los servicios de salud: asegurar el acceso a los servicios de salud al 100% de la población.

La Atención primaria de la Salud (APS) se define como la asistencia esencial basada en métodos y tecnologías prácticos, científicamente fundados y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familias de la comunidad mediante su plena participación y a un costo que la comunidad y el

país puedan soportar, en todas y cada una de las etapas de su desarrollo con su espíritu de autorresponsabilidad y autodeterminación. Representa el primer nivel de contacto entre los individuos, la familia y la comunidad con el sistema nacional de salud, llevando lo más cerca posible la atención de salud al lugar donde residen y trabajan las personas, y constituye el primer elemento de un proceso permanente de asistencia sanitaria.

Las características de la APS se sostienen en tres principios básicos:

- Equidad: igualdad de oportunidades de acceder a un sistema de salud.
- Universalidad: acceso de toda la población al servicio de salud, eliminar obstáculos geográficos, funcionales
- Continuidad: que no sean esporádicos. Que los proyectos se mantengan mientras el problema este en la comunidad.

A estos tres principios se les agregan otras características:

- Intersectorial: están involucrados todos los sectores. La salud, lo político. Es importante trabajar en redes.
- Descentralizar: por ejemplo transferir el poder político o económico a las regiones, a la municipalidad.
- Participación Comunitaria: la importancia de hacerse responsable de su propia salud.
- Contenido de Programas: conceptos de promoción y protección y prevención de enfermedades.

3.1.3 Promoción de la Salud

La promoción de la salud fue definida por primera vez por el medico Henry E. Sigerist en 1945. Y afirmo que las cuatro tareas principales de la medicina son:

- 1- La promoción de la salud
- 2- La prevención de enfermedades
- 3- La recuperación del enfermo
- 4- La rehabilitación

El “Documento de discusión sobre conceptos y principios de la promoción de la salud”, redactado en 1984 define a la promoción de la salud como el proceso que permite a las personas adquirir mayor control sobre su propia salud y, al mismo tiempo mejorar esa salud. Esta perspectiva deriva de un concepto de “salud” que la define como la magnitud en que un individuo o grupo pueden, por una parte, realizar sus aspiraciones y satisfacer sus necesidades y, por otra, cambiar su entorno o afrontarlo.

Cinco principios fundamentales de la promoción de la salud:

- 1- La promoción de la salud afecta a la población en su conjunto en el contexto de su vida diaria y no se centra en las personas que corren el riesgo de sufrir determinadas enfermedades.
- 2- La promoción de la salud pretende influir en los determinantes o causas de la salud.
- 3- La promoción de la salud combina métodos o enfoques distintos pero complementarios.
- 4- La promoción de la salud se orienta específicamente a conseguir la participación concreta y específica de la población.
- 5- Los profesionales de salud (particularmente en el campo de la atención primaria) deben desempeñar un papel de gran importancia en la defensa y facilitación de la promoción de la salud.

Se señalan cinco áreas temáticas:

- 1- Acceso a la salud
- 2- Desarrollo de un entorno facilitador de la salud
- 3- Refuerzo de redes y apoyos sociales
- 4- Promoción de los comportamientos positivos para la salud y de las estrategias de afrontamiento adecuadas, un objetivo esencial para la promoción de la salud.
- 5- Aumento de los conocimientos y difusión de la información relacionada con la salud.

Este enfoque es posible llevarlo a cabo no solo en países industrializados sino también en países en desarrollo. Solo que la puerta de entrada de la salud será diferente en este último.

También se considero importante la idea de reunir experiencia sobre promoción de la salud obtenida de los países industrializados en lo que se refiere a programas y política. Fue así como nació la primera conferencia internacional importante sobre promoción de la salud, celebrada en Ottawa en noviembre de 1986. Que contaba con el patrocinio del Ministerio de Salud y Bienestar Social de Canadá, la OMS y la Asociación canadiense de Salud Publica.

Esta conferencia ^{SE} ~~de~~ centro en cinco aspectos: creación de políticas publicas de salud, fortalecimientos de los recursos de salud comunitarios, creación de entornos favorables para la salud, aprendizaje y afrontamiento y orientación de los servicios de salud.

Y surge como respuesta a la creciente demanda de una nueva concepción de salud publica en el mundo. Además tomo como punto de partida los progresos alcanzados como consecuencia de la Declaración de Alma-Ata sobre la atención primaria.

La promoción de la salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma. Para alcanzar un estado adecuado de bienestar físico, mental y social un individuo o grupo debe ser capaz de identificar y realizar sus aspiraciones, de satisfacer sus necesidades y de cambiar o adaptarse al medio ambiente. La salud se percibe pues, no como el objetivo, sino como la fuente de riqueza de la vida cotidiana. Se trata por tanto de un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas.

Las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación, la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad.

La promoción de la salud se centra en alcanzar la equidad sanitaria. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y asegurar la igualdad de oportunidades y proporcionar los medios que permitan a toda la población desarrollar al máximo su salud potencial. También exige la acción coordinada de todos los implicados: los gobiernos, los sectores sanitarios y otros

sectores sociales y económicos, las organizaciones benéficas, las autoridades locales, la industria y los medios de comunicación. A los grupos sociales y profesionales y al personal sanitario les corresponde asumir la responsabilidad de actuar como mediadores entre los intereses antagónicos y a favor de la salud.

La participación activa en la promoción de la salud implica:

- La elaboración de una política pública sana, formando parte del orden del día, de los programas políticos en todos los sectores y en todos los niveles.
- La creación de ambientes favorables, poniendo de relieve que la conservación de los recursos naturales en todo el mundo es una responsabilidad mundial.
- El reforzamiento de la acción comunitaria, es decir, la participación activa y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones, la elaboración y la puesta en marcha de estrategias para alcanzar un mejor nivel de salud.
- El desarrollo de las aptitudes personales, ya que favorece el desarrollo personal y social en tanto que proporciona información, educación sanitaria para la vida.
- La reorientación de los servicios sanitarios. Tanto los individuos, como los gobiernos y los servicios sanitarios deben trabajar en forma conjunta por la consecución de un sistema de protección de la salud.

La promoción de la salud supone el compromiso de enfrentarse a los desafíos de reducir las desigualdades, incrementar el ámbito de la prevención y ayudar a los ciudadanos a afrontar sus circunstancias. Además favorecer la participación de la población, el fortalecimiento de los servicios de salud comunitario y la coordinación de las políticas públicas que afectan la salud. También supone la creación de entornos saludables, en los que las personas estén mejor preparadas para cuidar de sí mismas y ofrecer apoyo mutuo en la resolución y superación de los problemas de salud colectivos.

3.1.4 Prevención Primaria

La Real Academia Española define a la prevención como la “acción y efecto de prevenir, preparación y disposición que se hace anticipadamente para evitar un riesgo, acción que sirve para un fin, preveer, ver, conocer de antemano o con anticipación un daño o perjuicio”.

Desde nuestra profesión, históricamente hemos trabajado conciente e inconcientemente desde las distintas prevenciones; principalmente desde la rehabilitación. En la actualidad se puede vislumbrar un trabajo profesional fundamental desde la promoción de la salud y prevención primaria como también de la prevención secundaria, terciaria y cuaternaria.

Por ello este trabajo se funda en la importancia que tiene la prevención primaria en el riesgo de presentar accidentes viales.

- ¿Qué es la prevención primaria?

“Son acciones graduadas y sistematizadas en la implementación de programas y planes tendientes a prevenir, favorecer y mantener la salud psicofísica e integración social en los diferentes niveles: nacional, provincial y municipal.” (Martijena, 1999)

Su objetivo es disminuir la incidencia, es decir, la aparición de casos nuevos.

Para alcanzar este objetivo tenemos dos caminos, la promoción y protección de la salud; y a través de la educación para la salud.

- ¿Qué es la prevención secundaria?

La misma está orientada hacia la curación. Realiza acciones de diagnóstico precoz y tratamiento oportuno. Trata de disminuir la prevalencia es decir la duración de la enfermedad y evitar la cronicidad y secuelas. La enfermedad ya está instalada, se trata de actuar rápidamente.

- ¿Qué es la prevención terciaria?

Está orientada a la rehabilitación. Se basa en disminuir el funcionamiento defectuoso y limitado del individuo. Su acción radica en reducir el porcentaje de

discapacidad y recuperar la capacidad productiva, es decir la reinserción laboral, social y educativa.

- ¿Qué es la prevención cuaternaria?

Es la actividad médica que evita o atenúa las consecuencias de la actividad innecesaria o excesiva del sistema sanitario.

3.1.5 Terapia Ocupacional

La Terapia Ocupacional es una disciplina, que trabaja dentro del área de la salud. Tiene como objeto de estudio al hombre, entendiendo a este como un ser holístico. Utilizando como medios terapéuticos, las actividades y las ocupaciones, para lograr un adecuado equilibrio entre el sujeto y el medio.

“Es una práctica de la salud que propone el uso de la actividad como recurso terapéutico. Propone un hacer relacionado con la historia individual, pero también con la historia sociocultural, un hacer comprometido con la realidad ideológica en todos sus planos y niveles. Tiene como objeto de atención al hombre, conjunto de relaciones que viven en un determinado contexto ético, político, social, cultural y económico.” (Berenice, Francisco)

La Terapia Ocupacional (T.O) es, “el conjunto de técnicas, métodos y actuaciones que, a través de actividades aplicadas con fines terapéuticos, previene y mantiene la salud, favorece la restauración de la función, suple los déficit invalidantes y valora los supuestos comportamentales y su significación profunda para conseguir la mayor independencia y reinserción posible del individuo en todos sus aspectos: laboral, mental, físico y social” (OMS, Organización Mundial de la Salud).

La Federación Mundial De Terapeutas Ocupacionales define a la “Terapia Ocupacional, como una profesión que se ocupa de la promoción de la salud y el bienestar a través de la ocupación. El principal objetivo de la Terapia Ocupacional es capacitar a las personas para participar en las actividades de la vida diaria. Los terapeutas logran este resultado mediante la habilitación de los individuos para realizar aquellas tareas que optimizaran su capacidad para participar, o mediante la modificación del entorno para que este refuerce la participación.” (WFOT).

Para la Asociación Americana de Terapeutas Ocupacionales, “la Terapia Ocupacional es la utilización terapéutica de las actividades de autocuidado, trabajo y lúdicas para incrementar la función independiente, mejorar el desarrollo y prevenir la discapacidad. Puede influir la adaptación de las tareas o el ambiente para lograr la máxima independencia y mejorar la calidad de vida.” (AOTA, 1986).

Según la Asociación Española de Terapeutas Ocupacionales, “la Terapia Ocupacional es una disciplina socio-sanitaria que evalúa la capacidad de la persona para desempeñar las actividades de la vida cotidiana e interviene cuando dicha capacidad corre un riesgo o está dañada por cualquier causa.” (APETO, 1999).

Una de las estrategias en la cual se vale el Terapeuta Ocupacional es el análisis de la actividad.

Pero ¿Qué es el análisis de la actividad? “es conocer la actividad en sus pormenores, observándose así sus propiedades específicas. Se entiende por pormenores a las exigencias físicas y mentales propias de la actividad, la misma tiene una única estrategia para su realización” (Francisco, B 2001)

Para Hopkins & Tiffany, el análisis de la actividad *“consiste en valorar cuidadosamente cada actividad para determinar su potencial terapéutico (...). Tras reconocer específicamente que movimientos, destrezas o cognición requiere la actividad, el Terapeuta Ocupacional debe visualizar el beneficio de cada una de ellas para saber que le puede ofrecer a la persona y luego decidir las adaptaciones para la actividad o el ambiente que permitirán el éxito e incentivo de la persona en proceso de rehabilitación.”*(Hopkins, HL & Tiffany, EG 1998)

Las actividades en Terapia Ocupacional son un instrumento propio y distintivo del rol. Citando a Bleger, podríamos decir que la actividad en sí misma, no cura ni enferma, sino que su influencia está dada por las condiciones humanas o inhumanas en las que estas se desarrollan y el tipo de vínculo que se establece durante la misma. Es decir, que no toda actividad es terapéutica, sino que para que la actividad se convierta en un medio terapéutico, la misma debe ser significativa para el paciente y debe poseer un propósito, debe ser realizada activamente por el sujeto, interesado en ella, dentro de un encuadre definido por roles, tiempo y espacio. Debe ser seleccionada en función de las particularidades

de cada caso, debe ser instrumentada por un profesional capacitado, permitiendo ser graduada, es decir, ir de lo simple a lo complejo. Debe ser capaz de contribuir al mantenimiento, recuperación, restablecimiento y/o redefinición de la salud (Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria) permitiendo desarrollar o fortalecer determinadas destrezas o facultades.

“Los profesionales que desarrollan esta profesión, están dotados de unos conocimientos socio-sanitarios englobados dentro del ámbito de la rehabilitación, los cuales permiten la intervención en tres ámbitos: automantenimiento, productividad y ocio de la persona y además dotan al profesional de la capacidad para:

- Realizar una valoración de las capacidades y limitaciones de la persona. (Con las diferentes baterías del servicio).
- Prevenir discapacidades (desequilibrios, disfunciones ocupacionales, anticiparse a posibles lesiones y patologías).
- Realizar valoración de las capacidades sensoriales, superiores, sociales y psicológicas.
- Elaborar y evaluar programas de tratamiento de rehabilitación con sus correspondientes objetivos individualizados.
- Obtener la implicación por parte del paciente en su propio tratamiento.
- Entrenar y reeducar en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria.
- Entrenar el uso de ayudas técnicas siempre y cuando sea necesario, compensando sus limitaciones.
- Confeccionar y realizar la prescripción de ortesis, prótesis y ayudas técnicas, así como el entrenamiento de la persona en su utilización.
- Adaptar el entorno y elaborar programas de eliminación de barreras arquitectónicas. Asesorar a familias, usuarios y profesionales de otras especialidades.
- Evaluar los medios de transporte y sus posibles adaptaciones.

- Capacitar al individuo para lograr el mayor grado de reinserción socio-laboral posible como miembro activo dentro de su comunidad.
- Ayudar al individuo a reajustar sus hábitos diarios.
- Reinserción del individuo en su vida cotidiana y en su medio en las mejores condiciones posibles.
- Colaborar con instituciones públicas y/o privadas para la promoción y desarrollo de programas de intervención en población con discapacidad.” (OMS, 2012)

3.1.6 Proceso de Intervención de Terapia Ocupacional en Promoción de la Salud y Prevención Primaria

La prevención primaria en la comunidad, refiere la comprensión de los procesos sociales, los modos de comunicación, su mundo cultural y los recursos usados para mejorar las condiciones de vida aun en condiciones adversas.

El campo de la prevención primaria debe definirse necesariamente como una producción interdisciplinaria, lo que implica voluntad y compromiso.

Desde esta perspectiva ^A la terapia ocupacional, al igual que otras disciplinas cumplirá la función de facilitador de organizaciones naturales y contribuirá a la conciencia y organización de recursos propios creativos para emerger de las crisis, en definitiva acompañaran la organización comunitaria.

El objetivo principal de la terapia ocupacional en prevención primaria esta orientado a modificar las conductas individuales y comunitarias de un grupo o sociedad, mediante la participación y educación de los miembros que la componen (Martijena, 1995).

A manera de resumen podríamos decir que nuestra intervención tiene como finalidad promover en la personas actitudes positivas hacia la salud, asumiendo un rol activo como agente promotor de estilos de vida saludables. La promoción de la salud, es un proceso continuo de desarrollo y cambio que involucra a muchas personas trabajando juntas en un camino de colaboración y construcción. Se reconoce que la promoción de la salud es una de las intervenciones

verdaderamente interdisciplinarias, no hay expertos sino que cada individuo hace su contribución en el proceso.

El proceso de Terapia Ocupacional es una metodología sistemática de planificación e intervención que guía las acciones y justifica porque se ha tomado un camino y no otro para solucionar un problema.

Polonio López define “el proceso de T.O, como un proceso de selección y análisis clínico de la información recogida, identificando los déficit funcionales o de desempeño ocupacional de la persona, con objeto de establecer objetivos terapéuticos y estrategias orientadas a las mejoras de los problemas y a la satisfacción de las necesidades ocupacionales del paciente.”(Polonio López, B 2004).

“El razonamiento clínico es el proceso utilizado por los profesionales de la Terapia Ocupacional para planificar, dirigir, ejecutar y reflexionar sobre los cuidados del “cliente” (Schell, B 1998).

3.2 SINIESTROS VIALES Y LESIONES NO INTENCIONALES

3.2.1 Concepto de siniestros viales

Aunque todavía se sigue nombrando a los siniestros viales como “accidentes” viales, muchos expertos opinan que las palabras que utilizamos para describir las cosas determinan fuertemente nuestras ideas acerca de ellas, por lo tanto afectan la forma en que nos comportamos. En una encuesta realizada en la provincia de Neuquén a más de 3.700 agentes de los establecimientos educativos, sobre ¿Qué es para usted un “accidente”?, la mayoría respondió definiéndolo como un hecho inesperado, incontrolable, que no se puede prevenir o bien como un hecho azaroso, fortuito, casual. Para la Real Academia Española, un accidente es “un suceso eventual que altera el orden eventual de las cosas”. Para el diccionario Larousse, agrega a la condición de un suceso eventual, la de ser inesperado y desagradable. Definitivamente no ayuda que un accidente sea visto como una desgracia inevitable, el producto de la mala suerte o el hecho de “estaba escrito”, “lo que debe ser será”, etc. Ya que esta connotación azarosa de los accidentes

ampliamente difundida en la comunidad y en las instituciones, es un gran obstáculo a vencer, para poder abordar este tema desde la prevención y la promoción de la salud. La consecuencia mas negativa de entender al siniestro vial como un “accidente” es que se asume a priori que es imprevisible y se acepta resignadamente su ocurrencia.

Por lo explicado anteriormente es que decidimos hablar de siniestros viales. A modo de ejemplo, la OMS, en su informe acerca de las lesiones debidas al tránsito automotor en el 2004, adopta el lema “La seguridad vial no es accidental”, posteriormente en dicho documento nunca menciona la palabra accidente.

Por lo tanto a la hora de referirnos a un accidente, nosotras optamos llamarlo siniestro.

3.2.2 Lesiones no intencionales o traumas por transito

Según Glizer define la lesión o trauma como “daño al organismo causado por su brusca exposición a concentraciones de energía que sobrepasan el margen de tolerancia, o a factores que intervienen con cambios de energía en el organismo”.

La OMS describe a las lesiones como el menoscabo que resulta de exposición a una energía mecánica, térmica, eléctrica, química o radiante que interactúa con el organismo en cantidades o con un índice que excede el límite de tolerancia fisiológica. Las lesiones o traumas se clasifican en no intenciones, intencionales y la intención no determinada.

Las provocadas a consecuencia de la colisión de vehículos, quemaduras, ahogamientos o envenenamientos son consideradas no intencionales, mientras que los homicidios y suicidios se consideran intencionales.

El concepto ecológico implica que tanto la enfermedad como las lesiones son el resultado de una interrelación entre un huésped (persona), con un agente (forma de energía), en un medio. Distintos factores de riesgo pertenecientes a los mismos configuran lo que llamamos multicausalidad.

La prevención de lesiones se basa en un trípode:

- La educación

- La tecnología y
- La legislación y el control

Educación para la salud es una herramienta fundamental. Es un proceso de enseñanza- aprendizaje, interdisciplinario, intersectorial, dinámico y participativo, basado en la ciencia, la técnica y el respeto por el ser humano. Actúa sobre factores condicionantes, tanto personales como sociales, con el propósito de contribuir a elevar el nivel de salud y de calidad de vida de los individuos, familias y comunidades, mediante el logro de actitudes y comportamientos de salud positivos, conscientes, responsables y solidarios.

3.2.3 Modelo de Abordaje

El tránsito es un problema complejo que no podemos abordar desde una sola disciplina. Y como dijimos anteriormente, la prevención de los mismos se basa en tres ejes.

En la actualidad predomina el abordaje llamado Causalidad Prevalente, que se basa en dos premisas fundamentales:

- Cada "accidente vial", siniestro, incidente o colisión se debe a una sola causa importante, que esta presente y debe buscarse inmediatamente antes del hecho.
- El factor humano tiene un rol determinante (el 90% de las veces).

Pero es más un modelo para establecer culpas y responsabilidades, que para realizar programas preventivos.

Nosotras optamos por otra manera de abordar la problemática. Y es a través del modelo epidemiológico. El mismo se basa en premisas básicas como:

- Los acontecimientos que originan lesiones (traumáticos) responden a una red de factores.
- Este modelo no intenta buscar causas sino "factores de riesgo" que aumentan la probabilidad de que el hecho ocurra. Se busca asociación entre la presencia o ausencia de estos factores y la frecuencia con que los acontecimientos ocurren.

A este proceso se lo ha denominado Historia Natural del Acontecimiento Traumático y siguiendo el Modelo de Historia Natural de la enfermedad de Leavell y Clark, podemos reconocer tres etapas:

- En la primera etapa (pre-acontecimiento traumático) actúan los distintos factores y procesos determinantes, predisponentes, condicionantes y precipitantes. Desde la teoría de los sistemas, existe aquí un sistema funcionando y autorregulado. En esta etapa es donde se desarrolla la actividad de interés o necesidad para el individuo o la comunidad (Ej.: trabajo, recreación, transporte, etc.). Hay una generación y uso de energía con propósitos utilitarios, pero al mismo tiempo también se generan riesgos.
- En la segunda etapa, el equilibrio se pierde, hay una falla del sistema con la consiguiente pérdida del control y liberación de energía. Esta etapa puede ser de escasa duración como un choque, una caída, etc. Es el momento del acontecimiento traumático en sí.
- En la tercera tenemos las consecuencias del acontecimiento traumático, los efectos negativos o no buscados del desequilibrio y de la liberación de energía. Es la etapa de la reparación del daño sobre las personas, pero también la de análisis de los hechos.

La aplicación de este modelo tiene como ventaja:

- No es necesario conocer todos los factores intervinientes, ya que la eliminación de un factor o eslabón influye sobre la cadena o red causal y permite modificarla.
- La prevención puede organizarse en niveles de acuerdo al momento o etapa donde se realiza.

Podemos diferenciar tres niveles de prevención:

- Prevención Primaria: corresponde a la etapa de preacontecimiento traumático y que tiene como objetivo, evitar que se produzca.
- Prevención Secundaria: corresponde a la etapa de acontecimiento traumático, que tiene como objetivo disminuir la gravedad.
- Prevención Terciaria: corresponde a la etapa de post acontecimiento traumático. Tiene como objetivo reparar el daño. Evitar secuelas.

3.3 PROMOCION DE LA SEGURIDAD VIAL Y PREVENCION DE LESIONES NO INTENCIONALES

3.3.1 Factores de riesgo en siniestros viales

Denominamos al factor de riesgo como el atributo o circunstancia del huésped, agente o el medio, que se caracteriza porque su presencia va acompañada de un aumento de la probabilidad de ocurrencia de una lesión o la agravación de las consecuencias.

Los distintos tipos de factores que inciden en la siniestralidad son:

- **Distribución por edad:** las tasas más altas de mortalidad parecen estar fuertemente relacionadas con las edades de comienzo de uso de la modalidad de transporte cuando la experiencia es mínima: peatones: 5 a 6 años, ciclistas: 10 a 14 años, motociclistas: 16 a 19 años, automovilistas: 17 a 20 años. Los conductores menores de 20 años tienen 6 a 7 veces más colisiones por kilómetro recorrido que los conductores mayores.
- **Distribución por género:** la morbimortalidad es mayor en todas las edades y en todos los tipos de acontecimientos de tránsito para los varones. El riesgo relativo (RR) hombre: mujer crece desde 1,5 en menores de 1 año hasta 4 en el grupo de 20 a 25 años, manteniéndose luego estable hasta los 75 años.
- **Consumo de alcohol:** aun en baja cantidad, la ingesta de alcohol produce en el ser humano disminución en los reflejos y de la visión lateral, aumento del tiempo de encandilamiento y disminución de la contracción del cristalino. Produce además alteraciones del juicio crítico, falso sentido de la seguridad con errónea apreciación de las distancias y disminución de la percepción del riesgo. Está comprobado que 0,50 gramos de alcohol por litro de sangre (g/L) triplica el riesgo de colisión, 0,80 g/L lo cuadruplica, en tanto que 1,20 g/l multiplica por nueve la probabilidad de colisión. En Buenos Aires, controles realizados en 1999 entre los conductores mostró que entre 2 y 10% de los mismos superan

el nivel de alcoholemia permitido en el país (0,5 g/L) dependiendo del día y la hora.

- **La velocidad:** a mayor velocidad hay mayor número de acontecimientos fatales. Se estima que la reducción en tan solo el 1% de la velocidad media podría reducir la cantidad de colisiones fatales en 4%.
- **Distribución temporal:** la morbilidad entre los ocupantes de vehículos suele alcanzar el pico máximo por la tarde, a la hora del regreso del trabajo. En cambio, la mortalidad es mayor a la madrugada, debido a la presencia de varios factores asociados. Existe mayor incidencia de víctimas durante los fines de semana y los periodos vacacionales, cuando la exposición es mayor.
- **Distribución espacial:** los acontecimientos en áreas rurales suelen ser más graves, dadas las altas velocidades involucradas y las distancias de los centros asistenciales.
- **Características del vehículo:** a igualdad de participación en colisiones, los automóviles pequeños ocasionan el doble de víctimas que los grandes. Los vehículos antiguos predisponen a mayor cantidad y gravedad de lesiones. La presencia de apoyacabezas con altura adecuada (el apoyo debe estar a la altura de los ojos del pasajero) disminuye las lesiones de la columna cervical. En 5% a 13% de los casos existen fallas de los componentes vehiculares, en su mayoría asociadas con el sistema de frenos y uso de neumáticos en mal estado.
- **Distracciones al conducir:** en la actualidad se puede registrar un aumento notable de las distracciones como resultado del uso de los teléfonos celulares. El uso de los mismos enlentece el tiempo de reacción por parte del conductor, por ejemplo para frenar, respetar las señales de tránsito o/y mantenerse en el carril correcto. Ya sea tanto por escribir mensajes de texto como por realizar llamadas telefónicas.

3.3.2 Definición de Seguridad

Un prerequisite para mantener y mejorar la salud y el bienestar de la población es la **seguridad**. La misma se define como el estado en el cual los riesgos y las condiciones que llevan a lesiones físicas, o daño psicológico o material, se controlan con el objetivo de preservar la salud y el bienestar de los individuos y la comunidad (Welander G. Svanström, L. Ekman R. y Osorno J; 2007)

3.4 COMPORTAMIENTOS Y HABITOS RELACIONADOS CON EL CONSUMO DE ALCOHOL Y CON EL TRANSITO

3.4.1 Adolescencia como etapa característica del ciclo vital

La adolescencia es definida por Guillermo Carvajal Corzo (1994) como un grupo de fenómenos que eclosionan en un momento de la vida y que tienen un proceso y un desarrollo hasta desaparecer, para dar paso a comportamientos, conductas y fenómenos característicos de la adultez.

Según este autor la adolescencia se clasifica en:

- a- Etapa Puberal: es la que da comienzo al proceso adolescencial y se caracteriza por un rompimiento masivo con los fenómenos infantiles y un aislamiento del mundo externo en general.
- b- Etapa Nuclear: se caracteriza por la instalación efervescente de las características que en general damos a la adolescencia. Hay en ella una primacía de lo grupal.
- c- Etapa Juvenil: es el periodo de transición del modelo de funcionamiento esencialmente adolescencial, a un comportamiento similar al del adulto.

Esta dimensión clínica, observable y descriptible, debe ser acompañada de una dimensión teórica para su comprensión lógica. Esta visión es llamada crisis, y permite clasificar los comportamientos por etapas. Es la dimensión teórica, metapsicologica e inconciente que le damos a los fenómenos adolescenciales. Es decir que paralelo a la conducta visible hay un proceso de orden inconciente.

Utilizan la palabra crisis porque en la adolescencia hay un cambio en ebullición, hay algo que esta en proceso, en situación de ruptura, de caos, de transformación abrupta, aguda, casi ciega, intensa, con frecuencia angustiante, dolorosa y enormemente móvil. Las crisis se clasifican en:

- a- Crisis de Identidad: consiste en la necesidad del adolescente de ser el mismo, de tratar de definir su self y sus objetos y de adquirir algo que lo diferencie del niño y del adulto, para romper así la dependencia infantil y lograr el autoabastecimiento propio del ente maduro que continúe la especie.
- b- Crisis de Autoridad: consiste en un enfrentamiento contra todo lo que signifique norma o imposición de modelos y generado por la vivencia en el adulto de todo lo superyoico que no logro en la niñez internalizarse en el self.
- c- Crisis Sexual: centrada en la aparición de un nuevo modelo psicológico para el manejo de los impulsos libidinales en eclosión y aumento cualitativo, con fines de instalar una procreación eficiente y defensora de la cría. (Carvajal Corzo, 1994).

Otros autores plantean la adolescencia como una etapa de la vida signada por crisis, que se inician con cambios biológicos que desencadenan transformaciones psíquicas. Estas transformaciones producen una serie de síntomas y signos que muchos han dado en llamar el síndrome normal de la adolescencia.

Síntomas y manifestaciones en la conducta del adolescente reunidas en tres grandes grupos:

1- Síntomas y conductas relacionadas con el cambio corporal:

En la adolescencia temprana se produce un crecimiento corporal marcado, con la aparición de caracteres sexuales secundarios. Y esto trae a consecuencia una intensa preocupación por el cuerpo que se manifiesta de distintas formas. Por ejemplo pensamientos hipocondríacos con somatizaciones (cefaleas, palpitaciones, etc.). También pequeñas y viejas imperfecciones del cuerpo, como el acné propio de la edad que toma tal magnitud que puede llegar a ocupar toda la actividad psíquica. Otras veces la preocupación por los cambios corporales se traslada a la vestimenta muchas

veces exageradamente holgada o notablemente ajustada. O la llamativa “pasión” por ejercicios corporales y el deseo de desarrollar musculatura marcada. Muchas veces los adolescentes reaccionan con ansiedad frente a tantos cambios y presentan sentimientos de minusvalía, que trae aparejado retraimiento y a veces hasta depresión.

2- Síntomas y conductas relacionados con la aparición de los impulsos genitales:

Durante la adolescencia media, periodo encontrado entre los 15 y 18 años aproximadamente, surge la iniciación sexual no solo como fantasía sino también como acción concreta sobre la realidad. El retiro de las investiduras libidinales dirigidas hacia los padres faculta al yo para dirigir las hacia nuevos objetos por fuera del ámbito familiar. Esta etapa constituye una etapa de cambios decisivos y de transformaciones importantes que se operan en el yo, en el super yo- ideal del yo y en los recursos defensivos. Esta fase se caracteriza por tener dos tareas desde el punto de vista psíquico: la reviviscencia del Complejo de Edipo y la contingencia de la propia vida individual que remite a la problemática de la muerte.

Mientras que en la adolescencia temprana el Yo queda expuesto a los deseos incestuosos, en la media se caracteriza por la represión que permite la elección de objetos cada vez más distantes del ámbito familiar. La pareja no representa solo fuente de placer sexual, sino un conjunto de ideales. El joven sufrirá un proceso de duelo, como expresión de la pérdida de objetos primarios. Los padres aparecen como ídolos caídos, desvalorizados. Y esta caída genera una diversidad de conductas en la gama de los desafíos a las normas y críticas a las reglas. Privilegiándose el juicio de atribución sobre el juicio de existencia y el principio de placer sobre el principio de realidad.

3- Síntomas y conductas relacionados con la crisis de la identidad:

Uno de los signos principales es el cuestionamiento temporario y el enfrentamiento con la autoridad paterna, los valores éticos y morales que ella representa. Este enfrentamiento trae aparejado una profunda crisis de identidad del adolescente, ya que no pertenece al mundo infantil, pero tampoco se identifica con el mundo adulto. Esto, es un paso necesario en la

reestructuración del aparato psíquico en su proceso a la adultez. Pearson. G ha llamado a la adolescencia el “conflicto de las generaciones”.

En este proceso el adolescente se encuentra solo y aislado, con angustia de desprendimiento y sentimientos de abandono. Se vuelca en el grupo de pares y es así como esta se transforma en la actividad más importante de su vida. El grupo impone normas de conducta, de vestir, de ideales y hasta normas éticas. Esta experiencia es muy importante ya que el grupo funciona como sostén y contención de la identidad. El adolescente se dedica a experimentar a través de la ropa, comida, el sexo y frecuentemente con el alcohol y las drogas. (Bird. S, 2000).

Graciela Selener (1991) destaca la importancia de los grupos de pertenencia como sostén y apoyo de la experiencia de crisis y al grupo terapéutico como el lugar ideal para que el adolescente encuentre sentido a su historia y a su proyección en el futuro.

El adolescente transita, según Aberastury y Knobel en su libro “La adolescencia Normal”, por tres duelos:

- El duelo por el cuerpo infantil
- El duelo por los padres de la infancia
- El duelo por la identidad infantil

Basándose en ello, Selener dice que para sostener este difícil proceso los jóvenes deben contar con distintos apoyos grupales. Entre ellos la familia que sirve de sostén y que inclusive también sufre una crisis de identidad familiar debido a la ruptura del funcionamiento anterior. Los grupos de pares, que cumplen la función del Yo ideal en el proceso de identidad del adolescente.

El grupo pasa a tener los atributos de máxima valoración. La tarea latente es que provea identidad. Son figuras de identificación, hay homologación y fusión. Funcionan en ilusión grupal, reforzando en la omnipotencia los narcisismos individuales amenazados por la pérdida de los grupos de pertenencia previo (infantiles).

El adolescente deja de ser niño y se siente abandonado por sus padres ideales y todavía no puede acceder al mundo adulto y en el no es aceptado por ser joven.

Ser joven implica ser agente de cambio. Esta transición esta invadida por una crisis de identidad, fruto de la alternancia por los distintos mundos.

El grupo da la sensación de completud que opone al sujeto con su propia fragmentación. (Selener, 1991).

3.4.2 Adolescentes y su relación con el consumo de alcohol y los siniestros viales

En la mayoría de los adolescentes, algunas estructuras cerebrales, como por ejemplo los lóbulos frontales, que son los encargados de que podamos detenernos a pensar las consecuencias antes de actuar, a planear el futuro, a tener conciencia social, a controlar el instinto agresivo y el sexual, a ponernos en el lugar del otro, no se han terminado de desarrollar.

Los adolescentes se caracterizan por dos rasgos importantes, uno se refiere a la producción de hormonas que produce el deseo sexual y otro es que sienten que ya son "grandes". Esto implica que se sientan grandes también para beber, convencidos de que saben lo que hacen. Así es más fácil pasar al consumo abusivo, ya que se sabe por lo expuesto anteriormente, que los adolescentes no piensan en la consecuencia de sus actos, y esto incrementara la probabilidad de acercarse a otras drogas dada sus características y el efecto propio del alcohol que incrementa esta tendencia a la satisfacción inmediata.

Entre el 20 y el 50 % de los accidentes de tránsito en la región de las Américas, se encuentran relacionados con el alcohol (OMS 2004). El 50,5% de las muertes atribuibles al alcohol en dicha región en 2002 se debieron a lesiones (intencionales y no intencionales).

De la ingesta excesiva del alcohol sobrevienen conductas de riesgo entre las más destacables, los accidentes viales. Según los datos de la Agencia Nacional de Seguridad Vial, en los últimos 15 años, un total de 113.939 personas murieron en Argentina por accidentes viales. Y alrededor del 50% de los fallecidos en los siniestros, presento altos niveles de alcohol y drogas.

Con respecto a la prevalencia del consumo excesivo ocasional en algunos países de la región, Argentina se encuentra ubicada en el tercer lugar, en el primer lugar se ubica Canadá y en el segundo lugar, Perú.

El consumo de alcohol está relacionado con más de 60 condiciones de salud, que van desde las que son resultado de un consumo excesivo de alcohol durante el embarazo y que afecta al feto, a lesiones intencionales y no intencionales, a cánceres, trastornos cardiovasculares, enfermedades hepáticas y condiciones neuropsiquiátricas, incluyendo la dependencia.

El alcohol es una sustancia psicoactiva que afecta al cerebro y a la mayoría de los órganos del cuerpo, como así también al consumidor mismo y a quienes lo rodean por estar relacionado con la violencia familiar, los accidentes fatales de tránsito (tanto para pasajeros como peatones) y la violencia interpersonal.

Los datos arrojados por la Tercera Encuesta Nacional a estudiantes de Enseñanza Media - SEDRONAR 2007- relevan que:

- Las sustancias de mayor consumo, entre los estudiantes de 13 a 17 del todo el país, son las bebidas alcohólicas y el tabaco
- La bebida es la cerveza, seguida por bebidas fuertes y por último el vino
- Los estudiantes consumen preferentemente durante el fin de semana
- Uno de los indicadores que permiten identificar el consumo abusivo, es la intoxicación o borrachera
- Más de una cuarta parte de los que tomaron bebidas alcohólicas en el último mes reconoce haberse emborrachado y haber tomado en exceso en una misma salida u ocasión
- El consumo abusivo o riesgoso ocurre principalmente durante los fines de semana, precisamente cuando ocurre mayor tolerancia social, del entorno y familiar, al asociarse el término de la semana con el espacio de diversión

- Los estudiantes de 15 y 16 años se configuran como una población de alto riesgo, por el fuerte incremento en el consumo a partir de esta edad

Hay dos indicadores propuestos internacionalmente, que son los que permiten medir el consumo de alcohol de una persona:

- Consumo regular de riesgo: consumo de más de 1 trago promedio por día en mujeres, de 2 tragos promedio por día en hombres
- Consumo episódico excesivo: consumo de 5 o más tragos en una oportunidad en al menos un día en los últimos 30 días

Factores que predisponen al consumo del alcohol en adolescentes:

- Relación con los padres basadas en exceso o carente de límites
- Influencia de los medios de comunicación que inducen al consumo
- Presión social caracterizada por la influencia de los pares a beber
- El deseo de aceptación social y pretensiones de madurez
- Depresión, hiperactividad, timidez, conflictos con las figuras de autoridad, traumas, problemas familiares, impulsividad, falta de autocontrol, ansiedad
- Falta de madurez de estructuras cerebrales
- Familiares alcohólicos, principalmente padres o abuelos

Consecuencia del consumo de alcohol en adolescentes:

- El alcohol es adictivo para todos y cuando se inicia su consumo antes de los 18 años aumenta 5 veces la probabilidad de que se genere una adicción
- Los adolescentes corren un riesgo mayor que los adultos a desarrollar enfermedades como cirrosis de hígado, pancreatitis, infartos hemorrágicos y algunas formas de cáncer
- El consumo de alcohol en adolescentes ha sido asociado con muerte por suicidio y accidentes de tránsito

- Al ser un depresor del sistema nervioso central, lentifica funciones cognitivas (percepción y juicio), motoras (equilibrio y reflejo), y emocionales (sensatez y madurez)
- El inicio del consumo de alcohol en la adolescencia incrementa 4 veces la probabilidad de padecer trastornos de personalidad e incrementa al doble el riesgo de ser alcohólico antes de los 24 años.

3.5.3 Terapia Ocupacional en promoción de la salud y prevención primaria en relación al consumo de alcohol y lesiones no intencionales en adolescentes.

Desde Terapia Ocupacional es importante trabajar en la promoción de la salud y prevención primaria en adolescentes, entendiendo que es una etapa óptima para desarrollar estilos de vida saludables, fomentando a que los jóvenes adopten un rol activo en el cuidado de su salud y de su entorno.

Como Terapistas Ocupacionales el objetivo se basa en disminuir los comportamientos riesgosos por parte de los adolescentes y fortalecer los factores protectores que permitan mantener y mejorar la salud de los mismos, reduciendo la posibilidad de sufrir lesiones por tránsito.(Loyarte. L, 2011).

Existen dos enfoques diferentes pero no opuestos, el enfoque de riesgo y el enfoque de resiliencia. Ambos se complementan y enriquecen la mirada de las problemáticas de la salud.

Enfoque de riesgo:

El enfoque de riesgo analiza las características (factores de riesgo) que influyen o se asocian a una probabilidad mayor de daño biológico, psicológico y social, de manera de comprender las múltiples influencias para el desarrollo de una afección. Se entiende como factor de riesgo "a todo atributo o circunstancia del huésped, agente o medio físico, socioeconómico o cultural, que se caracteriza porque:

- 1- Su presencia va acompañada de: un aumento de la posibilidad de ocurrencia de un "accidente" o lesión (por elevar la exposición al riesgo de una actividad o por disminuir el margen de seguridad con que se realiza),

ya sea que se la considere o no como su causa, o la agravación de las consecuencias de los “accidentes” que ocurren (lesiones); y

2- Su control o eliminación producen efectos opuestos a los mencionados”.

Enfoque de resiliencia:

El vocablo resiliencia tiene su origen en el latín resilio que significa volver atrás, volver de un salto, resaltar, rebotar y “equivale a una fortaleza interna, poder de recuperación o capacidad para adaptarse”.

En ingeniería, es la capacidad de un material para recobrar su forma original, después de someterse a una presión deformadora. “El término fue adaptado a las ciencias sociales para caracterizar aquellas personas que, a pesar de nacer y vivir en situaciones de alto riesgo, se desarrollan psicológicamente sanos y exitosos (Arellano VM, Correa SS; 2008)” y “hace referencia a la capacidad humana para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecido e incluso transformado”.

Se entiende por factores protectores a todas aquellas características, atributos o circunstancias del huésped, el agente o el medio, que influyen de manera positiva sobre la salud, disminuyendo la posibilidad de sufrir un determinado problema, es decir que facilitan el logro de una calidad de vida, y un bienestar para el sujeto o la comunidad, conservando e incrementando los niveles de salud, y se podrían considerar como ventajas o bienes con los que se cuenta para afrontar una situación adversa.

Resiliencia es un concepto opuesto al de riesgo y complementario de él, en lugar de poner el acento en los fenómenos negativos que permiten predecir quien ha de sufrir un daño, interviene sobre las capacidades positivas que protegen y fortalecen la maduración y crecimiento; busca promover el potencial humano en lugar de destacar solo el daño sufrido. Es conveniente diferenciar entre el enfoque de resiliencia y el enfoque de riesgo, ambos son consecuencia de la aplicación del método epidemiológico a los fenómenos sociales. Se refieren a aspectos diferentes pero complementarios. Considerarlos de manera conjunta proporciona una máxima flexibilidad, genera un enfoque global y fortalece su aplicación en la promoción de un desarrollo sano.

Los factores que determinan los niveles de salud, bienestar y desarrollo de niños y adolescentes son numerosos e interrelacionados. El control de los factores de riesgo y la promoción de los factores protectores requieren de la participación de los sectores, las disciplinas, las profesiones y las personas implicadas.

Los Terapistas Ocupacionales se encuentran capacitados para desarrollar programas de promoción de la salud y prevención primaria con el fin de facilitar el apoyo y las oportunidades para que los adolescentes:

- Adquieran información exacta en relación al alcohol y las normas de seguridad vial
- Cultiven aptitudes
- Reciban orientación
- Tengan accesos a servicios de salud
- Vivan en un entorno seguro y propicio

Estos programas deben:

- Generar conciencia de que los incidentes de tránsito son problemas graves, pueden afectar la vida y que pueden ser evitados mediante un comportamiento preventivo.
- Formar en el convencimiento de que la solidaridad en el tránsito debe ser asegurado por parte de cada habitante y en el reconocimiento de que existen normas compartidas por todos, cuyo motivo central es el cuidado de la vida.
- Desarrollar una capacidad crítica para tomar decisiones argumentadas que orientadas al apoyo de la seguridad tanto personal como ajena, y destinadas a cumplir con los derechos, obligaciones y normas que permitan una mayor seguridad.

El entorno sociocultural es importante porque permite promover el desarrollo personal y alentar a los jóvenes a adoptar comportamientos sanos. Tanto la política como los medios de comunicación pueden ayudar a reforzar y transmitir normas de comportamientos positivos, no solo para los adolescentes sino para la población en general.

La satisfacción de las necesidades básicas de seguridad, el sentido de pertenencia a un grupo y la autoestima, así como la posesión de aptitudes decisivas para la vida mejoran el desarrollo general de los adolescentes y les permite prevenir riesgos para la salud y motivarlos a tener comportamientos sanos. (OMS, 1997)

Las acciones e intervenciones de Terapia Ocupacional se basan en :

- La participación de desarrollo de políticas y programas de promoción de la salud
- En la reorientación de los servicios de salud
- La potenciación de las comunidades para lograr el bienestar
- El fortalecimiento e incremento de las fortalezas personales relacionadas con la salud
- La difusión de la información acerca de la materia y sus resultados

Desde cualquier enfoque preventivo es fundamental desarrollar estrategias que permitan a los jóvenes liberarse de presiones sociales negativas, permitiendo el desarrollo de decisiones propias y basadas en los valores personales, y alcanzando el fortalecimiento de las propias capacidades. (Loyarte, L. 2011).

4 DESCRIPCION DEL AMBITO DEL ESTUDIO

Ayacucho significa en quichua “Rincón de los muertos” según la traducción que los conquistadores españoles le dieron; o “Morada del alma”, según dice el escritor José María Arguedas.

El partido de Ayacucho fue creado por ley el 19 de julio de 1865, y su nombre hace referencia a la última batalla librada por la independencia el 9 de diciembre de 1824. La ciudad tiene como fecha de fundación el 22 de junio de 1866 y fue declarada ciudad el 17 de julio de 1934. Su fundador Don José Zoilo Miguens. Amigo íntimo de José Hernández, este le dedico la primera edición de su obra Inmortal, “El Gaucho Martín Fierro”.

Ayacucho es uno de los 135 partidos de la provincia Argentina de Buenos Aires. Forma parte de la quinta sección electoral de la provincia de Buenos Aires.

Se encuentra a 72km al este de Tandil por RN 226, RP 74 y RP 29; esta comunicada por RP 29 con Buenos Aires-Necochea, la RP 74 Benito Juárez-Tandil-Ayacucho-Las Armas-Madariaga; y la RP 50 a Rauch.

Su población es de 20.337 habitantes, datos arrojados por el último censo realizado en el año 2010. Y ocupa 6.785 km², con una densidad de 2,9 habitantes/km².

Morfológicamente el partido de Ayacucho está en la Pampa deprimida y al noreste de las Sierras de Tandilia. Presenta "campos flor" (productivos, pastos apetecibles y tierras permeables) y campos llanos (menos fértiles, con tierras gredosas, poco permeables y de pastos menos nutritivos propios en verano para ganadería de cría). Los suelos son en general Argiudoles, y las extensas llanuras que ocupan los campos, se suelen interrumpir por lomadas de poca altura.

Económicamente su principal actividad es la ganadería, luego la agricultura, comercio, industria (pymes).

Ayacucho se caracteriza por ser la capital nacional del Ternero y por realizarse allí "La Fiesta Nacional del Ternero y Día de la Yerra" que todos los años se celebra y abre sus tranqueras para recibir a los visitantes.

5 MATERIAL Y METODOS

5.1 TIPO DE ESTUDIO, ENFOQUE y DISEÑO DE INVESTIGACION

Se trata de un estudio exploratorio- descriptivo multidimensional, de enfoque cuantitativo. El diseño es no experimental- transversal.

5.2 POBLACION

La población esta constituida por todos los jóvenes que integran el sistema educativo formal, de 15 a 25 años de edad, residentes en la Localidad de Ayacucho, en los años 2012 y 2014.

5.3 MUESTRA

Se realiza un muestreo no aleatorio por conveniencia. En la primera muestra llevada a cabo en el mes de septiembre del año 2012 se seleccionaron 513 jóvenes que cumplieran con los criterios de inclusión. La misma estuvo constituida por aquellos alumnos que integran el sistema educativo urbano de la ciudad de Ayacucho.

Dentro del sistema formal de enseñanza se realizaron los cuestionarios en:

- Una escuela privada:
 - Colegio “Nuestra Señora del Buen Consejo”
- Diez escuelas públicas:
 - Escuela Agraria N°1 “Perito Moreno”
 - Escuela de Formación Media N°1 “Domingo Faustino Sarmiento”
 - Instituto Superior de Formación Docente y Técnico N°87
 - Escuela Secundaria Básica N°1
 - Escuela Secundaria Básica N°2
 - Escuela Secundaria Básica N°6
 - Escuela Secundaria Básica N°4 “Ricardo Palma”
 - Escuela Secundaria Básica N°3 “Juan Bautista Alberdi”
 - Escuela Técnica N°1 “Juan Labat”

La segunda muestra se llevara a cabo en el mes de septiembre del 2014, en los mismo establecimiento educativos a fin de analizar la evolución del problema.

5.3.1 Criterios de Inclusión

- * Edad: 15 a 25 años
- * Sexo: ambos
- * Brindar consentimiento para ser encuestados de manera verbal.

5.3.2 Criterios de Exclusión

Quedaran excluidos de la muestra:

* Negarse a realizar es cuestionario

5.4 DEFINICION CONCEPTUAL Y OPERACIONAL DE LAS VARIABLES

5.4.1 Dimensiones socio-descriptivas de los participantes:

5.4.1.1 Sexo:

5.4.1.1.1- Definición conceptual: refiere al conjunto de características biológicas que definen al espectro de los seres humanos como hembras y machos. (OMS, 2000)

5.4.1.1.2- Definición operacional: variable cualitativa nominal

Categorías:

5.4.1.1.2.1- Femenino

5.4.1.1.2.2- Masculino

5.4.1.2 Edad del participante:

5.4.1.2.1- Definición conceptual: edad en años del participante en el momento del cuestionario.

5.4.1.2.2- Definición operacional: variable cuantitativa nivel de razón medida en años.

5.4.1.3 Ocupación:

5.4.1.3.1- Definición conceptual: actividad en el que el participante se dedica en un determinado tiempo.

5.4.1.3.2- Definición operacional: variable cualitativa nominal

Categorías:

5.4.1.3.2.1- Estudiante

5.4.1.3.2.2- Empleado

5.4.1.3.2.3- Trabajador independiente

5.4.1.3.2.4- Amo-ama de casa

5.4.1.3.2.5- Desocupado

5.4.1.3.2.6- Otra

5.4.1.4 Nivel educativo:

5.4.1.4.1- Definición conceptual: máximo nivel educativo alcanzado por el participante en el sistema educativo formal.

5.4.1.4.2- Definición operacional: variable cualitativa ordinal.

Categorías:

5.4.1.4.2.1- Primario incompleto

5.4.1.4.2.2- Primario completo

5.4.1.4.2.3- Secundario incompleto

5.4.1.4.2.4- Secundario completo

5.4.1.4.2.5- Terciario incompleto

5.4.1.4.2.6- Terciario completo

5.4.1.4.2.7- Universitario incompleto

5.4.1.4.2.8- Universitario completo

5.4.1.5 Tipos de licencias de conducir: Documento único de la autoridad competente de cada jurisdicción provincial, municipal y de la ciudad autónoma de Buenos Aires, otorga a un ciudadano con el objeto de habilitarlo legalmente a conducir un vehículo, sea con carácter personal o profesional, previo cumplimiento de los requisitos por la Ley Nacional de Transito 24.449. (Agencia Nacional de Seguridad Vial, 2014)

Subdimensiones:

5.4.1.5.1- Ciclomotor:

5.4.1.5.1.1- Definición conceptual: es un vehículo de motor de dos ruedas, con uno o dos asientos y a veces con una tercera rueda para sostener el sidecar.

5.4.1.5.1.2- Definición operacional: variable cualitativa nominal

Categorías:

5.4.1.5.1.2.1- Tiene licencia

5.4.1.5.1.2.2- No tiene licencia

5.4.1.5.2- Moto:

5.4.1.5.2.1- Definición conceptual: es un vehículo de motor de dos ruedas, con uno o dos asientos y a veces con una tercera rueda para sostener el sidecar.

5.4.1.5.2.2- Definición operacional: variable cualitativa nominal

Categorías:

5.4.1.5.2.2.1- Tiene licencia

5.4.1.5.2.2.2- No tiene licencia

5.4.1.5.3- Auto/ Camioneta:

5.4.1.5.3.1- Definición conceptual: es un vehículo de motor de cuatro ruedas, diseñado fundamentalmente para transportar hasta 10 personas. Un tráiler o rodante que sea remolcado por el automóvil se considera parte del mismo.

5.4.1.5.3.2- Definición operacional: variable cualitativa nominal.

Categorías:

5.4.1.5.3.2.1- Tiene licencia

5.4.1.5.3.2.2- No tiene licencia

5.4.1.5.4- Otras

5.4.1.6 Tipo de vehículo que conduce: Medio de transporte que permite el traslado de las personas de un lugar a otro.

Subdimensiones:

5.4.1.6.1- Ciclomotor:

5.4.1.6.1.1- Definición conceptual: es un vehículo de motor de dos ruedas, con uno o dos asientos y a veces con una tercera rueda para sostener el sidecar.

5.4.1.6.1.2- Definición operacional: variable cualitativa nominal

Categorías:

5.4.1.6.1.2.1- Conduce

5.4.1.6.1.2.2- No conduce

5.4.1.6.2- Moto:

5.4.1.6.2.1- Definición conceptual: es un vehículo de motor de dos ruedas, con uno o dos asientos y a veces con una tercera rueda para sostener el sidecar.

5.4.1.6.2.2- Definición operacional: variable cualitativa nominal

Categorías:

5.4.1.6.2.2.1- Conduce

5.4.1.6.2.2.2- No conduce

5.4.1.6.3- Auto/Camioneta:

5.4.1.6.3.1- Definición conceptual: es un vehículo de motor de cuatro ruedas, diseñado fundamentalmente para transportar hasta 10 personas. Un tráiler o rodante que sea remolcado por el automóvil se considera parte del mismo.

5.4.1.6.3.2- Definición operacional: variable cualitativa nominal

Categorías:

5.4.1.6.3.2.1- Conduce

5.4.1.6.3.2.2- No conduce

5.4.1.6.4- Otro

5.4.1.7 Coche o Camioneta propia:

5.4.1.7.1- Definición conceptual: vehículo a motor de cuatro ruedas de uso personal.

5.4.1.7.2- Definición operacional: variable cualitativa nominal.

Categorías:

5.4.1.7.2.1- Tiene

5.4.1.7.2.2- No tiene

5.4.1.8 Moto o Ciclomotor propio:

5.4.1.8.1- Definición conceptual: vehículo a motor de dos ruedas de uso personal.

5.4.1.8.2- Definición operacional: variable cualitativa nominal

Categorías:

5.4.1.8.2.1- Tiene

5.4.1.8.2.2- No tiene

5.4.1.9 Formas de Traslado durante las salidas: Modos de los participantes de mudarse de un lugar a otro con propósito recreativo

Subdimensiones:

5.4.1.9.1- Caminando:

5.4.1.9.1.1- Definición conceptual: persona que se desplaza independientemente por la vía pública

5.4.1.9.1.2- Definición operacional: variable cualitativa nominal

Categorías:

5.4.1.9.1.2.1- Si

5.4.1.9.1.2.2- No

5.4.1.9.2- Bicicleta:

5.4.1.9.2.1- Definición conceptual: persona que se traslada en vehículo de transporte terrestre impulsado solamente por pedales.

5.4.1.9.2.2- Definición operacional: variable cualitativa nominal

Categorías:

5.4.1.9.2.2.1- Si

5.4.1.9.2.2.2- No

5.4.1.9.3- Pasajero en ciclomotor:

5.4.1.9.3.1- Definición conceptual: es cualquier otro ocupante de vehículo de transporte de 2 ruedas que no sea el conductor del mismo.

5.4.1.9.3.2- Definición operacional: variable cualitativa nominal

Categorías:

5.4.1.9.3.2.1- Si

5.4.1.9.3.2.2- No

5.4.1.9.4- Conductor de ciclomotor:

5.4.1.9.4.1- Definición conceptual: es un ocupante que maneja o que se propone manejar un vehículo de transporte de dos ruedas.

5.4.1.9.4.2- Definición operacional: variable cualitativa nominal.

Categorías:

5.4.1.9.4.2.1- Si

5.4.1.9.4.2.2- No

5.4.1.9.5- Pasajero en una moto:

5.4.1.9.5.1- Definición conceptual: es cualquier otro ocupante de vehículo de transporte de 2 ruedas que no sea el conductor del mismo.

5.4.1.9.5.2- Definición operacional: variable cualitativa nominal.

Categorías:

5.4.1.9.5.2.1- Si

5.4.1.9.5.2.2- No

5.4.1.9.6- Conductor de moto:

5.4.1.9.6.1- Definición conceptual: es un ocupante que maneja o que se propone manejar un vehículo de transporte de dos ruedas.

5.4.1.9.6.2- Definición operacional: variable cualitativa nominal

Categorías:

5.4.1.9.6.2.1- Si

5.4.1.9.6.2.2- No

5.4.1.9.7- Pasajero en un auto:

5.4.1.9.7.1- Definición conceptual: es cualquier otro ocupante de vehículo de transporte de cuatro ruedas que no sea el conductor del mismo.

5.4.1.9.7.2- Definición operacional: variable cualitativa nominal

Categorías:

5.4.1.9.7.2.1- Si

5.4.1.9.7.2.2- No

5.4.1.9.8- Conductor de un auto:

5.4.1.9.8.1- Definición conceptual: es un ocupante que maneja o que se propone manejar un vehículo de transporte de cuatro ruedas.

5.4.1.9.8.2- Definición operacional: variable cualitativa nominal

Categorías:

5.4.1.9.8.2.1- Si

5.4.1.9.8.2.2- No

5.4.1.9.9- Colectivo o Tren:

5.4.1.9.9.1- Definición conceptual: cualquier persona que se transporta en un vehículo de motor diseñado fundamentalmente para transportar más de 10 personas, y que requiere licencia especial para conducirlo.

5.4.1.9.9.2- Definición operacional: variable cualitativa nominal

Categorías:

5.4.1.9.9.2.1- Si

5.4.1.9.9.2.2- No

5.4.1.9.10- Taxi o remis:

5.4.1.9.10.1- Definición conceptual: cualquier persona que se transporta en un vehículo de motor de cuatro ruedas conducido por un chofer.

5.4.1.9.10.2- Definición operacional: variable cualitativa nominal

Categorías:

5.4.1.9.10.2.1- Si

5.4.1.9.10.2.2- No

5.4.1.9.11- Otro

5.4.1.10 Formas de traslado cotidiano: modos de traslado cotidiano con propósitos diversos.

Subdimensiones:

5.4.1.10.1- Caminando:

5.4.1.10.1.1- Definición conceptual: persona que se desplaza independientemente por la vía pública

5.4.1.10.1.2- Definición operacional: variable cualitativa nominal

Categorías:

5.4.1.10.1.2.1- Si

5.4.1.10.1.2.2- No

5.4.1.10.2- Bicicleta:

5.4.1.10.2.1- Definición conceptual: persona que se traslada en vehículo de transporte terrestre impulsado solamente por pedales.

5.4.1.10.2.2- Definición operacional: variable cualitativa nominal

Categorías:

5.4.1.10.2.2.1- Si

5.4.1.10.2.2.2- No

5.4.1.10.3- Pasajero en ciclomotor:

5.4.1.10.3.1- Definición conceptual: es cualquier otro ocupante de vehículo de transporte de 2 ruedas que no sea el conductor del mismo.

5.4.1.10.3.2- Definición operacional: variable cualitativa nominal

Categorías:

5.4.1.10.3.2.1- Si

5.4.1.10.3.2.2- No

5.4.1.10.4- Conductor de ciclomotor:

5.4.1.10.4.1- Definición conceptual: es un ocupante que maneja o que se propone manejar un vehículo de transporte de dos ruedas

5.4.1.10.4.2- Definición operacional: variable cualitativa nominal

Categorías:

5.4.1.10.4.2.1- Si

5.4.1.10.4.2.2- No

5.4.1.10.5- Pasajero en una moto:

5.4.1.10.5.1- Definición conceptual: es cualquier otro ocupante de vehículo de transporte de 2 ruedas que no sea el conductor del mismo.

5.4.1.10.5.2- Definición operacional: variable cualitativa nominal

Categorías:

5.4.1.10.5.2.1- Si

5.4.1.10.5.2.2- No

5.4.1.10.6- Conductor de moto:

5.4.1.10.6.1- Definición conceptual: es un ocupante que maneja o que se propone manejar un vehículo de transporte de dos ruedas.

5.4.1.10.6.2- Definición operacional: variable cualitativa nominal

Categorías:

5.4.1.10.6.2.1- Si

5.4.1.10.6.2.2- No

5.4.1.10.7- Pasajero en un auto:

5.4.1.10.7.1- Definición conceptual: es cualquier otro ocupante de vehículo de transporte de cuatro ruedas que no sea el conductor del mismo.

5.4.1.10.7.2- Definición operacional: variable cualitativa nominal.

Categorías:

5.4.1.10.7.2.1- Si

5.4.1.10.7.2.2- No

5.4.1.10.8- Conductor de un auto:

5.4.1.10.8.1- Definición conceptual: es un ocupante que maneja o que se propone manejar un vehículo de transporte de cuatro ruedas.

5.4.1.10.8.2- Definición operacional: variable cualitativa nominal.

Categorías:

5.4.1.10.8.2.1- Si

5.4.1.10.8.2.2- No

5.4.1.10.9- Colectivo o Tren:

5.4.1.10.9.1- Definición conceptual: cualquier persona que se transporta en un vehículo de motor diseñado fundamentalmente para transportar más de 10 personas, y que requiere licencia especial para conducirlo.

5.4.1.10.9.2- Definición operacional: variable cualitativa nominal.

Categorías:

5.4.1.10.9.2.1- Si

5.4.1.10.9.2.2- No

5.4.1.10.10- Taxi o remis:

5.4.1.10.10.1- Definición conceptual: cualquier persona que se transporta en un vehículo de motor de cuatro ruedas conducido por un chofer.

5.4.1.10.10.2- Definición operacional: variable cualitativa nominal.

Categorías:

5.4.1.10.10.2.1- Si

5.4.1.10.10.2.2- No

5.4.1.10.11- Otro

5.4.2 Dimensiones de antecedentes y lesiones por tránsito de los participantes

5.4.2.1 Presencia de algún accidente de tránsito en los últimos 3 años

5.4.2.1.1- Definición conceptual: se entiende como accidente de tránsito a cualquier accidente de vehículo que ocurre en la vía pública (por ejemplo, que se origina en, termina en, o afecta parcialmente a un vehículo en la vía pública).

5.4.2.1.2- Definición operacional: variable cualitativa nominal.

Categorías:

5.4.2.1.2.1- Si, con internación

5.4.2.1.2.2- Si, sin internación

5.4.2.1.2.3- No

5.4.2.2- Número de accidentes de tránsito como peatón

5.4.2.2.1- Definición conceptual: es cualquier persona que al momento del accidente no estaba ocupando o conduciendo un vehículo de motor, tren, tranvía, vehículo de tracción animal u otro vehículo, o una bicicleta o un animal.

5.4.2.2.2- Definición operacional: variable cuantitativa discreta.

5.4.2.3- Número de accidentes de tránsito como ciclista

5.4.2.3.1- Definición conceptual: es cualquier persona que al momento del accidente manejaba un vehículo de pedal.

5.4.2.3.2- Definición operacional: variable cuantitativa discreta.

5.4.2.4- Número de accidentes de tránsito como conductor de auto

5.4.2.4.1- Definición conceptual: es cualquier persona que al momento del accidente manejaba un vehículo de transporte de cuatro ruedas.

5.4.2.4.2- Definición operacional: variable cuantitativa discreta.

5.4.2.5- Número de accidentes de tránsito como conductor de moto

5.4.2.5.1- Definición conceptual: es cualquier persona que al momento del accidente manejaba un vehículo de transporte de dos ruedas.

5.4.2.5.2- Definición operacional: variable cuantitativa discreta.

5.4.2.6- Número de accidentes de tránsito como pasajero de moto

5.4.2.6.1- Definición conceptual: es cualquier persona que al momento del accidente iba como ocupante de un vehículo de transporte de dos ruedas.

5.4.2.6.2- Definición operacional: variable cuantitativa discreta

5.4.2.7- Número de accidentes de tránsito como pasajero de auto

5.4.2.7.1- Definición conceptual: es cualquier persona que al momento del accidente iba o viajaba como ocupante de un vehículo de transporte de cuatro ruedas.

5.4.2.7.2- Definición operacional: variable cuantitativa discreta

5.4.2.8- Número de accidentes de tránsito como conductor de otro tipo de vehículo

5.4.2.8.1- Definición conceptual: es cualquier persona que al momento del accidente manejaba cualquier tipo de vehículo de transporte.

5.4.2.8.2- Definición operacional: variable cuantitativa discreta.

5.4.2.9- Número de accidentes de tránsito como pasajero de otro tipo de vehículo

5.4.2.9.1- Definición conceptual: es cualquier persona que al momento del accidente iba o viajaba como ocupante de algún tipo de vehículo de transporte.

5.4.2.9.2- Definición operacional: variable cuantitativa discreta.

5.4.2.10- Consumo de alcohol en participantes del accidente de tránsito

5.4.2.10.1- Definición conceptual: declaración del joven en relación del consumo de alcohol en participantes del accidente.

5.4.2.10.2- Definición operacional: variable cualitativa.

Categorías:

5.4.2.10.2.1- si

5.4.2.10.2.2- No

5.4.2.10.2.3- No se

5.4.2.11- Consumo de alcohol del joven previo al accidente de tránsito

5.4.2.11.1- Definición conceptual: bebida alcohólica se entiende por aquella bebida en cuya composición está presente el etanol en forma natural y adquirida y cuya concentración sea igual o superior al 1 por ciento de su volumen.

5.4.2.11.2- Definición operacional: variable cualitativa nominal.

Categorías:

5.4.2.11.2.1- Si

5.4.2.11.2.2- No

5.4.2.11.2.3- No se

5.4.2.12- Numero de amigos o familiares que tuvieron lesión sin internación por accidente de tránsito

5.4.2.12.1- Definición conceptual: informe del joven sobre el número de amigos o familiares que tuvieron lesión sin internación por accidente de tránsito.

5.4.2.12.2- Definición operacional: variable cuantitativa discreta.

5.4.2.13- Numero de amigos o familiares que tuvieron lesión con internación por accidente de tránsito

5.4.2.13.1- Definición conceptual: informe del joven sobre el número de amigos o familiares que tuvieron lesión con internación por accidente de tránsito.

5.4.2.13.2- Definición operacional: variable cuantitativa discreta.

5.4.2.14- Numero de amigos o familiares que fallecieron por accidente de transito

5.4.2.14.1- Definición conceptual: informe del joven sobre la cantidad de amigos o familiares que fallecieron por accidente de tránsito.

5.4.2.14.2- Definición operacional: variable cuantitativa discreta.

5.4.3 Dimensión: Hábitos en relación al consumo de alcohol

5.4.3.1- Frecuencia de consumo de alcohol en el último mes

5.4.3.1.1- Definición conceptual: frecuencia con la que una persona consumió bebida alcohólica, entendida como aquella bebida en cuya composición está presente el etanol en forma natural y adquirida y cuya concentración sea igual o superior al 1 por ciento de su volumen, durante el último mes.

5.4.3.1.2- Definición operacional: variable cualitativa ordinal.

Categorías:

5.4.3.1.2.1- Tome todos o casi todos los días

5.4.3.1.2.2- Tome varias veces por semana

5.4.3.1.2.3- Tome principalmente los fines de semana

5.4.3.1.2.4- Tome alguna vez, pero no es habitual en mi

5.4.3.1.2.5- No tome nunca

5.4.3.2- Consumo excesivo de alcohol

5.4.3.2.1- Definición conceptual: cuando una persona consume en una misma ocasión dos o más litros de cerveza; una caja o botella de vino, champagne, o más que eso; cinco o más tragos preparados, chupitos o medidas (whisky, licor, etc); cinco o más vasos de distintas bebidas alcohólicas (cerveza, vino, tragos, etc)

5.4.3.2.2- Definición operacional: variable cualitativa ordinal.

Categorías:

5.4.3.2.2.1- Si

5.4.3.2.2- No

5.4.3.3- Conducción bajo consumo excesivo de alcohol, durante los últimos 3 meses

5.4.3.3.1- Definición conceptual: conducción de un vehículo luego de consumir, dos o más litros de cerveza; una caja o botella de vino, champagne, o más que eso; cinco o más tragos preparados, chupitos o medidas (whisky, licor, etc); cinco o más vasos de distintas bebidas alcohólicas (cerveza, vino, tragos, etc) en una misma ocasión

5.4.3.3.2- Definición operacional: variable cualitativa nominal.

Categorías

5.4.3.3.2.1-Si

5.4.3.3.2.2- No

5.4.3.4- Frecuencia de conducción bajo consumo excesivo de alcohol durante los últimos 3 meses

5.4.3.4.1- Definición conceptual: con qué frecuencia condujo un vehículo luego de consumir, dos o más litros de cerveza; una caja o botella de vino, champagne, o más que eso; cinco o más tragos preparados, chupitos o medidas (whisky, licor, etc); cinco o más vasos de distintas bebidas alcohólicas (cerveza, vino, tragos, etc) en una misma ocasión.

5.4.3.4.2- Definición operacional: variable cuantitativa discreta.

5.4.3.5- Frecuencia como acompañante en un vehículo cuyo conductor presento consumo excesivo de alcohol en los últimos 3 meses

5.4.3.5.1- Definición conceptual: con qué frecuencia estuvo como acompañante en un vehículo cuyo conductor manejo habiendo consumiendo, dos o más litros de cerveza; una caja o botella de vino, champagne, o más que eso; cinco o más tragos preparados, chupitos o medidas (whisky, licor, etc); cinco o más vasos de

distintas bebidas alcohólicas (cerveza, vino, tragos, etc) en una misma ocasión.

5.4.3.5.2- Definición operacional: variable cuantitativa discreta.

5.4.4 Dimensión: Conocimiento sobre alcohol y conducción

5.4.4.1- Conocimiento sobre límite legal de consumo de alcohol en conductores en Argentina

5.4.4.1.1- Definición conceptual: conocimiento acerca del límite legal para la prueba de alcoholemia en Argentina para distintos conductores.

5.4.4.1.2- Definición operacional: variable cualitativa nominal.

Categorías:

5.4.4.1.2.1- Sabe

5.4.4.1.2.2- No sabe

5.4.4.2- Percepción de la incidencia del alcohol en las muertes por accidente de tránsito en Argentina

5.4.4.2.1- Definición conceptual: importancia atribuida al alcohol en los siniestros de tránsito.

5.4.4.2.2- Definición operacional: variable cualitativa ordinal.

Categorías:

5.4.4.2.2.1- No se

5.4.4.2.2.2- Menos del 10%

5.4.4.2.2.3- Entre 10% y 30%

5.4.4.2.2.4- Entre 31% y 50%

5.4.4.2.2.5- Más del 50%

5.4.5 Dimensión: Conocimiento sobre el riesgo en la conducción y el alcohol

5.4.5.1- Conocimiento sobre el riesgo en la conducción y el alcohol

5.4.5.1.1- Definición conceptual: percepción de la incidencia del riesgo del alcohol en la conducción

5.4.5.1.2- Definición operacional: opiniones de los participantes acerca de la verdad o falsedad de los ítems del 1 al 14 y valoración en una escala numérica de 1 a 5 dado por el participante a los ítems 15 al 35:

5.4.5.1.2.1- Si solo tomas cerveza es imposible convertirte en alcohólico.

5.4.5.1.2.2- Las mujeres absorben el alcohol más rápido que los hombres por lo que se emborrachan más rápidamente.

5.4.5.1.2.3- Es fácil saber cuándo alguien tomo demasiado alcohol.

5.4.5.1.2.4- Si comes mientras tomas alcohol, no te vas a emborrachar tanto como para no poder manejar.

5.4.5.1.2.5- Tomar un poco de alcohol puede mejorar los reflejos de un conductor.

5.4.5.1.2.6- Tomar un poco de alcohol puede ayudar al conductor a concentrarse más mientras maneja.

5.4.5.1.2.7- El alcohol hace que el conductor se sienta menos cansado y más despierto.

5.4.5.1.2.8- El alcohol reduce el campo visual.

5.4.5.1.2.9- Si una persona toma demasiado, puede morir intoxicado por alcohol.

5.4.5.1.2.10- Tomar café puede ayudar a recuperarse del alcohol.

5.4.5.1.2.11- Beber alcohol aumenta la confianza en uno mismo.

5.4.5.1.2.12- El alcohol tiene efectos negativos sobre el manejo solo si supera el límite de alcoholemia.

5.4.5.1.2.13- Si estas tomando alcohol y después tenes que manejar, es mejor tomar rápido y terminar enseguida.

5.4.5.1.2.14- Para emborracharse menos, es bueno tomar agua entre vaso y vaso de alcohol.

5.4.5.1.2.15- Para algunas fiestas el alcohol es esencial, aunque después haya que manejar.

5.4.5.1.2.16- Las multas por alcoholemia deberían ser mucho más altas.

5.4.5.1.2.17- La probabilidad de tener un accidente de transito aumenta si el conductor ha tomado alcohol

5.4.5.1.2.18- Un poco de alcohol mejora las destrezas para manejar.

5.4.5.1.2.19- En ningún caso se debe manejar después de tomar alcohol.

5.4.5.1.2.20- La mayoría de mis amigos piensan que el alcohol debe evitarse en el tránsito.

5.4.5.1.2.21- Muchos de mis amigos manejarían un auto después de haber bebido mucho alcohol.

5.4.5.1.2.22- Si manejara después de haber tomado alcohol, mi familia lo desaprobaba.

5.4.5.1.2.23- Si tuviera que manejar no tomaría alcohol por temor a los controles policiales o de tránsito.

5.4.5.1.2.24- Confío en que podría manejar de forma segura, aunque haya tomado varios tragos de alcohol.

5.4.5.1.2.25- Seria fácil para mí dejar de tomar alcohol si luego tuviera que manejar.

5.4.5.1.2.26- Se puede conducir bajo los efectos del alcohol, siempre y cuando se maneje con cuidado.

5.4.5.1.2.27- Nunca dejaría de tomar alcohol aunque después tuviera que manejar.

5.4.5.1.2.28- Si tomara demasiado alcohol, buscaría a un amigo o conocido sobrio para que manejara mí vehículo.

5.4.5.1.2.29- Si alguien me ofreciera llevarme a casa, trataría de saber si ha tomado demasiado alcohol.

5.4.5.1.2.30- Si me invitan a una fiesta, planearía de antemano como llegar a casa para no tener que manejar luego de haber tomado alcohol.

5.4.5.1.2.31- Si tengo que manejar, evito el alcohol.

5.4.5.1.2.32- Trataría de evitar que un amigo maneje si ha tomado demasiado alcohol.

5.4.5.1.2.33- Me daría vergüenza decirle a mis amigos que no voy a manejar porque tome demasiado alcohol.

5.4.5.1.2.34- Preferiría tomar un taxi o caminar a casa antes que me lleve un conductor que ha tomado demasiado alcohol.

5.4.5.1.2.35- De acá en adelante mi intención sería tomar muy poco o nada de alcohol antes de conducir.

5.5 RECOLECCION DE DATOS

5.5.1 Procedimientos de Recolección de Datos

Se envió una carta a la Inspección General de Escuelas, con el aval de la Universidad Nacional de Mar del Plata, a fin de solicitar la autorización para ingresar a las distintas escuelas de la ciudad de Ayacucho para poder realizar un cuestionario dirigido a los estudiantes mayores de 15 años de edad que concurren a las mismas. Personalmente se concreto el día y el horario con cada una de las instituciones.

La encuesta fue completada por la población en el mismo momento de la entrega y con la presencia de las investigadoras a fin de poder esclarecer dudas que puedan surgir, solo si fuese necesario.

La misma hizo mención a los objetivos de la investigación y responsables de la misma, a la confidencialidad de los datos obtenidos y el carácter de ser anónima y voluntaria.

El tiempo de recolección de datos fue de aproximadamente tres meses.

5.5.2 Instrumento de Recolección de Datos

Los datos fueron obtenidos a través de un cuestionario diseñado por el proyecto "Safe roads for Routh" acordado en su contenido y formato con el resto de los países involucrados. El instrumento ofreció una base mínima común para realizar comparaciones entre los países y además se buscó que fuera simple, comprensible y breve, pensando que la población objeto de estudio, serían básicamente estudiantes de colegios secundarios.

El mismo fue de carácter autoadministrado y constaba de 68 preguntas.

El instrumento utilizado (ver Anexo 1) recaba información sobre:

- * Variables Socio- Descriptivas (edad, sexo, ocupación, etc.)
- * Movilidad (posesión de licencias y vehículos, modos habituales de movilidad, etc.).
- * Participación previa en accidentes de tránsito.
- * Consumo de alcohol (patrón habitual de consumo y consumo episódico excesivo).
- * Consumo de alcohol y movilidad, en las siguientes dimensiones generales:
 - Comportamiento relacionado con el tránsito y el consumo de alcohol.
 - Información y conocimiento sobre el tema
 - Percepción del riesgo, expectativas y creencias sobre el alcohol en el manejo.
 - Estrategias personales frente al alcohol y la movilidad.
 - Influencia social y de pares.

PRUEBA PILOTO:

El instrumento ha sido utilizado en trabajos anteriores, por tal motivo ya está reconocida su validez.

5.5.3 Procesamiento de Análisis de los Datos

Se construirá una base de datos utilizando el programa ENTER incluido en el paquete EPI-INFO. Se realizará la validación mediante una carga doble de datos.

La significación estadística se analizará mediante los test χ^2 , H de Kruskal Wallis y V test.

Se realizará un análisis multidimensional con el paquete SPAD.N brindado para fines docentes e investigación por el Programa PRESTA (Programme de Recherche et D'Enseignement en Statistique Appliquée) de la Universidad Libre de Bruselas – Bélgica

En el análisis se introducen las variables dentro de dos categorías: variables activas y variables ilustrativas (o suplementarias). Las activas son aquellas que conforman la estructura de la nube de puntos que se analiza en un espacio multidimensional. Responden a un criterio de homogeneidad (deben pertenecer a un mismo tema ó punto de vista) y de exhaustividad (deben describir totalmente ese tema).

Para comprender la estructura de la información de una tabla de grandes dimensiones es necesario combinar el análisis con técnicas de clasificación. Los métodos de clasificación están destinados a producir una representación gráfica de la información contenida en la tabla de datos. Se llaman «clases» a los subconjuntos de individuos de ese espacio de representación que son identificables porque en ciertas zonas del espacio existe una gran densidad de individuos, y en las zonas del espacio que separa esos subconjuntos existe una baja densidad de individuos.

6- BIBLIOGRAFIA

Alderete, E. Bianchini P. Consumo de alcohol en la consulta de una sala de emergencia. Medicina (Buenos Aires) [en línea]. 2008. 68 (1): 31-36. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0025-76802008000100005&lng=es&nrm=iso [acceso: 26 agosto 2014]

Arellano VM, Correa SS. Talleres de promoción de resiliencia para adolescentes en alto riesgo social. Revista Chilena de Terapia Ocupacional [revista on-line] diciembre 2008. 8 [15p]. Disponible en: <http://www.revistas.uchile.cl/index.php/RTO/article/viewFile/76/57> [acceso: 26 agosto 2014]

Argentina. Ministerio de Salud. Algunos datos sobre el consumo de alcohol en Argentina. Sistema de Vigilancia Epidemiológica en Salud Mental y Adicciones. N° 4. 2011. [en línea] Disponible en <http://www.msal.gov.ar/saludmental/images/stories/info-equipos/pdf/4-algunos-datos-sobre-el-consumo-de-alcohol.pdf> [acceso: 26 agosto 2014]

Argentina. Presidencia de la Nación. Observatorio Argentino de Drogas. Quinta Encuesta Nacional a Estudiantes de Enseñanza Media 2011. Secretaria de Programación para la Prevención de la Drogadicción y la Lucha Contra el Narcotráfico. 2012. [documento en línea] Disponible en: <http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Quinta%20Encuesta%20Nacional%20a%20Estudiantes%20de%20Ense%C3%B1anza%20Media%202011.pdf> [acceso: 26 agosto 2014]

Argentina. Presidencia de la Nación. Observatorio Argentino de Drogas. Presidencia de la Nación (2010). Estudio Nacional en población de 12 a 65 años sobre consumo de sustancias psicoactivas. Buenos Aires, Argentina: Observatorio Nacional de Drogas. [documento en línea] Disponible en: http://www.observatorio.gov.ar/investigaciones/Estudio_Nacional_sobre_consumo_en_poblacion_general-Argentina2010.pdf [acceso: 26 agosto 2014]

Argentina.. Ministerio del Interior y el Transporte. Seguridad Vial Licencia de Conducir. Información general [en línea] Disponible en: <http://www.seguridadvial.gov.ar/licencia/informacion-general> [acceso: 26 agosto 2014]

Barassi JB, Galindez, MI. Aporte de Terapia Ocupacional para la prevención de Lesiones por Tránsito Vehicular en Jóvenes de 16 a 22 años de la ciudad de Neuquén, Capital. [Tesis de Grado]. UNMDP, Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Dpto. de TO. Tesis de Licenciatura. Noviembre de 2008.

Bird S. Psicología del Desarrollo. Ficha de adolescencia. 2000. Notas de Clase. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social

Canales, F. H; Alvarado, E. L; Pineda, E. B. Organización Panamericana de la Salud y Organización Mundial de la Salud. Metodología de la Investigación Manual para el desarrollo de personal de Salud. Serie Paltex, N° 35 1994. Washington DC.

Carvajal Corzo G. Adolescer: la aventura de una metamorfosis" una vision psicoanalítica en la adolescencia. Ed. Tiresias. Bogota 1994

Cesar A. Estudio de prevalencia del consumo de alcohol, tabaco y drogas psicoactivas en adolescentes de Establecimientos de Enseñanza Media Públicos y Privados de la Seccional 14. Durante el mes de Noviembre del 2005. Revista de Salud Pública, 2010. 14(1): 33-44. [en línea] Disponible en: http://www.saludpublica.fcm.unc.edu.ar/sites/default/files/RSP10_1_07_art4_pp%2033_44.pdf general [acceso: 26 agosto 2014]

Del Rio, M.C. Alcohol, Jóvenes y Accidentes de Tráficos. Departamento de Farmacología y Terapéutica. Facultad de Medicina. Universidad de Valladolid. Área de Educación, Prevención y Servicios Asistenciales. Trastornos Adictivos 2002; 4(1):20-27 [en línea] Disponible en: www.psicotrasvi.es/app/download/7187421/Alcohol,+j%C3%B3venes+y+accidentes+de+tr%C3%A1fico.pdf [acceso: 20 agosto 2014]

España. Ministerio de Sanidad y Consumo. Secretaria General de Sanidad Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre drogas. Informe sobre Alcohol. Madrid. 2007 [documento en línea] Disponible en: <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/InformeAlcohol.pdf> [acceso: 26 agosto 2014]

Esposito P.M. Percepción de la satisfacción en la Atención de Enfermería manifestada por pacientes internados en el Instituto Nacional de Rehabilitación Psicosfísica del Sur de Mar del Plata. Tesis de grado para optar por el título de Licenciada en Enfermería, 2012. Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. Mar del Plata, Buenos Aires. Argentina.

Francisco B.R. Terapia Ocupacional. Campinas Sao Paulo. Brasil. 2001 Papirus Fundación Universitaria Los Libertadores. Blogs Consumo de Alcohol en Adolescentes. Julio 2008. [en línea] Disponible en: <http://alcohol-adolescentes.blogspot.com.ar/> general [acceso: 26 agosto 2014]

Gobierno de la Ciudad de Buenos Aires. Consumo de Alcohol y Accidente de Tránsito. Observatorio Coordinación de Políticas Sociales en Adicciones. Secretaria de Promoción Social Ministerio de Desarrollo Social. Buenos Aires. (2009, 2010) [documento en línea] Disponibles en: http://estatico.buenosaires.gov.ar/areas/des_social/adic/observatorio/pdf/consumo_alcohol_accidentes_transito.pdf?menu_id=30659
http://www.buenosaires.edu.ar/areas/des_social/adic/observatorio/pdf/informe_consumo_alcohol_accidentes_transito_2010.pdf [acceso: 26 agosto 2014]

Hopkins, H.L., & Tiffany, E.G. Occupational Therapy-Base in activity. En Hopkins, H.L., & Smith, H.D. (Editores), Willard and Spackman's occupational therapy (7ª ed). Philadelphia: J.B.Lippincort. 1998

Kroeger A; Luna, R. (Comp). Atención Primaria de Salud. Principios y Métodos. Organización Panamericana de la Salud; Centro Latinoamericano del Instituto de Higiene Tropical en la Universidad de Heidelberg; Sociedad Alemana para la Cooperación Técnica. Editorial Pax México, Librería Carlos Césarman, SA. Segunda Edición, 1992.

Ledesma R, Díaz Lazzaro C, Poo F, Ungaro JF. Alcohol y Seguridad Vial en los Jóvenes. Encuesta a jóvenes de 15 a 25 años. Primer informe de resultados (STAN ST710). 2012. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). Mar del Plata.

Ledesma R, Díaz Lazzaro C, Poo F, Ungaro JF. Alcohol y Seguridad Vial en Jóvenes: diagnóstico de situación en cinco localidades argentinas. Consejo Nacional de Investigaciones Científicas y Técnicas (CONICET). 2013. Mar del Plata.

Loyarte Alonso, L. S.. Terapia Ocupacional en Promoción de la salud: hábito, opiniones y percepción vincular de jóvenes escolarizados y no escolarizados, y su relación con los antecedentes de lesiones. Tesis de grado para optar por el título de Licenciada en Terapia Ocupacional, Universidad Nacional de Mar del Plata. Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social. 2011. Mar del Plata,

Martijena, N.B.). Terapia Ocupacional. Conceptos y aplicación.. 1999 Editorial Martín. Primera Edición. Mar del Plata

Martijena. N.B. Ecología humana ¿utopía o realidad? Nueva dimensión de la Terapia Ocupacional.. Parte IV cap. 4 pag.194. Editorial Mar del Plata 1995. Mar del Plata.

Organización Mundial de la Salud - Fondo de Población de las Naciones Unidas (FUNUAP) - Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF). Actividades a favor de la salud de los adolescentes: hacia un programa común. Programa de Salud y Desarrollo de los Adolescentes, Salud Familiar y Reproductiva. OMS. Noviembre de 1995 . Mayo 1997. [15p.] P.3. Disponible en: http://whqlibdoc.who.int/hq/1997/WHO_FRH_ADH_97.9_spa.pdf [acceso: 26 agosto 2014]

Organización Mundial de la Salud, Banco Mundial, la Seguridad Vial no es accidental. Informe Mundial sobre Prevención de los Traumatismos causados por el tránsito. Ginebra 2004. [en línea] Disponible en: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42926/1/9243591312.pdf> [acceso: 26 agosto 2014]

Organización Mundial de la Salud. Clasificación Internacional de enfermedades. 10 rev. (CIE-10) Capítulo XX Causas Externas de Mortalidad y Morbilidad. Definiciones e instrucciones para Codificar. Disponible en: [http://163.247.55.35/Informatica/ResSansi.nsf/0/B530858F2183B12784257BC100614E02/\\$FILE/ANEXOS%20MANUAL%20CODIFICACION%20SISESAT%20EN%20CONSULTA.pdf](http://163.247.55.35/Informatica/ResSansi.nsf/0/B530858F2183B12784257BC100614E02/$FILE/ANEXOS%20MANUAL%20CODIFICACION%20SISESAT%20EN%20CONSULTA.pdf) [acceso: 25 agosto 2014]

Organización Panamericana de la Salud (OPS). Informe sobre el estado de la Seguridad Vial en la Región de las Américas. Washington D.C.: 2009. [en línea] Disponible en: http://www.who.int/violence_injury_prevention/road_safety_status/2009/gsrss_paho.pdf [acceso: 25 agosto 2014]

Organización Panamericana de la Salud. (1996). Promoción de la Salud: una antología. Washington, D.C., Estados Unidos de America. Publicación científica N°. 557.

Organización Panamericana de la Salud. Alcohol, género, cultura y daños en las Américas. Reporte final del estudio multicentrico. [en línea] Disponible en: http://www.who.int/substance_abuse/publications/alcohol_multicentric_americas_spanish.pdf 2007 [acceso: 25 agosto 2014]

Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud (2000) Promoción de la salud sexual. Recomendaciones para la acción. Acta de la Reunión de Consultas convocada por: Organización Panamericana de la Salud (OPS) Organización Mundial de la Salud (OMS). Asociación Mundial de Sexología. [documento en línea] <http://www.letraese.org.mx/sxsaludsexualops.pdf> [acceso 2 de junio 2011]

Polonio López, B Terapia Ocupacional en Discapacitados Físicos: Teoría y Práctica. Colección Panamericana de Terapia ocupacional. 2004. Ed Médica Panamericana. Pág. 40

Primera Conferencia Internacional sobre la Promoción de la Salud Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. 1986 [en línea] Disponible en: <http://www.bvsde.ops-oms.org/bvsdeps/fulltext/conf1.pdf> [acceso: 26 agosto 2014]

Selener, G "Los aportes de los grupos al proceso de desarrollo del adolescente" Revista AAPPG-Tomo XIV-1-2-1991.

Serfaty E, Masaútis A, Foglia V L. Consumo habitual de alcohol y accidentes no fatales, en adolescentes varones de Argentina. Estudio epidemiológico, Acta Psiquiátrica y Psicológica de América Latina; 2005. 51(1): 21-25.

Shell B. Clinical Reasoning: The basis of practice. En M.E. Neistadt & E.B crepeau (Eds.), Willard & Spackman's Occupational Therapy (9 th ed., pp. 90-100). Philadelphia, PA: 1988 Lippincott Williams & Wilkins

Tejada de Rivero, D. Salud y Atención Primaria de Salud: una evaluación crítica. En La Crisis de la Salud Pública. Organización Panamericana de la Salud. Washington. Publicación Científica 540.

Tejada de Rivero, D.A. Alma- Ata: 25 años después. Revista Perspectivas de Salud. Revista de la Organización Panamericana de la Salud, 2003. 8(1)

Terris M. Tendencias actuales en la salud pública de las Américas. En: OPS, editor. La crisis de la salud pública. Reflexiones para el debate. Pub. Cient. No. 540. Washington, D.C.: OPS; 1992.

Videla. M. Prevención: Intervención psicológica en salud comunitaria". Capítulo VI: La Salud, un Derecho de todos. 2º Edición. Buenos Aires. 1993.

Welander, G., Svanström, L., Ekman, R., Osorno, J. Introducción a la Promoción de la Seguridad. Segunda edición revisada. 2007 [en línea] Disponible en: http://www.phs.ki.se/csp/pdf/Books/introduccion_sp.pdf [acceso: 25 agosto 2014]

7-ANEXO:

ENCUESTA DE OPINION A ESTUDIANTES

Universidad Nacional de Mar del Plata

Este es un estudio que se realiza como parte de la Tesis de Grado de la carrera de Licenciatura en Terapia Ocupacional de la Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social en la Universidad Nacional de Mar del Plata. Se trata de una encuesta sobre alcohol y tránsito, y quisiéramos conocer tus opiniones. La encuesta es anónima y dura aprox. 15 minutos. La participación es voluntaria. Si aceptás participar, te pedimos que leas y respondas atentamente al siguiente cuestionario. No hay respuestas rectas o incorrectas, lo que cuenta es tu opinión y tu experiencia personal. Cualquier duda podés preguntarle al encuestador. También podés comunicarte con el director: Jorge Francisco Ungaro ungarojorge@gmail.com

Facultad: _____

CURSO: _____

TURNO: _____

Primer nombre, vamos a pedirte unas letras y números para construir un código que identifique tu encuesta y que puedas recordar fácilmente:

Primera letra de tu primer nombre: [] Última letra de tu apellido : [] Últimos tres números de tu DNI: []

PARTE 1

1 Sexo (marcar con X lo que corresponda)

☐ Mujer ☐ Hombre

1.2 Fecha de nacimiento

Día:[] Mes:[] Año:[]

3 ¿En qué barrio, paraje o zona de la ciudad vivís?:

4 ¿Cuál es tu principal ocupación? (marcar con X las que corresponda)

☐ Estudiante ☐ Ama de casa/amo de casa
☐ Empleado ☐ Desocupado
☐ Trabajador independiente ☐ Otra (especificar): _____

1.5 ¿Cuál es tu nivel educativo? (marcar con X lo que corresponda)

☐ Primario incompleto ☐ Terciario incompleto
☐ Primario completo ☐ Terciario completo
☐ Secundario incompleto ☐ Universitario incompleto
☐ Secundario completo ☐ Universitario completo

PARTE 2

1 ¿Qué tipos de licencias de conducir tenés? (marcar con X)

☐ Ninguna ☐ Auto/Camioneta
☐ Ciclomotor ☐ Otra (especificar): _____
☐ Moto _____

2.2 ¿Qué tipos de vehículos manejas? (marcar con X)

☐ Ninguno ☐ Auto/Camioneta
☐ Ciclomotor ☐ Otro(especificar): _____
☐ Moto _____

3 ¿Tenés coche o camioneta propia? ☐ Sí ☐ No

2.4 ¿Tenés moto o ciclomotor propio? ☐ Sí ☐ No

5 Cuando salís con amigos para divertirse, ¿cómo te trasladás normalmente? (marcá las formas más comunes).

☐ Caminando ☐ Pasajero en un auto
☐ Bicicleta ☐ Conductor de un auto
☐ Pasajero en ciclomotor ☐ Colectivo o Tren
☐ Conductor de ciclomotor ☐ Taxi o remis
☐ Pasajero en una moto ☐ Otro(especificar): _____
☐ Conductor de una moto _____

2.6 Habitualmente, ¿cómo te movés en la ciudad (para ir a estudiar, a trabajar, etc.)? (marcá las más comunes).

☐ Caminando ☐ Pasajero en un auto
☐ Bicicleta ☐ Conductor de un auto
☐ Pasajero en ciclomotor ☐ Colectivo o Tren
☐ Conductor de ciclomotor ☐ Taxi o remis
☐ Pasajero en una moto ☐ Otro (especificar): _____
☐ Conductor de una moto _____

PARTE 3

1 En los últimos 3 años, ¿tuviste algún accidente de tránsito? (marcar con X tu respuesta)

☐ No -> (pasar a la pregunta 3.6)
☐ Sí

3.2 Si tuviste algún accidente, ¿necesitaste atención médica?

☐ Sí, por lesiones leves (sin internación)
☐ Sí, por lesiones graves (con internación)
☐ No

3 Si tuviste algún accidente, ¿podés decirnos de qué tipos y cuántos? (poné un número o dejá en blanco)

Como peatón: [] e. Como pasajero de moto: []
Como ciclista: [] f. Como pasajero de auto: []
Como conductor de moto: [] g. Como conductor de otro tipo de vehículo: []
Como conductor de auto: [] h. Como pasajero en otro tipo de vehículo: []

3.4 Si tuviste algún accidente, ¿alguno de los involucrados estaba alcoholizado?

☐ Sí ☐ No ☐ No Sé

3.5 Si tuviste algún accidente, ¿antes del accidente vos habías tomado alcohol?

☐ Sí ☐ No ☐ No Sé

6 En los últimos 3 años, ¿cuántas personas cercanas a vos (amigos o familiares) tuvieron un accidente de tránsito?.

Indicá la cantidad o dejá en blanco)

Con lesiones Leves: []

Con lesiones Graves: []

Con muerte: []

ITE 4

¿Alguna vez has recibido educación sobre el tema del alcohol y la conducción de coches? []Sí [] No

Si tu respuesta es Sí, ¿dónde recibiste esa formación?: _____

En el último año...

Viste por la Tele alguna propaganda sobre alcohol y conducción? (marcar con una X tu respuesta) [] SI [] No [] No recuerdo	b. ¿Escuchaste por radio alguna propaganda sobre alcohol y conducción? [] SI [] No [] No recuerdo
Recibiste algún curso o charla sobre el tema? [] SI [] No [] No recuerdo	d. ¿Recibiste algún material informativo sobre el tema (folletos, etc.)? [] SI [] No [] No recuerdo
Viste algún control de alcoholemia? [] SI [] No [] No recuerdo	f. ¿Te pararon para un control de alcoholemia? [] SI [] No [] No recuerdo
Te parece que los controles de alcoholemia han aumentado? [] SI [] No [] No sé	h. ¿Te parece que las campañas publicitarias han aumentado? [] SI [] No [] No sé

En el último mes, ¿con qué frecuencia dirías que tomaste bebidas alcohólicas?

[] Tomé todos o casi todos los días

[] Tomé varias veces por semana

[] Tomé principalmente los fines de semana

[] Tomé alguna vez, pero no es habitual en mí

[] No tomé nunca

4.4 En el último mes, ¿llegaste a tomar en una misma ocasión ...

a. Dos o más litros de cerveza?

[] SI [] No

b. Una caja o botella de vino, sidra o champagne, o más que eso?

[] SI [] No

c. Cinco o más tragos preparados, chupitos o medidas (whisky, licor, etc.)?

[] SI [] No

d. Cinco o más vasos de distintas bebidas alcohólicas (cerveza, vino, tragos, etc.)?

[] SI [] No

En los últimos 3 meses, ¿alguna vez manejaste un vehículo después de haber tomado 1 litro de cerveza, o 3 vasos de vino, o 3 medidas de fernet, brandy, whiskey, etc. ... o más que eso?

[] Sí []No

Si pusiste Sí, ¿podrías decir cuántas veces aprox. lo hiciste?: _____ veces]

4.6 En los últimos 3 meses, ¿alguna vez viajaste con un conductor que había tomado 1 litro de cerveza, o 3 vasos de vino, o 3 medidas de fernet, brandy, whiskey, etc. ... o más que eso?

[] Sí []No

Si pusiste Sí, ¿podrías decir cuántas veces aprox.?: _____ veces]

ITE 5

¿Sabés cuál es el límite legal para la prueba de alcoholemia en Argentina?

Respuesta: _____ g/l [] No sé

Sabiendo que una lata de cerveza, un vaso de vino o un trago o medida de whiskey tienen aproximadamente la misma graduación alcohólica. ¿Sabés cuántas latas de cerveza, vasos de vino o tragos puede tomar una persona antes de alcanzar el límite en la prueba de alcoholemia?:

Respuesta: _____ [] No sé

a. ¿El límite de alcoholemia es el mismo para todos los conductores?

[] Sí

[] No

[] No sé

5.3.b Si en la anterior respondiste que No, ¿de qué depende?:

[] del sexo de la persona

[] de su Edad

[] del Tipo de licencia

[] de los Años como conductor [] Otro: _____

En Argentina, ¿qué porcentaje de las muertes por accidentes de tránsito están relacionadas con el alcohol?

[] No sé

[] menos del 10%

[] entre 10 y 30%

[] entre 31%-50%

[] más del 50%

a cada una de las siguientes afirmaciones, indica *Verdadero (V)*, *Falso (F)* o *No sé*. Marcá tu respuesta con una X.

5 Si solo tomás cerveza es imposible convertirte en alcohólico. ☐ V ☐ F ☐ No sé	5.6 Las mujeres absorben el alcohol más rápido que los hombres por lo que se emborrachan más rápidamente. ☐ V ☐ F ☐ No sé
7 Es fácil saber cuando alguien tomó demasiado alcohol. ☐ V ☐ F ☐ No sé	5.8 Si comés mientras tomás alcohol, no te vas a emborrachar tanto como para no poder manejar. ☐ V ☐ F ☐ No sé
9 Tomar un poco de alcohol puede mejorar los reflejos de un conductor. ☐ V ☐ F ☐ No sé	5.10 Tomar un poco de alcohol puede ayudar al conductor a concentrarse más mientras maneja. ☐ V ☐ F ☐ No sé
11 El alcohol hace que el conductor se sienta menos cansado y más despierto. ☐ V ☐ F ☐ No sé	5.12 El alcohol reduce el campo visual. ☐ V ☐ F ☐ No sé
13 Si una persona toma demasiado, puede morir intoxicado por alcohol. ☐ V ☐ F ☐ No sé	5.14 Tomar café puede ayudar a recuperarse del alcohol ☐ V ☐ F ☐ No sé
15 Beber alcohol aumenta la confianza en uno mismo. ☐ V ☐ F ☐ No sé	5.16 El alcohol tiene efectos negativos sobre el manejo sólo si supera el límite de alcoholemia. ☐ V ☐ F ☐ No sé
17 Si estás tomando alcohol y después tenés que manejar, es mejor tomar rápido y terminar enseguida. ☐ V ☐ F ☐ No sé	5.18 Para emborracharse menos, es bueno tomar agua entre vaso y vaso de alcohol. ☐ V ☐ F ☐ No sé

Continuación, indicá cuál es tu grado de acuerdo con cada una de las siguientes oraciones. Aquí no hay oraciones verdaderas o falsas, solo expresa tu opinión personal. Marcá tu respuesta con una “X”.

1 Para algunas fiestas el alcohol es esencial, aunque después haya que manejar. ☐ 1. Completamente en desacuerdo ☐ 2. En desacuerdo ☐ 3. Ni acuerdo ni desacuerdo ☐ 4. De acuerdo ☐ 5. Completamente de acuerdo	6.11 Sería fácil para mí dejar de tomar alcohol si luego tuviera que manejar. ☐ 1. Completamente en desacuerdo ☐ 2. En desacuerdo ☐ 3. Ni acuerdo ni desacuerdo ☐ 4. De acuerdo ☐ 5. Completamente de acuerdo
2 Las multas por alcoholemia deberían ser mucho más altas. ☐ 1. Completamente en desacuerdo ☐ 2. En desacuerdo ☐ 3. Ni acuerdo ni desacuerdo ☐ 4. De acuerdo ☐ 5. Completamente de acuerdo	6.12 Se puede conducir bajo los efectos del alcohol, siempre y cuando se maneje con cuidado. ☐ 1. Completamente en desacuerdo ☐ 2. En desacuerdo ☐ 3. Ni acuerdo ni desacuerdo ☐ 4. De acuerdo ☐ 5. Completamente de acuerdo
3 La probabilidad de tener un accidente de tránsito aumenta si el conductor ha tomado alcohol. ☐ 1. Completamente en desacuerdo ☐ 2. En desacuerdo ☐ 3. Ni acuerdo ni desacuerdo ☐ 4. De acuerdo ☐ 5. Completamente de acuerdo	6.13 Nunca dejaría de tomar alcohol aunque después tuviera que manejar. ☐ 1. Completamente en desacuerdo ☐ 2. En desacuerdo ☐ 3. Ni acuerdo ni desacuerdo ☐ 4. De acuerdo ☐ 5. Completamente de acuerdo
4 Un poco de alcohol mejora las destrezas para manejar. ☐ 1. Completamente en desacuerdo ☐ 2. En desacuerdo ☐ 3. Ni acuerdo ni desacuerdo ☐ 4. De acuerdo ☐ 5. Completamente de acuerdo	6.14 Si tomara demasiado alcohol, buscaría a un amigo o conocido que esté sobrio para que manejara mi vehículo. ☐ 1. Completamente en desacuerdo ☐ 2. En desacuerdo ☐ 3. Ni acuerdo ni desacuerdo ☐ 4. De acuerdo ☐ 5. Completamente de acuerdo
5 En ningún caso se debe manejar después de tomar alcohol. ☐ 1. Completamente en desacuerdo ☐ 2. En desacuerdo ☐ 3. Ni acuerdo ni desacuerdo ☐ 4. De acuerdo ☐ 5. Completamente de acuerdo	6.15 Si alguien me ofreciera llevarme a casa, trataría de saber si ha tomado demasiado alcohol. ☐ 1. Completamente en desacuerdo ☐ 2. En desacuerdo ☐ 3. Ni acuerdo ni desacuerdo ☐ 4. De acuerdo ☐ 5. Completamente de acuerdo

6 La mayoría de mis amigos piensan que el alcohol debe evitarse en el tránsito. ☐ 1. Completamente en desacuerdo ☐ 2. En desacuerdo ☐ 3. Ni acuerdo ni desacuerdo ☐ 4. De acuerdo ☐ 5. Completamente de acuerdo	6.16 Si me invitan a una fiesta, planearía de antemano cómo llegar a casa para no tener que manejar luego de haber tomado alcohol. ☐ 1. Completamente en desacuerdo ☐ 2. En desacuerdo ☐ 3. Ni acuerdo ni desacuerdo ☐ 4. De acuerdo ☐ 5. Completamente de acuerdo
7 Muchos de mis amigos manejarían un auto aún después de haber bebido mucho alcohol. ☐ 1. Completamente en desacuerdo ☐ 2. En desacuerdo ☐ 3. Ni acuerdo ni desacuerdo ☐ 4. De acuerdo ☐ 5. Completamente de acuerdo	6.17 Si tengo que manejar, evito el alcohol. ☐ 1. Completamente en desacuerdo ☐ 2. En desacuerdo ☐ 3. Ni acuerdo ni desacuerdo ☐ 4. De acuerdo ☐ 5. Completamente de acuerdo
8 Si manejara después de haber tomado alcohol, mi familia lo desaprobaba. ☐ 1. Completamente en desacuerdo ☐ 2. En desacuerdo ☐ 3. Ni acuerdo ni desacuerdo ☐ 4. De acuerdo ☐ 5. Completamente de acuerdo	6.18 Trataría de evitar que un amigo maneje si ha tomado demasiado alcohol. ☐ 1. Completamente en desacuerdo ☐ 2. En desacuerdo ☐ 3. Ni acuerdo ni desacuerdo ☐ 4. De acuerdo ☐ 5. Completamente de acuerdo
9 Si tuviera que manejar no tomaría alcohol por temor a los controles policiales o de tránsito. ☐ 1. Completamente en desacuerdo ☐ 2. En desacuerdo ☐ 3. Ni acuerdo ni desacuerdo ☐ 4. De acuerdo ☐ 5. Completamente de acuerdo	6.19 Me daría vergüenza decirle a mis amigos que no voy a manejar porque tomé demasiado alcohol. ☐ 1. Completamente en desacuerdo ☐ 2. En desacuerdo ☐ 3. Ni acuerdo ni desacuerdo ☐ 4. De acuerdo ☐ 5. Completamente de acuerdo
10 Confío en que podría manejar de forma segura, aunque haya tomado varios tragos con alcohol. ☐ 1. Completamente en desacuerdo ☐ 2. En desacuerdo ☐ 3. Ni acuerdo ni desacuerdo ☐ 4. De acuerdo ☐ 5. Completamente de acuerdo	6.20 Preferiría tomar un taxi o caminar a casa antes que me lleve un conductor que ha tomado demasiado alcohol. ☐ 1. Completamente en desacuerdo ☐ 2. En desacuerdo ☐ 3. Ni acuerdo ni desacuerdo ☐ 4. De acuerdo ☐ 5. Completamente de acuerdo
	6.21 De acá en adelante mi intención sería tomar muy poco o nada de alcohol antes de conducir. ☐ 1. Completamente en desacuerdo ☐ 2. En desacuerdo ☐ 3. Ni acuerdo ni desacuerdo ☐ 4. De acuerdo ☐ 5. Completamente de acuerdo

último, queremos saber si podrías pasarnos algún dato de contacto (OPCIONAL):

Mail: _____ Tel / Celular: _____

MUCHAS GRACIAS POR TU COLABORACION!!!!!!



Ministerio de Educación



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

Mar del Plata, 28 de agosto de 2012

Sra. Inspectora de Educación Secundaria
Ing. Ángeles Mancuso
S/D

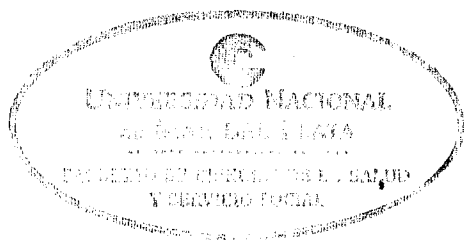
Por medio de la presente solicitamos se gestione la autorización para que la Alumna María Adelina Domínguez DNI 31.236.872 Matrícula T 7906/03 realice una encuesta entre los alumnos de cuarto quinto y sexto año de escuelas secundarias de Ayacucho, a fin de obtener la información requerida para la realización de su tesis de grado.

Esta investigación se enmarca en una investigación mayor, en la que participa el CONICET Universidad Nacional de Mar del Plata en el proyecto denominado Camino Seguro Para los Jóvenes, que se realiza en forma simultánea en Argentina, Sudáfrica y Vietnam.

Esta investigación evalúa el estado de situación en las comunidades seleccionadas de los riesgos asociados al tránsito por consumo de alcohol en los jóvenes. Una vez realizado el estudio, se informa a las autoridades municipales e institucionales los resultados obtenidos para ser utilizados por las mismas en programas de promoción y prevención.

Agradeciendo desde ya la gestión de la autorización correspondiente, saludamos a Ud. muy atentamente.

Prof. Jorge Ungaro
Director Grupo de Investigación Promoción de la Salud





Universidad Nacional de Mar del Plata
Facultad de Ciencias de la Salud y Servicio Social

Grupo de Investigación Promoción de la Salud

Mar del Plata, 31 de agosto de 2014

Sra. Inspectora de Educación Secundaria
Ing. Ángeles Macuso
S/D

Por medio de la presente solicitamos se gestione la autorización para que la Alumna María Adelina Domínguez DNI 31.236.872 Matrícula T 7906/03 realice la segunda etapa de la encuesta cuya primera parte fue obtenida en el 2012 entre los alumnos de cuarto quinto y sexto año de escuelas secundarias de Ayacucho, a fin de obtener la información requerida para la realización de su tesis de grado que realiza junto a la tesista Sabrina Iarussi, quien también participará en la recolección de los datos.

Esta investigación evalúa el estado de situación en las comunidades seleccionadas de los riesgos asociados al tránsito por consumo de alcohol en los jóvenes. Una vez realizado el estudio, se informa a las autoridades municipales e institucionales los resultados obtenidos para ser utilizados por las mismas en programas de promoción y prevención.

Agradeciendo desde ya la gestión de la autorización correspondiente, saludamos a Ud. muy atentamente.

Prof. Jorge Ungaro
Director Grupo de Investigación Promoción de la Salud



UNIVERSIDAD NACIONAL
DE MAR DEL PLATA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD Y SERVICIO SOCIAL DEPARTAMENTO DE TERAPIA OCUPACIONAL
D. FUNES 3350 – TEL/FAX: 0223- 4752442.

Título:

Tesista/s (alumno – profesional) Dominquez - Toranzo

Jurados Titulares: Dr. Leidos

..... Lic. Loyarte

..... Lic. Vega

Fecha de defensa: 9 / 3 / 16

Calificación: 10 (diez)