

COMENTARIO EDITORIAL

Adolescencia y prevención de accidentes de tráfico

Adolescence and road accident prevention

José Jiménez Villa

Unidad de Medicina de Familia y Comunitaria, División de Evaluación de Servicios, Sanitarios, Servei Català de la Salut, Barcelona, España

El artículo de C. Meneses et al¹ presenta los resultados de un estudio descriptivo de las situaciones de riesgo relacionadas con la seguridad vial en los adolescentes, realizado en el marco de un proyecto más amplio de análisis de los comportamientos de riesgo en la adolescencia². Los datos que aportan en este artículo son de gran interés, ya que permiten identificar algunos comportamientos de riesgo de los adolescentes relacionados tanto con la conducción de ciclomotores y motocicletas como con las situaciones de riesgo que presentan como pasajeros u otras relacionadas con el tráfico. Conductas como la no utilización del casco en la bicicleta o incluso en la moto al circular por carretera, circular a más velocidad de la permitida, retarse en la carretera o cruzar la calle por lugares inadecuados son habituales entre los adolescentes. Conocer estos aspectos es imprescindible para poder diseñar estrategias preventivas eficaces, lo que es especialmente importante en el caso de los adolescentes, ya que son los futuros conductores. Una adecuada educación vial y la consolidación de unas buenas prácticas viales son fundamentales para reducir la siniestralidad futura. De hecho, algunas de las recomendaciones sobre estilos de vida relacionadas con los accidentes de tráfico, elaboradas por el Programa de Actividades Preventivas y de Promoción de la Salud (PAPPS) (tabla 1)³, tienen como población diana los jóvenes y adolescentes. Por otro lado, los datos presentados en el artículo sugieren también algunas reflexiones más generales relacionadas, no solamente con la seguridad vial, sino también con la adolescencia como etapa en la que suelen iniciarse múltiples conductas de riesgo.

La adolescencia corresponde a la etapa de maduración y transición entre el niño y el adulto joven. Aunque no existe un acuerdo universal acerca de sus límites de edad, no puede dudarse de que se trata de una etapa evolutiva muy importante y sobre la que existe, en general, un gran desconocimiento y una falta de formación entre los profesionales sanitarios, de manera que con frecuencia presentan cierto malestar e inseguridad cuando se presenta un adolescente en la consulta. En la adolescencia se está experimentando la salida de la infancia y la entrada en la

vida adulta y empiezan a tomarse decisiones independientemente de los progenitores. En este proceso de auto-definición y autoafirmación, se desarrollan patrones de comportamiento diferentes de los de la infancia, con cierta tendencia a la trasgresión de las normas, poniendo a prueba los propios límites, y asumiendo determinados estilos de vida y hábitos de salud que conllevan algunos riesgos que, aunque poco problemáticos por sí mismos en ese momento, pueden llegar a convertirse en verdaderos problemas en el futuro, dadas sus repercusiones negativas sobre el bienestar y la salud.

En general, los adolescentes no están preocupados por su salud inmediata. Suelen disfrutar de buena salud, y, dado que la mayoría de consecuencias de los riesgos que asumen se presentarán en un futuro más o menos lejano, tienen otras preocupaciones y prioridades. Además, por otro lado, los profesionales sanitarios, desbordados por la presión asistencial, y a pesar de reconocer la especial importancia de la prevención en los jóvenes, no suelen priorizarla. No se trata solamente de realizar un seguimiento de los problemas iniciados en la infancia como el sobrepeso o el sedentarismo, sino también de ser conscientes de que en esta edad se inician conductas, como la sexualidad, la conducción de vehículos o el consumo de drogas, con importantes consecuencias futuras sobre su salud.

Faltan todavía estudios epidemiológicos que proporcionen datos fiables sobre la situación actual de los jóvenes y adolescentes que sirvan de punto de partida para la planificación de intervenciones eficaces. La mayoría de las investigaciones disponibles tienen algunas limitaciones relevantes, a menudo inherentes al propio diseño utilizado, ya que se basan en la información proporcionada por los propios adolescentes sobre sus hábitos mediante encuestas o entrevistas, resultando difícil saber si están sobrevalorando o infravalorando las situaciones y conductas de riesgo. Además, al tratarse habitualmente de estudios transversales, los datos se refieren a un momento concreto del tiempo, que es el que corresponde a la administración de la encuesta, y que no tienen en cuenta el dinamismo con que se suelen presentar estos comportamientos de riesgo, ya que

Tabla 1 Recomendaciones del PAPPS relacionadas con los accidentes de tráfico. Actualización 2009³

<p>Estimular el uso de transporte público</p> <p>Aconsejar la abstención absoluta de alcohol si se va a conducir</p> <p>Informar a los pacientes de las interacciones entre algunos medicamentos y la conducción</p> <p>Estimular el uso del cinturón de seguridad, el casco en motos y bicicletas, y las sillas para niños</p> <p>Desaconsejar el uso de teléfonos móviles manuales cuando se está conduciendo</p> <p>Promover el diseño adecuado de las vías públicas y de los vehículos a motor, tanto de dos como de cuatro ruedas</p> <p>Diseñar campañas de educación sobre el riesgo del alcohol en la conducción de vehículos a motor y del exceso de velocidad</p> <p>Diseñar campañas de educación específicas sobre el riesgo del cannabis y la cocaína en la conducción de vehículos a motor y del exceso de velocidad</p> <p>Analizar y reforzar actitudes, creencias y valores hacia una conducción más segura en jóvenes</p>

no son universales ni se producen de forma homogénea, sino que la mayoría suelen ser transitorios o minoritarios, siendo asumidos de forma persistente solamente por un grupo relativamente reducido de adolescentes.

Los datos disponibles sugieren que no son solamente las características individuales o de personalidad las que están detrás de la percepción y la asunción de las conductas de riesgo, sino que existen otras variables socioculturales implicadas y que contribuyen a explicar las diferencias observadas entre los diversos entornos en que se han realizado los estudios. Por ejemplo, Meneses et al¹, al comparar los resultados observados en su estudio entre los jóvenes andaluces y los madrileños, encuentran en los primeros mayores porcentajes de conductas de inseguridad vial, de haber estado implicados en un accidente, de retarse en la carretera, y de ir en moto a más velocidad de la permitida, habiendo bebido o usado drogas. Sugieren que esta mayor frecuencia de conductas de riesgo puede relacionarse con la mayor frecuencia de uso de vehículos en las zonas menos pobladas así como con una mayor disponibilidad de moto (19% en Andalucía y 12% en Madrid). En su análisis más amplio², en el que también se incluyó una muestra procedente del País Vasco, observaron que los adolescentes madrileños presentaron mayores porcentajes de conductas relacionadas con la violencia, mientras que los del País Vasco se relacionaban más con las conductas de consumo de drogas, especialmente de alcohol. Precisamente, la constatación de la existencia de diferencias relevantes entre diferentes entornos, no hace sino evidenciar la importante limitación que existe para la generalización de los resultados de los estudios a otros contextos diferentes de los estudiados. Dado que los comportamientos de riesgo deben enmarcarse en los significados y contextos sociales donde se construyen, aspectos no recogidos habitualmente en las encuestas, es importante complementar los datos disponibles con estudios que realicen un abordaje más cualitativo y permitan analizar aspectos como las percepciones, las motivaciones y el entorno social. De forma similar, la promoción de la salud en la adolescencia debería realizarse incidiendo en múltiples ámbitos, como los medios de comunicación, la familia, el sistema educativo y, cómo no, el propio sistema sanitario, sin olvidar la relevancia de hacer de los mismos adolescentes agentes de salud. Aunque diversos estudios han mostrado que el cumplimiento de las recomendaciones preventivas es menor en los grupos de edad más jóvenes, es importante aprovechar los contactos esporádicos de esta población con el sistema sanitario para la detección oportunista de problemas de salud y conductas de riesgo³.

Los comportamientos de riesgo de los adolescentes relacionados con la seguridad vial requieren especial atención en los programas preventivos, y más si se tienen en cuenta los riesgos añadidos asociados al consumo de alcohol y drogas⁴. De hecho, los accidentes de tráfico son una importante causa de morbimortalidad juvenil, siendo la primera causa de mortalidad entre los 18 y 24 años en nuestro país. Uno de cada cuatro muertos en accidente de tráfico registrado en España es menor de 25 años⁵. Además, en nuestro país, una gran parte de los accidentes tiene que ver con el consumo de alcohol, que ocasiona casi la mitad de los accidentes mortales que se producen y gran parte de las paraplejias que sufren los y las jóvenes⁴. También cabe señalar que no solo mueren los conductores de los vehículos, ya que uno de cada 3 muertos en accidente de tráfico en España va como acompañante.

Si bien la mayoría de los accidentes mortales se producen en carretera, en la gente joven hay más accidentes con heridos en entornos urbanos. Los accidentes, tanto en carretera como en ciudad, suelen tener lugar los fines de semana, desde la tarde del viernes a la madrugada del domingo. Existe, además, una relación entre el vehículo en el que se producen los accidentes y la edad: entre los 15 y 17 años la mayor parte se produce con bicicletas y sobre todo con ciclomotores; entre 18 y 20 años continúa habiendo tasas muy altas de siniestros en ciclomotores, aumentando las de motos y coches; y finalmente en las edades de 20 a 24 años, los accidentes se producen preferentemente en motos y turismos⁶.

Para la prevención y la disminución de los accidentes de tráfico en los jóvenes, resultan especialmente relevantes algunos aspectos de tipo psicológico y social, como las actitudes frente a la propia conducción y a la de los demás, las creencias, los valores ante la vida, la influencia del grupo de iguales, las habilidades sociales para hacer frente a la presión de dicho grupo, la intención de comportarse de manera segura ante el volante, las consecuencias positivas y negativas de mantener una conducción segura, etc. Los jóvenes, sobre todo los varones, no suelen considerar la posibilidad de tener un accidente y sobrevaloran sus habilidades como conductores, en un sentimiento de invulnerabilidad. Por esto es tan importante trabajar sobre su percepción del riesgo. Sin embargo, también es cierto que muchos jóvenes son conscientes del peligro que corren en los vehículos, e incluso un 70% llegan a considerarse «conductores de alto riesgo». Así, cuando se les pregunta sobre sus temores, entre los 16 y 20 años dicen temer preferentemente la muerte, entre 21 y 24 años las lesiones

medulares y, en su conjunto, las lesiones medulares, la muerte y la lesión cerebral, por este orden⁶.

Otro factor relevante a tener en cuenta es la movilidad que requiere la vida actual, así como el uso de medios de transporte y de comunicación cada vez más rápidos, características identificativas del estilo de vida actual de los países desarrollados. Sin embargo, a pesar del incremento de los factores de exposición en España en los últimos 30 años, fundamentalmente del parque de vehículos, las políticas regulatorias relacionadas con el tráfico y las medidas para hacerlas cumplir han tenido un impacto importante en términos de reducción de la mortalidad por accidentes. Según el informe de siniestralidad de 2009, son precisamente los conductores jóvenes de entre 15 y 34 años los que mayor descenso han presentado, en términos relativos, en el período 2003–2008: así, en 2009, el número de conductores de esta edad que se han visto implicados en accidentes mortales en carretera ha descendido un 62% en relación a 2003⁷. Villalbí y Pérez⁸, al analizar las víctimas mortales de los accidentes de tráfico en nuestro país, comentan que, pese a este incremento de los factores de exposición y a las dificultades para evaluar este tipo de políticas, los datos sugieren un impacto favorable de las regulaciones y las acciones para hacerlas cumplir sobre el casco para motoristas, los límites de velocidad y el control del consumo de alcohol, pero no tanto respecto de los cinturones de seguridad, y resaltan que la existencia de normas legales no es suficiente por sí misma, sino que es necesario además poner en marcha acciones dirigidas a hacerlas cumplir.

El respeto por las normas es el resultado de procesos muy complejos en los que confluyen varios factores, de los que uno de los fundamentales es la educación, especialmente en el ámbito de la seguridad vial y la conducción. Conducir no es un acto puramente individual, sino que también afecta a terceros, y quiénes conducen deben asumir la responsabilidad por las consecuencias que implica el manejo de un vehículo. Por esta razón es necesario educar, no solamente en las aptitudes y habilidades de conducción, sino también y sobre todo en las actitudes, de manera que la educación vial debe formar parte del programa escolar ya desde las edades más tempranas si se quiere obtener buenos resultados cuando los niños se transformen en conductores. Sin embargo, una revisión sistemática realizada por la Colaboración Cochrane concluye que la educación de conductores lleva a una obtención más temprana de la licencia para conducir, y que los estudios disponibles, aunque escasos y con importantes limitaciones para la generalización, no proporcionan pruebas de que esta educación reduzca la participación en accidentes, sino que sugieren que podría incluso llevar a un modesto incremento en la proporción de adolescentes implicados en accidentes de tráfico⁹.

Una reflexión final. Desde la perspectiva del sistema sanitario, la adolescencia es una etapa dividida, ya que hasta los 14 años la asistencia la realizan los equipos pediátricos, y a partir de los 15 la medicina general de adultos. Como consecuencia de ello, los diversos programas de seguimiento del niño sano que se llevan a cabo no suelen tener la continuidad necesaria a partir de los 14 años, precisamente en uno de los momentos más críticos del desarrollo, ya que es precisamente el tramo de edad entre los 14 y 16 años el más conflictivo, en el que se inician la

mayor parte de las conductas de riesgo y algunos problemas de salud, en que la personalidad aún no está suficientemente definida y en que son más vulnerables e influenciados para la adquisición de determinados hábitos. Resulta obvio, por tanto, que es necesario diseñar estrategias para hacer una transición programada desde las consultas de pediatría a las de medicina de familia en el seguimiento y atención en este grupo de edad, de manera que la realización de las actividades preventivas no pase a quedar en manos de la buena voluntad de los médicos de familia que quieran aprovechar para ello cualquier contacto ocasional de los adolescentes con el sistema sanitario, sino que se garantice su continuidad al menos durante este período de edad clave.

Puntos clave

La investigación de los comportamientos de riesgo en los adolescentes es imprescindible para diseñar estrategias preventivas eficaces.

En la adolescencia se desarrollan estilos de vida y hábitos de salud que pueden tener repercusiones negativas sobre el bienestar y la salud futuros.

Los comportamientos de riesgo deben enmarcarse en los significados y contextos sociales donde se construyen.

Para la prevención y la disminución de los accidentes de tráfico en los jóvenes, resultan especialmente relevantes los aspectos de tipo psicológico y social.

Es necesaria una transición programada desde las consultas de pediatría a las de medicina de familia en el seguimiento y atención de los adolescentes.

Bibliografía

1. Meneses C, Gil E, Romo N. Adolescentes, situaciones de riesgo y seguridad vial. Aten Primaria. 2010.
2. Meneses C, Romo N, Uroz J, Gil E, Markez I, Giménez S, et al. Adolescencia, consumo de drogas y comportamientos de riesgo: diferencias por sexo, etnicidad y áreas geográficas en España. Trastornos Adictivos. 2009;11:51–63.
3. Marqués Molías F, Cabezas Peña C, Camaralles Guillem R, Córdoba García R, Gómez Puente J, Muñoz Seco E, et al. PAPPS Actualización 2009. Disponible en: www.papps.org.
4. Del Río MC. Alcohol, jóvenes y accidentes de tráfico. Trastornos Adictivos. 2002;4:20–7.
5. Comas D, Aguinaga J, Orizo F, Espinosa A, Ochaita E. Jóvenes y estilos de vida: valores y riesgos en los jóvenes urbanos. Madrid: FAD/INJUVE, 2003. Disponible en: http://www.fad.es/sala_lectura/jovenes_estilos.pdf.
6. Martín Serrano M, Velarde Hermida O. Informe juventud en España 2000. Madrid: Instituto de la Juventud. Ministerio de Educación y Cultura; 2001.
7. Observatorio Nacional de Seguridad Vial. Dirección General de Tráfico. Informe anual de siniestralidad 2009. Madrid: Ministerio del Interior; 2010. Disponible en: http://www.dgt.es/was6/portal/contenidos/documentos/seguridad_vial/estudios_informes/informe_accidentalidad_2009.pdf.

8. Villalbí JR, Pérez C. Evaluación de políticas regulatorias: prevención de las lesiones por accidentes de tráfico. *Gac Sanit.* 2006;20(supl 1):79-87.
9. Roberts I, Kwan I, and the Cochrane Injuries Group Driver Education Reviewers. Educación escolar de conductores para la prevención de accidentes de tráfico (Revisión Cochrane traducida). En: *La Biblioteca Cochrane Plus*, 2008 Número 4. Oxford: Update Software Ltd. Disponible en: <http://www.update-software.com>. (Traducida de *The Cochrane Library*, 2008 Issue 3. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd.).

doi:10.1016/j.aprim.2010.06.002