

C. de las Cuevas Castresana¹
E. J. Sanz Álvarez²

Enfermedad mental y seguridad vial

Departamentos de ¹Psiquiatría y ²Farmacología
Facultad de Medicina
Universidad de La Laguna
Santa Cruz de Tenerife

Introducción. Los trastornos psiquiátricos, bien por su psicopatología o por los tratamientos farmacológicos que precisan, pueden producir cambios en la percepción, en el procesamiento e integración de la información y en la actividad psicomotora que pueden alterar y/o interferir con la capacidad para una conducción segura.

Método. El presente estudio valora la competencia para la conducción de vehículos de una muestra de pacientes psiquiátricos ambulatorios, con licencia de conducir y que conducen asiduamente, que cumplieron la batería psicotécnica computarizada homologada LNDETER 100 en diferentes situaciones clínicas.

Resultados. De los 120 pacientes estudiados, únicamente 24 superaron las cuatro pruebas requeridas para la concesión o renovación del permiso de conducción, mientras que el 80% fracasó en al menos una de las pruebas exigidas. Ninguno de los participantes en el estudio declaró su enfermedad o su tratamiento a las autoridades de tráfico, ni a los centros de reconocimiento existentes. Ningún paciente dejó de conducir, aunque un 10% de ellos consideró que su capacidad estaba en algún modo deteriorada.

Conclusiones. Los pacientes psiquiátricos con un funcionamiento psicomotor alterado deben ser una preocupación para los psiquiatras y médicos generales en precisión de su competencia para la conducción de vehículos. Se discuten las consideraciones clínicas, éticas y legales de los hallazgos del estudio.

Palabras clave:

Competencia para la conducción. Enfermedad mental. Psicofármacos. Toxicidad conductual.

Actas Esp Psiquiatr 2009;37(2):75-81

Correspondencia:

Carlos de las Cuevas Castresana
Departamento de Psiquiatría
Facultad de Medicina
Universidad de La Laguna
Campus de Ofra, s/n
San Cristóbal de La Laguna
38071 Santa Cruz de Tenerife
Correo electrónico: cdelascuevas@gmail.com

Mental illness and road safety

Introduction. Psychiatric disorders, either due to their psychopathology or the drug treatments required, may lead to changes in perception, information processing and integration, and psychomotor activity which may disturb and/or interfere with the ability to drive safely.

Method. This study assesses competence to drive in a sample of psychiatric outpatients, with a driver's license, who drove regularly. This ability was assessed with the accredited LNDETER 100 battery, an electronic assessment unit measurement, in different clinical situations.

Results. Only 24 of the 120 patients passed the four tests required to obtain or renew a driver's license, and 80% failed in at least one of the required tests. None of the patients studied had notified the traffic authorities or the examination centers that they had a psychiatric condition that could affect safe driving. No patient stopped driving, although 10% of them admitted that their ability to drive was somewhat deteriorated.

Conclusions. Psychiatric patients with altered psychomotor performance should be a concern for psychiatrists and general practitioners regarding their competence to drive vehicles. Clinical, ethical and legal aspects of our findings are discussed.

Key words:

Fitness to drive. Psychiatric disorders. Drug treatment. Behavior toxicity.

INTRODUCCIÓN

Conducir es una habilidad compleja que requiere un adecuado procesamiento de la información, una vigilancia o mantenimiento de la atención, concentración y buena memoria. Debe haber control sobre los impulsos y la asunción de riesgos debe ser prudente y sensata, con capacidad para anticipar las acciones de otros usuarios de la carretera¹. Se puede considerar, por tanto, que muchos trastornos psiquiátricos, bien por su psicopatología o por los tratamientos psicofarmacológicos que precisan, pueden conllevar riesgos en la seguridad vial². Sin embargo, hasta el momento pre-

sente existen escasas evidencias que confirmen que los pacientes psiquiátricos son conductores peligrosos.

Los accidentes de tráfico se han convertido en uno de los problemas de salud pública más graves de las sociedades occidentales³. Las causas de los accidentes de tráfico son multifactoriales y el grado en que un trastorno psiquiátrico o su tratamiento son responsables del mismo es muy difícil de establecer, entre otros factores porque no existe obligación de recoger datos o notificar a las autoridades de tráfico cuando una enfermedad médica o psiquiátrica se considera contributiva en un accidente, aunque en ocasiones se haga.

En España el Reglamento General de Conductores (RD 772/97)⁴ transpone la Directiva Comunitaria 91/439/CE, a su vez modificada por las Directivas 94/72/CE y 96/47/CE⁵, regula en su anexo IV las aptitudes psicofísicas requeridas para obtener o prorrogar el permiso de conducción. Los criterios de aptitud son diferentes en función de si el conductor aspira al grupo de permisos de conducir para conductores no profesionales o al grupo de conductores profesionales. Los criterios son más restrictivos para estos últimos debido a la mayor exposición al riesgo, la mayor repercusión en caso de accidente (mercancías peligrosas, transporte colectivo), etc. La unidad básica de este modelo son los centros de reconocimiento médico y psicotécnico, que tienen como objetivo la evaluación de las condiciones de aptitud psicofísica, para determinar la capacidad de los conductores y, según ello, establecer en caso necesario las restricciones, adaptaciones o limitaciones que permitan unas condiciones de conducción más seguras⁶.

La evaluación de las condiciones de aptitud psicofísica para la determinación de la capacidad de los conductores se lleva a cabo mediante la utilización de una de las tres baterías psicológicas informatizadas homologadas existentes: el DRIVER-TEST, LNDETER-100 y Coordinator-2000. En el examen psicotécnico se debe realizar una doble valoración, por una parte cuantitativa, a través de las pruebas normalizadas, y por otra parte cualitativa, donde se valora la actitud y el comportamiento del aspirante durante las pruebas.

La ley debe impedir que una persona que no cumple con los criterios de aptitud médicos posea un permiso de conducción. Sin embargo, la ley sobre la aptitud para la conducción de vehículos sigue siendo vaga en la mayoría de los países europeos. Es responsabilidad legal del titular de la licencia dejar de conducir y notificar a las autoridades si presenta algún tipo de padecimiento médico o psiquiátrico que pueda afectar a la conducción segura; no hacerlo y dar información falsa constituye un delito. Existen, además, implicaciones con el seguro obligatorio.

El presente estudio tiene por objetivo valorar el efecto de la enfermedad mental y de los tratamientos psicofarmacológicos utilizados en la práctica clínica sobre el funcionamiento cognitivo y las aptitudes psicomotrices que condicionan una conducción segura mediante el estudio de una muestra de pacientes psiquiátricos ambulatorios.

MÉTODO

Se valoró en diferentes situaciones clínicas el funcionamiento cognitivo y las aptitudes psicomotrices de 120 pacientes psiquiátricos ambulatorios consecutivos atendidos en una unidad de salud mental comunitaria en las Islas Canarias, que estaban en posesión del permiso de conducción de vehículos y conducían asiduamente.

La tabla 1 muestra la distribución de la muestra de pacientes en función de su edad, sexo, diagnóstico, impresión clínica global y tratamiento farmacológico prescrito. Los diagnósticos de los pacientes fueron realizados según los criterios del capítulo V de la CIE-10⁷ y agrupados según las categorías principales de dicha clasificación, que incluyeron: F1: trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas; F2: esquizofrenia, trastorno esquizotípico y otros trastornos delirantes; F3: trastornos del estado de ánimo (afectivos); F4: trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, y F6: trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto. La gravedad del cuadro clínico del paciente fue evaluada utilizando el Índice de Gravedad de la escala de Impresión Clínica Global⁸ que considera los grados normal, no enfermo; dudosamente enfermo, levemente enfermo, moderadamente enfermo, marcadamente enfermo, gravemente enfermo y extremadamente enfermo. Con el objetivo de facilitar la evaluación, los fármacos consumidos fueron categorizados en los grupos de psicofármacos habituales: antidepresivos (diferenciando tricíclicos, inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina [ISRS] e inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina [ISRSN]), benzodiazepinas, antipsicóticos (diferenciando los convencionales de los atípicos), anticonvulsivos y antiparkinsonianos.

El funcionamiento cognitivo y las aptitudes psicomotrices fueron evaluados utilizando la batería psicotécnica LNDETER 100⁹, homologada por la Comisión de Normalización de pruebas de la Dirección General de Tráfico de acuerdo con la Directiva 91/439/EEC de la Unión Europea. Esta batería computarizada de tests valora las aptitudes psicofísicas que deben poseer los conductores de vehículos en función de la normativa vigente.

La batería psicotécnica LND-100 está compuesta por los elementos que se detallan a continuación.

Unidad de presentación de estímulos

Formada por un monitor de vídeo de alta resolución (para la presentación de estímulos visuales) y por un altavoz (para los estímulos auditivos).

Unidad central de respuestas

Formada por tres pulsadores, dos pedales y dos palancas. Contiene los elementos electrónicos de medida y la microprogramación de los diferentes test en ROM.

Tabla 1 Características sociodemográficas y clínicas de la muestra estudiada

Variable	Categoría	Número de casos	Porcentaje de la muestra
Edad	< 25 años	7	5,8
Edad media: 42,5 ± 11,4 años	25-45 años	65	54,2
Rango: 19-66 años	45-65 años	47	39,2
	> 65 años	1	0,8
Sexo	Hombre	58	48,3
	Mujer	62	51,7
Diagnóstico CIE-10*	F1	14	11,7
	F2	15	12,5
	F3	54	45
	F4	35	29,2
	F6	2	1,7
Impresión Clínica Global-Gravedad	Normal o límite	63	52,5
	Levemente enfermo	43	35,8
	Moderadamente enfermo	13	10,8
	Marcadamente enfermo	1	0,8
Psicofármacos	Ninguno, sólo psicoterapia	23	19,2
Media 1,5 ± 1,1 fármacos	Un fármaco	40	33,3
Rango: 0-5 fármacos	Dos fármacos	44	36,7
Polimedicación: 52,3%	Cuatro fármacos o más	4	3,3
Tratamiento	Antidepresivos		
	Tricíclicos	5	4,2
	ISRS	25	20,8
	ISRNS	36	30
	Benzodiazepinas	58	48,3
	Antipsicóticos		
	Convencionales	9	7,5
	Atípicos	15	12,5
	Anticonvulsivos	11	9,2
	Anticolinérgicos	4	3,3
Permiso de conducción	A	2	1,7
	B	107	89,2
	C	5	4,2
	D	3	2,5
	E	3	2,5

*Diagnóstico CIE-10: F1: trastornos mentales y del comportamiento debidos al consumo de sustancias psicótropas; F2: esquizofrenia, trastorno esquizotípico y otros trastornos delirantes; F3: trastornos del humor (afectivos); F4: trastornos neuróticos, secundarios a situaciones estresantes y somatomorfos, y F6: trastornos de la personalidad y del comportamiento del adulto; ISRS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina; ISRNS: inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina.

Mando de control del equipo

Permite al psicólogo controlar la aparición de estímulos y el desarrollo de las diferentes fases de los tests.

Todas las pruebas incluidas en la batería son explicadas verbalmente al examinado de forma previa a una fase de ensayo que antecede a la realización del test.

Los tests psicotécnicos incluidos en la batería LNDETER 100 son los siguientes:

Test de atención concentrada y resistencia a la monotonía

Evalúa la capacidad motora de un sujeto ante la emisión de una serie de estímulos visuales (colores y figuras) y sonidos representados en una serie monótona.

Test de reacciones múltiples discriminativas

Evalúa las posibles alteraciones en la capacidad de discriminación o en tiempo de respuesta. El sujeto debe realizar

una respuesta motora ante una serie de estímulos visuales (colores y figuras) y sonido.

Test de velocidad de anticipación

Evalúa la impulsividad a través de una respuesta motora, estimación de relaciones espaciotemporales.

Test de coordinación bimanual

Evalúa la capacidad de un sujeto para coordinar y disociar los movimientos de cada mano con un ritmo de imposición impuesto y no modificable por el sujeto. Se exige del sujeto una respuesta visuomotriz de tipo bimanual ante dos estímulos móviles que simulan desplazarse a lo largo de sendas pistas, a ritmo impuesto, con una velocidad fija y constante a lo largo de la prueba. Al tratarse de una respuesta bimanual se presentan dos pistas asimétricas con su trazado, cada una con un punto móvil a controlar y conducir por el sujeto.

Test de toma de decisiones

Evalúa la tendencia a la transgresión de normas (riesgo). La aceptación o asunción de riesgo se controla por la opción, prevista en la prueba, de no contestar aquellos ítems que no se atreva; la situación de confrontación beneficio-riesgo se controla por las instrucciones y los objetivos de la propia tarea que el sujeto tiene obligatoriamente que realizar. Los ítems o situaciones que componen la prueba han sido cuidadosamente diseñados respondiendo a un orden de dificultad gradual, de forma que su aceptación a responder implique un nivel determinado de riesgo.

De acuerdo con la normativa vigente es necesario superar los cuatro primeros tests para la concesión o renovación del permiso de conducción de vehículos. La superación del quinto test descrito es una exigencia para la obtención de la licencia de armas, tanto deportivas como de seguridad privada. Este último test ha sido incluido en el estudio al considerarse que sus resultados suministran información relevante que complementa los resultados del test exigidos. Sin embargo, los resultados de este test no serán tomados en consideración cuando se analice la aptitud y competencia para la conducción.

Análisis de los datos

Las variables continuas se presentan como media, desviación estándar y rango; las variables categóricas, en función del tamaño de la muestra y los correspondientes porcentajes. Se realizaron un análisis univariado utilizando la prueba de la *t* de Student para las variables continuas (o la prueba de la *U* de Mann-Whitney, según proceda) y estadísticas de χ^2

para las variables categóricas (o la prueba exacta de Fisher, en su caso). También realizamos análisis multivariante usando un modelo de regresión para predecir la aptitud y competencia de conducir en función de las variables continuas y/o categóricas independientes consideradas que incluyeron: el sexo, la edad (como variable continua), los psicofármacos utilizados (ISRS, ISRSN, antidepresivos tricíclicos, benzodiazepinas, antipsicóticos convencionales, antipsicóticos atípicos, anticonvulsivantes y anticolinérgicos), el diagnóstico (considerando la categoría principal de la CIE-10) y la gravedad de la enfermedad (según la Impresión Clínica Global de Gravedad).

RESULTADOS

La puntuación directa de una persona en un test no es directamente interpretable si no la referimos a los contenidos incluidos en el test o al rendimiento de las restantes personas que comparten el grupo normativo. De una u otra forma, los baremos consisten en asignar a cada posible puntuación directa un valor numérico (en una determinada escala) que informa sobre la posición que ocupa la puntuación directa (y por tanto la persona que la obtiene) en relación con las que obtienen las personas que integran el grupo normativo donde se bareman las pruebas.

Los estatinos son una puntuación típica normalizada que forma una escala de nueve unidades, con media 5 y desviación típica 2. Una persona que obtenga el estanino 8 en un test de aptitud indicará que se encuentra 1,5 desviaciones típicas por encima de la media del grupo normativo. Normalmente, una persona se dice que obtiene una puntuación cerca de la media si su estanino es un 4, 5 o 6. Los estatinos de 7 u 8 son generalmente interpretados como una indicación de rendimiento «por encima de la media», mientras que un estanino de 9 se considera como un rendimiento excepcional. Los estatinos de 1 o 2 se interpretan como rendimientos «considerablemente inferiores a la media y muy pobres».

La tabla 2 muestra los resultados obtenidos por los pacientes de la muestra en las diferentes pruebas utilizadas para valorar la competencia para conducir vehículos a motor en función de la presente normativa. De acuerdo con la legislación española y la directiva europea, la obtención de puntuaciones en los estatinos 1 o 2 en alguna de las pruebas requeridas implica la no superación de la prueba y por tanto la no concesión o renovación del permiso de conducción de vehículos a motor.

De los 120 pacientes estudiados, únicamente 24 superaron las cuatro pruebas requeridas para la concesión o renovación del permiso de conducción, mientras que el 80% fracasó en al menos una de las pruebas exigidas. Ninguno de los participantes en el estudio declaró su enfermedad o su tratamiento a las autoridades de tráfico ni a los centros de reconocimiento existentes. Ningún paciente dejó de condu-

Tabla 2		
Resultados de los diferentes tests realizados y competencia para la conducción. Resultados del análisis de regresión logística		
Pruebas	Porcentaje de pacientes en estanino 1 o 2	Variables en la ecuación
Atención concentrada y resistencia a la monotonía	60	
Tiempo medio de respuesta	55,8	Edad*, ICG-Gravedad**
Número de errores	22,5	Edad**, ICG-Gravedad*
Reacciones múltiples discriminativas	45,8	
Tiempo medio de respuesta	40	Edad**, ICG-Gravedad**
Número de errores	25	Edad**, ICG-Gravedad**
Velocidad de anticipación	15	
Coordinación bimanual	40	
Número de errores	14,2	Edad**
Tiempo en error	25,8	Sexo*, edad**
Toma de decisiones	56,7	
Asunción de riesgos	21,7	
Tiempo medio de reacción	44,2	
Aptitud global	80	

*Significatividad: $p < 0,01$. **Significatividad: $p < 0,001$. Los estatinos 1 o 2 significan que los resultados de la prueba son muy pobres, considerablemente inferiores a la media, y de acuerdo con la normativa actual implican la no concesión o renovación del permiso de conducción de vehículos.

cir, aunque un 10% de ellos consideró que su capacidad estaba en algún modo deteriorada.

La mayoría de los pacientes de la muestra no superó la prueba de atención concentrada y resistencia a la monotonía ya que únicamente el 40% de ellos registró puntuaciones que cumplieran con las exigencias de la normativa vigente. El tiempo medio de respuesta fue la variable responsable del mayor número de fallos. El análisis de regresión logística puso de manifiesto que la edad y la gravedad clínica del paciente condicionaban de manera significativa el rendimiento en la prueba, de forma que a mayor edad o mayor gravedad peor era el rendimiento.

Casi la mitad de los pacientes (46%) no superó el test de reacciones múltiples discriminativas, demostrando una inadecuada discriminación de los estímulos visuales (colores y

figuras) y de sonido y una incorrecta asignación de las respuestas motoras a los estímulos presentados. De nuevo el tiempo medio de respuesta fue la variable responsable del mayor número de fallos. Al igual que en el test anterior, edad y la gravedad clínica del paciente condicionaron de manera significativa el rendimiento en la prueba, de forma que a mayor edad o mayor gravedad peor era el rendimiento.

El test de velocidad de anticipación fue fallado únicamente por el 15% de los pacientes, demostrando la mayor parte de los sujetos de la muestra una adecuada capacidad para juzgar la distancia y la velocidad, así como una adecuada impulsividad. Ninguna variable de las estudiadas resultó predictiva de los resultados obtenidos.

Un 40% de los pacientes no superó la prueba de coordinación bimanual, poniendo de manifiesto una inadecuada capacidad para coordinar y disociar los movimientos de cada mano con un ritmo de imposición impuesto y no modificable por el sujeto. Aunque el número de errores cometidos por los pacientes estudiados no fue alto, el tiempo que invirtieron en los errores fue el responsable de la mayoría de los fallos. En esta prueba, a mayor edad, mayor número de errores y tiempo en error. Las mujeres registraron resultados significativamente peores que los hombres.

Finalmente, aunque el test de toma de decisiones no forma parte de las exigencias actuales de la normativa, la mayor parte de los pacientes (56,7%) no superaron esta prueba, siendo el tiempo medio de reacción el responsable de la mayoría de los fallos. Un 22% de los pacientes mostró una inadecuada tendencia a la transgresión de normas.

Diez de los pacientes integrantes de la muestra eran conductores profesionales y registraron resultados similares a los correspondientes a los conductores no profesionales, ya que únicamente dos de ellos superaron todas las pruebas exigidas.

DISCUSIÓN

La conducción de vehículos a motor es un derecho que tienen todas las personas, ya que les proporciona autonomía e independencia para desplazarse. También existe el derecho a circular con seguridad por las vías públicas, por lo que se tiene que perseguir un equilibrio para garantizar la seguridad del conductor con un trastorno psiquiátrico y la de los demás usuarios de las vías públicas.

La normativa actual vigente relativa a la competencia para la conducción de vehículos de los pacientes afectados de trastornos mentales¹⁰ considera que no deben existir trastornos del estado de ánimo que conlleven alta probabilidad de riesgo para la propia vida o para la de los demás. También asevera que como norma general no podrán obtener o prorrogar el permiso de conducción las personas que padezcan trastornos mentales que supongan riesgo para la segu-

ridad vial, esquizofrenia u otros trastornos psicóticos, trastornos disociativos, del control de los impulsos, trastornos de la personalidad, trastorno por déficit de atención y comportamiento perturbador. De forma excepcional y con el informe favorable de un psiquiatra o un psicólogo se podrá obtener o renovar un permiso del grupo 1 (no profesional) y en algunas enfermedades también del grupo 2 (profesional). En todos los casos se reducirá el periodo de vigencia a criterio facultativo. Con respecto al consumo de alcohol, no se admite el abuso ni la dependencia de alcohol ni la existencia de trastornos inducidos por el alcohol (abstinencia, demencia, trastornos psicóticos, etc.). Además en los casos en que existan antecedentes de haber presentado alguna de las anteriores situaciones con un informe favorable se podrá obtener o prorrogar el permiso de conducción con reducción del periodo de vigencia a criterio facultativo. Además, el Código Penal tipifica como delito la conducción bajo los efectos del alcohol.

Nuestro estudio encontró que la gran mayoría de los pacientes psiquiátricos ambulatorios asistidos en un centro de salud mental comunitario con permiso de conducir presenta un rendimiento en las pruebas psicotécnicas exigidas por la normativa vigente incompatible con la posesión de un permiso de conducción y, sin embargo, siguen conduciendo. El dato más preocupante es que 10 de los pacientes eran conductores profesionales (y sólo dos de ellos pasaron las pruebas).

A la luz de los resultados obtenidos en nuestro estudio surge la cuestión sobre si el procedimiento empleado para la valoración de la capacidad de conducción es válido y fiable, a pesar de estar homologado y ser probablemente el más empleado en los centros de reconocimiento de conductores. En la actualidad no disponemos de una medida única que pueda predecir mejor la capacidad de conducción. Los tests neuropsicológicos, los simuladores o las pruebas en la carretera se utilizan para evaluar la función cognitiva y la capacidad de conducción. No obstante, cuando se utilizan para predecir la capacidad de conducción existe una pobre correlación entre las pruebas de conducción realizadas en la carretera o fuera de ella y los tests neuropsicológicos^{11,12}. La variabilidad de los resultados entre estos estudios se explica por diferentes diseños experimentales, la variable de objeto de interés, el tamaño de la muestra, la heterogeneidad de los grupos de estudio, el grado de deterioro funcional premórbido y el tipo de prueba predictiva (dentro o fuera de la carretera, simuladores, o las pruebas neuropsicológicas).

Como vemos hay diferencias metodológicas en el tipo de pruebas utilizadas para la evaluación de la capacidad de conducir. Surge la cuestión: ¿es imprescindible analizar la capacidad de conducción del individuo en el medio natural utilizando las pruebas de carretera, como el test de conducción de 100 km, o la capacidad de conducción puede establecerse de forma precisa mediante inferencias de pruebas de habilidades psicomotrices relacionadas con la conducción como las pruebas empleadas en nuestro estudio? Y si la

capacidad real de conducción se prueba en la carretera, ¿cuáles son las variables críticas a estudiar? Estas preguntas permanecen sin respuesta en la actualidad¹³.

Otro dato que resulta preocupante de nuestro estudio es el hecho de que ninguno de los pacientes atendidos en la unidad de salud mental comunitaria declaró su enfermedad o su tratamiento a las autoridades de tráfico ni acudió a los centros de reconocimiento existentes solicitando información o la valoración de su aptitud. Incluso ninguno de los que reconoció sentir afectada su capacidad de conducción realizó declaración alguna al respecto o dejó de conducir. De acuerdo con la literatura, solamente el 6,6% de los conductores con procesos patológicos considera que su aptitud para conducir está deteriorada, y de éstos, sólo el 3,1% ha dejado de hacerlo¹⁰.

No está claro qué profesional debe asesorar al paciente sobre la necesidad de dejar de conducir. Algunos médicos consideran que no es conveniente discutir con los pacientes en relación a su competencia para la conducción, ya que podría interferir con la relación terapéutica y/o con el cumplimiento adecuado del tratamiento. Sin embargo, muchos profesionales están preocupados sobre las posibles consecuencias legales de dar un asesoramiento incorrecto o inadecuado acerca de la conducción¹⁴. Autores como Niveau y Kelley-Puskas¹⁵ consideran que la violación de la confidencialidad por parte del médico al informar a las autoridades de aquellos pacientes que se encuentran en una situación de riesgo es éticamente cuestionable mientras la evaluación de la capacidad de conducción no se apoye en bases objetivas.

Hollister¹⁶ considera que los psiquiatras sienten una escasa responsabilidad para determinar la competencia para conducir de sus pacientes y que de momento es prudente pecar de conservadurismo mientras la conducción de un vehículo sea considerada por la mayor parte de la gente como un derecho que sólo debe ser derogado bajo las circunstancias más estrictas. Por otra parte, la conducción de un vehículo de motor puede ser fundamental para la autonomía funcional de los pacientes con enfermedades psiquiátricas y se hace necesario saber más acerca de las consecuencias de no poder conducir para cada paciente en particular antes de tomar una decisión. ¿Necesita realmente conducir? ¿Dispone de alguien que le pueda llevar?

Para el paciente el permiso de conducir podría significar la independencia, la capacidad para cuidar de sí mismo y la libertad de viajar cuando lo desee. Sin embargo, para el público en general son las cuestiones de seguridad y evaluación de riesgos las más importantes a considerar.

Una encuesta llevada a cabo entre psiquiatras de Canadá¹⁷ llegó a la conclusión de que existe una clara necesidad de educación y de directrices para ayudar a los psiquiatras en la toma de decisiones sobre la competencia de los pacientes para la conducción de vehículos. Las respuestas de

los psiquiatras demostraron una amplia gama de actitudes, prácticas y conocimientos, representativa de la gran distancia existente entre lo que se espera de los psiquiatras y su disposición y percepción de su capacidad para tomar decisiones clínicas relacionadas con la seguridad de conducción.

En la actualidad, y teniendo en cuenta el diseño de nuestro estudio, no se puede discriminar si son los fármacos, o qué tipo de fármacos, o es la enfermedad mental y qué tipo de enfermedad los responsables de la falta de competencia de los pacientes para conducir. Sin embargo, en el próximo futuro dispondremos de esta información ya que los pacientes de la muestra aún están haciendo pruebas en diferentes situaciones clínicas que incluyen: cambios en sus tratamientos farmacológicos (aumento de dosis, disminución de dosis, suspensión, etc.) y los cambios en su estado clínico (empeoramiento, mejoría, etc.).

De momento, y con la información disponible, los pacientes psiquiátricos con un funcionamiento psicomotor alterado deben ser una preocupación para psiquiatras y médicos generales. La decisión acerca de a quién y cuándo debe prohibirse la conducción es un asunto difícil de juzgar porque todavía se sabe muy poco no sólo en general acerca de los riesgos reales, sino también en particular sobre las limitaciones individuales.

AGRADECIMIENTOS

El presente estudio no hubiera sido posible sin la generosa y desinteresada cesión que la empresa LNDETER, S.A. nos hizo de una de sus baterías computarizadas de tests psicotécnicos LNDETER 100.

BIBLIOGRAFÍA

- Harris M. Psychiatric conditions with relevance to fitness to drive. *Adv Psychiatr Treat* 2000;6:261-9.
- Metzner JL, Dentino AN, Godard SL. Impairment in driving and psychiatric illness. *J Neuropsychiatr Clin Neurosci* 1993;5: 211-20.
- Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre prevención de los traumatismos causados por el tránsito. OMS, 2004.
- Boletín Oficial del Estado. Real Decreto 772/97 por el que se desarrolla el Reglamento General de Conductores. BOE núm 135, 6/6/1997.
- Diario Oficial de las Comunidades Europeas. Directiva 91/439/CE relativa al permiso de conducir, 29/6/1991.
- Montoro L, Mirabet E. El modelo español de reconocimiento médico y psicotécnico en el contexto de la 2.^a directiva (91/439/CEE). Resultados al ser aplicado sobre un grupo específico de conductores (45 a 70 años). *Rev Esp Salud Pública* 2003; 77:151-60.
- World Health Organization. The ICD-10 Classification of Mental and Behavioural Disorders. Clinical Descriptions and Diagnostic Guidelines World Health Organization. Geneva, 1992.
- National Institute of Mental Health. CGI: Clinical Global Impressions. En: Guy W, Bonato RR, editores. Manual for the ECDEU Assessment Battery. 2.^a ed. Rev. Chevy Chase: National Institute of Mental Health 1970:12-1-12-6.
- Gombao Ferrándiz JC, Muñoz Menéndez A, Monterde i Bort H. El reconocimiento psicológico oficial para la licencia de armas y carnet de conducir con el Equipo LND. LNDETER, S.A. Madrid, 1999.
- Ozcoidi Val M, Valdés Rodríguez E, Simón González ML, González Luque JC. Patología médica y conducción de vehículos. Dirección General de Tráfico. Madrid: STM Editores, 2002.
- Galski T, Ehle HT, Bruno RL. An assessment of measures to predict the outcome of driving evaluations in patients with cerebral damage. *Am J Occup Ther* 1990;44:709-13.
- Korteling JE, Kaptein NA. Neuropsychological driving fitness tests for brain-damaged subjects. *Arch Phys Med Rehabil* 1996; 77:138-46.
- Austrroads. Assessing fitness to drive, 2001. Guidelines and standards for health professionals in Australia, 2.^a ed. Austrroads Publication No. AP-G56/01.
- Morgan J, Da Roza J, Croos R. Using DVLA guidelines. *Psychiatr Bull* 2004;28: 23.
- Niveau G, Kelley-Puskas M. Psychiatric disorders and fitness to drive. *J Med Ethics* 2001;27:36-9.
- Hollister LE. Automobile driving by psychiatric patients. *Am J Psychiatry* 1992;149:274.
- Ménard I, Korner-Bitensky N, Dobbs B, Casacalenda N, Beck PR, Dippsych CM, et al. Canadian psychiatrists' current attitudes, practices, and knowledge regarding fitness to drive in individuals with mental illness: a cross-Canada survey. *Can J Psychiatry* 2006;51:836-46.