

SALUD VIAL.

Diagnóstico de los conductores españoles

14



C u a d e r n o s

d e R e f l e x i ó n

Attitudes

SALUD VIAL.

Diagnóstico de los
conductores españoles

Francisco Alonso
Jaime Sanmartín
Cristina Esteban
Constanza Calatayud
Beatriz Alamar
Elena López

Con la colaboración de INTRAS. Universitat de València

© 2008 Attitudes

Colección: Cuadernos de Reflexión Attitudes

© 2008 los autores: Francisco Alonso, Jaime Sanmartín,
Cristina Esteban, Constanza Calatayud, Beatriz Alamar,
Elena López

Edita: Attitudes

Con la colaboración del Instituto Universitario de
Tráfico y Seguridad Vial (INTRAS). Universitat de València.

1ª edición: octubre 2008

ISBN: 978-84-96323-31-5

Depósito Legal: B.

Impreso en papel reciclado

No se permite la reproducción total o parcial de
este libro, ni su transmisión por cualquier forma
o medio, sin el permiso previo del editor.

Attitudes es un compromiso de Audi con la
protección del medio ambiente y la promoción
de la educación vial.

ÍNDICE

[1]	Introducción	9
[1.1	Una reflexión para un nuevo viaje	11
[1.2	El séptimo paso en un largo camino	18
[1.3	Dar el paso de realizar un estudio poblacional: objetivos	30
[2]	La investigación	35
[2.1	Muestra utilizada	36
[2.2	Distribución de la muestra	38
[2.3	Características específicas de la muestra	41
2.3.1	Características de la conducción habitual	41
2.3.2	Historial de accidentes y sanciones	43
2.3.3	Riesgo asumido	43
[2.4	Descripción del cuestionario	44
2.4.1	Perfil del conductor entrevistado	45
2.4.2	Incidencia subjetiva del estado de salud en la conducción	48
2.4.3	Estado psicológico del conductor	49
2.4.4	Medicación y conducción	53
2.4.5	Opiniones relativas al sistema existente y nuevas propuestas	54
[2.5	Aplicaciones y formato del cuestionario	55
[3]	Metodología de análisis	59
[3.1	Descripción estadística	60
[3.2	Representación gráfica	62
[4]	Resultados	65
[4.1	Alteraciones psicofísicas y conducción	66
4.1.1	Incidencia y tipos de alteraciones que afectan a los conductores españoles	66
4.1.1.1	Alteraciones y conducción	66
4.1.1.2	Tipos de alteraciones	66
4.1.1.3	Alteraciones concretas	66
4.1.2	Comportamiento ante la incidencia de alteraciones psicofísicas	67
4.1.2.1	Consistencia percepción subjetiva de encontrarse mal y conducción	67

4.1.2.2	Consistencia condición real de incapacidad y conducción	69
4.1.3	Percepción de los conductores españoles de la influencia de alteraciones y enfermedades sobre la conducción	70
4.1.3.1	Percepción de afección en alteraciones sufridas	70
4.1.3.2	Percepción de afección de diversos estados	70
4.1.4	Alteraciones psicofísicas en función de algunas variables	72
4.1.4.1	Alteraciones y conducción	72
4.1.4.2	Tipos de alteraciones	73
	a) Diferencias entre grupos	73
	b) Relación con otras variables	74
4.1.4.3	Consistencia percepción subjetiva de encontrarse mal y conducción	74
	a) Diferencias entre grupos	74
	b) Relación con otras variables	75
4.1.4.4	Consistencia condición real de incapacidad y conducción	76
	a) Diferencias entre grupos	76
	b) Relación con otras variables	77
4.1.4.5	Percepción de afección en alteraciones sufridas	78
	a) Diferencias entre grupos	78
	b) Relación con otras variables	78
4.1.4.6	Percepción de afección de diversos estados	79
	a) Diferencias entre grupos	79
	b) Relación con otras variables	84
4.2	Alteraciones psicológicas y conducción	84
4.2.1	Incidencia de diferentes alteraciones psicológicas sobre los conductores españoles	84
4.2.1.1	Incidencia de la depresión	84
4.2.1.2	Incidencia de la ansiedad	86
4.2.1.3	Incidencia del estrés	87
4.2.1.4	Incidencia del estrés laboral	88
4.2.1.5	Incidencia de la fatiga	89
4.2.2	Alteraciones psicológicas y conducción en función de algunas variables	90

4.2.2.1	Depresión	90
	a) Diferencias entre grupos	90
	b) Relación con otras variables	92
4.2.2.2	Ansiedad	93
	a) Diferencias entre grupos	93
	b) Relación con otras variables	94
4.2.2.3	Estrés	96
	a) Diferencias entre grupos	96
	b) Relación con otras variables	97
4.2.2.4	Desgaste profesional	98
	a) Diferencias entre grupos	98
	b) Relación con otras variables	99
4.2.2.5	Fatiga	101
	a) Diferencias entre grupos	101
	b) Relación con otras variables	102
4.2.2.6	Relación entre los distintos trastornos	103
4.3	Medicación y conducción	108
4.3.1	Incidencia y tipos de fármacos que afectan a los conductores españoles	108
4.3.1.1	Tratamiento farmacológico de las alteraciones psicológicas	108
	a) Relación entre los distintos tratamientos	109
4.3.1.2	Tipos de fármacos	110
4.3.1.3	Fármacos y prescripción médica	112
4.3.2	Percepción de los conductores españoles de la influencia de los fármacos sobre la conducción	113
4.3.3	Fármacos y conducción en función de algunas variables	114
4.3.3.1	Tratamiento farmacológico de las alteraciones psicológicas	114
	a) Diferencias entre grupos	114
	b) Medicación e incidencia de alteraciones psicológicas	117
	c) Relación con otras variables	122
4.4	Conocimientos y opiniones sobre salud y conducción	124
4.4.1	Conocimientos	124
4.4.1.1	Información sobre incompatibilidad/afectación de baja laboral y conducción	124
4.4.1.2	Canales de información	125

4.4.1.3	Consideración sobre el grado de información	126
4.4.2	Opiniones relativas al sistema existente y nuevas propuestas	126
4.4.2.1	Fiabilidad/exhaustividad del sistema de reconocimiento de conductores	126
4.4.2.2	Grado de acuerdo con una propuesta más integral	128
4.4.3	Conocimiento y opinión en función de algunas variables	128
4.4.3.1	Información sobre incompatibilidad/afectación de baja laboral y conducción	128
	a) Diferencias entre grupos	128
	b) Relación con otras variables	129
4.4.3.2	Consideración sobre el grado de información	130
	a) Diferencias entre grupos	130
	b) Relación con otras variables	131
4.4.3.3	Fiabilidad/exhaustividad del sistema de reconocimiento de conductores	133
	a) Diferencias entre grupos	133
	b) Relación con otras variables	136
4.4.3.4	Grado de acuerdo con una propuesta más integral	140
	a) Diferencias entre grupos	140
	b) Relación con otras variables	141
[5]	Conclusiones y propuestas	145
[6]	Anexos	193
	1. Cuestionario utilizado para la entrevista telefónica	194
	2. Índice de tablas	200
	3. Índice de gráficas	200
[7]	Bibliografía	205

1. INTRODUCCIÓN

1.1 Una reflexión para un nuevo viaje

Estamos firmemente convencidos que este año realizar la introducción de estos libros será una tarea difícil. Y hablamos de dificultad, más allá de las razones propias provenientes de enfrentarse al papel en blanco, que más bien es un motivo de satisfacción, ya que al fin y al cabo esta tarea produce una de las "angustias" más reconfortantes que puedan existir.

En realidad la razón de la dificultad proviene del tema del que tenemos que hablar y que no es otro que el de la "salud". Y, sinceramente, hablar sobre salud nos provoca muchos sentimientos. Sentimientos provenientes de "experiencias" (utilizamos el plural por precisión), que este grupo ha "padecido" en los últimos años.

"La libertad y la salud se asemejan: su verdadero valor se conoce cuando nos faltan"

Henri Becque.

Es un hecho, que si atendemos a la salud desde el plano de lo físico, últimamente, los autores de este estudio dividen su tiempo entre la estancia en lugares habituales, como los domicilios y espacios laborales, con las estancias en hospitales, ya sea por causas de propios o cercanos. En efecto, "hemos padecido" (y en algún caso "seguimos padeciendo") infartos, cáncer de próstata, glioblastoma multiforme, apnea del sueño, alteraciones hormonales junto con adenoma hipofisario, hipotiroidismo subclínico, trombosis, diabetes, hipertensión, glaucoma, osteoporosis, arritmia cardíaca, aneurisma abdominal, pancreatitis, y otras patologías, ciertamente sentidas pero con diagnóstico incierto.

Con este panorama, hemos preferido ahorrarles la descripción de los múltiples cuadros menores también padecidos como resfriados, contracturas musculares, lumbalgias y otro tipo de "crisis" más pasajeras. No en vano, alguien en algún momento sugirió la

posibilidad de tener permanentemente alquilada una planta entera de hospital, y otro tipo de estrategias, que permitieran hacer más llevaderas las circunstancias.

Y no es menos cierto el hecho de que si atendemos a la salud desde el plano de lo mental, el panorama representado no ha sido mejor. Así nos hemos enfrentado a cuadros de crisis de ansiedad, estrés, depresiones y fatigas, derivadas de la presión y carga laboral, crisis sentimentales, divorcios y otros eventos que preferimos no recordar.

La verdad es que hay una gran parte de la población que padece problemas psicológicos como una depresión, la ansiedad o el estrés. La aparición de estos problemas está facilitada y propiciada por hechos como la dureza de este mundo, tantas veces reflejada en las introducciones de los libros:

“El azul del mar inunda mis ojos.

El aroma de las flores me envuelve.

Contra las rocas se estrellan mis enojos.

Y así toda esperanza me devuelve”.

Golpes bajos, Malos tiempos para la lírica

Y aunque existen muchas formas de respuesta ante ellos hay dos que destacan:

El olvido,

“Al olvido,

todo lo que he aprendido,

lo que guardo en el cajón,

se lo regalo al olvido”.

Elefantes, Al olvido

El alejamiento

“Y sintió la alegría del olvido

y al andar descubrió la maravilla

del sonido de sus propios pasos

en la gravilla.”

Radio futura, El canto del gallo

Por otra parte, no debemos de olvidar, que algunos de estos cuadros clínicos psicológicos también se han derivado de las

enfermedades físicas padecidas (sólo con centrarnos en las citadas alteraciones hormonales, en la apnea de sueño, o en las derivaciones de un infarto creemos que está más que justificada la idea). Así que las enfermedades físicas y psíquicas a veces vienen juntas.

Por ello, desde un punto de vista práctico, podemos afianzarnos en la idea de que no podemos plantear un divorcio entre lo físico y lo psíquico, aunque esta división teórica nos sirva, como en otros casos, para tratar de estudiar mejor "el problema".

De hecho ¿en boca de quién no ha estado alguna vez, a veces para justificarnos ante alguien de por qué hacemos deporte, la célebre frase propositiva de Juvenal, "Mente sana en cuerpo sano"?

Y ya quisiéramos que para todos fuera así, una vida con una salud invariable.

"Y este año le pido al cielo

la salud del anterior

no necesito dinero

voy sobrao en el amor".

Melendi, Caminando por la Vida

Que nadie piense en este momento, que queremos ser los protagonistas. Ustedes saben que no es un papel que nos vaya. En el caso de lo que hablamos sólo puede irle este papel a ciertas personas con ciertas patologías como las de la canción que cantaba Cecilia:

"Y si no fuera por miedo.

Sería la novia en la boda,

el niño en el bautizo,

el muerto en el entierro,

con tal de dejar su sello".

Cecilia, Dama, Dama

Precisamente, es lo contrario, todos somos posibles protagonistas en el riesgo de sufrir una enfermedad. Y ese riesgo es mayor si atendemos a lo que dijo Aldous Huxley "*La investigación de las enfermedades ha avanzado tanto que cada vez es más difícil encontrar a alguien que esté completamente sano*".

Las formas de afrontamiento son importantes, así estamos convencidos de que a los hipocondríacos y los empáticos lo dicho hasta el momento les habrá atacado más al corazón (puestos a ponernos susceptibles, esta expresión de “atacado más al corazón”; puede que sea desafortunada y sería mejor haber utilizado “les habrá afectado”).

Vivir es pensar, decidir, actuar... La vida nos lleva irremediamente a la muerte (creemos que hay bastante evidencia experimental de ello). Y en muchos puntos de este continuo que es la vida, cuyos extremos están representados por el nacimiento y la muerte, aparece la enfermedad.

**“Sólo morir permanece como la más inmutable razón,
vivir es un accidente,
un ejercicio de gozo y dolor”.**

Luis Eduardo Aute, De Paso.

Precisamente, socialmente alabamos la fuerza y el empeño de las personas para superar enfermedades, ya sean físicas o mentales, una lucha que en algunas ocasiones nos conduce a otro sitio que a la derrota.

La verdad es que con este panorama, en este texto caben pocas canciones, y eso que nos viene a la memoria el “movimiento” por la habitación del hospital de Tom Hanks sobre fondo musical de la Mama Morta en la película Philadelphia, y por asociación de ahí a la canción de Springsteen:

**“Caminé por la avenida hasta que mis piernas parecían
de piedra.**

Oí las voces de amigos que desaparecían y se iban

Por la noche yo podía oír la sangre en mis venas

tan negra y susurrante como la lluvia

En las calles de Filadelfia ...

Ningún ángel me recibirá.

Estamos solamente tú y yo, mi amigo.

Y mi ropa no me ajusta nunca más.

Caminé mil millas solamente para mudar esta piel“.

Bruce Springsteen, Streets of Philadelphia.

Así, que al margen de sentimientos y deseos, la realidad nos indica que las enfermedades existen y que truncan indudablemente nuestras aspiraciones.

“La enfermedad, la vejez, la muerte: tres grandes humillaciones para el hombre”.

Rene de Gourmont.

De hecho, a medida que tenemos más edad es más probable la aparición de enfermedades más graves o en su defecto de una pérdida de nuestras capacidades. Es evidente que somos más proclives a sufrir determinadas enfermedades en función de los hábitos y estilo de vida que llevamos (alimentación, sueño, estrés, adicciones, etc.).

Para resumir estas dos últimas ideas podíamos aludir a la célebre frase *“El hombre pasa la primera mitad de la vida estropeándose la salud, y la segunda mitad curándose”* de Joseph Leonard.

Tan evidente como que muchos de los consejos médicos no son seguidos por la población y de que incluso después de un evento especial provocado por una enfermedad, muchos sujetos no cambiamos nada o casi nada.

“Olvide la lección a la vuelta de un coma profundo. Siempre quise escribir la canción más hermosa del mundo”.

Joaquín Sabina, La canción más hermosa del mundo

Nosotros, y pese a todo lo contado, hemos seguido trabajando y mucho, quizás teniendo en el pensamiento la afirmación de William Shakespeare:

“El trabajo nos alivia el dolor”.

Porque está claro que la principal forma de alivio de una enfermedad es a través de un tratamiento, y éste implica en la mayoría de las ocasiones la utilización de fármacos. De los fármacos podríamos predicar muchas cosas: su capacidad para modificar las alteraciones a las que se dirigen o los efectos secundarios que pueden provocar.

“Casi todos los hombres mueren de sus remedios, no de sus enfermedades”.

Jean-Baptiste Poquelin Molière.

Porque además de existir medicamentos, existen otras sustancias que facilitan el afrontamiento de determinadas disfunciones y patologías. Así, junto a reacciones como las mencionadas de huida, olvido, tenemos la ingesta de alcohol y drogas.

**“No es que sea el alcohol
la mejor medicina
pero ayuda a olvidar
cuando no ves la salida.”**

La Quinta Estación, El Sol no regresa

Y del alcohol y las drogas no tenemos más que comentar que al menos iguala en efectos secundarios y perniciosos a cualquier otro factor mencionado hasta el momento. Así, que determinados tipos de remedios se convierten en estilos de vida y estos revierten de nuevo consecuencias sobre la salud. Y lo cierto es que los remedios (ya sean legales o no), son “prescritos” muchas veces por personas que no tienen que digamos mucha facultad para hacerlo, vecinos, amigos, parientes.

Este hecho, cuando nos referimos a los problemas psicológicos (problemas de sueño, ansiedad, depresión, etc.) es más cierto si cabe. Incluso podríamos hablar en el caso de los fármacos de “tráfico de fármacos”, eso sí, sin ánimo de lucro.

Volviendo a nuestra experiencia como grupo, en lo psicológico nosotros estamos facultados, dado que este grupo está conformado por numerosos psicólogos y consecuentemente hemos realizado múltiples asistencias psicológicas y terapias de “unos” sobre “otros”. No obstante, en ocasiones el resultado no ha sido muy alentador, ya que dado el nivel de amistad e implicación que existe entre los miembros de este grupo, como producto de dicha asistencia “algunos” han acabado “enfermando” al final del proceso de curación de los “otros”, lo cual nos ha llevado a un estado circular no muy deseable.

De esta forma hemos llegado a un punto donde reconocemos enfermedades y sus consecuencias y donde reconocemos fármacos y efectos de estos. Pero, ¿por qué nos interesan todas estas repercusiones?

Ahí está el quid de la cuestión: toda "enfermedad", sea del tipo que sea, afecta en algún grado a nuestras capacidades (perceptivas, motoras, decisionales, etc.) y consecuentemente a nuestro comportamiento y actividad en este mundo. Y si afecta a toda actividad diaria, afecta a nuestra conducción, en todos sus sentidos, y por tanto en lo que se refiere al objeto de nuestros estudios: la conducción de vehículos.

Pero las conexiones del tráfico y las enfermedades (y todo lo que las mismas conllevan), son más fuertes y complejas que el mero hecho de que nuestra condición de salud afecte a nuestras capacidades para conducir e influya en la posibilidad de que tengamos un accidente.

Así, de todos es conocido que la seguridad vial como disciplina se inscribe en el ámbito de la salud. No en vano el tráfico afecta a la salud. Pero también puede darse esta circunstancia sin que ocurra el accidente. Sólo con el hecho de participar en el tráfico, se puede deteriorar nuestra salud. Así, ciertas condiciones del tráfico nos pueden generar alteraciones como el estrés o fatiga.

Consecuentemente, podemos concluir, que nuestra salud afecta al tráfico y que el tráfico afecta a nuestra salud, y esta vía de doble sentido, debe ser mejor conocida por todos nosotros.

Y para despedir este epígrafe, en algún momento un poco tétrico, de una forma más divertida, recordarles que no caigamos en el error sobre el que nos advertía Mark Twain, cuando decía

“Tenga cuidado con la lectura de libros sobre la salud.

Podría morir de una errata de imprenta”

Nosotros, por si acaso alguien se salta este epígrafe, intentaremos revisar las galeradas, como hacemos siempre, con el mayor de los empeños.

1.2 El séptimo paso en un largo camino

Han ido pasando los años y aquí seguimos en el camino, en el largo camino, en el que continuamos dando pequeños pasos. Y en nosotros, el pasado y el bagaje que en él hemos adquirido, y que a través de estas páginas siempre hemos tratado de ofrecer, tiene tanta importancia como el futuro si lo hay.

“Yo soy de ayer. Pero en mí hay algo que es de mañana y de pasado mañana, del porvenir”.

F. Nietzsche. Así hablaba Zaratustra

Para quien no estuvo en el comienzo y no ha tenido noticias de ello, y para quien a pesar de haber estado no lo recuerda, nuestro trabajo tuvo como primer objetivo trabajar en una línea de investigación/intervención con el propósito de contribuir de alguna forma a reducir la agresividad en la conducción.

La elección de esta temática estuvo motivada entonces por la preocupación suscitada por la misma, tanto en los expertos como en el conjunto de la población española, tal y como se confirmó posteriormente con alguna de las investigaciones.

De las conclusiones de aquella línea de investigación hubo una que destacó por muchos motivos: *“...hay que potenciar la Educación y la Formación Vial como estrategia para mitigar esta problemática específica relacionada tanto con la conducción como con los accidentes derivados de la misma.”*

Pero también era obvio que la Educación y la Formación Vial no solamente debían ser instrumentos para mitigar la agresividad en la conducción, sino que pueden ser también útiles para abordar otros muchos factores relacionados con la accidentalidad vial.

Estábamos ya de pleno y de nuevo introducidos en una nueva preocupación. En este caso, además, hicimos coincidir la presentación de nuestros resultados con la elaboración de algunos materiales de intervención dirigidos a contribuir a mejorar la Educación Vial. Concretamente nos referimos al Programa de

Educación Vial para el grupo de niños 2º y 3º de Primaria. Un material rico en recursos y fundamento que ha tenido una excelente aceptación social a tenor de su demanda. Estos materiales, además, sirvieron de base para reformular el Programa que se venía aplicando en la Escuela Infantil de Educación Vial Attitudes.

Lo cierto, es que son tantas y tan importantes las personas que nos han felicitado (que nos siguen felicitando años después) por estos materiales, que no quisiéramos desde aquí dejar de volver a agradecerles las motivadoras palabras que nos han dirigido. Nuestro mayor refuerzo está y ha estado en la utilización que de estos materiales han hecho tantos y tantos profesionales como ellos al aplicarlos en el "mundo real".

Pero, como el objetivo conjunto de las instituciones implicadas era tan ambicioso como difícil de conseguir, no podíamos detenernos en medio camino, era necesario y así nos lo planteamos, continuar.

Desafortunadamente, aún nada ha sido suficiente hasta el momento para alcanzar la meta: "que nadie muera o se lesione en la carretera", "que cada vez sean menos los fallecidos y lesionados".

Así, con el empeño de buscar la utilidad social en cada uno de los pasos que damos, esa segunda andadura nuevamente, sin darnos apenas cuenta, había marcado la dirección de nuestro tercer empeño, que no ha sido otro que el de abordar la problemática de los accidentes de un grupo de población tan importante como el de los jóvenes. ¿Y por qué los jóvenes? Porque los jóvenes constituyen un grupo ampliamente declarado de alto riesgo, donde se conjuga la juventud con inexperiencia, es y ha de ser, por su inminente o reciente participación en el sistema de tráfico, un grupo objeto clave de la educación y la formación vial. Además, este grupo pese a que su debut en el mundo de tráfico no ha sido lo exitoso que todos hubiésemos querido, son los grandes olvidados desde el punto de vista de la educación, que se limita a edades más tempranas.

Pues bien, las conclusiones de las terceras jornadas de reflexión hablan por sí solas. Sin desestimar otras medidas, las "regulaciones legales, jurídicas, penales y sancionadoras", fueron una

reivindicación constante. Así como la necesidad de intensificarlas y endurecerlas.

Paralelamente, la permisividad social ante el quebrantamiento de esas regulaciones, se estableció como una reprobada actitud demasiado común. De esta forma, en nuestras cuartas jornadas reflexionamos y trabajamos sobre el mecanismo legal en tráfico que abarca a toda la población de usuarios de la vía.

Así, el objetivo de las cuartas jornadas fue disgregar todos los componentes que conforman el continuo legislación-sanción, desde un punto de vista multidisciplinar, conciliador y ecléctico, a través de la reflexión que surgía de plantearnos cuestiones tales como: ¿Son justas las leyes y regulaciones en el tráfico, son apropiadas? ¿Es justa la supervisión y el control para su cumplimiento, es adecuada y pertinente? ¿Hasta qué punto es necesaria y/o mejorable? ¿Es justo que las infracciones de unos provoquen el accidente de otros? ¿Qué lleva al ser humano a respetar y/o transgredir una norma?, ¿Son justas las sanciones a las infracciones? ¿Son las sanciones "convencionales" la única alternativa ante la infracción? ¿Es justa la disensión legal y/o práctica infracción/delito de tráfico, tal como está establecida en nuestro país? ¿Es ecuánime la justicia en tráfico? ¿Es justificable ser injusto con una parte para ser justo con la otra? ¿Se puede ser justo con víctimas y culpables? En definitiva, tratábamos de responder a la pregunta ¿Hay justicia en el tráfico?

Pero en el ámbito del tráfico, no siempre la última palabra es del usuario de la vía y no siempre su conducta es la esperada, porque a veces su comportamiento no responde a decisiones racionales. Es por ello que limitamos a las intervenciones derivadas del ciclo legislativo-judicial no es suficiente, tal y como se contempló en las conclusiones de dichas jornadas. En ese contexto, las emociones y sus reacciones juegan un importantísimo papel, porque al igual que tienen una influencia determinante en la vida diaria también la pueden tener y la tienen cuando estamos al volante.

Así que en su quinta edición de las Jornadas de Reflexión, Attitudes propuso considerar la relación emoción-conducta en el tráfico con el

fin de aportar nuevos datos sobre sus efectos en la seguridad vial, el comportamiento social en el tráfico o las estrategias de comunicación. En definitiva, se trataba de intentar resolver cuestiones que ya nos habíamos preguntado anteriormente como: ¿Son las emociones un factor determinante para la seguridad vial? ¿Cómo afectan los distintos niveles a las diferentes emociones y sentimientos a la conducción? ¿Cómo podemos controlar las emociones que afectan negativamente a nuestra conducción? ¿Qué podemos hacer para fomentar las emociones positivas que experimentamos y favorecer una conducción más segura? ¿Se pueden educar las emociones? ¿Es ésta una posible vía que intervenga sobre las emociones para contribuir a la reducción de los accidentes de tráfico? Las respuestas a esas preguntas nos dirigieron hacia la "conducción emocional positiva", un nuevo concepto que nos permitía enfocar la siniestralidad vial en nuestro país desde una perspectiva más innovadora y social.

En este sentido, hubo un gran grado de acuerdo, entre los expertos que participaron en las jornadas anteriores, en la principal conclusión de los estudios realizados por Attitudes: Las emociones son un elemento clave desde el punto de vista de la conducción y consecuentemente de la Seguridad Vial.

Además, se constató que de entre todas las variables estudiadas, es la inteligencia emocional sin duda una de las más relevantes y definitorias del grado de seguridad vial. Dentro de lo que implica la inteligencia emocional destaca la capacidad para conectar con las emociones de los demás, es decir, la empatía.

También se volvió a concluir la necesidad de que puede y se debe educar también en el ámbito de lo vial desde una perspectiva general (a lo largo de las diferentes etapas y entornos vitales) e integral (dando importancia al papel social). Concretamente, se habló de que las emociones no pueden ser reprimidas, o a veces es muy difícil, pero podemos reconducirlas no solamente de forma individual sino especialmente de forma colectiva. De forma diferencial se destacó la importancia de los medios de comunicación para contribuir a ser conscientes de la necesidad de que nuestras

emociones se adecuen al objetivo de la convivencia que supone una conducción respetuosa y segura para todos, dado que no conducimos solos. Es decir, debíamos entender la conducción como actividad compartida y responsable.

Todas estas conclusiones cobraban mayor importancia, cuando atendíamos a las actitudes y comportamientos negativos declarados en nuestro estudio "poblacional" por una parte de la población, que si bien son minoritarios, si consideramos el conjunto de la población española de conductores, son especialmente relevantes desde un punto de vista numérico (y de las consecuencias que para todos tienen sus conductas). Este grupo de sujetos de máximo riesgo no son "nuevos invitados", al contrario aparecen de forma constante en todos nuestros estudios. Así, además de encontramos con personas con un nivel de inteligencia emocional bajo nos encontramos con un grupo de la población que es especialmente agresiva en la conducción, que no cumple las normas, etc. Estamos convencidos de que este grupo se presenta como poco permeable a los mensajes de seguridad y en ocasiones reforzado por un entorno social permisivo a sus conductas.

Sin lugar a dudas, estábamos adentrándonos de lleno en la conducción prosocial, de hecho se constató que hay conceptos como la empatía que pertenecen (y así fue trabajado) al ámbito de las emociones que también pertenecen por derecho propio al ámbito de la prosocialidad.

Así, Attitudes para sus sextas Jornadas de Reflexión, escogió la conducta prosocial *versus* la conducta antisocial como objeto de estudio. Dicha elección estuvo motivada pues, como en años anteriores, por algunas de las principales conclusiones de las jornadas previas.

Pero llegado a este punto, el ávido lector, se habrá dado cuenta que en esta ocasión no solamente nos basamos en las conclusiones de nuestras últimas jornadas para realizar dicha elección. Que la temática que tratamos de abordar el año pasado está íntimamente relacionada con todas las que tratamos anteriormente. En efecto, las conclusiones derivadas de jornadas tales como la agresividad en la

conducción, la formación y la educación vial, los jóvenes en la conducción o el ciclo legislativo judicial, están relacionadas directamente con el tema escogido este año.

Así se trabajó el continuo que representa la conducta prosocial y la conducta antisocial. Concretamente investigamos cuestiones tales como: ¿Qué tipo de conductas son prosociales o antisociales? ¿Cuáles son las raíces en las mismas? ¿Cuál es el peso de los distintos determinantes? ¿Son las personas prosociales en general prosociales en el tráfico? ¿Y los antisociales? ¿Es socialmente reforzada la prosocialidad en el ámbito del tráfico? ¿Cómo podemos potenciar las conductas prosociales entre nuestros conductores? ¿Cómo podemos intervenir sobre los conductores antisociales? Este año Attitudes ha escogido la "salud vial" como objeto de estudio. Dicha elección ha estado motivada, como en años anteriores, por algunas de las principales conclusiones de las anteriores jornadas que estuvieron centradas en la conducta prosocial versus la conducta antisocial en el tráfico.

Hubo un gran grado de acuerdo, entre los expertos participantes en las jornadas, en la principal conclusión de los estudios realizados por Attitudes: Hay que potenciar la conducta prosocial (o como se vino a denominar la "conducta social positiva")

Así, dentro de las nuevas medidas que se proponían poner en marcha estarían aquellas que fomentan el comportamiento prosocial en el tráfico mediante el desarrollo de valores (respeto de la norma, conciencia ciudadana, convivencia, ayuda, tolerancia, responsabilidad, etc.), locus de control, imagen de sí mismo, asertividad y autoestima, entre otros.

Y la pregunta que surgió a colación de esta importante directriz es ¿puede existir un problema de fondo que impida que haga que los sujetos no tengan un locus de control adecuado, que deteriore la imagen de sí mismo, que determine un bajo nivel de asertividad y de autoestima?

Y la respuesta no puede ser otra que afirmativa. En efecto, bajo muchos tipos de estados y/o cuando sufrimos determinadas patologías, nuestro comportamiento no es ni puede ser el más

adecuado en la vida y en el tráfico. En algunos casos, dichos determinantes son difíciles de modificar en el plano del convencimiento, ya que no están motivados por decisiones conscientes de los sujetos, sino que más bien podíamos hablar de que son sufridos por ellos.

Como en otras ocasiones, pero quizás en esta con mayor intensidad, nos referimos a factores en principio ajenos al tráfico, pero que tienen una gran repercusión en el mismo y en el nivel de seguridad que éste puede alcanzar. No podía ser de otra forma, si consideramos el concepto de salud como el completo estado de bienestar biopsicosocial autopercebido con relación al adecuado funcionamiento de las dimensiones biológicas, psicológicas y sociales del individuo, esos factores "ajenos al tráfico" que residen en la salud del conductor.

De hecho así fue apuntado en la parte pública por el Ilmo. Director General de Tráfico, Pere Navarro. He aquí un extracto de sus palabras: "Últimamente, también hemos tenido varios casos de conductores que circulan en sentido contrario, y que la prensa ha despachado con una cierta facilidad, diciendo que estos son conductores kamikazes o un tema de apuestas y demás. A nosotros nos da la impresión de que, lo que hay detrás, mayoritariamente, es un conductor con muchos problemas, sometido a mucha presión personal, sometido a una gran tensión y con mucha medicación, que ha desconectado ya de la realidad. Y se pone a conducir en sentido contrario y no se da cuenta. ¿Qué pasa en la cabeza de la gente que está detrás de todos estos hechos y con estas dramáticas consecuencias?"

Complementariamente, pero en el mismo sentido, se pronunció el psiquiatra Dr. Rojas Marcos, invitado como conferenciante magistral a las jornadas, cuando añadió al comportamiento antisocial otras "personalidades" como son el narcisista, el paranoico y el impulsivo. O en la mesa final, el Fiscal Especial de Tráfico, Ilmo. Bartolomé Vargas, cuando habló que la rehabilitación de los delincuentes de tráfico debe ser sobre todo una rehabilitación psicológica de los desórdenes que muchos de ellos padecen.

De esta forma, otras de las conclusiones de los focus-group, como la que apuntaba a que el conductor antisocial no debe estar en el sistema de tráfico, que hay que sacarlo del mismo y reeducarlo, adquirieron una nueva perspectiva. Una perspectiva que se traslada desde la reeducación a la rehabilitación de los conductores (de los “delincuentes del tráfico”) para llegar de nuevo a una educación inicial que atienda necesariamente a aspectos relacionados con la salud.

Y este es nuestro objetivo, el cual enlaza directa y especialmente con aquellas disfunciones que tienen que ver con lo que se ha venido a denominar las enfermedades modernas o las enfermedades del siglo XXI (depresión, estrés, estrés laboral, fatiga, etc.). Por segundo año consecutivo no solamente nos basamos en las conclusiones de nuestras últimas jornadas, sino que esta temática está relacionada con temáticas tratadas en anteriores jornadas.

Al fin y al cabo factores como la agresividad, las emociones o la conducta prosocial son elementos que en muchas ocasiones están íntimamente relacionados con el estado de salud de los conductores. Sus “productos” son síntomas o consecuencias de dichos estados.

Así que vamos a tratar la “salud vial” desde una perspectiva tan integral como indisoluble, es decir, teniendo en cuenta lo biológico, lo psicológico y lo social, pero atendiendo especialmente a esa dimensión psíquica, por explicar en mayor parte el comportamiento en general y, nos atrevemos a decir, la salud del conductor y especialmente en la conducción.

Tampoco desatenderemos a factores externos como determinadas sustancias y fármacos que si bien se utilizan con el objeto de mitigar determinadas disfunciones, en ocasiones pueden acabar provocando otras, al menos en la conducción.

Concretamente investigaremos cuestiones tales como: ¿Qué factores de la salud influyen mayormente en la seguridad/inseguridad vial? ¿Cuál es la importancia de cada uno de ellos? ¿Está la población española concienciada acerca de esta incidencia?

¿Cuáles son las dolencias físicas y/o psicológicas más frecuentes en los conductores españoles? ¿Atribuye el conductor español un grado de gravedad correcta al efecto de distintas dolencias en la conducción? ¿Es el usuario de la vía consciente del efecto que puede tener el consumo de determinados fármacos sobre la conducción? ¿Atribuye un grado de gravedad correcta al efecto de distintos fármacos en la conducción? ¿Ofrecen los responsables de la salud la advertencia necesaria sobre los posibles efectos de una dolencia o fármaco en la conducción? ¿Cómo podemos mejorar los procedimientos de detección de los conductores con problemas de salud? O en definitiva ¿Cómo podemos intervenir para mejorar la salud vial de nuestros conductores? Bueno, como siempre muchas preguntas y todavía pocas respuestas. Y eso que en este espacio no nos caben más preguntas. Pero, buscaremos las respuestas y trataremos de alcanzar nuestras metas en pos del viejo objetivo ahora renombrado: mejorar la salud vial mejorando para ello la salud de nuestros conductores y de nuestra sociedad.

En resumen, que este camino lo iniciamos hablando de un factor de riesgo en el ámbito de la conducción al que se le había prestado poca atención en nuestro país como es la **agresividad** en la conducción, y que todavía hoy está en plena efervescencia; continuamos estudiando la estrategia por excelencia más eficaz para acabar con una problemática tan importante como es la de los accidentes de tráfico, la estrategia preventiva desde **la educación y la formación**, que nos llevó a estudiar al grupo de riesgo de los conductores **jóvenes**, uno de los que mayor riesgo suponen en el tráfico por la accidentalidad que representa, cualquiera que sea el indicador que utilizemos. La consideración de este grupo de riesgo nos hizo centrarnos en la problemática de la **normativa, la supervisión policial, sanción y justicia** como elemento influyente que consideramos es a la vez principio y final de todo lo anteriormente trabajado.

Pero dado que nos faltaba algo para entender el comportamiento que muchas veces no responde a parámetros de racionalidad, justo era intentar averiguar un poco más acerca del principal protagonista

y/o responsable de ese comportamiento al manejar un vehículo, el ser humano y cómo **las emociones** influyen en su conducción y consecuentemente qué relación y efecto tienen éstas con todos los temas anteriormente estudiados. Y como entendíamos que nos faltaban piezas del puzzle dimos un nuevo paso, un paso complementario al anterior, que no fue otro que estudiar **la conducta prosocial y antisocial**. Al fin y al cabo, este siempre ha sido el objetivo de Attitudes, que como “programa social de Audi” no ha querido más que tener de forma constante una conducta prosocial, contribuyendo de este modo en la medida de sus posibilidades a generar un nuevo clima de convivencia y solidaridad.

Pero, siempre hay un pero, siempre hay un más, siempre hay un después. Y en vísperas del después vamos a abordar al hombre que vive, se comporta y se materializa a través de un cuerpo que es de determinada manera, tanto física como psicológicamente, y cuyo estado cambia en ocasiones producto de su estado de salud.

En definitiva, vamos a trabajar la salud vial y la salud vital, como dos caras de una misma moneda, la moneda de cambio para llegar a eso que se denomina el bienestar. Y para este séptimo cometido como no podría ser de otra forma hemos querido mantener el modelo y estructura que tan buenos resultados ofrecieron los años previos. **El aumento y sistematización del conocimiento como punto de partida.**

En otras palabras, el eje central del modelo se basa en partir de un aumento de nuestro conocimiento, como tantas veces hemos defendido. La premisa, de nuevo es el convencimiento, tantas veces demostrado por la ciencia de que la investigación es la única arma que dota a las autoridades, instituciones y profesionales con competencias propias o auto-impuestas, de las herramientas necesarias que permiten alcanzar objetivos con cierta garantía de éxito.

No es arbitrario entonces que la primera acción haya sido la elaboración de un análisis de los hallazgos e ideas que, desde la investigación más empírica y experimental, así como desde su

interpretación más teórica, nos permita crear un marco conceptual. Sin olvidar el último objetivo, desde el conocimiento pasar a la acción. Al tratar la salud en la conducción, lo hacemos desde una perspectiva práctica. Es decir, se trata de tener tanto una base para actuar, como de tener una base desde la que juzgar lo que se ha realizado hasta el momento. Por este motivo, a lo largo del análisis no se pierde ni un solo momento las implicaciones que para la intervención tiene cada uno de los aspectos, factores, datos y partes del proceso estudiado. En este caso, además, volvemos a comparar a nivel internacional cuales son las normas que regulan este ámbito en distintos países.

La opinión de la población española (realizada evidentemente a través de una muestra representativa de la misma).

Este estudio se justifica, de nuevo, en la propia realidad. La premisa en este caso: *“el objetivo último de cualquier investigación, estudio... en el ámbito de la seguridad vial, es elaborar, diseñar, e implementar intervenciones que conlleven a una reducción en las consecuencias negativas del tráfico”; sin embargo, tan importante es el diseño de la intervención como conocer cómo la intervención va a ser aceptada por el público objetivo o público adoptante*. En este sentido era necesario complementar nuestro trabajo con un análisis de lo que opina y de cómo actúa la población española en lo que se refiere a la salud, específicamente en el ámbito vial.

Las propuestas para la acción

En último término y como actividad complementaria, también de nuevo se contempla la realización de unas Jornadas de Reflexión que en su séptima edición llevará por título “Salud Vial, ¿el conductor a terapia?” además de unos *focus-group* (grupos de discusión) que con la reflexión de expertos y responsables en las materias y campos de actuación que confluyen en esta problemática, funcionen como el hervidero de ideas y reflexiones, que deben preceder a toda acción para teñirla de la prudencia necesaria.

Quisiéramos reiterar de nuevo este año, aprovechando estas páginas, nuestro profundo agradecimiento por la participación siempre tan positiva y desinteresada de todos estos expertos,

venidos de tantos lugares, que han contribuido de forma tan rotunda a aumentar la calidad y eficacia de nuestras acciones.

Seguimos firmemente convencidos de que, después de algunos años, algunas de estas personas son tan Attitudes como cualquiera de los que estamos en el día a día de este programa social. En realidad este programa de Attitudes ha traspasado no solamente fronteras físicas sino emocionales y nos ha unido a algunos con una fortaleza inquebrantable. Algunos saben bien lo que decimos y creo que lo expresan mejor con sus palabras.

Con estas jornadas seguimos pretendiendo impulsar la asociación investigación-intervención, que desde la integración y suma de esfuerzos de instituciones y personas, permita avanzar más y más rápido en el sentido deseado.

1.3 Dar el paso de realizar un estudio poblacional: objetivos

Y, en esta ocasión, como en el pasado, si desconocemos los trabajos anteriores podemos hacernos algunas preguntas ¿Por qué de nuevo realizar una encuesta a la población? ¿Qué objetivos perseguimos con dicha encuesta? ¿Qué utilidad práctica pueden tener los resultados de la misma?

La respuesta a la globalidad de estas cuestiones, ya contestadas en otras ediciones, sigue siendo tan sencilla como importante por sus implicaciones y nunca está de más manifestarla de nuevo. En primer lugar, habría que reiterar, que realizar una encuesta a la población es una de las distintas metodologías que se pueden utilizar a la hora de investigar el complejo mundo de la Seguridad Vial. Y que por lo tanto, como cualquier investigación, utilice la metodología que utilice, contribuye desde su modestia a incrementar nuestro conocimiento en este ámbito.

En segundo lugar, seguimos pensando que este tipo de estudio, que tan buenos resultados nos ha dado en años anteriores, es ideal para estimular el debate público que queremos generar. En efecto, realizando este tipo de investigación hemos constatado que facilitamos los posicionamientos de las personas e incrementamos la riqueza en las discusiones a través de todas las variables que hemos podido tratar.

En tercer lugar, vamos a conocer, como viene siendo habitual, qué es lo que piensa la población española. Esto nos va a permitir sin lugar a dudas, como lo ha hecho en el pasado, analizar el problema con mayor rigor, así como proponer soluciones (medidas y contramedidas) más ajustadas a la realidad social sobre la que se va a aplicar.

A todo lo expuesto, reiterar que todo este esfuerzo tiene una clara correspondencia con el empeño de Attitudes de generar espacios de reflexión. Es indudable que ello pasa por generar un debate social y por facilitar la participación de la población, y esta

metodología es sin duda una herramienta que consigue ambos objetivos.

Como se podrá observar, de nuevo volvemos a ser “ambiciosos” en el sentido más positivo, habiendo tratado un amplio rango de cuestiones, tal y como se puede concluir de lo dicho y de una lectura detenida de la encuesta (que de nuevo tiene muchas preguntas y una duración relativamente alta).

Queremos agradecer de nuevo a esas personas, solamente anónimas por requerimiento metodológico, que han participado desinteresadamente en este estudio contestando a nuestras preguntas (constituyendo la muestra que hemos utilizado). Gracias por su generosa participación, por cedernos su tiempo y sus pensamientos.

Este libro, como ya hemos comentado, tiene un objetivo inmediato, servir de base para el diseño y formulación de posibles estrategias de intervención, en la 7ª Jornada de Reflexión Attitudes: “Salud vial, ¿el conductor a terapia?”, facilitando, a su vez, el debate que en dichas jornadas se producirá. Pero su pretensión de utilidad se extiende más allá. Es una opción de presente y de futuro, pues pretendemos convertir este libro en manual de consulta para aquellos que intervienen y/o investigan en el marco de la seguridad vial.

Quisiéramos reflejar un hecho que ha sido común todos los años y en todos los estudios, pero que nunca hemos reflejado claramente por escrito, aunque lo hemos comentado de forma verbal a todos aquellos que nos han preguntado al respecto: este libro solamente recoge los principales resultados de la investigación. La complejidad, la cantidad de variables y de cruces posibles de las mismas arrojan tantos resultados como para poder cumplimentar una publicación diez veces más extensa que la presente. No obstante, “lo mejor es enemigo de lo bueno” y nuestra selección consideramos que es “buena”.

Con todo ello, el libro se ha estructurado en tres grandes partes. En la primera de ellas, para permitir una composición mejor acerca de las circunstancias de las que se han extraído los datos del estudio, se describe la metodología de investigación del mismo. De esta

forma se habla de la muestra utilizada, de la distribución de la misma, así como de otras características específicas. Dentro de estas últimas merecen especial referencia las características de la conducción habitual, el historial de accidentes e infracciones y el riesgo asumido. En este mismo punto relativo a la investigación, se realiza una descripción del cuestionario, así como de la aplicación y formato del mismo.

Como curiosidad un hecho en forma de pregunta, del que no volveremos hablar en el libro, y que queda para la reflexión: ¿Por qué los hombres han sido más reticentes a contestar esta encuesta?

Tengan en cuenta que este hecho no nos había ocurrido nunca.

A continuación mantenemos, como en años anteriores, un apartado referente a la "metodología de análisis" que incluye, entre otros aspectos, explicaciones que van desde el propio tratamiento estadístico de los datos a la representación gráfica de los resultados de los mismos.

Por último, recogemos los clásicos datos relativos a los resultados del estudio: En este bloque presentamos los resultados más relevantes y significativos del estudio. Atendiendo a los aspectos y áreas temáticas que se trabajan en la encuesta, este capítulo que como presupondrán es el de mayor extensión del libro, a su vez está dividido en diferentes bloques: alteraciones psicofísicas y conducción, alteraciones psicológicas y conducción, medicación y conducción y conocimientos y opiniones sobre salud y conducción.

En relación con el primer aspecto, a saber, las alteraciones psicofísicas y su relación con la conducción, incluimos los resultados que registran la incidencia de las diversas alteraciones así como el comportamiento derivado y la percepción acerca de la influencia de ciertas alteraciones y estados sobre la conducción.

Antes de abordar el segundo bloque de resultados se realiza una exposición de los principales resultados relacionados con las alteraciones psicofísicas en función de una serie de variables estudiadas.

En un segundo bloque abarcamos las alteraciones psicológicas y su relación con la actividad de conducir, prestando especial

atención a una serie de sintomatología (depresión, ansiedad, vivencia de acontecimientos estresantes, desgaste profesional y fatiga). Se expone además la variabilidad encontrada en las diversas alteraciones psicológicas en función de una serie de variables.

En un tercer bloque, recogemos información relacionada con la medicación y su posible influencia sobre la capacidad para conducir. Concretamente, exploramos la incidencia de los fármacos consumidos para el tratamiento de diversos trastornos (depresión, ansiedad, trastornos del sueño, para relajarse o dormir) así como la relación entre éstos. Además, se explora acerca del control médico sobre estos fármacos (si han sido recetados o no), se incide en la percepción subjetiva acerca de los posibles efectos de éstos sobre la conducción y se exponen una serie de resultados en función de determinadas variables contempladas en el estudio.

El cuarto bloque de resultados se centra en los conocimientos y opiniones de los conductores españoles sobre ciertos aspectos planteados en relación con la salud y la conducción de vehículos. En este sentido se explora acerca de la percepción de los conductores sobre la posible afectación que una baja laboral tiene sobre la capacidad de conducción, se realiza una exposición acerca de la valoración de las pruebas psicofísicas que forman parte del proceso de obtención o renovación del permiso de conducir y se plantea la percepción acerca de una medida más integral. En este caso también se exponen una serie de resultados procedentes del análisis en función de una serie de variables.

En el último bloque como es tradición se relacionan algunas conclusiones. Como se observará, este año dichas conclusiones están más orientadas que nunca hacia propuestas de acción (medidas y contramedidas), para que sean debatidas y analizadas por los participantes en las jornadas, y en el caso de ser consideradas interesantes (fielmente o con las adaptaciones que se sugieran), trataremos de ponerlas a disposición de aquellas administraciones que por tener la responsabilidad en esta temática pueden ponerlas en marcha.

En último lugar, en un anexo, reproducimos el cuestionario de forma íntegra, para posibilitar su consulta. También como en otras ocasiones, y de forma más acusada por las agrupaciones anteriormente citadas, el lector avisado encontrará diferencias entre la estructura de la aludida encuesta y la del análisis que hemos realizado en el presente libro. Esto se justifica por el hecho de que la encuesta necesita de una estructura que permita no mediatizar las respuestas de los individuos, frente a lo que necesita el lector que es abordar los resultados desde un punto de vista más coherente, sistemático e integral.

Además, como en años anteriores presentamos un listado de tablas y gráficas que permitan la identificación de la representación de los datos. Así mismo, y como es privativo, incluimos las referencias bibliográficas pertinentes, que en este caso obviamente son menores que en el libro documental.

Esperamos que toda esta información sea suficiente para cumplir con los objetivos que nos hemos planteado, y que el esfuerzo del **programa social Attitudes de AUDI** y el de las personas de los Grupos de Investigación **DATS** (Desarrollo y Asesoramiento en Tráfico y Seguridad Vial) y **METRAS** (Medición, Evaluación, Análisis y Procesamiento de datos de accidentes de Tráfico y Seguridad Vial) del INTRAS de la Universitat de València que han contribuido a este trabajo haya valido la pena.

2. LA INVESTIGACIÓN

2.1 Muestra utilizada

La encuesta va dirigida a conductores españoles mayores de 18 años.

La selección de conductores encuestados se ha realizado a partir de un muestreo aleatorio, proporcional por cuotas a los segmentos poblacionales de edad, sexo, Comunidad Autónoma y tamaño del municipio (habitantes).

El tamaño muestral de partida ha sido de 1.200 encuestas, lo que representaría operar con un margen de error para los datos generales de ± 2.9 con un intervalo de confianza del 95% en el caso más desfavorable de $p=q=50\%$.

La distribución definitiva de la muestra obtenida se ajusta de forma muy aproximada a la distribución porcentual del censo nacional de conductores por sexo, edad y Comunidad Autónoma, tal y como se refleja en la Tabla 1, Tabla 2 y Tabla 3 (Fuente: Anuario Estadístico General. Dirección General de Tráfico, 2006).

Sexo	Censo de conductores (%)	Muestra (%)
Hombres	13.295.233 (60%)	666 (56%)
Mujeres	8.821.867 (40%)	534 (44%)
TOTAL	22.117.100	1.200

Tabla 1: Distribución del censo de conductores mayores de 18 años y de la muestra en función del sexo

Edad	Censo de conductores (%)	Muestra (%)
18 a 29	4.585.320 (21%)	235 (20%)
30 a 44	8.541.199 (38%)	467 (39%)
45 a 64	7.051.089 (32%)	399 (33%)
Más de 64	1.939.492 (9%)	99 (8%)
TOTAL	22.117.100	1.200

Tabla 2: Distribución del censo de conductores mayores de 18 años y de la muestra en función de la edad

C. Autónoma	Censo de conductores (%)		Muestra (%)	
Andalucía	3.656.024	(16,5%)	195	(16,3%)
Aragón	660.578	(3%)	36	(3%)
Asturias	560.094	(2,5%)	31	(2,6%)
I. Baleares	470.687	(2,1%)	26	(2,2%)
I. Canarias	883.447	(4%)	46	(3,8%)
Cantabria	315.505	(1,4%)	16	(1,3%)
Castilla y León	1.554.435	(7%)	81	(6,8%)
Castilla la Mancha	847.918	(3,8%)	50	(4,2%)
Cataluña	3.549.882	(16%)	189	(15,8%)
C. Valenciana	2.364.601	(10,7%)	139	(11,6%)
Extremadura	544.210	(2,5%)	29	(2,4%)
Galicia	1.517.039	(6,9%)	82	(6,8%)
Madrid	2.797.398	(12,6%)	147	(12,3%)
Murcia	677.052	(3,1%)	36	(3%)
Navarra	313.408	(1,4%)	17	(1,4%)
País Vasco	1.157.435	(5,2%)	65	(5,4%)
La Rioja	166.797	(0,8%)	9	(0,8%)
Resto (Ceuta y Melilla)	87.688	(0,4%)	6	(0,5%)
TOTAL	22.124.198¹		1.200	

Tabla 3: Distribución del censo de conductores y de la muestra en función de la Comunidad Autónoma

Del mismo modo, en la Tabla 4 se observa que la distribución de la muestra se ajusta a las cuotas de población en función del tamaño del hábitat (Fuente: Padrón municipal de habitantes. Cifras a 1 de enero de 2006. Instituto Nacional de Estadística).

Tamaño del hábitat	Censo de población (%)		Muestra (%)	
Hasta 10.000 Hab	9.780.214	(22%)	269	(22%)
De 10.001 a 20.000 Hab	4.920.545	(11%)	133	(11%)
De 20.001 a 100.000 Hab	12.098.089	(27%)	317	(26%)
De 100.001 a 500.000 Hab	10.456.384	(23%)	284	(24%)
Más de 500.000 Hab	7.453.732	(17%)	197	(16%)
TOTAL	44.708.964		1.200	

Tabla 4: Distribución del censo de población² y de la muestra en función del tamaño del hábitat

(1) Incluye a conductores menores de 18 años con permisos A-1.

(2) Incluye a población menor de 18 años (los datos proporcionados por el INE no permiten delimitar la población por tamaño del municipio en función del grupo de edad).

2.2 Distribución de la muestra

La distribución de los datos muestra que, conforme aumenta la edad, el porcentaje de mujeres conductoras encuestadas va aumentando paulatinamente respecto a la proporción de hombres, hasta que la proporción entre ambos grupos se iguala en los adultos (36-55 años). A partir de los 55 años, el descenso en la proporción de mujeres conductoras es bastante significativo (siguiendo la tendencia general del censo nacional de conductores).

En la Tabla 5 se presenta la distribución de la muestra por **edad** y **sexo**, en valores absolutos y relativos.

			Sexo		Total
			HOMBRE	MUJER	
Edad	De 18-25 años	Recuento	74	51	125
		% de Edad	59,2%	40,8%	100,0%
		% de Sexo	11,1%	9,6%	10,4%
	De 26-35 años	Recuento	143	122	265
		% de Edad	54,0%	46,0%	100,0%
		% de Sexo	21,5%	22,8%	22,1%
De 36-45 años	Recuento	183	163	346	
	% de Edad	52,9%	47,1%	100,0%	
	% de Sexo	27,5%	30,5%	28,8%	
De 46-55 años	Recuento	109	123	232	
	% de Edad	47,0%	53,0%	100,0%	
	% de Sexo	16,4%	23,0%	19,3%	
De 56-65 años	Recuento	108	64	172	
	% de Edad	62,8%	37,2%	100,0%	
	% de Sexo	16,2%	12,0%	14,3%	
Más de 65	Recuento	49	11	60	
	% de Edad	81,7%	18,3%	100,0%	
	% de Sexo	7,4%	2,1%	5,0%	
Total	Recuento	666	534	1.200	
	% de Edad	55,5%	44,5%	100,0%	
	% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 5: Distribución de la muestra en función de la edad y sexo

En la Tabla 6 se observa la distribución de la muestra en función de la **Comunidad Autónoma**. La distribución por comunidades es bastante similar en los grupos de hombres y de mujeres. Siguiendo la tendencia del censo nacional, en la mayoría de Comunidades Autónomas, se ha entrevistado a una mayor proporción de hombres que de mujeres, excepto en Aragón, Baleares, Galicia, Murcia, Navarra y Ceuta-Melilla, donde la proporción entre ambos grupos es más similar.

CCAA			Sexo		Total
			HOMBRE	MUJER	
CCAA	ANDALUCÍA	Recuento % de CCAA % de Sexo	106 54,4% 15,9%	89 45,6% 16,7%	195 100,0% 16,3%
	ARAGÓN	Recuento % de CCAA % de Sexo	18 50,0% 2,7%	18 50,0% 3,4%	36 100,0% 3,0%
	ASTURIAS	Recuento % de CCAA % de Sexo	17 54,8% 2,6%	14 45,2% 2,6%	31 100,0% 2,6%
	BALEARES	Recuento % de CCAA % de Sexo	12 46,2% 1,8%	14 53,8% 2,6%	26 100,0% 2,2%
	CANARIAS	Recuento % de CCAA % de Sexo	25 54,3% 3,8%	21 45,7% 3,9%	46 100,0% 3,8%
	CANTABRIA	Recuento % de CCAA % de Sexo	10 62,5% 1,5%	6 37,5% 1,1%	16 100,0% 1,3%
	CASTILLA Y LEÓN	Recuento % de CCAA % de Sexo	47 58,0% 7,1%	34 42,0% 6,4%	81 100,0% 6,8%
	CASTILLA LA MANCHA	Recuento % de CCAA % de Sexo	31 62,0% 4,7%	19 38,0% 3,6%	50 100,0% 4,2%
	CATALUÑA	Recuento % de CCAA % de Sexo	104 55,0% 15,6%	85 45,0% 15,9%	189 100,0% 15,8%
	COMUNIDAD VALENCIANA	Recuento % de CCAA % de Sexo	76 54,7% 11,4%	63 45,3% 11,8%	139 100,0% 11,6%
	EXTREMADURA	Recuento % de CCAA % de Sexo	18 62,1% 2,7%	11 37,9% 2,1%	29 100,0% 2,4%

Tabla 6: Distribución de la muestra en función de la Comunidad Autónoma y sexo

			Sexo		Total
			HOMBRE	MUJER	
CCAA	GALICIA	Recuento	42	40	82
		% de CCAA	51,2%	48,8%	100,0%
		% de Sexo	6,3%	7,5%	6,8%
	MADRID	Recuento	87	60	147
		% de CCAA	59,2%	40,8%	100,0%
		% de Sexo	13,1%	11,2%	12,3%
	MURCIA	Recuento	17	19	36
		% de CCAA	47,2%	52,8%	100,0%
% de Sexo		2,6%	3,6%	3,0%	
NAVARRA	Recuento	9	8	17	
	% de CCAA	52,9%	47,1%	100,0%	
	% de Sexo	1,4%	1,5%	1,4%	
PAÍS VASCO	Recuento	38	27	65	
	% de CCAA	58,5%	41,5%	100,0%	
	% de Sexo	5,7%	5,1%	5,4%	
LA RIOJA	Recuento	6	3	9	
	% de CCAA	66,7%	33,3%	100,0%	
	% de Sexo	0,9%	0,6%	0,8%	
CEUTA Y MELILLA	Recuento	3	3	6	
	% de CCAA	50,0%	50,0%	100,0%	
	% de Sexo	0,5%	0,6%	0,5%	
Total	Recuento	666	534	1.200	
	% de CCAA	55,5%	44,5%	100,0%	
	% de Sexo	100,0%	100,0%	100,0%	

Tabla 6 (cont.): Distribución de la muestra en función de la Comunidad Autónoma y sexo

A continuación resumimos **otras características** de la muestra:

- La mayoría de conductores son trabajadores en activo (69,6%), y un 7,8% se dedica a realizar tareas domésticas.
- De los conductores en activo, un 19,8% son trabajadores por cuenta propia, un 18,1% encargados de dirección/coordinación por cuenta ajena, y la gran mayoría (62,1%) integran el resto de empleados por cuenta ajena (que incluyen agentes comerciales, administrativos, obreros especializados, dependientes, subalternos, otro personal no cualificado, etc.).
- Un 75,6% de los conductores en activo trabajan en turnos diurnos, mientras que un 22% trabaja a turnos rotativos

diurnos/nocturnos. Sólo un 2,4% trabaja en horarios exclusivamente nocturnos.

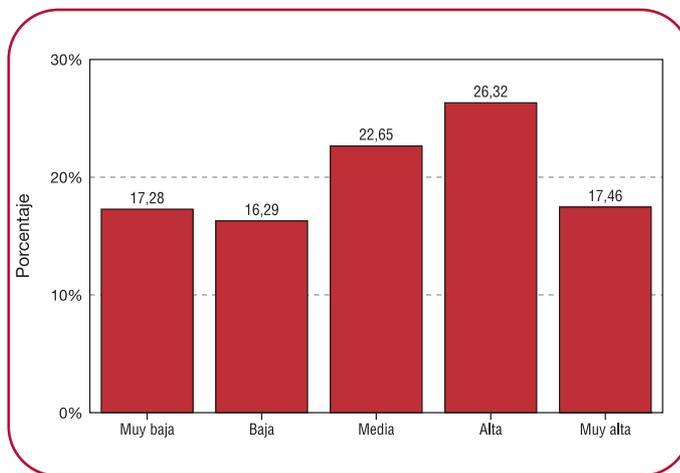
2.3 Características específicas de la muestra

En el cuestionario, además de las características personales y demográficas, se han tenido en cuenta otros aspectos descriptivos de los conductores, de relevancia en el ámbito de estudio de la seguridad vial:

- hábitos y experiencia en la conducción,
- historial de accidentes y sanciones,
- riesgo asumido en la conducción.

2.3.1. Características de la conducción habitual

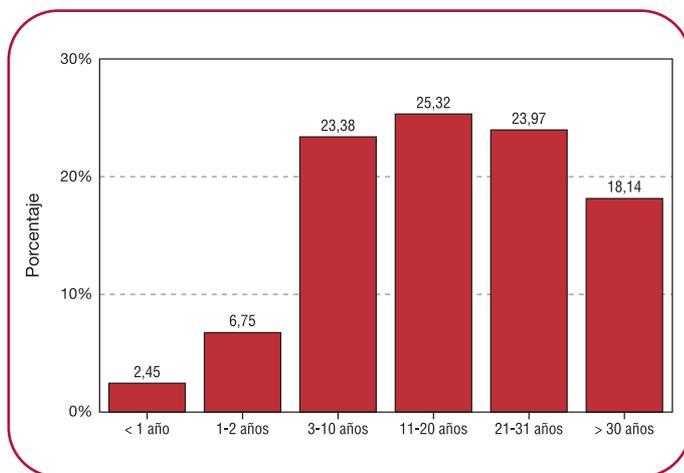
Respecto a la **exposición al riesgo**, definida como una combinación de las variables “frecuencia de conducción” y “promedio de kilómetros recorridos al año”, se observa



Gráfica 1: Distribución porcentual de la muestra en función de su exposición al riesgo (combinación de la frecuencia de conducción y los kms recorridos en promedio al año)

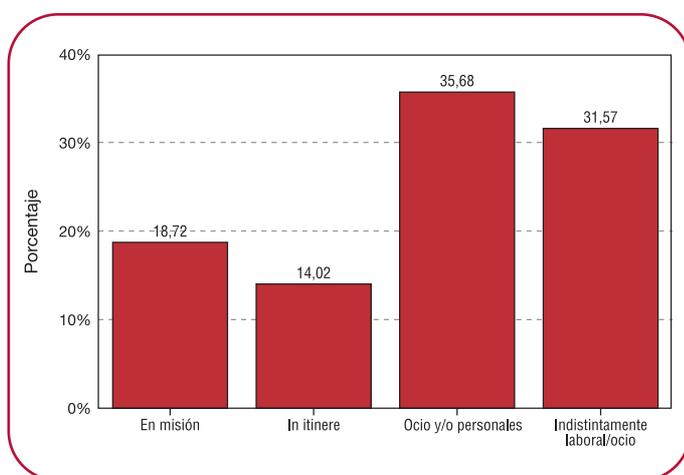
un mayor peso de conductores entrevistados con exposición media y alta (Gráfica 1). El grupo menos numeroso es el de exposición al riesgo baja (16,3%) y muy baja (17,3%), es decir, conductores esporádicos o que conducen muy pocos kilómetros al año, aunque su conducción sea frecuente.

Respecto a la **experiencia** (definida por los años de conducción), observamos que la mayoría de conductores encuestados tiene una experiencia relativamente alta



Gráfica 2: Distribución porcentual de la muestra en función de la experiencia en la conducción (años de conducción habitual)

En sus desplazamientos habituales (incluyendo utilitarios, familiares y deportivos). Solo un 5,3% conduce, de forma más habitual, vehículos de carga o transporte (un 4% son furgonetas o camionetas, un 1% camiones y un 0,3% autobuses).



Gráfica 3: Distribución porcentual de la muestra en función del motivo más frecuente de desplazamiento

laborales (*en misión o in itinere*) (Gráfica 3).

La conducción más habitual es por el **día** (el 75,4% de los conductores), por **zona** urbana (35,2% de los conductores frente al 20,8% por carretera convencional, al 22,9% por autopista/autovía y al 21,2% que circula por varias vías en sus desplazamientos habituales) y son desplazamientos de corta **duración** (el 78% son de menos de una hora, de los cuales casi un 39% son de menos de 30 minutos).

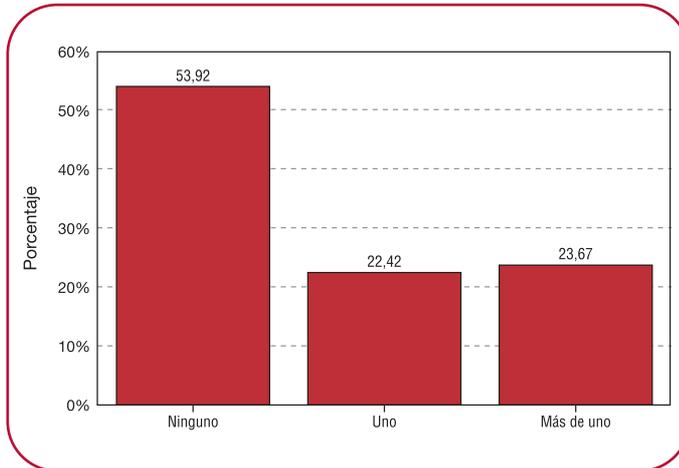
(Gráfica 2). Un 67,4% de los conductores lleva conduciendo más de 10 años, y sólo un 9,2% tiene una experiencia menor a 3 años.

En cuanto al **tipo de vehículo**, la mayoría de conductores (94,7%) utiliza turismos

El **motivo de desplazamiento** más habitual es por actividades de ocio y/o por asuntos familiares o personales (un 35,7%), aunque aproximadamente un 33% de los conductores encuestados suele desplazarse por motivos

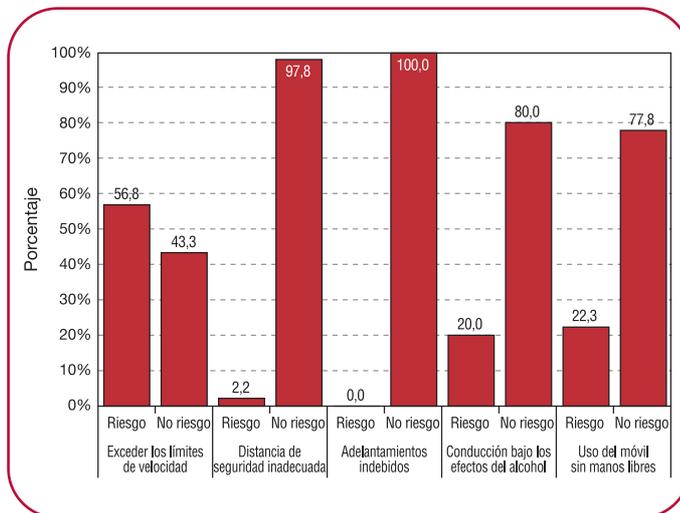
2.3.2. Historial de accidentes y sanciones

Independientemente de quien haya sido el causante (Gráfica 4), aproximadamente uno de cada dos conductores



Gráfica 4: Distribución porcentual de la muestra en función del número de accidentes que han sufrido como conductores

entrevistados manifiesta haber sufrido algún accidente como conductor a lo largo de su vida (un 22% se ha visto implicado en un único accidente y un 24% en dos o más). Por otro lado, cuatro de cada cinco conductores (79%) expresa no haber sido sancionado en los últimos 3 años por ninguna infracción (excluyendo las multas de aparcamiento). De aquellos que han sido sancionados (21% de conductores), un 65% reconoce haber recibido sólo una sanción y un 35% son reincidentes.



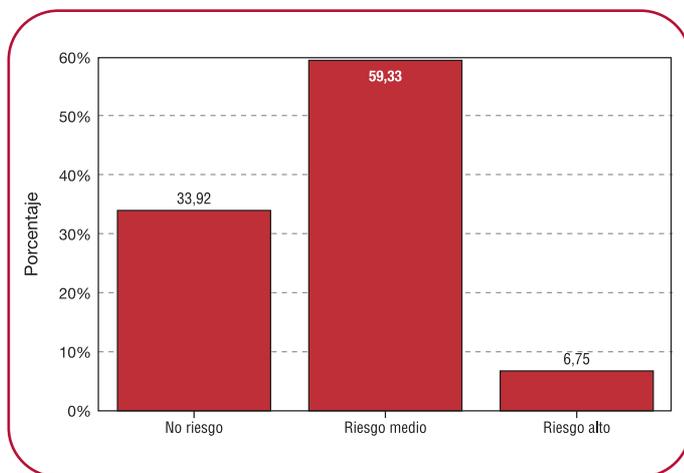
Gráfica 5: Distribución porcentual de los conductores que manifiestan distintas conductas de riesgo en su conducción

que se registra un importante porcentaje de infractores (Gráfica 5): exceder los límites de velocidad (con un 57% de conductores de riesgo, de los que un 6% lo manifiestan de forma muy frecuente en su conducción), el uso de móvil sin

entrevistados manifiesta haber sufrido algún accidente como conductor a lo largo de su vida (un 22% se ha visto implicado en un único accidente y un 24% en dos o más). Por otro lado, cuatro de cada cinco

2.3.3. Riesgo asumido

El riesgo asumido se ha analizado a partir de la implicación de los conductores en distintas conductas de riesgo. Destacamos la existencia de determinados comportamientos en los



Gráfica 6: Distribución porcentual de la muestra en función del nivel de riesgo asumido en la conducción

La realización de adelantamientos indebidos (ningún conductor de riesgo en la muestra de conductores) o no respetar la distancia de seguridad (sólo un 2,2% de conductores de riesgo), son las conductas que menos manifiestan los conductores encuestados.

A partir de los resultados obtenidos se ha realizado una clasificación de los conductores de riesgo, encontrándose que aproximadamente un 66,1% de los conductores está asumiendo conductas que pueden resultar peligrosas o muy peligrosas en la conducción (Gráfica 6).

manos libres mientras se conduce (22% de conductores de riesgo, de los que un 3% son muy frecuentes), y la conducción bajo los efectos del alcohol (20% de conductores de riesgo, de los que un 2% son muy frecuentes).

2.4 Descripción del cuestionario

El objetivo principal del cuestionario ha sido analizar aspectos relacionados con la salud de los conductores, tanto a nivel físico como psicológico y evaluar si son conscientes del efecto que suponen para la conducción y la seguridad vial. La encuesta (ver Anexo del presente libro) está estructurada en varios bloques temáticos que, a través de una serie de preguntas y apartados, pretenden alcanzar los objetivos planteados en la investigación.

A continuación describimos brevemente los diferentes bloques y los contenidos de cada uno de ellos.

2.4.1. Perfil del conductor entrevistado

Existe un primer grupo de variables que hemos utilizado para establecer un perfil del entrevistado como conductor, con el objetivo de detectar las características diferenciadoras que le definen por su inclusión en determinados grupos. Estas variables se centran principalmente en características sociodemográficas de los conductores, sus hábitos de conducción, la exposición al riesgo asociada a sus vivencias y comportamientos en el tráfico. A continuación se indican las variables que se han considerado:

A. Hábitos de conducción (P2 a P9)

A.1-Exposición al riesgo (ítems P2 y P8)

Para la determinación del nivel de exposición al riesgo del conductor entrevistado se ha tenido en cuenta tanto el promedio de kilómetros recorridos al año (ítem P8), como la frecuencia con que conduce (ítem P2). La combinación de ambas variables ha permitido establecer una clasificación de los conductores en cinco grupos:

- Exposición al riesgo muy baja: incluye principalmente a los conductores esporádicos (baja frecuencia y/o pocos kms año).
- Exposición al riesgo baja: incluye a aquellos conductores que realizan viajes esporádicos aunque muy largos (p.e. vacaciones), o a aquellos que aunque conducen frecuentemente, realizan muy pocos kms/año.
- Exposición al riesgo media: incluye a los conductores habituales que no realizan muchos kms/año ya que sus desplazamientos no son excesivamente largos (p.e. desplazamientos urbanos o salidas de fin de semana).
- Exposición al riesgo alta: incluye a los conductores habituales con un promedio de kms/año considerable ya que sus desplazamientos son relativamente largos (p.e. desplazamientos interurbanos para ir o volver del trabajo).
- Exposición al riesgo muy alta: incluye a aquellos que conducen con mucha frecuencia y que a su vez realizan

muchos kms/año (p.e. conductores profesionales, comerciales, repartidores, etc.).

A.2- Experiencia del conductor (item P4)

La experiencia se ha definido a partir del tiempo que el entrevistado lleva conduciendo de forma habitual. Esta variable es complementaria a la de exposición al riesgo, ya que ambas variables son un indicador de las situaciones de aprendizaje (tanto positivas como negativas), que ha podido experimentar el entrevistado en su historial de conducción.

A.3- Tipo de vehículo utilizado (item P3)

Se ha realizado una diferenciación entre los vehículos de tipo utilitario (agrupando a los turismos convencionales, vehículos familiares y deportivos), y los vehículos de carga o transporte (furgonetas, camionetas, camiones, autobuses, etc.).

A.4- Motivo de desplazamiento (item P5)

La diferenciación básica entre desplazamientos laborales (para trabajar, o para ir-volver del trabajo) y desplazamientos personales puede afectar a las actitudes, motivaciones y comportamientos de los conductores.

A.5- Conducción diurna/nocturna (item P6)

Las condiciones en las que se desplazan los conductores están directamente relacionadas con el horario de conducción. Características como la visibilidad, la luminosidad, el flujo de tráfico, el estado de activación atencional, son claramente diferentes cuando los desplazamientos se realizan en horarios diurnos de cuando se realizan en horarios nocturnos.

A.6. Conducción continuada (item P7)

La conducción ininterrumpida, sin descansos, tiene efectos directos sobre las capacidades psicofísicas de los conductores. A partir de las dos horas de conducción continuada los conductores comienzan a perder reflejos, concentración, tienen problemas en la estimación de la velocidad y de la distancia de seguridad y presentan sintomatología propia de los estados de fatiga: somnolencia,

incremento de la tensión y el nerviosismo, picor de ojos, deshidratación, etc.

A.7. Tipo de vía utilizada en los desplazamientos (ítem P9)

Por último, es conveniente diferenciar los desplazamientos urbanos de los interurbanos, y a su vez, en estos últimos, los que se producen en carreteras convencionales de los que se realizan por autopistas/autovías. Las situaciones de riesgo a las que deben enfrentarse los conductores en función de la zona por la que se desplacen son completamente diferentes, y por tanto, también lo será su comportamiento en dichas zonas.

B. Historial de accidentes y sanciones (ítems P10 y P11)

Se incluye información sobre el número de accidentes sufridos a lo largo de la vida, centrándonos principalmente en la accidentalidad sufrida como conductor (el objetivo que se pretende es detectar si los aspectos de salud afectan a la conducción de riesgo y sus consecuencias).

Por otro lado se han tenido en cuenta las sanciones recibidas en los últimos tres años (excluyendo las infracciones de aparcamiento).

C. Riesgo asumido (ítems P12 a P16)

El objetivo de este conjunto de ítems es clasificar a los conductores a partir de determinadas conductas de riesgo:

- Exceder los límites de velocidad.
- No guardar la distancia de seguridad.
- Realizar adelantamientos apurados o indebidos.
- Conducir después de haber bebido alcohol.
- Utilizar el móvil mientras conduce (sin manos libres).

Para cada conducta considerada, se han aplicado los criterios de clasificación de riesgo-no riesgo utilizados en el estudio SARTRE 3 (Sanchez, 2005), en función de la frecuencia con que realizan dichas conductas.

Teniendo estos criterios en cuenta, los conductores finalmente se han clasificado en tres grupos:

- Grupo de **"No Riesgo"**³: conductores que no han sido clasificados de riesgo en **ninguna** de las conductas consideradas.
- Grupo de **"Riesgo Medio"**: conductores que han sido clasificados de riesgo en **una o dos** de las conductas consideradas.
- Grupo de **"Riesgo Alto"**: conductores que han sido clasificados de riesgo en **más de dos** de las conductas consideradas.

D. Datos de clasificación (ítems P38 a 43)

Por último, el cuestionario recoge toda una serie de datos personales de clasificación, los cuales se han utilizado como variables de cruce con el objetivo de elaborar perfiles. De este modo se han considerado variables como: edad, sexo, Comunidad Autónoma de residencia, actividad laboral, ocupación y horario de trabajo.

2.4.2 Incidencia subjetiva del estado de salud en la conducción (ítems P17 a P24)

En este bloque de preguntas se trata de analizar todo el proceso de evaluación y toma de decisiones que lleva al entrevistado a conducir o no bajo condiciones psicofísicas inadecuadas, y su percepción del efecto que determinados estados de salud pueden tener sobre la conducción.

Se ha tenido en cuenta su percepción del funcionamiento (óptimo o no) de las capacidades psicofísicas para conducir (P17), las causas que les llevan a determinar que dichas capacidades no son las adecuadas (P18 y P19), la decisión que toma respecto a conducir o no en dichas condiciones (P20), y las consecuencias de dicha conducta en su desempeño (P21).

Este análisis se ha realizado respecto a situaciones específicas que el conductor ha considerado relevantes o

⁽³⁾ "No riesgo" no implica "ausencia de riesgo", sino que no se realizan comportamientos que aumenten la exposición al riesgo más allá de la propia actividad de conducción (que en sí misma ya lleva implícito un cierto nivel de riesgo).

destacables (se les pide que recuerden alguna situación en la que hubieran pensado que “no estaban en condiciones para conducir”), y sobre la situación general en que el entrevistado ha estado de baja laboral. En esta última situación, sólo se pregunta sobre la toma de decisión de conducir o no (P22), y si algún responsable le ha informado de la incompatibilidad o el grado de afectación que la situación de baja laboral tiene sobre la conducción (P23).

Finalmente, se plantean una serie de problemas de salud (enfermedades crónicas y trastornos episódicos), pidiendo a los conductores que evalúen su efecto sobre la conducción (P24): sueño, adicción al alcohol, adicción a las drogas, abuso de fármacos, depresión, ansiedad, diabetes, estrés, fatiga, post-infarto, problemas cardíacos, miopía, dolores articulares-musculares, alergias y cefaleas-migrañas.

2.4.3 Estado psicológico del conductor

(ítems P25 a P29)

En este bloque se pretende hacer un diagnóstico de la predisposición o riesgo de los conductores a sufrir distintas alteraciones psicológicas, dada la presencia (en mayor o menor medida) o ausencia de determinados síntomas. Es importante señalar que la utilización de las distintas escalas y la posterior clasificación de los sujetos en los distintos grupos, en función de sus respuestas, no debe interpretarse como un diagnóstico clínico, sino que sólo es una tendencia o indicador de la existencia de sintomatología asociada a cada trastorno: depresión, ansiedad, estrés, desgaste laboral y fatiga.

A. Escala de sintomatología de la depresión

(ítems 25.1-25.8)

La medición de la sintomatología de la depresión (y también de la ansiedad) se ha realizado a partir de la adaptación española de la escala de ansiedad y depresión de Goldberg

(Goldberg, Bridges, Duncan-Innes, Grayson, 1988; Montón, Pérez Echeverría, Campos y cols, 1993).

La subescala de depresión utilizada en nuestro estudio consta de cuatro ítems iniciales de despistaje (25.1, 25.2, 25.3, y 25.4), para determinar si es o no probable que exista un caso de depresión, y un segundo grupo de 4 ítems (25.5, 25.6, 25.7, y 25.8) que se formulan sólo si se obtiene alguna respuesta positiva a las preguntas de despistaje.

A diferencia de la escala original (escala de respuesta Si-No), se ha utilizado una escala de respuesta en la que se ha tenido en cuenta la frecuencia con que manifiestan los distintos síntomas. Así, se ha adaptado el método de obtención de las puntuaciones (suma total de las puntuaciones asociadas a cada respuesta: Ninguna=0, Pocas veces=0,5 y Muchas veces=1), estableciendo finalmente dos grupos de clasificación: 1- **Sin sintomatología de depresión** (puntuaciones inferiores a 2) y 2- **Con sintomatología de depresión** (puntuaciones iguales o superiores a 2).

B. Escala de sintomatología de la ansiedad (ítems 26.1-26.8)

También a partir de la adaptación española de la escala de ansiedad y depresión de Goldberg (Monton et al., 1993), se ha obtenido una caracterización de los conductores en función de su predisposición a desarrollar problemas de ansiedad.

La subescala de ansiedad utilizada en nuestro estudio consta de cuatro ítems iniciales de despistaje (26.1, 26.2, 26.3 y 26.4), para determinar si es o no probable que exista un caso de ansiedad, y un segundo grupo de cuatro ítems (26.5, 26.6, 26.7 y 26.8) que se formulan sólo si se obtienen más de dos respuestas positivas a las preguntas de despistaje. Al igual que en la subescala de depresión, se ha utilizado una escala de respuesta en la que se ha tenido en cuenta la frecuencia con que manifiestan los distintos síntomas. Así, se

ha adaptado el método de obtención de las puntuaciones (suma total de las puntuaciones asociadas a cada respuesta: Ninguna=0, Pocas veces=0,5 y Muchas veces=1), estableciendo finalmente dos grupos de clasificación: 1- **Sin sintomatología de ansiedad** (puntuaciones inferiores a 4) y 2- **Con sintomatología de ansiedad** (puntuaciones iguales o superiores a 4).

C. Escala de acontecimientos vitales estresantes (ítems 27.1-27.8)

Se asume que la vivencia de determinados acontecimientos potencialmente estresantes (entendiéndolos como procesos de adaptación al cambio), aumenta la predisposición a sufrir problemas de estrés (Holmes y Rahe, 1967). Dichos autores desarrollaron una escala de acontecimientos vitales de la cual se han seleccionado ocho para clasificar a los conductores en dos grupos, caracterizando su nivel de predisposición al estrés: 1- **Ningún evento vital estresante** (no haber vivido durante el último año ninguno de los eventos que se han considerado) y 2- **Algún evento vital estresante** (haber vivido alguno de los eventos considerados).

Se han considerado eventos vitales de carácter negativo (ítems 27.1, 27.2, 27.3, 27.4 y 27.5), así como eventos vitales positivos (ítems 27.6 y 27.7), siempre y cuando estos últimos hayan supuesto algún tipo de estrés para el entrevistado.

D. Escala de desgaste profesional (ítems 28.1-28.4)

Se han utilizado ítems de las subescalas de "Cansancio o agotamiento emocional" (ítems 28.1, 28.2 y 28.3) y "Realización personal" (ítem 28.4) del "Maslach Burnout Inventory" (Maslach y Jackson, 1986), utilizado habitualmente para la evaluación del síndrome de burnout por estrés laboral. A diferencia de la escala original, donde las opciones de respuesta son tipo likert con niveles de frecuencia 0-6, se han reducido los niveles de respuesta. Así, se ha adaptado el método de obtención de las puntuaciones globales,

considerando la suma total de las puntuaciones asociadas a cada respuesta (de forma directa en los tres primeros ítems: Ninguna=0, Pocas veces=3, y Muchas veces=6; y de forma invertida en el último: Ninguna=6, Pocas veces=3, y Muchas veces=0).

Finalmente se han establecido dos grupos de clasificación:

1- **Sin sintomatología de desgaste profesional**

(puntuaciones inferiores a 6) y 2- **Con sintomatología**

de desgaste profesional (puntuaciones iguales o superiores a 6).

E. Escala de fatiga (ítems 29.1-29.11)

Para la medición de la fatiga se ha utilizado una traducción al español de la escala de fatiga de Chalder (Chalder et al., 1993). La escala incluye seis ítems referidos a síntomas físicos de fatiga (29.1, 29.2, 29.3, 29.4, 29.5 y 29.6), y cinco referidos a síntomas mentales (29.7, 29.8, 29.9, 29.10 y 29.11).

A partir de las puntuaciones obtenidas se han establecido dos grupos de clasificación: 1- Sin sintomatología de fatiga y 2- Con sintomatología de fatiga.

A diferencia de la escala original (escala de respuesta Sí-No), se ha utilizado una escala de respuesta en la que se ha tenido en cuenta la frecuencia con que manifiestan los distintos síntomas. Así, se ha adaptado el método de

Contesta "Muchas veces" a:	Contesta "Pocas veces" a:	Grupo
0 síntomas	Menos de 8 síntomas	Sin síntomas de fatiga
0 síntomas	8 síntomas o más	Con síntomas de fatiga
1 síntoma	Menos de 3 síntomas	Sin síntomas de fatiga
1 síntoma	3 síntomas o más	Con síntomas de fatiga
2 síntomas	Menos de 2 síntomas	Sin síntomas de fatiga
2 síntomas	2 síntomas o más	Con síntomas de fatiga
3 síntomas	0 síntomas	Sin síntomas de fatiga
3 síntomas	1 síntomas o más	Con síntomas de fatiga
4 síntomas o más	0 síntomas o más	Con síntomas de fatiga

Tabla 7: Criterios para la clasificación de conductores en función del número de respuestas dadas en cada nivel de frecuencia

obtención de las puntuaciones globales, considerando la asociación de síntomas de frecuencia alta y media.

Finalmente, se han establecido dos grupos de clasificación (en la Tabla 7 se indican los criterios que se han aplicado):

1- Sin sintomatología de fatiga y 2- Con sintomatología de fatiga.

2.4.4 Medicación y conducción (ítems P30 a P34)

En este bloque de preguntas se trata de obtener información sobre aspectos relacionados con el consumo de fármacos y la conducción.

Por un lado, se pretende analizar la prevalencia de conductores que están bajo tratamiento farmacológico o que consumen fármacos para determinados trastornos psicofisiológicos (P30 y P30a), el tipo de fármaco (P31), y si dicho consumo se realiza de forma autoadministrada o controlada por un médico (P32).

Respecto al tipo de fármacos (P31), se ha realizado una clasificación general en cinco grupos que a su vez se desglosan en las siguientes categorías:

1- Antidepresivos

- 1.1. Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina
- 1.2. Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina y serotonina
- 1.3. Tricíclicos
- 1.4. Tetracíclicos
- 1.5. Otros antidepresivos

2- Ansiolíticos

- 2.1. Derivados de la benzodiacepina
- 2.2. Otros ansiolíticos

3- Hipnóticos y sedantes

- 3.1. Agonistas del receptor de melatonina
- 3.2. Imidazopiridina
- 3.3. Otros hipnóticos y sedantes

4- Anti-inflamatorios y analgésicos

5- Otros fármacos

Además, se evalúa el conocimiento de los conductores respecto a los posibles efectos de la medicación consumida en su capacidad para conducir (P33) y la fuente que le ha informado sobre dicha influencia (P33a).

Finalmente, se obtiene una autoevaluación del nivel de conocimiento general que tienen los entrevistados respecto a la influencia del consumo de fármacos en la conducción (P34).

2.4.5 Opiniones relativas al sistema existente y nuevas propuestas (ítems P35 a P37)

En este último bloque de preguntas, se pide a los conductores que evalúen el proceso de valoración de aptitudes psicofísicas que se realiza en nuestro país para la obtención-renovación del permiso de conducir, en términos de fiabilidad (P35) y exhaustividad (P36).

Por otro lado, deben valorar el grado de acuerdo con una medida integral que implique la retirada temporal del permiso derivada de un diagnóstico del médico de cabecera/familia/empresa realizado tras un reconocimiento médico (P37).

2.5 Aplicaciones y formato del cuestionario

FICHA TÉCNICA: Encuesta salud y conducción.

Carácter: Anónimo.

Ámbito: Península Ibérica, Baleares, Canarias, Ceuta y Melilla.

Universo: Conductores.

Tamaño de la muestra: 1.200 entrevistas.

Fecha de realización: Marzo-Abril 2008.

Error muestral: Para un nivel de confianza del 95,5% y $p=q=50$, el error es $\pm 2,9\%$ para el conjunto de la muestra.

Administración: Telefónica, asistida por ordenador (sistema CATI), con un cuestionario semi-estructurado de una duración media de 18 minutos.

El cuestionario se ha aplicado a la muestra de conductores, durante los meses de Marzo y Abril de 2008, a través de entrevistas telefónicas semi-estructuradas, de una duración media de aproximadamente 18 minutos.

Al igual que se ha hecho en anteriores estudios, la aplicación se ha realizado a través de personal previamente formado y especializado en este tipo de tarea. El personal encargado de realizar los pases de la encuesta ha seguido en todo momento las indicaciones del equipo investigador, tanto respecto al formato de la entrevista, como respecto a la codificación de la información registrada.

Los programas de control de calidad se han tenido en cuenta en las distintas fases de desarrollo del estudio: Diseño del cuestionario, Selección y formación de los entrevistadores, Realización del trabajo de campo, Grabación y tabulación de los datos y Depuración y codificación de los datos.

Las preguntas que se han utilizado en el cuestionario pueden clasificarse en función del formato de respuesta, diferenciando varios tipos:

– **Preguntas cerradas:** aquellas en las que se pre-establecen las opciones de respuesta. Se ha procurado que las categorías presentadas para cada enunciado sean exhaustivas (de modo que cualquier respuesta esté considerada entre las categorías planteadas), excluyentes (que una misma respuesta no se pueda recoger en varias de las categorías existentes) y descriptivas (se ajusten al contenido que se está preguntando). En función del número de categorías de respuesta se han considerado:

- Preguntas **dicotómicas:** Aquellas en las que se establecen sólo dos alternativas de respuesta (“Sí”-“No” / Hombre-Mujer...). Este tipo de preguntas facilitan la interpretación de resultados (principalmente cuando se realizan análisis multivariados) y su representación gráfica es mucho más clara.

Por ejemplo: P30a De todas formas, ¿toma, aunque sea de vez en cuando, algún tipo de fármaco o pastilla para relajarse o para dormir?

■ Sí

■ No

- Preguntas **politómicas:** Son aquellas que ofrecen varias alternativas de respuesta.

Se han utilizado tanto preguntas de respuesta única como preguntas de respuesta múltiple.

En las preguntas de respuesta única los sujetos deben señalar una única respuesta. En caso de que puedan darse más de una alternativa, se incide en que el sujeto se limite a “lo más habitual” o “lo más frecuente”. Un ejemplo de este tipo de preguntas politómicas de respuesta única es: P17a ¿Recuerda por qué sintió que no estaba en condiciones para conducir?

■ Por un malestar físico

- Por un malestar emocional o psicológico
- Por ambos

En las preguntas de respuesta múltiple, los sujetos pueden señalar varias respuestas a la vez. El tratamiento estadístico de este tipo de preguntas se realiza individualizadamente para cada alternativa de respuesta, haciéndolas de tipo dicotómica SÍ-NO.

Un ejemplo de este tipo de preguntas politómicas de respuesta múltiple es: P25 ¿Está actualmente bajo tratamiento farmacológico contra o para las siguientes dolencias?

	Depresión
	Ansiedad
	Trastornos del sueño

También se consideran politómicas aquellas preguntas en las que se pide la valoración del sujeto en una escala de respuesta. En este caso, se consideran tantas alternativas como unidades forman la escala de valoración (p.e. 3 alternativas en una escala 1-3), permitiendo que el tratamiento estadístico se realice en formato numérico (de utilidad para poder realizar diferencias de medias entre grupos), o en formato categórico.

Por ejemplo: P20A ¿En qué grado cree usted que “el sueño” puede afectar a la conducción?

1= Nada 2 = Poco 3 = Mucho

- **Preguntas abiertas:** cuestiones que se formulan sin establecer a priori las categorías de respuesta. En nuestro caso se han utilizado dos tipos de preguntas abiertas:
 - Aquellas que están relativamente **acotadas** a un rango o posibilidades de respuesta. Por ejemplo: P7 En sus desplazamientos más frecuentes ¿cuánto tiempo conduce de forma continua y sin descansar?

Las posibilidades de respuesta son finitas y relativamente acotadas a un rango (aunque no es imposible, es muy difícil que el sujeto conteste que ha conducido sin descansar más de 10 horas seguidas).

- Aquellas con formato de respuesta libre. Por ejemplo: P18
¿Cuál era la causa del malestar que le llevó a pensar que no estaba en condiciones para conducir?:_____

El análisis de este tipo de preguntas (y su posterior agrupación en categorías "tipo"), se ha realizado principalmente en base a las respuestas libres de los entrevistados y a criterios establecidos a nivel teórico.

3. METODOLOGÍA DE ANÁLISIS

3.1 Descripción estadística

La codificación de las distintas respuestas de los entrevistados (bien sea directamente, bien sea a partir de agrupaciones o clasificaciones), nos proporciona un conjunto de datos cuantitativos, fundamentalmente de tipo categórico. Se han considerado distintos grupos de técnicas ajustadas a las características específicas de los datos:

Técnicas descriptivas

Por un lado, aquellas propiamente **descriptivas**, se basan principalmente en la interpretación de tablas univariadas (tablas de frecuencias y porcentajes).

Las tablas univariadas son el nivel más básico en el análisis estadístico de cualquier estudio. Consisten en la tabulación de los datos para cada una de las categorías que constituyen cada variable de estudio, sea por medio de frecuencias, porcentajes o ambos.

Este tipo de técnicas permite obtener una perspectiva general de la situación.

Técnicas relacionales

Por otro lado están aquellas técnicas que, además de describir, exploran las relaciones de **interdependencia** entre las variables. El objetivo es analizar si existen distintos patrones de respuesta entre distintos grupos considerados. Desde esta perspectiva, y teniendo en cuenta la tipología de datos analizados (de escala o nominales), se distinguen distintas técnicas de análisis.

Cuando las variables son definidas a partir de datos numéricos de tipo escalar, se han utilizado procedimientos analíticos basados en el contraste de hipótesis sobre medias:

- Pruebas t: permiten contrastar hipótesis referidas a la diferencia entre dos medias (en este estudio las medias siempre han estado asociadas a grupos independientes). La hipótesis nula que se pone a prueba es la hipótesis de igualdad de las medias poblacionales.
- ANOVA de un factor: generalización de la prueba t para muestras independientes, al caso de diseños con más de dos muestras. Los sujetos se asocian a un nivel concreto del factor analizado, y se comparan las medias en los distintos grupos.

Por otro lado, cuando las variables son de tipo categórico, los análisis se han realizado a partir de tablas cruzadas (o de contingencia), con el apoyo de las pruebas estadísticas Chi-cuadrado.

Las tablas cruzadas o de contingencia, son herramientas para explorar más detalladamente cómo se relacionan las distintas variables, categóricas. El procedimiento se basa en el cruce de dos o más variables, y define el nivel de interrelación entre las diferentes categorías de cada una de las dos variables, permitiendo detectar exactamente en qué categoría combinada se sitúa el problema, por lo que la intervención podrá ser mucho más precisa.

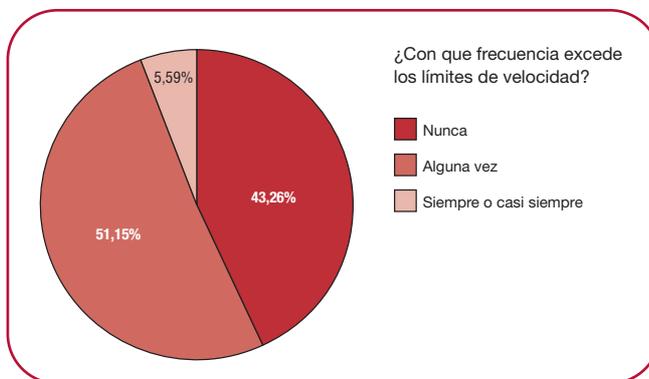
3.2 Representación gráfica

Al tratarse principalmente de datos de tipo categórico, la representación gráfica de los resultados se ha centrado básicamente en la representación de las distribuciones porcentuales de las variables a partir de gráficos de barras o sectores.

También se han utilizado los gráficos de barras para la representación de los resultados de tipo numérico (representaciones de medias).

Gráfica de sectores

La gráfica de sectores es aquella en la que cada categoría queda representada por un sector, proporcional a la frecuencia o al porcentaje obtenido por dicha categoría en



Gráfica 7: Distribución porcentual de los conductores en función de la frecuencia con que exceden los límites de velocidad

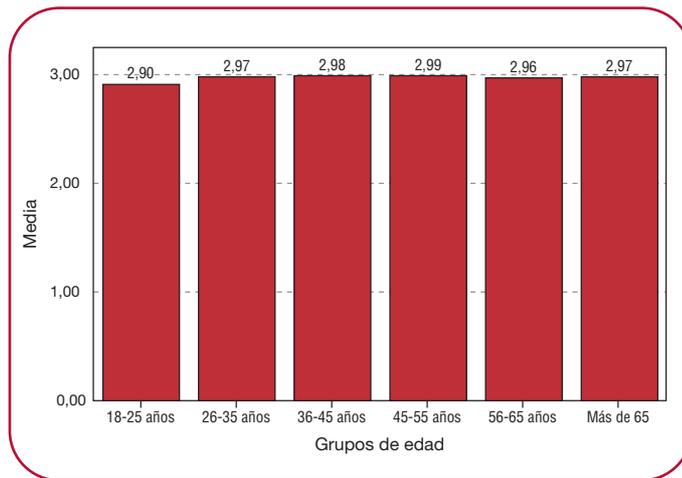
un ejemplo que representa la frecuencia con la que los conductores exceden los límites de velocidad.

Gráfica de barras

Las gráficas de barras permiten comparar la relevancia de cada una de las categorías o grupos, y son muy utilizadas sobre todo en la representación de variables nominales o categóricas.

una variable dada. Si el número de categorías es elevado esta gráfica no es adecuada. Tampoco es muy adecuada para representar porcentajes relativos de tablas cruzadas. En la Gráfica 7 tenemos

Cuando se utilizan para la representación gráfica de medias, en el eje de abscisas aparecen los distintos grupos comparados, y en el de ordenadas se representa el valor promedio obtenido por cada grupo en la escala asociada a la variable medida (Gráfica 8).



Gráfica 8: Valoración promedio del efecto del sueño sobre la capacidad de conducir, en función del grupo de edad

una de las alternativas supone. La suma de los porcentajes de cada categoría es igual a cien.

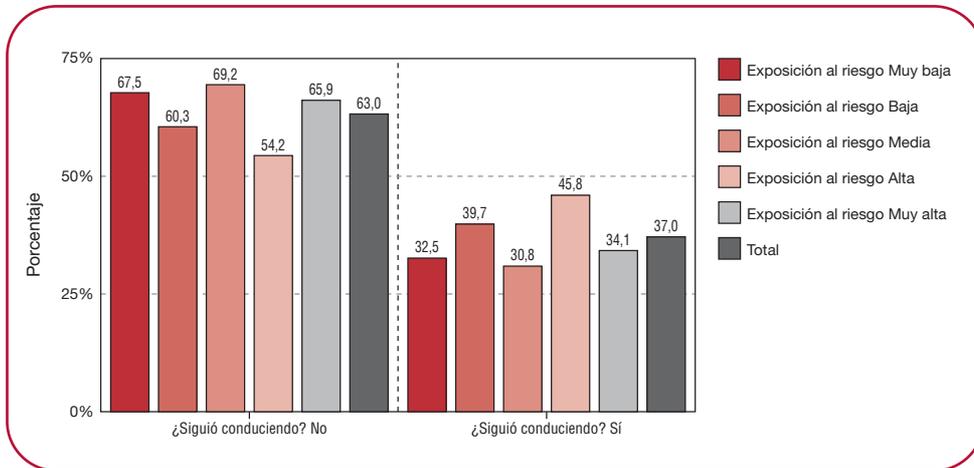
Este tipo de gráficos también permiten representar los porcentajes relativos que se dan en las tablas de contingencia. El objetivo es comparar visualmente las diferencias porcentuales entre los grupos, teniendo en cuenta los porcentajes estimados como promedio a nivel general.

Así por ejemplo, en la Gráfica 9 se representa la distribución de conductores que deciden conducir o no, cuando perciben que no están en condiciones para hacerlo, en función del nivel de exposición al riesgo. La suma de los porcentajes indicados en las barras del mismo color suma 100%.

Teniendo en cuenta que si no existiesen diferencias significativas entre los distintos grupos, las distribuciones deberían parecerse a la mostrada en las barras negras, podemos destacar que el grupo de conductores que tienen exposición al riesgo alta deciden seguir conduciendo, en mayor medida que el resto de grupos (el porcentaje de

Cuando se utilizan para la representación de variables nominales, en el eje de las abscisas aparecen las categorías de la variable dada, y en el eje de las ordenadas se representa el porcentaje o la frecuencia que cada

conductores que sigue conduciendo aumenta a un 45,8%, frente al 37% general).



Gráfica 9: Distribución porcentual de conductores que deciden conducir o no, en función del nivel de exposición al riesgo

En este punto debemos señalar el hecho de que la representación gráfica de los porcentajes reflejados en las tablas de contingencia se puede realizar a partir de los porcentajes de fila, o a partir de los porcentajes de columna, en función de la variable sobre la que se basa la distribución porcentual que queremos destacar (recordemos que en las tablas de contingencia se ponen en relación dos variables). Este aspecto se puede detectar en los gráficos, localizando las barras que en conjunto sumen el 100% (en la mayoría de los casos representadas por el mismo color de barra o porque se disponen en barras anexas, aunque no siempre es así).

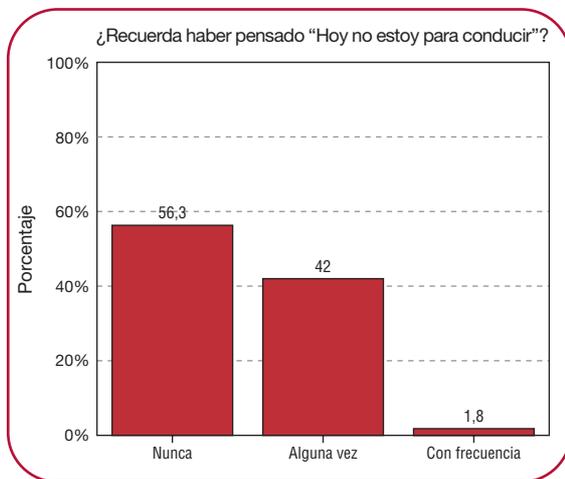
4. RESULTADOS

4.1 Alteraciones psicofísicas y conducción

4.1.1 Incidencia y tipos de alteraciones que afectan a los conductores españoles

4.1.1.1. Alteraciones y conducción

Como se puede apreciar en la Gráfica 10, un porcentaje considerable de conductores reconoce que en algún



momento ha considerado que no se encontraba en condiciones adecuadas para llevar a cabo la tarea de conducir un vehículo.

Concretamente, el 42% alguna vez y tan sólo el 1,8% con frecuencia.

Como vemos, el porcentaje de personas que dice haber estado siempre en condiciones idóneas para conducir un vehículo supera el 50%.

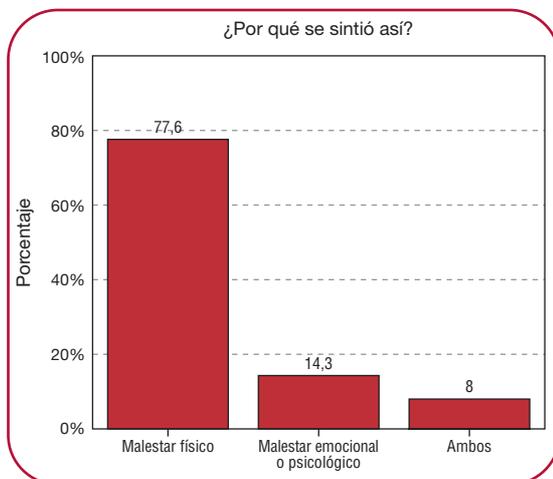
Gráfica 10: Distribución porcentual de conductores en función de la frecuencia con que han pensado que no estaban en condiciones para conducir

4.1.1.2. Tipos de alteraciones

Si nos fijamos en las razones que llevan a los conductores españoles a pensar que no están en condiciones para conducir, podemos observar (Gráfica 11) que los principales argumentos que se dan, están relacionados con la esfera de la salud física, mientras que el ámbito emocional o psicológico explica en menor medida este tipo de pensamientos.

4.1.1.3. Alteraciones concretas

Si realizamos un análisis detallado, las causas concretas citadas más frecuentemente por nuestros conductores son el cansancio, el alcohol, emociones negativas (preocupaciones), sueño, dolores de cabeza y resfriados o



Gráfica 11: Distribución porcentual de los conductores que han pensado que no estaban en condiciones para conducir, en función del tipo de malestar que argumentan para tener ese pensamiento

gripes (aproximadamente el 78% de las razones expresadas).

En rasgos generales observamos que los estados emocionales o psicológicos son citados con menos frecuencia que los físicos, y cuando así ha sido, se han referido sobre todo a emociones negativas. En cambio, el estrés y/o la depresión son citadas con poca frecuencia por nuestros conductores.

Esto se puede explicar de dos formas. Bien porque los conductores son menos conscientes de los deterioros o alteraciones emocionales que de sus disfunciones físicas a la hora de decidir si están en condiciones para conducir, o tal vez porque realmente las alteraciones físicas son las principales responsables de los estados que dificultan o imposibilitan la conducción.

En la Tabla 8 y la Gráfica 12 se diferencian las distintas razones manifestadas por los conductores, en función del tipo de molestia que supone para ellos. Destacar que el efecto negativo que determinadas razones tienen sobre las capacidades de conducción, es de matiz físico o emocional en función de la percepción que le dan los propios conductores. Así, por ejemplo, los conductores destacan tanto molestias físicas como molestias psicológicas o emocionales en estados como el cansancio, el sueño, la falta de ganas, el alcohol, la depresión, ansiedad y estrés y en enfermedades como los resfriados entre otras.

4.1.2. Comportamiento ante la incidencia de alteraciones psicofísicas

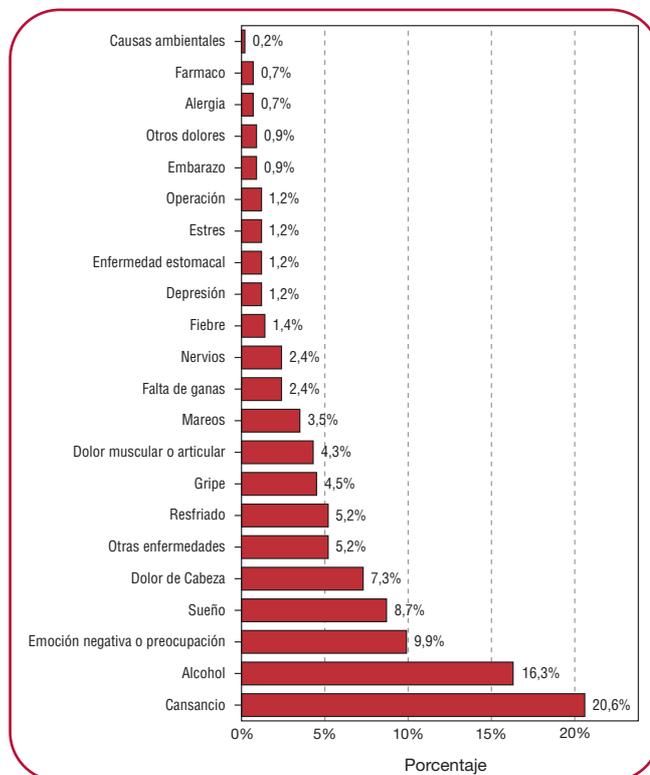
4.1.2.1. Consistencia percepción subjetiva de encontrarse mal y conducción

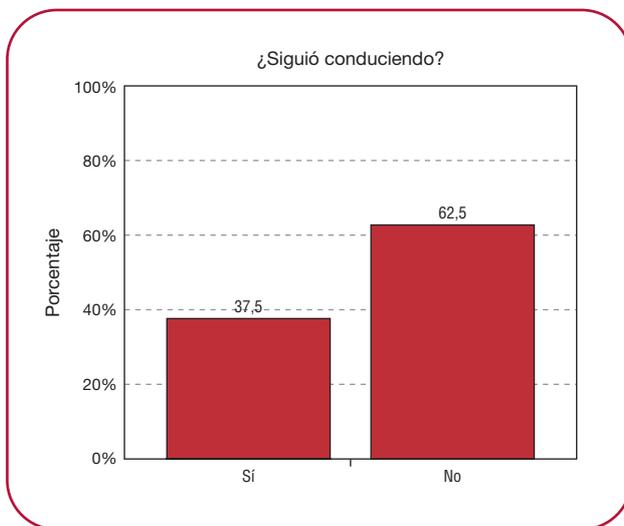
Como hemos visto, cerca del 44% de personas reconoce

CAUSAS FÍSICAS	CAUSAS EMOCIONALES O PSICOLÓGICAS	AMBAS CAUSAS
Enfermedad o malestar físico (43,5%): – Dolor de cabeza (8,8%) – Resfriado (5,8%) – Gripe (5,8%) – Otras enfermedades (5,5%) – Dolor muscular o articular (5,5%) – Mareos (4,6%) – Fiebre (1,5%) – Operación (1,5%) – Enfermedad estomacal (1,2%) – Embarazo (1,2%) – Otros dolores (1,2%) – Alergia (0,9%) Cansancio/Sueño/Desgana (34,3%): – Cansancio (24%) – Sueño (9,7%) – Falta de ganas (0,6%) Alcohol (19,5%) Depresión/Ansiedad y Estrés (1,5%): – Nervios (0,9%) – Depresión (0,3%) – Estrés (0,3%) Otras (1,2%): – Fármacos (0,9%) – Causas ambientales (0,3%)	Emociones negativas o preocupaciones (58,6%) Cansancio/Sueño/Desgana (19%): – Falta de ganas (10,3%) – Cansancio (6,9%) – Sueño (1,7%) Depresión/Ansiedad y Estrés (13,8%): – Nervios (10,3%) – Depresión (1,7%) – Estrés (1,7%) Enfermedad o malestar físico (5,2%): – Otras enfermedades (3,4%) – Resfriado (1,7%) Alcohol (3,4%)	Cansancio/Sueño/Desgana (26,9%): – Cansancio (15,4%) – Sueño (3,8%) – Falta de ganas (7,7%) Emociones negativas o preocupaciones (26,9%) Enfermedad o malestar físico (23,1%): – Dolor de cabeza (7,7%) – Otras enfermedades (3,8%) – Resfriado (7,7%) – Enfermedad estomacal (3,8%) Depresión/Ansiedad y Estrés (15,4%): – Depresión (7,7%) – Estrés (7,7%) Alcohol (7,7%)

Tabla 8: Causas por las que los conductores piensan que no están en condiciones para conducir (distribución porcentual en función del tipo de malestar)

Gráfica 12: Causas por las que los conductores piensan que no están en condiciones para conducir (distribución porcentual general)



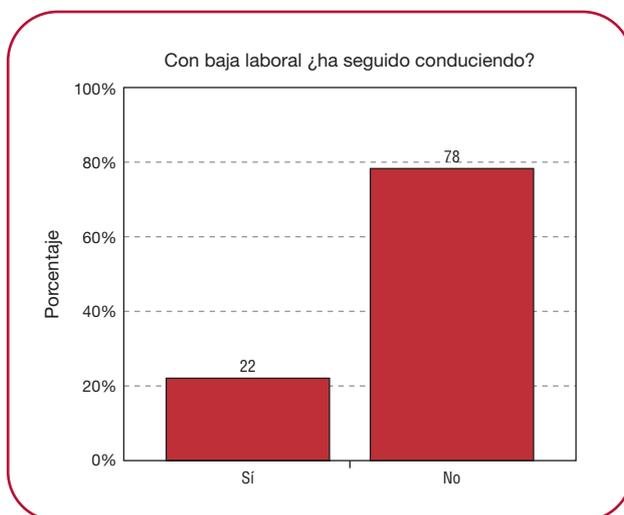


Gráfica 13: Distribución porcentual de los conductores que, pensando que no estaban en condiciones para conducir, decidieron seguir conduciendo o no

decidió no conducir, el 37,5% señala que prefirió hacer uso del vehículo en ese momento.

4.1.2.2. Consistencia condición real de incapacidad y conducción

Como podemos apreciar en la Gráfica 14, el 22% de conductores indica que cuando se ha encontrado de baja

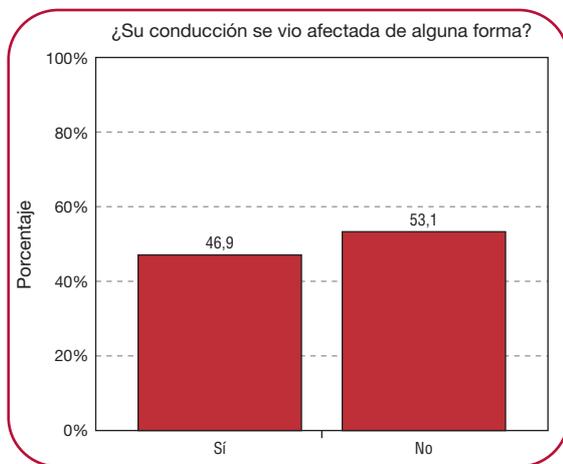


Gráfica 14: Distribución porcentual de los conductores que han seguido conduciendo en una situación de baja laboral

laboral no ha dejado de conducir, mientras que la mayoría (78%) señala que en esta situación no ha hecho uso del vehículo. En este sentido, independientemente del motivo que haya generado la baja laboral, y como hemos señalado, hay un porcentaje considerable de conductores que decide hacer uso del vehículo. No debemos olvidar que muchos de estos estados son incapacitantes (y por tanto incompatibles) para desempeñar de forma segura la tarea de la conducción.

que en algún momento de su vida no ha estado en plenas capacidades para conducir un vehículo con seguridad. Visto este resultado, es preocupante el porcentaje de aquellos que, pese a no encontrarse en las mejores condiciones, decidieron llevar a cabo esta tarea. Como se aprecia en la Gráfica 13, mientras que el 62,5%

laboral no ha dejado de conducir, mientras que la mayoría (78%) señala que en esta situación no ha hecho uso del vehículo. En este sentido, independientemente del motivo que haya generado la baja laboral, y como hemos señalado, hay un porcentaje considerable de conductores que decide

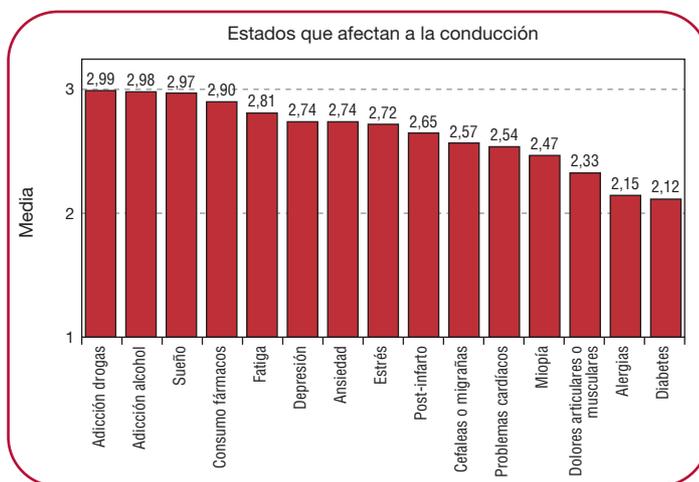


Gráfica 15: Distribución porcentual de los conductores que perciben si la tarea de conducción se vio afectada o no (la muestra de conductores se limita a aquellos que pese a no encontrarse en condiciones para conducir, decidieron hacerlo)

decidieron hacerlo, el 46,9% reconoce que esta tarea se vio afectada de alguna forma (Gráfica 15). Por tanto, parece que debemos apostar por acciones y medidas de carácter preventivo orientadas a concienciar adecuadamente acerca de los riesgos derivados de una conducción bajo un estado físico o emocional alterado.

4.1.3.2. Percepción de afección de diversos estados

La conducción es una tarea que requiere de numerosas



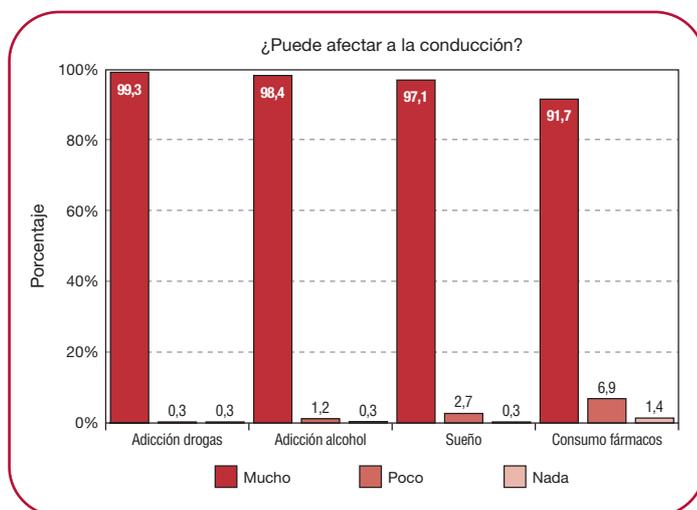
Gráfica 16: Estimación del efecto de determinados estados de salud en la conducción (promedio general del total de conductores)

capacidades en pleno rendimiento. Diversos estados de salud son susceptibles de incidir negativamente sobre estas capacidades. Así, los conductores españoles consideran que los estados que más afectan negativamente a la conducción de vehículos son la adicción a las drogas o al alcohol, así como el sueño y el consumo de fármacos, mientras que los estados considerados más inocuos son la diabetes, las alergias, o los dolores articulares o musculares. En la Gráfica 16

4.1.3. Percepción de los conductores españoles de la influencia de alteraciones y enfermedades sobre la conducción

4.1.3.1. Percepción de afección en alteraciones sufridas

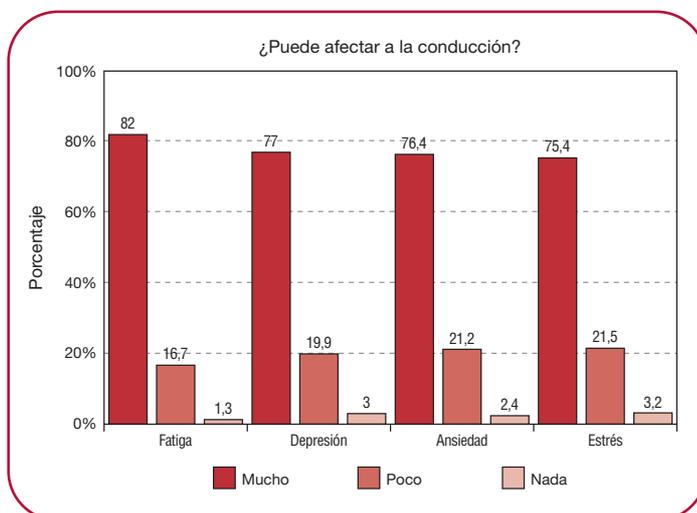
De aquellos que han indicado que, pese a no encontrarse en condiciones "para conducir"



Gráfica 17: Distribución porcentual de conductores en función de su valoración del grado en que las adicciones y el sueño afectan a la conducción

totalidad de los conductores considera que las adicciones (a las drogas, alcohol o fármacos) y el sueño afectan de forma muy importante a la conducción (Gráfica 17).

En el siguiente bloque de estados, básicamente psicopatológicos (Gráfica 18), se observa un aumento significativo del porcentaje de conductores que consideran



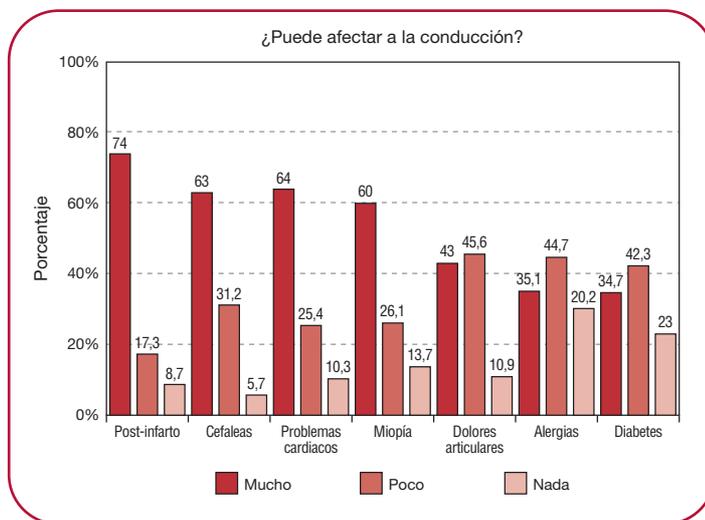
Gráfica 18: Distribución porcentual de conductores en función de su valoración del grado en que la fatiga, depresión, ansiedad y estrés afectan a la conducción

conducción, según la valoración de los conductores.

Destacamos que aproximadamente el 56% de los conductores considera que los dolores articulares afectan poco o nada, y alrededor del 65% en el caso de las alergias y la diabetes (Gráfica 19).

podemos observar la ordenación en función del grado de afectación sobre la conducción estimado por los conductores españoles. Si vemos con detalle cada uno de los estados de salud, podemos destacar cómo prácticamente la

que el efecto es bajo (alrededor de un 20% en el caso de la depresión, y hasta un 21% cuando se valora la ansiedad y el estrés). Finalmente, los trastornos y problemas físicos de salud, son los que menos influyen en la

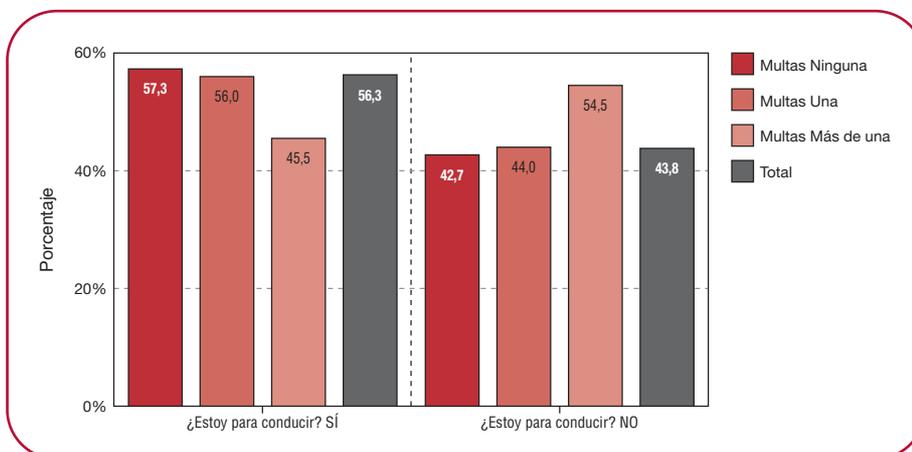


Gráfica 19: Distribución porcentual de conductores en función de su valoración del grado en que enfermedades y trastornos físicos afectan a la conducción

Los conductores de las comunidades autónomas de Canarias y Galicia, aquellos de edades comprendidas entre los 26-35 años, los que conducen indistintamente durante el día o la noche, han sufrido un accidente como conductor a lo largo de su vida y aquellos que han sido multados en más de una ocasión (Gráfica 20) destacan sobre el resto de conductores por ser quienes en mayor medida reconocen haber pensado que “no

4.1.4. Alteraciones psicofísicas en función de algunas variables

4.1.4.1. Alteraciones y conducción



Gráfica 20: Distribución porcentual de conductores que nunca, o alguna vez, han pensado que no estaban en condiciones para conducir, en función de las sanciones recibidas

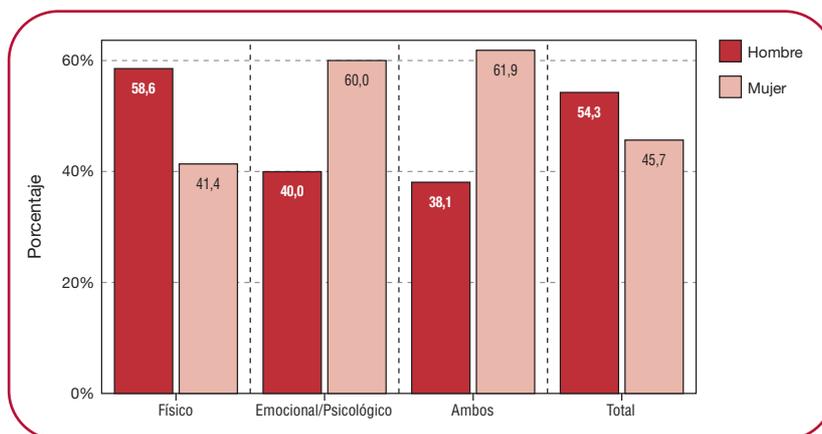
estaban para conducir” en alguna ocasión (alguna vez o con frecuencia). En cambio, los de Madrid, aquellos con 56-65 años de edad, más experimentados (más de 30 años de conducción), los que se desplazan fundamentalmente por motivos personales o de ocio, y aquellos que conducen sobre todo durante el día destacan por la tendencia contraria.

En cambio no influyen en este sentido las siguientes variables: tamaño de la población de residencia, sexo, exposición al riesgo, tipo de vehículo, horas de conducción continuada en los trayectos habituales, tipo de vía empleado con más frecuencia, riesgo asumido, actividad profesional, tipo de profesión u horario de trabajo.

4.1.4.2. Tipos de alteraciones

a) Diferencias entre grupos

Dentro del grupo de conductores que reconoce que en alguna ocasión o con frecuencia no se ha sentido en condiciones adecuadas para conducir, destacan por mencionar en mayor medida un malestar **físico**, sobre todo los hombres y aquellos conductores que utilizan fundamentalmente el vehículo para ir o volver del trabajo (*in itinere*). En cambio, las mujeres y aquellos conductores que emplean el vehículo sobre todo por motivos personales o para ocio, mencionan en mayor medida un malestar emocional o **psicológico** como causa. Por otro lado, son más mujeres que hombres, y en mayor medida que el resto, los jóvenes de 18-25 años quienes señalan ambos



Gráfica 21: Distribución porcentual de hombres y mujeres en función del tipo de malestar que perciben cuando piensan que no están para conducir

tipos de malestar. Por último, aquellos con una exposición al riesgo muy baja señalan, en menor medida que el resto, situaciones relacionadas con un malestar físico que han generado el pensamiento de "hoy no estoy para conducir".

En la Gráfica 21, se han representado los porcentajes de hombres y mujeres que manifiestan cada uno de los tipos

de molestias (el 60% de los conductores que manifiestan molestias emocionales son mujeres, mientras que las molestias físicas son reconocidas por hombres en un 58,6%).

No es determinante para el tipo de malestar el tamaño de la población de residencia o la Comunidad Autónoma, el tipo de vehículo, la experiencia en la conducción, la conducción diurna / nocturna, las horas de conducción continua, el tipo de vía usado con más frecuencia, los accidentes sufridos como conductor a lo largo de toda la vida, las multas recibidas en los últimos tres años sin considerar las de aparcamiento, el riesgo asumido, la actividad profesional, el tipo de profesión o el horario de trabajo.

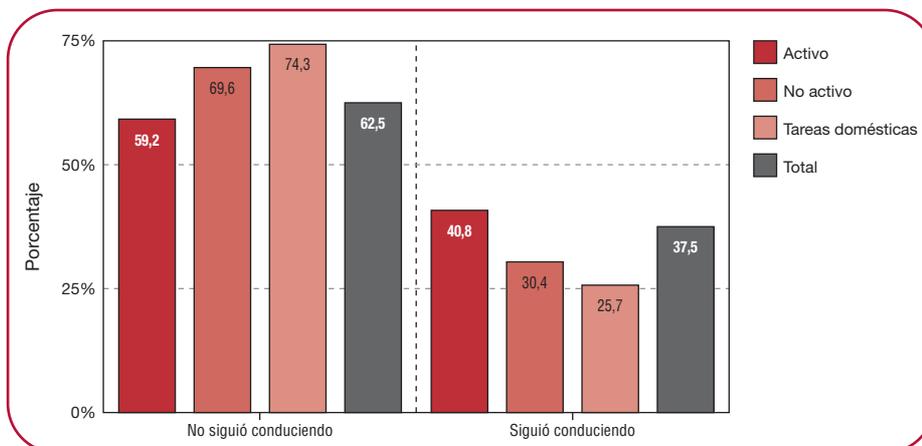
b) Relación con otras variables

No podemos establecer una relación significativa entre la frecuencia (alguna vez o frecuentemente) con la que los conductores reconocen no haber estado en condiciones óptimas para conducir, y el tipo de malestar causante.

4.1.4.3. Consistencia percepción subjetiva de encontrarse mal y conducción

a) Diferencias entre grupos

Recordemos que, de aquellos que señalaron que habían pensado que en alguna ocasión o con frecuencia no estaban en condiciones para conducir, el 62,5% no condujo el vehículo en esa ocasión mientras que el restante 37,5% sí. Los hombres, los conductores de más de 65 años, aquellos que no asumen riesgos durante la conducción, los que en la actualidad no están trabajando y aquellos que trabajan por cuenta propia son quienes señalaron en mayor medida que el resto de conductores que no condujeron el vehículo. En cambio, quienes a pesar de considerar que no estaban en las mejores condiciones para conducir decidieron hacerlo son, en mayor medida, mujeres, conductores más expuestos al riesgo (exposición al riesgo alta), y los conductores que en la actualidad están trabajando.



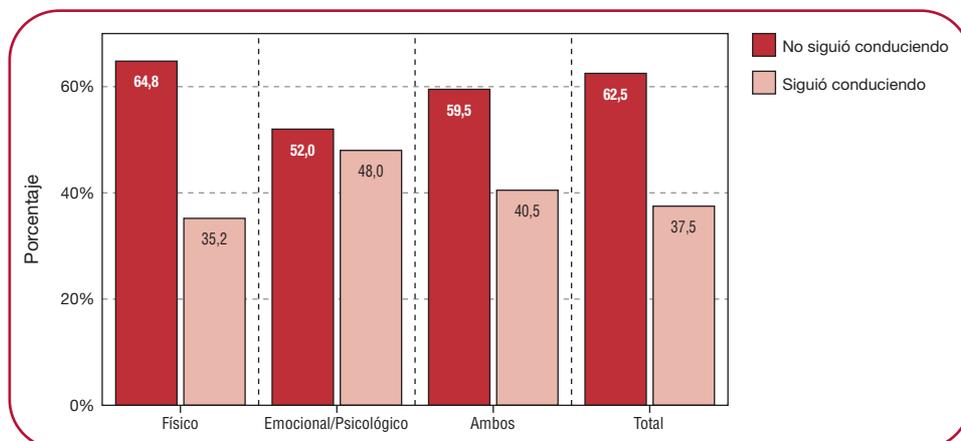
Gráfica 22: Distribución porcentual de conductores que siguieron conduciendo o no, en función de la actividad laboral

Respecto a este último resultado, podemos ver en la Gráfica 22, que el porcentaje de conductores que decide finalmente conducir pese a no estar en condiciones de hacerlo es sólo de un 26% en el grupo que se dedica a tareas domésticas, y de un 30% en el grupo de conductores que no están en activo laboralmente. Frente a esto, aproximadamente el 41% de los conductores en activo toman esta decisión de riesgo.

En este caso, la decisión de conducir o no el vehículo en estas circunstancias es independiente del tamaño de la población de residencia, la Comunidad Autónoma, tipo de vehículo, la experiencia en la conducción, el motivo de desplazamiento, la conducción diurna / nocturna, las horas de conducción continuada en los desplazamientos frecuentes, el tipo de vía empleado en mayor medida, los accidentes sufridos como conductor a lo largo de toda la vida, las multas recibidas en los últimos tres años (exceptuando las de aparcamiento), o el horario laboral.

b) Relación con otras variables

No podemos establecer una relación significativa entre la frecuencia (alguna vez o frecuentemente) con la que los conductores reconocen no haber estado en condiciones óptimas para conducir, con la decisión de conducir o no en esa situación.



Gráfica 23: Distribución porcentual de conductores que siguieron conduciendo o no, en función del tipo de malestar que perciben cuando piensan que no están para conducir

Por otro lado, los conductores que citan un malestar físico como causa de su “incapacidad” para conducir, indican en mayor medida que aquellos que señalan un malestar emocional o psicológico, que bajo esas circunstancias decidieron no hacer uso del vehículo. Así, podemos deducir que es más probable que los conductores sigan conduciendo en el caso de que se encuentren bajo un malestar psicológico o emocional, que si se encuentran afectados físicamente (Gráfica 23).

4.1.4.4. Consistencia condición real de incapacidad y conducción

a) Diferencias entre grupos

La mayoría de conductores (78%) señala que no conduce en caso de encontrarse de baja laboral y son sobre todo los residentes en poblaciones de más de 500.000 habitantes, los jóvenes de 18-25 años, los conductores con uno o dos años de experiencia en la conducción, aquellos que se desplazan más por motivos de ocio o personales, los que no han sufrido ningún accidente como conductor durante toda su vida, aquellos que no asumen riesgos en la conducción y las personas que se dedican a las tareas domésticas.

En el caso contrario se encuentran los residentes de poblaciones pequeñas (hasta 10.000 y entre 10.001-20.000 habitantes), los conductores de Baleares, aquellos que se

desplazan en mayor medida por motivos de ocio y laborales, los que básicamente circulan por carretera convencional en sus trayectos, los conductores que han sufrido más accidentes como conductor en su vida, aquellos que han sido multados en más de una ocasión durante los tres años previos, los conductores con un riesgo medio y aquellos que no están actualmente en activo.

En cambio, la decisión de conducir o no estando de baja laboral es independiente del sexo, la exposición al riesgo, el tipo de vehículo, la conducción diurna / nocturna, las horas de conducción continua, la profesión o el horario de trabajo.

b) Relación con otras variables

Los conductores que reconocen que en alguna ocasión no han estado para conducir son quienes sobre todo destacan por indicar que en caso de estar de baja laboral han seguido conduciendo. Así, el 28,2% (frente al 22% de la media de conductores) señala haber conducido en estas circunstancias. Por otro lado, los conductores que señalan haber estado siempre en condiciones para conducir indican en mayor medida no hacer uso del vehículo en situación de baja laboral.

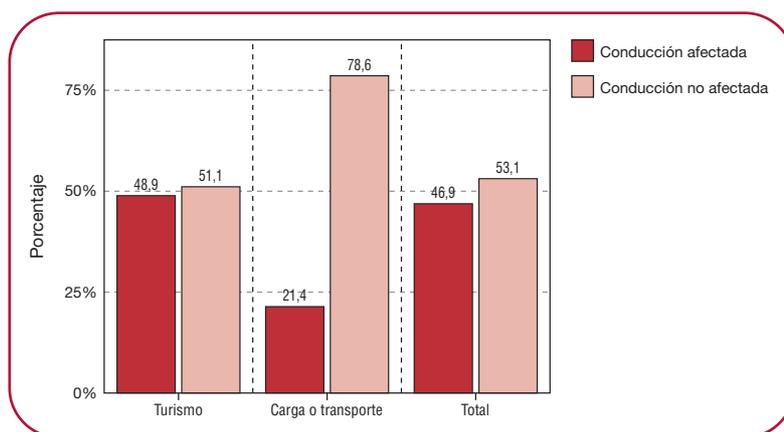
En cambio, el tipo de malestar causante de las situaciones en las que los conductores han pensado que no estaban en condiciones adecuadas para conducir no se relaciona de forma significativa con la decisión de conducir o no en caso de estar de baja.

Por último, podemos destacar además que la decisión de conducir o no en caso de estar de baja, no influye en la decisión de conducir o no cuando se percibe que no está en condiciones óptimas para hacerlo.

4.1.4.5. Percepción deafección en alteraciones sufridas

a) Diferencias entre grupos

El 46,9% de los conductores que señaló que a pesar de no encontrarse para conducir decidió hacerlo, reconoció que su conducción se vio afectada por este malestar. Dentro de este grupo destacan sobre todo los hombres, los conductores de turismo y aquellas personas que en la actualidad están trabajando. En cambio, el 53,1% de aquellos que se pusieron al volante a pesar de "no estar para conducir" indicó que no se vio influida su conducción. En este caso destacan las mujeres, los conductores de vehículos de carga o transporte (Gráfica 24), aquellos que conducen indistintamente de día o de noche y los que no están trabajando.



Gráfica 24: Distribución porcentual de conductores que consideran que su conducción se vio afectada o no, tras conducir pese a no encontrarse en condiciones de hacerlo, en función del tipo de vehículo

Comunidad Autónoma, edad, exposición al riesgo, experiencia en la conducción, motivo de desplazamiento, horas de conducción continuada en los desplazamientos frecuentes, tipo de vía empleado en mayor medida, accidentes sufridos como conductor a lo largo de toda la vida, multas recibidas en los últimos tres años (exceptuando las de aparcamiento), riesgo asumido al volante, tipo de profesión u horario laboral.

b) Relación con otras variables

Además, no podemos establecer una relación significativa entre la frecuencia (alguna vez o frecuentemente) con la que

No podemos establecer diferencias significativas si atendemos a las siguientes variables: tamaño de la población de residencia,

los conductores reconocen no haber estado en condiciones óptimas para conducir, con la valoración de si la situación en la que finalmente decidió conducir afectó o no a la conducción.

El tipo de malestar causante de las situaciones en las que los conductores han pensado que no estaban en condiciones adecuadas para conducir (físico, psicológico o una mezcla de las dos) no se relaciona de forma significativa con el grado en que los conductores estiman que su conducción se vio afectada (en el caso de aquellos que decidieron ponerse al volante).

4.1.4.6. Percepción de afección de diversos estados

a) Diferencias entre grupos

Uno de los ítems del cuestionario planteaba la influencia sobre la capacidad de conducir asociada a diferentes estados. La ordenación de la influencia sobre la conducción atribuida a los diversos estados de salud analizados es prácticamente la misma en todos los grupos comparados.

Veamos con detalle la variabilidad encontrada en los siguientes estados: sueño, adicción al alcohol, las drogas o consumo abusivo de fármacos, depresión, ansiedad y fatiga. En el caso del **sueño**, si bien la valoración acerca de la influencia negativa de este estado sobre la conducción es elevada, la estimación realizada por las mujeres es ligeramente superior a la de los varones.

En cuanto a la edad, todos los grupos consideran que el sueño puede afectar de forma importante sobre el desempeño seguro de la conducción, pero la valoración de los jóvenes de 18-25 años es significativamente menor que la realizada por los conductores del resto de edades.

Por otro lado, si consideramos la evaluación realizada acerca de la influencia del sueño sobre la conducción atendiendo a los años de experiencia en la conducción, podemos

comprobar cómo la valoración realizada por los conductores menos expertos (menos de un año de experiencia) es menor que la llevada a cabo por aquellos conductores con 11-30 años de experiencia (11-20 y 21-30). Aún así, la estimación realizada por todos los grupos citados es elevada.

Considerando el uso fundamental que se hace del vehículo, la valoración de la influencia negativa del sueño sobre la conducción es mayor en el caso de los conductores que se desplazan *en misión* (durante el desempeño de su trabajo) que la realizada por los que sobre todo se desplazan por motivos personales o por ocio.

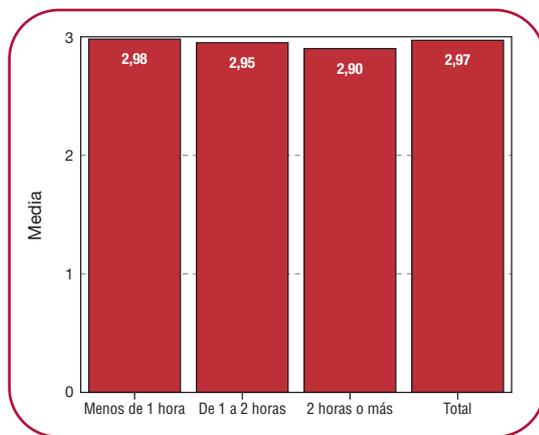
Por otro lado, aquellos que conducen sobre todo por el día valoran, de forma significativamente superior que aquellos que conducen de forma indistinta por el día o por la noche, la influencia negativa del sueño sobre la conducción.

Si atendemos al tiempo de conducción continua, podemos observar que aquellos que en sus desplazamientos más frecuentes conducen menos de una hora seguida atribuyen un mayor efecto negativo al sueño que aquellos que conducen dos horas o más durante estos trayectos (Gráfica 25).

Por último, los que conducen por zona urbana consideran que la influencia del sueño sobre la conducción es mayor que la estimación realizada por los que sobre todo conducen por autopista.

En cambio, el tamaño de la población de residencia, Comunidad Autónoma, exposición al riesgo, tipo de vehículo, accidentes sufridos como conductor a lo largo de toda la vida, multas recibidas en los últimos tres años (exceptuando las de aparcamiento), riesgo asumido al volante, actividad laboral, tipo de profesión u horario laboral no influyen en la valoración realizada sobre el efecto del sueño en la capacidad para conducir.

Por otro lado, no existen diferencias en ninguno de los grupos comparados en nuestro estudio, en la valoración



Gráfica 25: Valoración promedio del efecto del sueño sobre la conducción en función de las horas de conducción continua

depresión influye de forma menos importante (sin perder de vista que la puntuación media fue de 2,74 sobre 3), que los que habitan en poblaciones menores (hasta 10.000; de 10.000-20.000 y de 100.001 a 500.000 habitantes).

Además, los conductores de turismo atribuyen una mayor influencia negativa de la depresión sobre la capacidad de conducir que las personas que habitualmente conducen vehículos de carga o transporte.

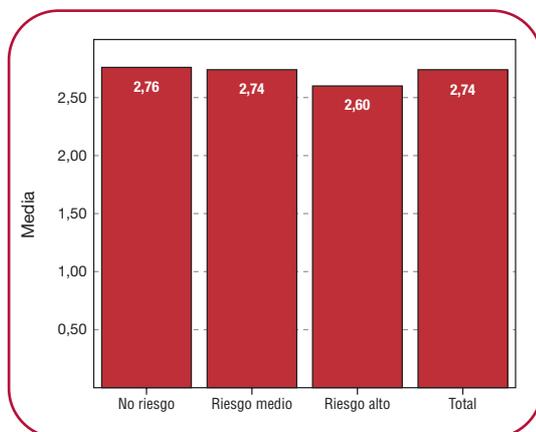
Por otro lado, los conductores que forman parte del grupo de no riesgo (es decir, no asumen habitualmente riesgos en la conducción) estiman de forma significativamente mayor la influencia de la depresión sobre la conducción que los conductores de riesgo alto, esto es, que con frecuencia realizan conductas de riesgo al volante (Gráfica 26).

No se observan diferencias significativas en la valoración de la influencia de la depresión sobre la conducción en función de la Comunidad Autónoma, el sexo, la edad, la exposición al riesgo, la experiencia en la conducción, el motivo de desplazamiento, la conducción diurna / nocturna, las horas de conducción continuada en los desplazamientos frecuentes, el tipo de vía empleado en mayor medida, los accidentes sufridos como conductor a lo largo de toda la vida, las multas recibidas en los últimos tres años (exceptuando las de aparcamiento), la actividad laboral,

realizada sobre la influencia que la

adicción al alcohol, las drogas y el consumo abusivo de fármacos tiene para la conducción.

Si analizamos otro de los estados planteados en esta investigación, podemos observar que los residentes en poblaciones de más de 500.000 habitantes consideran que la

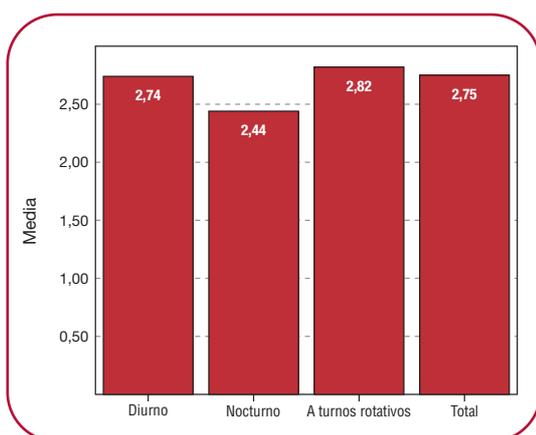


Gráfica 26: Valoración promedio del efecto de la depresión sobre la conducción en función del nivel de riesgo asumido

en una escala de 1-3) que la que señalan los que indistintamente hacen uso del vehículo por motivos laborales o de ocio.

Si nos centramos en las horas de conducción continua que los conductores emplean en sus desplazamientos habituales, aquellos que conducen durante menos de una hora consideran que la ansiedad es un estado que influye más sobre la conducción si lo comparamos con la estimación realizada por los conductores que están dos horas o más al volante durante sus trayectos habituales.

En el caso de la influencia de los horarios de trabajo, los



Gráfica 27: Valoración promedio del efecto de la ansiedad sobre la conducción en función de los horarios de trabajo

conductores que tienen horario de trabajo diurno señalan que la ansiedad es más negativa para la conducción que los que trabajan en horario nocturno (Gráfica 27). Además, estos últimos (horario nocturno) consideran que es menor la influencia de la ansiedad en la conducción que los que trabajan a turnos rotativos. No influyen en esta valoración las siguientes variables: tamaño de la población de residencia, Comunidad Autónoma, sexo, edad, exposición al riesgo, tipo de vehículo, experiencia en la conducción, conducción durante el día o la noche, tipo de vía empleado en mayor

el tipo de profesión o el horario laboral.

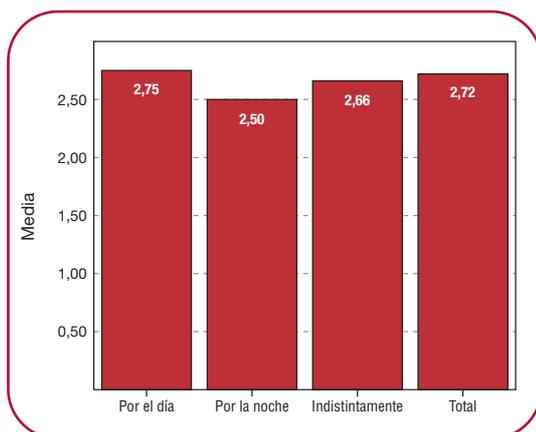
En cuanto a la influencia que se le atribuye a la **ansiedad**, si tenemos en cuenta el uso que se hace del vehículo, aquellos conductores que sobre todo se desplazan por motivos personales o por ocio estiman que la influencia de la ansiedad es menor (si bien la puntuación global fue de 2,74

medida, accidentes sufridos como conductor a lo largo de toda la vida, multas recibidas en los últimos tres años (exceptuando las de aparcamiento), riesgo asumido al volante, actividad laboral o tipo de profesión.

En el caso de la valoración realizada sobre la influencia del **estrés** en la conducción, la puntuación media global fue de 2,72. Considerando la experiencia en la conducción, podemos resaltar las diferencias encontradas entre los conductores con 21-30 años de experiencia y aquellos con más de 30 años de experiencia en la conducción. En este caso, la valoración de la influencia del estrés sobre la conducción es menor en el caso de los conductores más experimentados.

Analizando el motivo de desplazamiento habitual, podemos destacar la mayor valoración del estrés sobre la conducción realizada por los que se desplazan indistintamente por motivos laborales o de ocio en comparación con la estimación efectuada por los que sobre todo conducen por motivos personales o de ocio.

Por último, los que conducen fundamentalmente durante el día atribuyen una mayor influencia del estrés sobre la



Gráfica 28: Valoración promedio del efecto del estrés sobre la conducción en función de la conducción diurna/nocturna

conducción, que los conductores que hacen uso del vehículo indistintamente durante el día o la noche (Gráfica 28). En este caso, el tamaño de la población de residencia, la Comunidad Autónoma, sexo, edad, exposición al riesgo, tipo de vehículo, horas de conducción continuada en los desplazamientos frecuentes, tipo de vía empleado en mayor medida, accidentes sufridos como conductor a lo largo de toda la vida, multas recibidas en los últimos tres años (exceptuando las de aparcamiento), riesgo asumido al volante, actividad laboral, tipo de profesión u

horario laboral no influyen en la valoración realizada por los conductores.

La valoración de la influencia de la **fatiga** sobre la conducción que han realizado los conductores es la misma independiente de los grupos comparados en este estudio.

b) Relación con otras variables

Ni el hecho de recordar con cierta frecuencia no estar para conducir, ni las situaciones concretas causantes de ese malestar (físico, psicológico o ambos), ni la decisión de conducir o no en esas circunstancias, ni el nivel de afectación a la conducción en caso de hacerlo, influyen de forma significativa sobre la valoración realizada acerca del efecto que sobre la capacidad de conducir tienen ciertos estados de salud: sueño, adicciones, depresión, ansiedad, estrés y fatiga.

Tanto en el caso de la valoración realizada sobre los efectos de la adicción al alcohol, las drogas o el consumo abusivo de fármacos sobre la conducción, como en la efectuada sobre los efectos de la ansiedad, la puntuación ha sido más elevada en el caso de los conductores que reconocen haber conducido a pesar de estar de baja laboral. En el resto de estados estudiados (sueño, depresión, estrés y fatiga) las diferencias no son significativas.

4.2. Alteraciones psicológicas y conducción

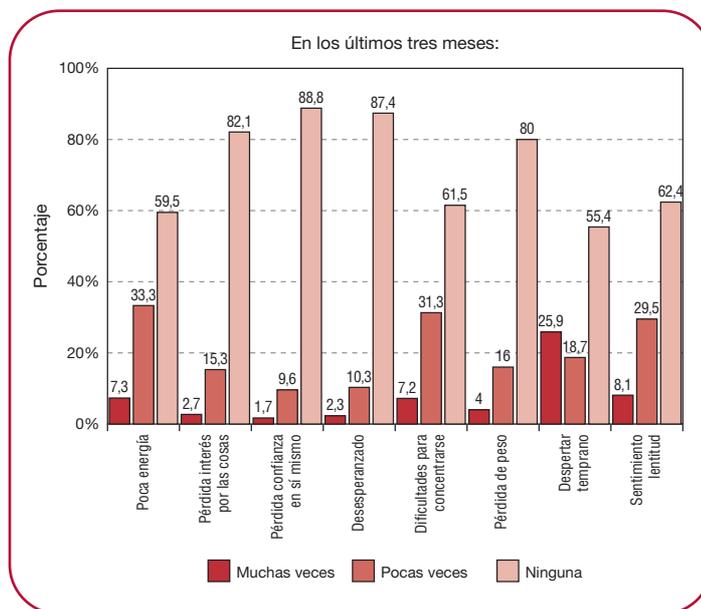
4.2.1. Incidencia de diferentes alteraciones psicológicas sobre los conductores españoles

4.2.1.1. Incidencia de la depresión

La depresión es un trastorno del estado de ánimo que se ha convertido en una de las principales enfermedades causantes de la pérdida del mayor número de años de vida saludable.

La depresión afecta a 350 millones de personas en el mundo y amenaza con ser, en las siguientes dos décadas, la segunda causa de discapacidad. El estado depresivo implica una reducción del nivel de respuesta de la persona ante los acontecimientos de su vida, de manera que ésta se encuentra centrada en pensamientos e imágenes en torno a sus pérdidas, incapacidad, fracasos o indefensión. Una de las principales características del trastorno depresivo mayor es la alteración psicomotora, que se ha asociado a un funcionamiento deteriorado en algunas tareas cognitivas (y como no, a la conducción). Además, el tratamiento farmacológico para este trastorno a menudo lleva aparejados unos efectos secundarios (somnia, visión borrosa o alteraciones en el comportamiento) claramente incompatibles con la conducción.

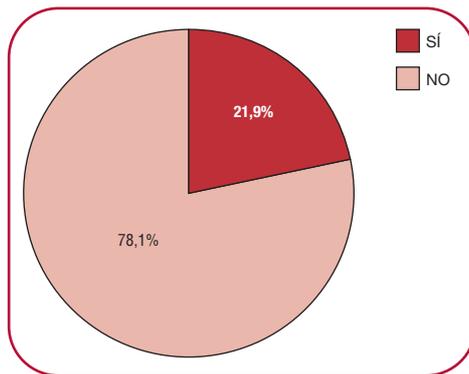
En la Gráfica 29 podemos observar los porcentajes generales



Gráfica 29: Distribución porcentual de conductores en función de la frecuencia con la que han sufrido determinados síntomas de depresión en los últimos 3 meses

obtenidos en cada uno de los ítems que componen la escala diseñada para evaluar la sintomatología o los indicios depresivos. Como vemos, las situaciones experimentadas con más frecuencia por nuestros conductores en los últimos meses están relacionadas con alteraciones del sueño (despertar demasiado temprano), sentimientos de lentitud, pérdida de energía y problemas de concentración. En cambio son menos frecuentes la pérdida de confianza en sí mismo, la desesperanza, la pérdida de interés por las cosas o la pérdida de peso.

Las puntuaciones obtenidas en la escala permiten concluir que el 21,9% de los conductores encuestados presenta indicios o síntomas relacionados con un trastorno depresivo (Gráfica 30).



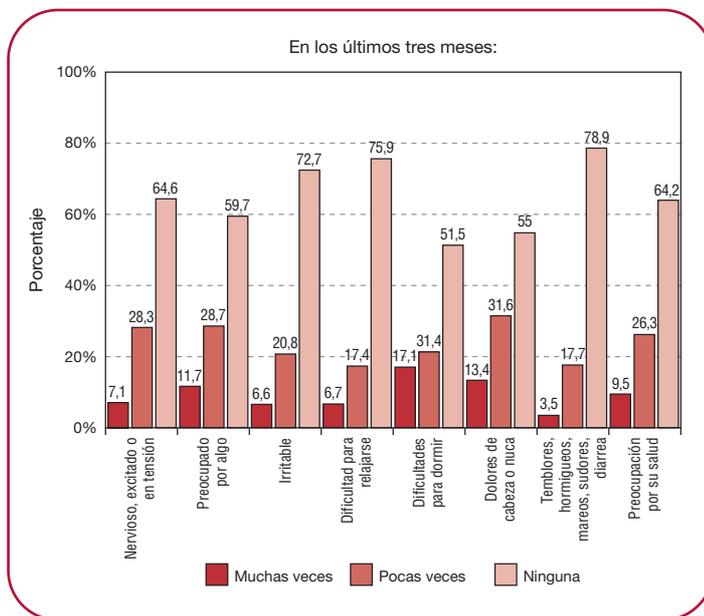
Gráfica 30: Distribución porcentual de conductores con y sin sintomatología de depresión

4.2.1.2. Incidencia de la ansiedad

La ansiedad derivada del estrés, ya sea provocado por el entorno del tráfico o por otras circunstancias personales, puede implicar una alteración de las condiciones físicas o psicológicas adecuadas para el desempeño seguro de la compleja actividad de conducir. La ansiedad es una sensación vaga y difusa y altamente desagradable de

miedo y aprensión. El rasgo central de la ansiedad es el intenso malestar mental, el sentimiento que tiene el sujeto de que no será capaz de controlar los sucesos futuros. La persona tiende a centrarse sólo en el presente y a abordar las tareas de una en una. Los signos más evidentes de los trastornos de ansiedad se dividen en síntomas fisiológicos, cognitivos o conductuales. Al igual que el caso de la depresión, el tratamiento farmacológico asociado a la ansiedad es susceptible de generar efectos secundarios que pueden incidir negativamente sobre la tarea de conducir (sedación, somnolencia, mayor tiempo de reacción, falta de coordinación, mareos, etc.).

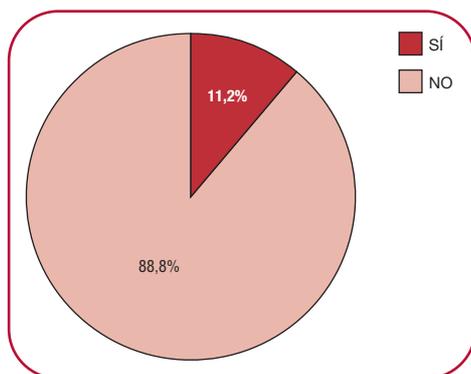
Los porcentajes relacionados con los ítems que componen la escala de ansiedad podemos observarlos en la Gráfica 31. En este caso, las dificultades para dormir, las preocupaciones, los dolores de cabeza o nuca y el nerviosismo o excitación son las situaciones que más reconocen haber experimentado los conductores mientras que temblores, hormigueos, mareos, sudores o diarrea, dificultades para relajarse o irritabilidad son menos frecuentes.



Gráfica 31: Distribución porcentual de conductores en función de la frecuencia con la que ha sufrido determinados síntomas de ansiedad en los últimos 3 meses

4.2.1.3. Incidencia del estrés

Podemos decir sin lugar a dudas que el estrés y la conducción de vehículos están íntimamente vinculados. Por un lado, la conducción es una actividad que por sí sola es estresante. Por poner un ejemplo, las grandes ciudades

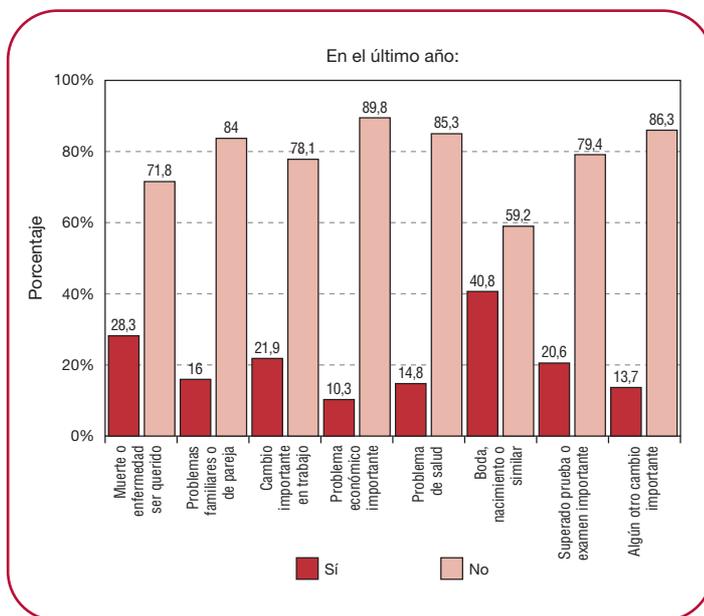


Gráfica 32: Distribución porcentual de conductores con y sin sintomatología de ansiedad

producen todo un conjunto de sistemas de exigencias, unas externas y otras propias, que representan un continuo motivo de estrés, rebasando los márgenes de tolerancia permisibles incompatibles con una adaptación normal al entorno. En este sentido, los conductores estamos sujetos a toda una serie de interacciones con la realidad que pueden ser evaluadas como estrés; algunas forman parte del entorno laboral, otras derivan de circunstancias personales comunes a los demás seres humanos.

Al igual que en el caso de la depresión y la ansiedad, presentamos a continuación (Gráfica 33) los porcentajes relativos a las respuestas de los conductores en cada uno de

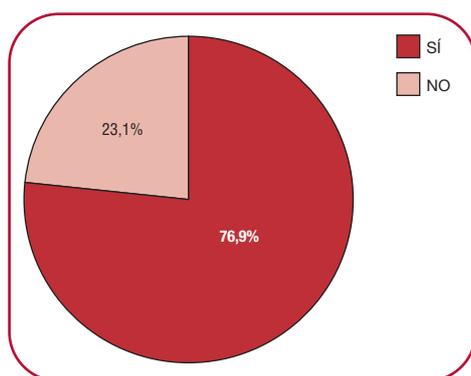
Las puntuaciones obtenidas en la escala permiten concluir que el 11,2% de los conductores encuestados presenta indicios o síntomas relacionados con un trastorno de ansiedad (Gráfica 32).



Gráfica 33: Distribución porcentual de conductores en función de la incidencia de determinados eventos vitales en el último año

algún cambio importante en el ámbito laboral. En cambio, los problemas económicos importantes, los relacionados con la salud, o los familiares o de pareja son citados con menos frecuencia.

Así, mientras que el 23,1% de los conductores señala no haber experimentado ninguno de los eventos estresantes planteados, el restante 76,9% reconoce haber vivido alguno/s de ellos (ver Gráfica 34).



Gráfica 34: Distribución porcentual de conductores que han experimentado eventos vitales estresantes

por poner algunos ejemplos.

En este sentido, otro de los objetivos del estudio se centró en evaluar el desgaste experimentado por los conductores en

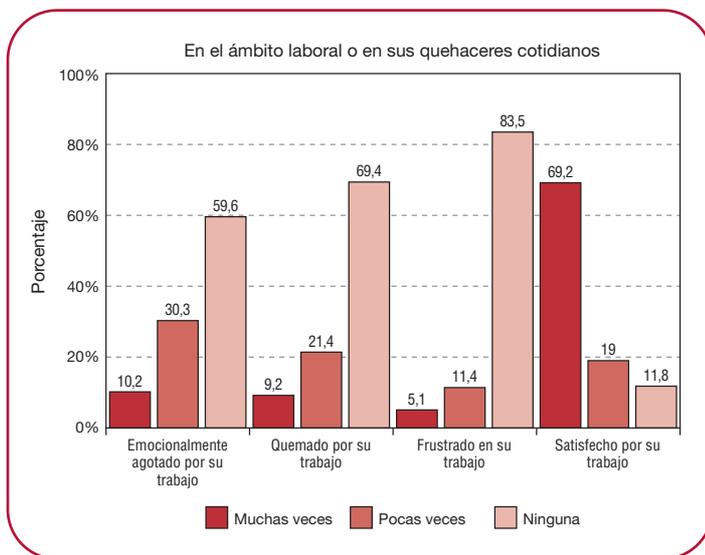
los ítems que forman parte de la escala sobre exposición a eventos estresantes. En este caso, los eventos que en mayor medida han vivido nuestros conductores son aquellos relacionados con una boda, bautizo o evento similar, la muerte o enfermedad de un ser querido, o

4.2.1.4. Incidencia del estrés laboral

El contexto laboral es capaz de generar una serie de circunstancias que pueden ser evaluadas como estresantes. Entre éstas podemos destacar la fijación de metas u objetivos excesivamente elevados, la sobrecarga de trabajo, la frustración profesional, la excesiva competitividad o las malas relaciones con jefes o subordinados,

el ámbito laboral. Los porcentajes de respuesta a cada una de las cuestiones aparecen reflejados en la Gráfica 35.

Como vemos, parece que el nivel de satisfacción laboral es

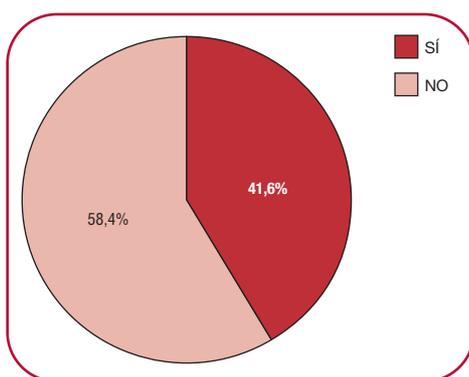


Gráfica 35: Distribución porcentual de conductores en función de la frecuencia con la que ha sufrido determinados síntomas de desgaste profesional

síntomas asociados al trastorno de desgaste profesional o laboral (Gráfica 36).

4.2.1.5. Incidencia de la fatiga

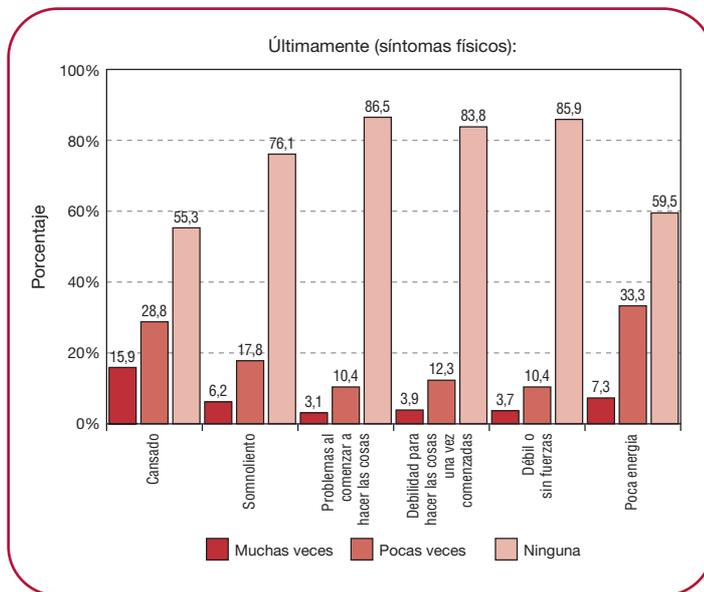
La conducción requiere que todas nuestras capacidades psicofísicas estén en perfecto estado. La fatiga es un estado



Gráfica 36: Distribución porcentual de conductores que manifiestan sintomatología de desgaste profesional

que repercute negativamente sobre estas capacidades incrementando el número de distracciones, disminuyendo la capacidad de concentración, incrementando los tiempos de reacción, aumentando los niveles de tensión y agresividad, etc. La fatiga es un estado psicofísico que produce una disminución de la capacidad energética por la acción de cansancio, y que se manifiesta claramente en toda una serie de síntomas. El cansancio o la fatiga es uno de los estados más peligrosos cuando se maneja un vehículo, por cuanto se sabe que interfiere en el conductor en el adecuado procesamiento de información y la

bastante elevado entre nuestros conductores, si bien el agotamiento emocional en el trabajo presenta una frecuencia preocupante. Así, y en líneas generales podemos señalar que alrededor del 42% de conductores presenta



Gráfica 37: Distribución porcentual de conductores en función de la frecuencia con la que han sufrido determinados síntomas físicos de fatiga

En este caso, podemos ver con detalle los porcentajes relativos a cada uno de los ítems de la escala de fatiga (Gráfica 37 y Gráfica 38). En general el cansancio, la falta de energía, la somnolencia y las dificultades de concentración son los síntomas de fatiga experimentados con más frecuencia por nuestros conductores, mientras que las dificultades para pensar, los problemas para comenzar a hacer las cosas y la debilidad o falta de fuerzas son los síntomas de fatiga citados como menos frecuentes por los conductores.

En cuanto a la agrupación realizada en función de la presencia o no de sintomatología relacionada con la fatiga, como vemos en la Gráfica 39, la mayoría de conductores no presenta dichos indicios o síntomas.

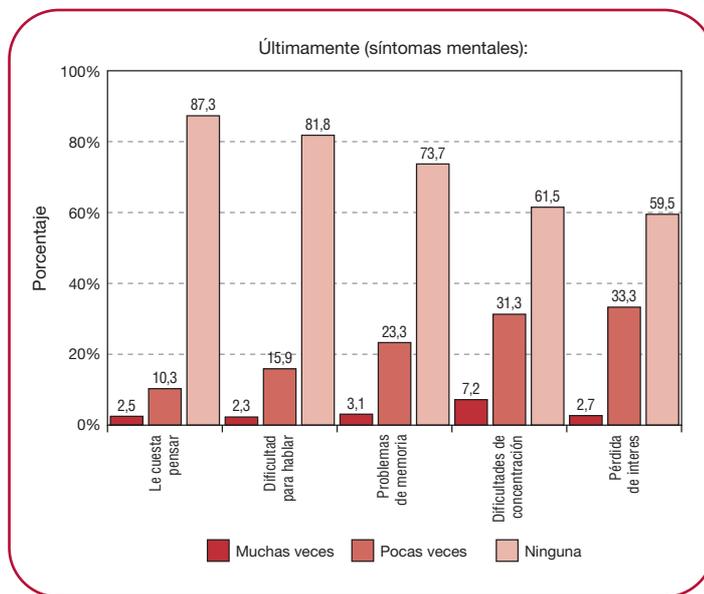
4.2.2. Alteraciones psicológicas y conducción en función de algunas variables

4.2.2.1. Depresión

a) Diferencias entre grupos

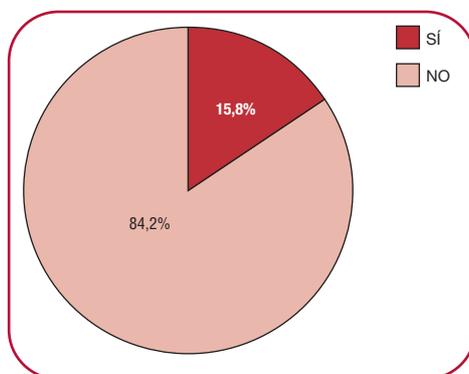
Como señalamos previamente, cerca del 22% de conductores presenta indicios o una sintomatología depresiva.

ajustada toma de decisiones, lo que se plasmará en errores de ejecución para realizar la conducción dentro de márgenes aceptables de seguridad. Puesto que el ser humano es una combinación de fisiología y psicología, es necesario distinguir entre fatiga física y mental.



Gráfica 38: Distribución porcentual de conductores en función de la frecuencia con la que han sufrido determinados síntomas mentales de fatiga

Estas personas se caracterizan, en comparación con el grupo de conductores sin sintomatología depresiva, por residir en mayor medida en poblaciones de más de 500.000 habitantes, en Aragón, por tener baja exposición a situaciones de tráfico (pocos kilómetros o conducción esporádica), utilizar fundamentalmente el vehículo para trabajar (en misión), y por realizar con frecuencia conductas de riesgo al volante (riesgo alto). Además, hay mayor porcentaje de mujeres que de hombres, y de personas que conducen sobre todo durante la noche.

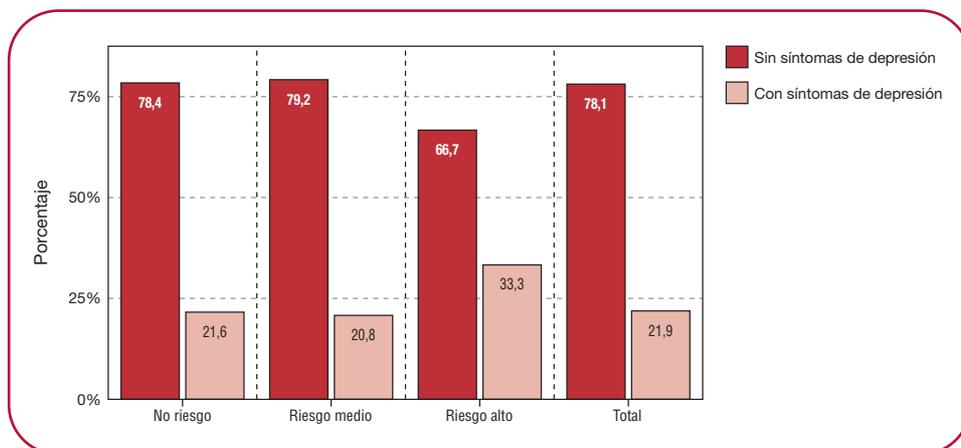


Gráfica 39: Distribución porcentual de conductores con o sin sintomatología de fatiga

Respecto al nivel de riesgo asumido observamos, en la Gráfica 40, que el porcentaje de conductores con síntomas de depresión aumenta significativamente a un 33,3% en el grupo de riesgo alto, mientras que este porcentaje es sólo del 20,8% y 21,6% en los grupos de riesgo medio y no riesgo, respectivamente.

En cambio, los conductores con una exposición al riesgo alta o muy alta, aquellos con más de 30 años de experiencia en la conducción, que utilizan sobre todo el vehículo para ir o venir del trabajo (*in itinere*) y que conducen más durante el día, destacan por no presentar síntomas relacionados con la depresión.

No influyen de forma significativa las siguientes variables: edad, tipo de vehículo, horas de conducción continua en los



Gráfica 40: Distribución porcentual de conductores con o sin síntomas de depresión, en función del nivel de riesgo asumido

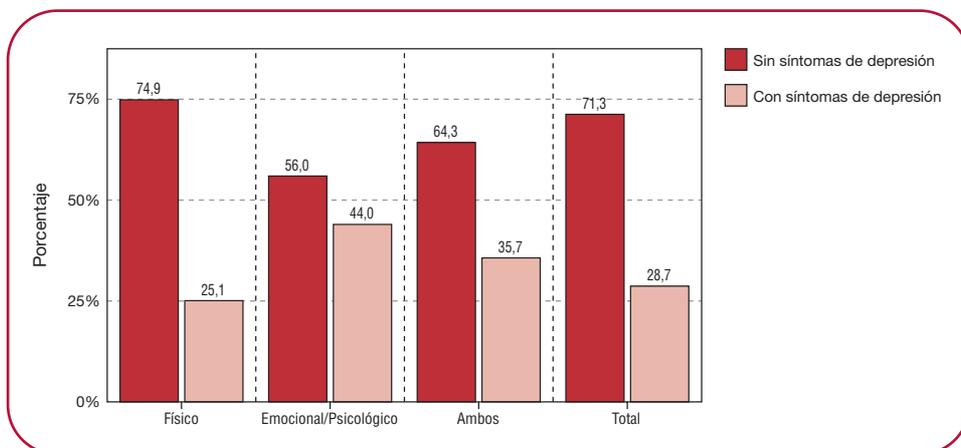
desplazamientos habituales, tipo de vía por la que se conduce normalmente, accidentes como conductor, multas (durante los últimos tres años exceptuando las de aparcamiento), actividad laboral, profesión y horario de trabajo.

b) Relación con otras variables

Podemos destacar, además, algunas relaciones entre sintomatología depresiva e **incidencia**. En primer lugar, los conductores con indicios de depresión, en comparación con el resto, reconocen en mayor medida haber pensado “hoy no estoy para conducir” alguna vez o con frecuencia.

Concretamente, el 28,8% de los conductores con sintomatología depresiva (frente al 21,9% total) así lo reconoce. En cuanto a los motivos citados por los conductores que reconocen no haber estado en condiciones adecuadas para conducir, destacan sobre todo aquellos relacionados con un malestar emocional o psicológico, en el caso de los conductores con sintomatología depresiva, y de carácter físico en el caso de los conductores sin indicios de sintomatología depresiva (Gráfica 41).

En cambio, no se ha observado influencia de la sintomatología depresiva en la decisión de conducir o no en caso de no encontrarse en las mejores condiciones para hacerlo, ni en el nivel de afectación sobre esta tarea, en caso de decidir ponerse al volante.



Gráfica 41: Distribución porcentual de conductores con o sin síntomas de depresión, en función del tipo de malestar que les lleva a pensar que no están en condiciones para conducir

Por otro lado, el grupo de conductores con una sintomatología depresiva destaca por reconocer en mayor medida que cuando ha estado de baja ha seguido conduciendo, al contrario que los conductores sin esta sintomatología, quienes destacan por la tendencia contraria. En cuanto a la relación con la valoración de diferentes estados sobre la conducción, frente al resto de conductores, aquellos con sintomatología depresiva estiman un menor efecto sobre las capacidades para conducir de la adicción al alcohol o las drogas, el consumo abusivo de fármacos, la depresión o la ansiedad (si bien las puntuaciones de ambos grupos son altas). En cambio, no hay diferencias significativas en la valoración del efecto del estrés, la fatiga y el sueño.

4.2.2.2. Ansiedad

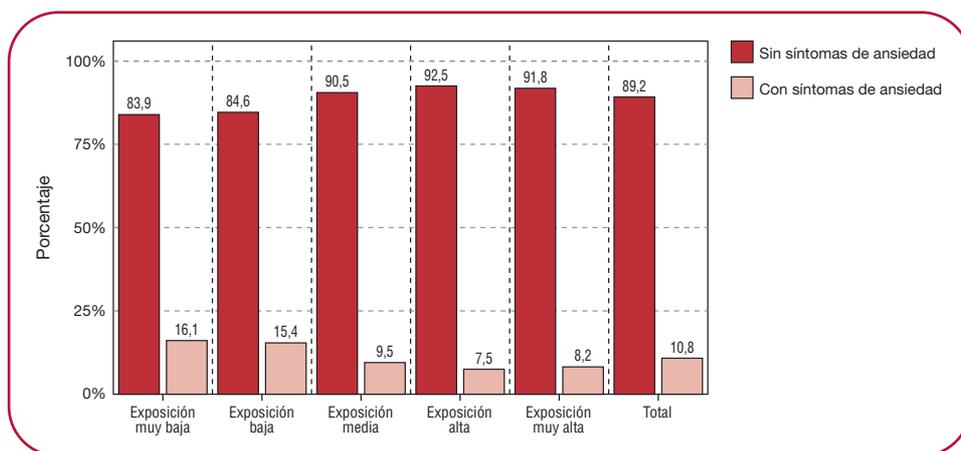
a) Diferencias entre grupos

Como señalamos previamente, el 11,2% de los conductores presenta sintomatología ansiosa. Forman parte de este grupo en mayor medida los conductores de Aragón, las mujeres, los conductores con una exposición al riesgo baja o muy baja, los que indistintamente conducen durante el día o la noche, y aquellos que con frecuencia realizan conductas de riesgo al volante (riesgo alto).

En cambio, aquellos que no presentan sintomatología de ansiedad destacan en mayor medida por residir en la

comunidad de Madrid, ser hombres, personas mayores de 65 años, conductores con alta exposición al riesgo, aquellos que hacen uso del vehículo fundamentalmente para ir y venir del trabajo, que conducen fundamentalmente de día, y que forman parte del grupo con riesgo medio.

Respecto al nivel de exposición al riesgo observamos, en la Gráfica 42, que el porcentaje de conductores con síntomas de depresión aumenta significativamente a un 16,1% y un 15,4% en los grupos de exposición al riesgo muy baja y baja, mientras que este porcentaje es menor del 10% en el resto de grupos de riesgo considerados.



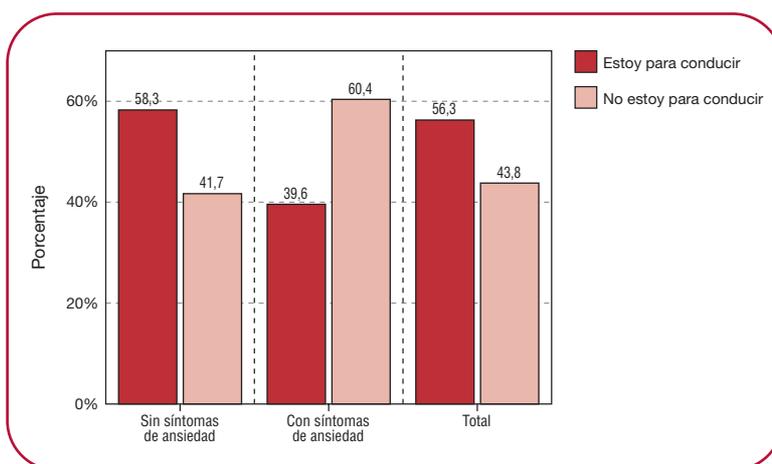
Gráfica 42: Distribución porcentual de conductores con o sin síntomas de ansiedad, en función del nivel de exposición a situaciones de tráfico

Por último, no podemos establecer una relación entre la presencia o no de sintomatología ansiosa con el tamaño de la población de residencia, el tipo de vehículo que conducen, la experiencia, las horas de conducción continua en los trayectos habituales, el tipo de vía por el que se circula normalmente, los accidentes sufridos a lo largo de toda la vida como conductor, las multas en los tres años pasados sin considerar las de aparcamiento, la actividad laboral, el tipo de profesión o los horarios de trabajo.

b) Relación con otras variables

Además, los conductores que presentan sintomatología ansiosa, en mayor medida reconocen haber pensado que no estaban en condiciones para conducir un vehículo con

seguridad, mientras que en ausencia de esta sintomatología es más probable reconocer que siempre están en condiciones para conducir. Concretamente, el 60,4% de los conductores con síntomas de ansiedad reconoce que en alguna ocasión ha pensado que no estaba en las mejores condiciones para conducir (Gráfica 43).



En cambio, no podemos establecer ninguna relación significativa entre la sintomatología de la ansiedad y el tipo de malestar

Gráfica 43: Distribución porcentual de conductores que han pensado alguna vez que estaban o no, en condiciones óptimas para conducir, en función de si presentan o no síntomas de depresión

causante de esa “situación” de incapacidad para conducir. Por otro lado, de entre los conductores que reconocieron no estar siempre en condiciones óptimas para conducir, destaca el grupo de conductores con indicios o niveles de ansiedad por señalar en mayor medida que a pesar de no estar para conducir decidieron hacerlo. De este modo, el 49,4% de estos conductores así lo reconoce. Los conductores sin sintomatología de ansiedad destacan por la tendencia contraria, es decir, es más probable que no conduzcan en las situaciones en las que reconocen no estar en un estado óptimo para ello.

No influye la presencia o no de indicios de ansiedad en el nivel o grado de afectación en la conducción señalado por los sujetos cuando deciden conducir, a pesar de reconocer no estar en las mejores condiciones para hacerlo.

Los conductores con síntomas de ansiedad reconocen, en mayor medida que el resto, que con baja laboral han seguido conduciendo. Concretamente un tercio de estos conductores

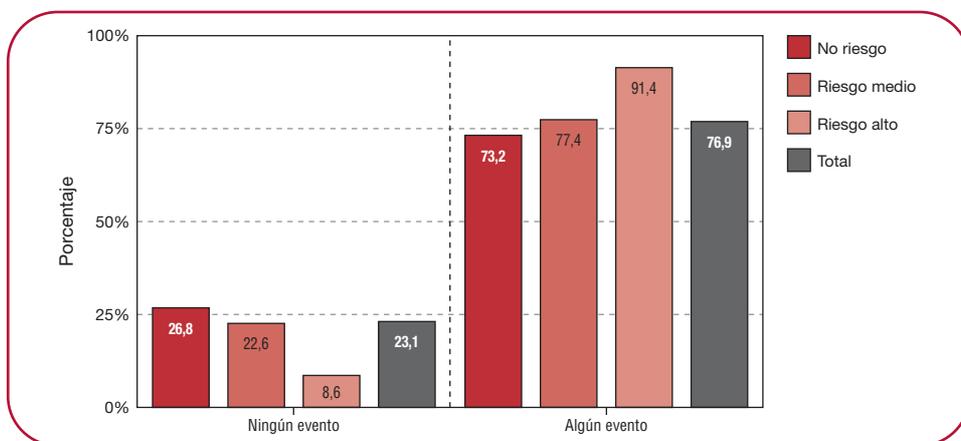
así lo señala. Por el contrario, el 79,1% de los conductores que no presentan una sintomatología ansiosa señala que en situación de baja laboral no ha conducido.

En cuanto a la relación entre el grado de afectación estimado sobre la conducción de diferentes estados, únicamente se pueden establecer diferencias estadísticamente significativas en la valoración realizada acerca de los efectos de la depresión sobre la capacidad de conducir (el resto de estados evaluados han sido: sueño, adicción al alcohol, las drogas o consumo abusivo de fármacos, ansiedad, estrés y fatiga). Así, en el caso de la depresión, si bien ambas valoraciones son elevadas, aquellas personas sin sintomatología ansiosa atribuyen un mayor efecto negativo de la depresión sobre la conducción que aquellos con síntomas de ansiedad.

4.2.2.3. Estrés

a) Diferencias entre grupos

En el caso de la vivencia de eventos estresantes (cambios importantes en su vida durante el último año) por parte de los conductores españoles, como señalamos previamente, el 76,9% de los encuestados ha señalado haber experimentado alguno de los acontecimientos sugeridos. En este caso destacan por formar parte en mayor medida de este grupo las mujeres, los jóvenes de 18-35 años, los conductores de turismo, los conductores menos experimentados (menos de un año o entre 1-2 años de experiencia), los que hacen uso del vehículo por motivos laborales o por ocio indistintamente, los conductores que asumen alto riesgo (Gráfica 44) y aquellos que en la actualidad no se encuentran en activo. En cambio, quienes dicen no haber vivido alguna de estas situaciones en mayor medida son los conductores de Madrid, los hombres, los conductores de 36-45 años y los de 46-55, los conductores de vehículos de carga o transporte, aquellos con 21-30 años de experiencia en la conducción, aquellos



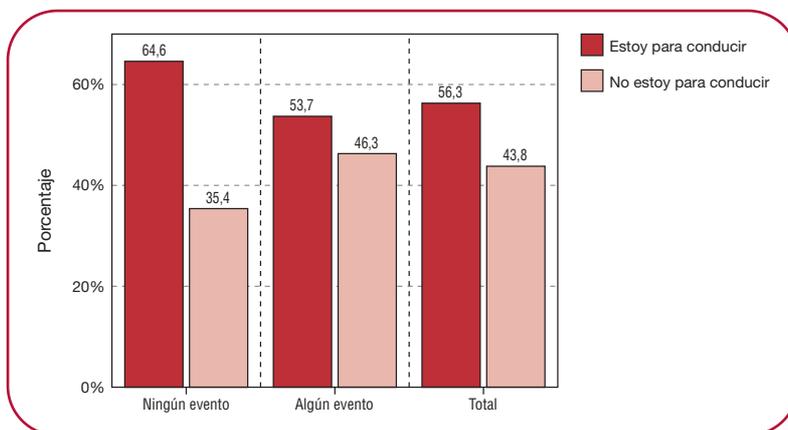
Gráfica 44: Distribución porcentual de conductores que han vivido o no eventos vitales estresantes, en función de su nivel de riesgo

que utilizan el vehículo sobre todo para ir o venir del trabajo (in itinere), los que han sido multados en una ocasión en los últimos tres años (sin considerar las sanciones por aparcamiento indebido), los conductores seguros (no realizan conductas de riesgo en la conducción; grupo no riesgo) y tanto los que están trabajando actualmente como las personas dedicadas a las tareas domésticas. Sin embargo, el tamaño de la población de residencia, la exposición al riesgo, la conducción diurna o nocturna, las horas de conducción continuada en los trayectos habituales, el tipo de vía que se utiliza con más frecuencia, los accidentes sufridos como conductor a lo largo de toda la vida, el tipo de profesión o el horario de trabajo no inciden de manera significativa en el hecho de que los conductores hayan vivido o no eventos o situaciones estresantes en el último año.

b) Relación con otras variables

Si nos centramos en la incidencia subjetiva, observamos que son sobre todo los conductores que durante el último año han experimentado alguno de los acontecimientos estresantes planteados, quienes reconocen que en alguna ocasión no han estado en las mejores condiciones para conducir. Concretamente, el 46,3% de los que han vivido alguna de las situaciones planteadas en el estudio, durante el último año, reconoce no haber estado en alguna ocasión

para conducir, mientras que este porcentaje disminuye al 35,4% en el grupo de conductores que no han vivido ningún evento (Gráfica 45).



Sin embargo, el tipo de malestar causante de esas situaciones no está relacionado de forma significativa

Gráfica 45: Distribución porcentual de conductores que han pensado alguna vez que estaban o no, en condiciones óptimas para conducir, en función de si han vivido o no algún evento estresante

con la vivencia o no de una serie de acontecimientos de carácter estresante.

Del mismo modo, la vivencia de eventos estresantes no se relaciona ni con la decisión de conducir o no, en las situaciones que han generado el pensamiento de “no estar para conducir”, ni con el grado de afectación sobre la tarea mencionado por aquellos que condujeron en esas situaciones, ni con el hecho de conducir o no estando de baja laboral.

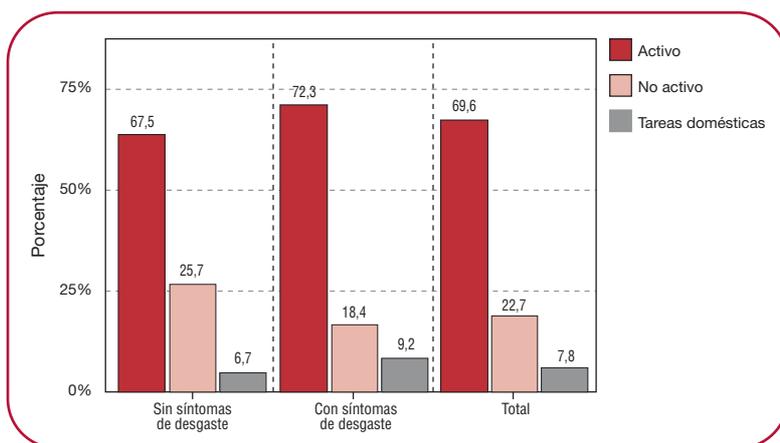
La vivencia o no de ciertos eventos estresantes, no influye de forma significativa sobre la valoración realizada acerca del efecto que ciertos estados de salud (sueño, adicción al alcohol, las drogas o los fármacos, depresión, ansiedad, estrés, fatiga) tienen sobre la capacidad para conducir.

4.2.2.4. Desgaste profesional

a) Diferencias entre grupos

Si tenemos en cuenta que el porcentaje de conductores que muestra indicios de un cierto desgaste laboral/profesional es superior al 40% (41,6%), podemos destacar sobre todo a los conductores de Canarias y Ceuta y Melilla, a las mujeres (45,9% frente al 38,1% de los hombres); y a los conductores

que están actualmente en activo. Por otro lado y aunque no es estadísticamente significativo, se observa que la sintomatología de desgaste laboral también se da en una proporción importante en conductores que se dedican a tareas domésticas (el 9,2% de los conductores con síntomas de desgaste frente al 7,8% promedio –ver Gráfica 46–).



En cambio, en comparación con el resto de conductores, aquellos que viven en Navarra, los hombres, los conductores mayores de 65

Gráfica 46: Distribución porcentual de conductores que manifiestan o no síntomas de desgaste profesional, en función de su actividad laboral

años, los conductores más experimentados (30 o más años), y aquellos que no están trabajando, forman parte en mayor medida del grupo de conductores que no presenta síntomas de desgaste profesional.

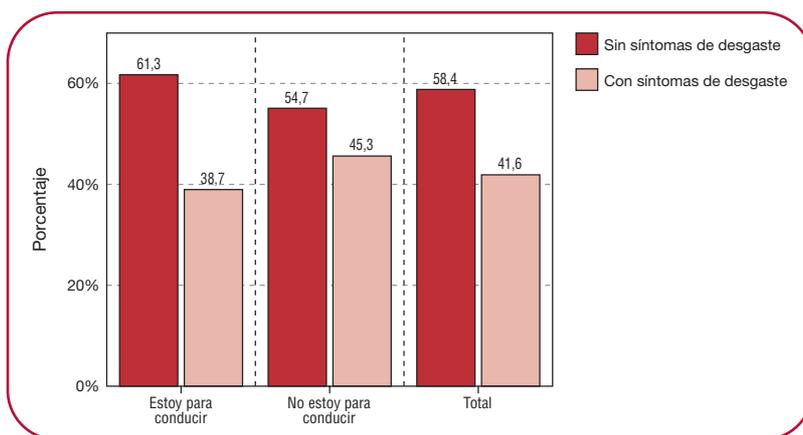
No podemos establecer ninguna relación entre la sintomatología relacionada con el desgaste laboral y el tamaño de la población de residencia, la exposición al riesgo, el tipo de vehículo que se conduce, el motivo fundamental de desplazamiento, la conducción diurna o nocturna, las horas de conducción seguidas durante los trayectos habituales, el tipo de vía por donde se circula con más frecuencia, los accidentes sufridos a lo largo de toda la vida, las multas recibidas durante los últimos tres años (exceptuando las de aparcamiento), la asunción de riesgos en la conducción, el tipo de profesión o los turnos de trabajo.

b) Relación con otras variables

La sintomatología de desgaste profesional está relacionada con una mayor probabilidad de decidir que no se está en condiciones para conducir. Mientras que el 38,7% de los que

piensan que están en condiciones para conducir sufren desgaste profesional, este porcentaje aumenta al 45,3% en aquellos conductores que han pensado en alguna ocasión que sus capacidades no son las más óptimas para conducir (Gráfica 47).

Sin embargo, el tipo de malestar indicado por estos



conductores no está relacionado con el nivel de desgaste profesional. Además, el nivel de desgaste laboral

Gráfica 47: Distribución porcentual de conductores que manifiestan o no síntomas de desgaste profesional, en función de si piensan que están en condiciones para conducir o no

mostrado por los conductores es independiente de la decisión de conducir o no hacerlo en las situaciones en las que reconocen no haber estado en las mejores condiciones, y del efecto sobre la conducción en caso de haber decidido ponerse al volante.

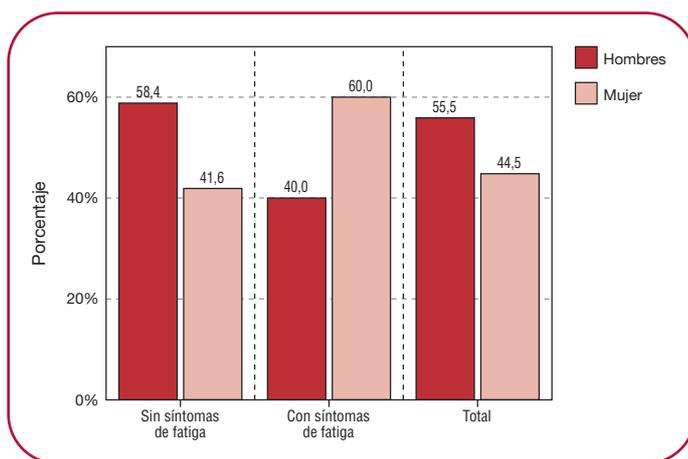
Del mismo modo, el sufrir desgaste profesional no influye de forma significativa sobre la conducción de vehículos en situación de baja laboral.

Por último, en la valoración realizada sobre los efectos de la depresión, el sueño o la adicción al alcohol, drogas o consumo abusivo de fármacos sobre la conducción podemos señalar diferencias significativas. Si bien todos los conductores consideran que se trata de estados que pueden afectar gravemente la capacidad para conducir de forma segura, el grupo de conductores sin indicios de desgaste profesional los consideran de forma más relevante.

4.2.2.5. Fatiga

a) Diferencias entre grupos

Como señalamos previamente, el 15,8% de los conductores reconoció presentar síntomas físicos o psicológicos de fatiga. Dentro de este grupo de conductores destacan sobre todo los residentes en poblaciones de más de 500.000 habitantes, las mujeres (un 60% de los conductores con síntomas de fatiga son mujeres, mientras que el porcentaje de hombres en este grupo es significativamente menor -ver Gráfica 48-), los conductores poco expuestos al riesgo (conducen con poca frecuencia "exposición al riesgo baja"), los conductores de turismo, las personas que conducen indistintamente de día o de noche, y aquellos conductores que frecuentemente realizan conductas de riesgo al volante. En cambio, son en mayor medida los conductores de Baleares, los hombres, los mayores de 65 años, los que conducen habitualmente vehículos de carga o transporte, los conductores con más de 30 años de experiencia y aquellos que fundamentalmente hacen uso del vehículo para ir o venir del trabajo y los que sobre todo conducen durante el día, quienes no presentan una sintomatología relacionada con la fatiga.



Gráfica 48: Distribución porcentual de hombres y mujeres, en función de si manifiestan o no síntomas de fatiga

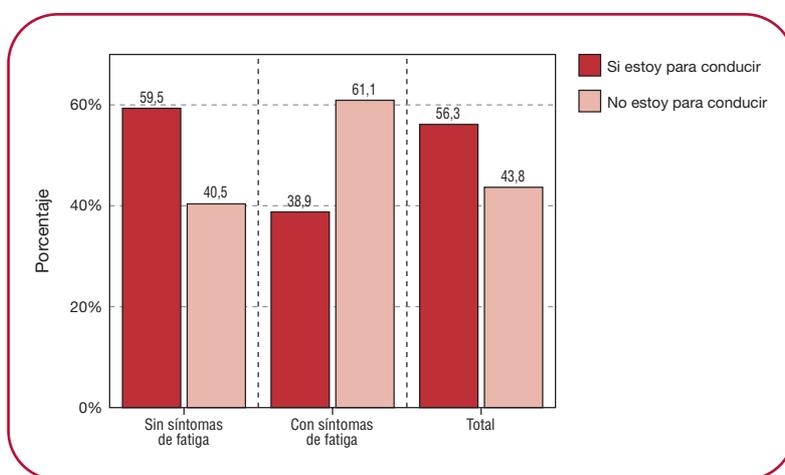
largo de toda la vida, las multas recibidas durante los tres años previos sin considerar las de aparcamiento, la actividad laboral, el tipo de profesión o los horarios de trabajo y la

Sin embargo, no podemos establecer una relación entre las horas de conducción continua en los desplazamientos habituales, el tipo de vía utilizado con más frecuencia, los accidentes sufridos como conductor a lo

presencia o no de sintomatología física o psicológica relacionada con la fatiga.

b) Relación con otras variables

Los conductores que presentan indicios de fatiga física o mental es más probable que reconozcan que en alguna ocasión han pensado que no estaban para conducir. De este modo, el 61,1% así lo reconoce. En cambio, el 59,5% de los conductores sin estos síntomas indica que siempre está o ha estado para conducir (Gráfica 49).



Por otro lado, los conductores con síntomas de fatiga reconocen en mayor medida que no han estado en alguna ocasión para

Gráfica 49: Distribución porcentual de conductores que piensan que están en condiciones para conducir o no, en función de si manifiestan o no síntomas de fatiga

conducir por malestares o situaciones de tipo emocional o psicológico. En el caso de los conductores sin indicios de fatiga destacan en mayor medida las alteraciones físicas. En cambio, conducir o no, a pesar de no encontrarse en las mejores condiciones para hacerlo, es independiente de que los conductores presenten o no síntomas de fatiga. Del mismo modo, este estado psicofisiológico tampoco influye de forma significativa en el hecho de que cuando decida seguir conduciendo, sus capacidades se vean afectadas o no. Además, los conductores con sintomatología o indicios de fatiga señalan en mayor medida que a pesar de haber estado de baja laboral han seguido conduciendo. Así lo reconoce el 27,9% de estos conductores.

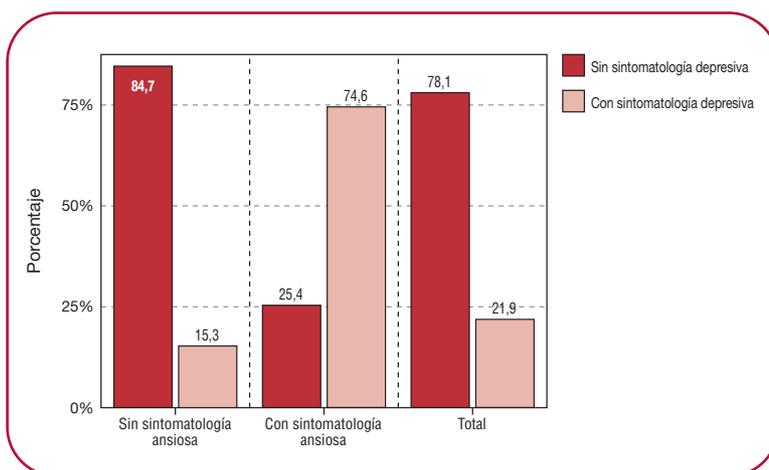
Por último, los conductores sin síntomas de fatiga estiman que el efecto de la depresión sobre la capacidad para

conducir es mayor que los conductores con indicios o síntomas de fatiga. En ambos casos la puntuación media es elevada. En el resto de estados evaluados las diferencias encontradas no son significativas.

4.2.2.6. Relación entre los distintos trastornos

Si nos centramos en la interacción entre la presencia de indicios depresivos y los síntomas de ansiedad, podemos observar que los conductores con sintomatología depresiva tienen mayor probabilidad de presentar también sintomatología ansiosa. Así, el 74,6% de los conductores con síntomas de ansiedad también presentan indicios relacionados con la depresión (Gráfica 50).

Por otro lado, los conductores con sintomatología depresiva

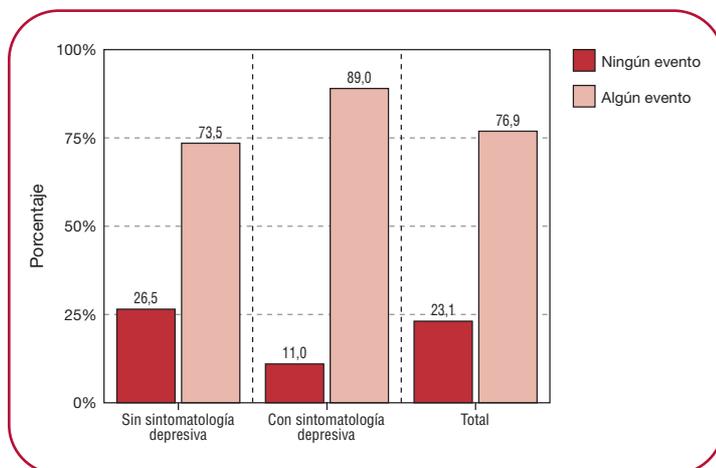


señalan en mayor medida haber vivido acontecimientos de carácter estresante durante el último año. Además, los conductores que no presentan

Gráfica 50: Distribución porcentual de conductores que presentan o no síntomas de depresión en función de si presentan o no síntomas de ansiedad, y comparación con la distribución general

indicios de depresión son también quienes sobre todo han indicado no haber vivido en este periodo ningún evento estresante de los planteados en este estudio. Concretamente, el 89% de los conductores con sintomatología depresiva reconoce haber vivido en el último año alguno de los cambios o eventos estudiados (Gráfica 51).

Si nos centramos en la vivencia de determinados acontecimientos relacionados con el contexto laboral, podemos destacar que los conductores con sintomatología depresiva son en mayor medida personas que además

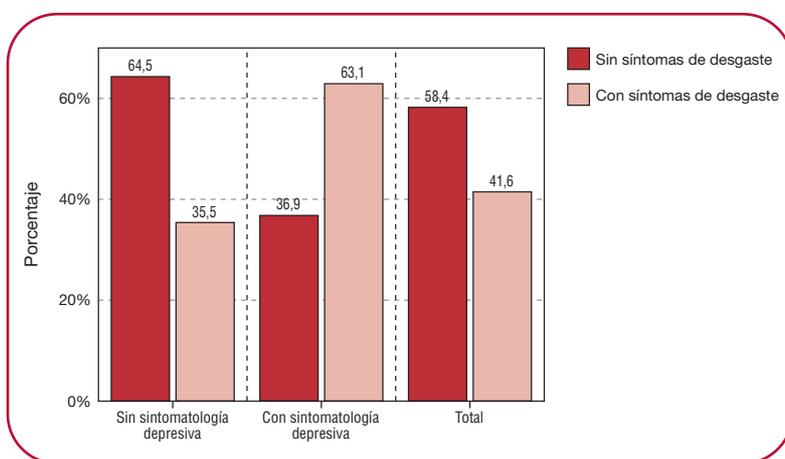


Gráfica 51: Distribución porcentual de conductores que han vivido eventos estresantes en función de si presentan o no síntomas de depresión, y comparación con la distribución general

sentido, destaca también de forma significativa el hecho de que los conductores sin sintomatología depresiva sean sobre todo quienes no presentan estrés o desgaste en el contexto laboral.

Por último y en relación con la fatiga, los conductores con niveles elevados en sintomatología depresiva presentan en mayor medida indicios relacionados con una elevada fatiga.

presentan un cierto desgaste profesional. Así, el 63,1% de los conductores con indicios de depresión ha puesto de manifiesto también un marcado desgaste laboral (Gráfica 52). En este

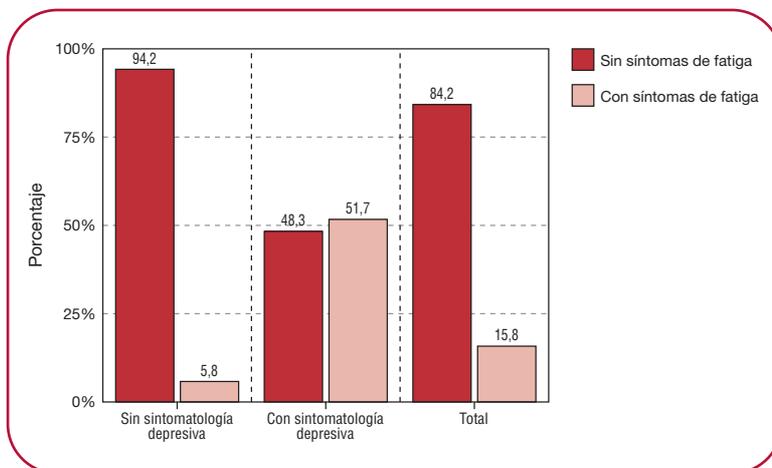


Gráfica 52: Distribución porcentual de conductores que presentan o no síntomas de desgaste, en función de si presentan o no síntomas de depresión, y comparación con la distribución general

escala de fatiga (Gráfica 53). Además, los conductores con niveles bajos en la escala de depresión son en mayor medida los que han obtenido puntuaciones bajas en fatiga. Hablamos en este caso de un 94,2%.

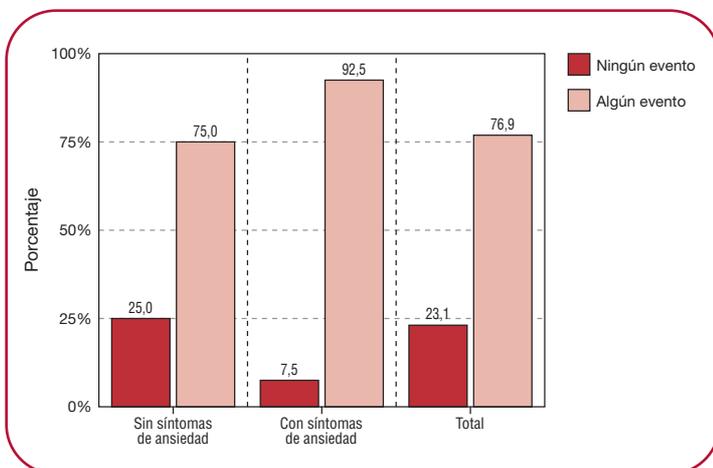
A continuación vamos a analizar la relación entre la presencia o no de indicios de ansiedad con el resto de estados

Así, un 51,7% de los conductores con sintomatología depresiva son también conductores que presentan niveles elevados en la



Gráfica 53: Distribución porcentual de conductores que presentan o no síntomas de fatiga, en función de si presentan o no síntomas de depresión, y comparación con la distribución general

alguno de los acontecimientos estresantes planteados en este estudio, mientras que los conductores que no presentan esta sintomatología destacan por la tendencia contraria. Así, el 92,5% de los conductores con estos síntomas indican haber experimentado alguna de las situaciones planteadas (Gráfica 54).



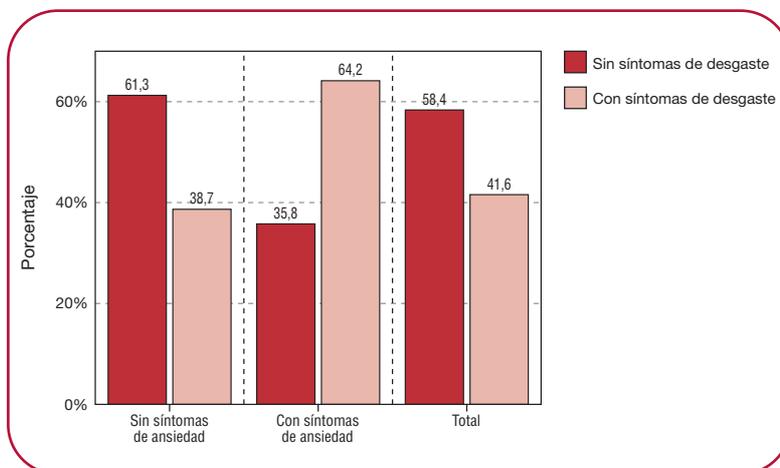
Gráfica 54: Distribución porcentual de conductores que han vivido eventos estresantes, en función de si presentan o no síntomas de ansiedad, y comparación con la distribución general

Del mismo modo, los conductores con elevados niveles de ansiedad es más probable que hayan experimentado desgaste profesional, que los conductores sin estos síntomas o indicios de ansiedad. En este caso, el 64,2% de los conductores con síntomas de ansiedad también reconoce un cierto desgaste en el ámbito profesional. En cambio, el 61,3% de los sin síntomas de ansiedad tampoco presenta indicios de estrés o desgaste laboral (Gráfica 55).

En cuanto a la relación con la presencia de síntomas de fatiga, son significativamente más conductores con

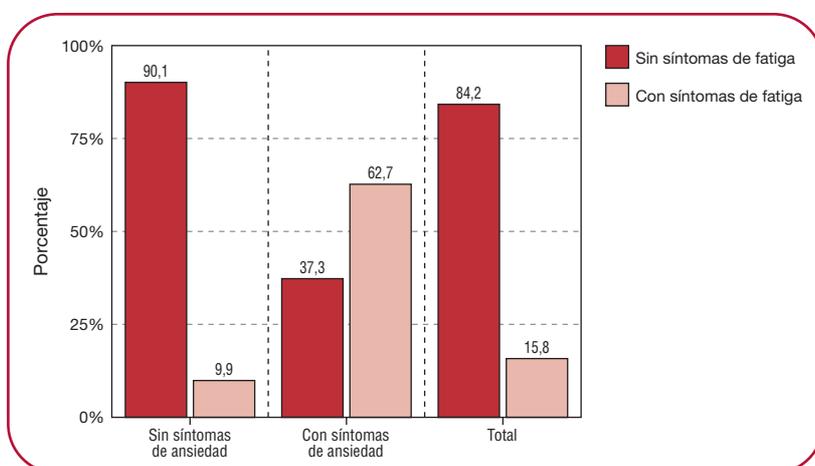
evaluados en este estudio. En este sentido, los conductores con síntomas de ansiedad reconocen en mayor medida haber sufrido en el último año

ansiedad es más probable que hayan experimentado desgaste profesional, que los conductores sin estos síntomas o indicios de ansiedad. En este caso, el 64,2% de los conductores con síntomas de



Gráfica 55: Distribución porcentual de conductores que presenta o no síntomas de desgaste profesional, en función de si presentan o no síntomas de ansiedad, y comparación con la distribución general

conductores con indicios de ansiedad presentan también niveles elevados de fatiga. En este caso estamos hablando de un 62,7% de conductores. En cambio, y también de forma significativa, destacan los conductores sin síntomas de ansiedad, por indicar en mayor medida niveles bajos en la escala de fatiga. Nos referimos en esta ocasión a un 90,1% de conductores (Gráfica 56).

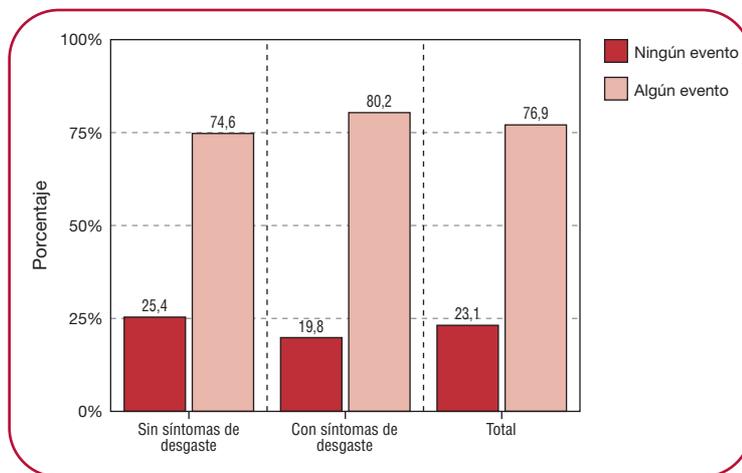


Gráfica 56: Distribución porcentual de conductores que presenta o no síntomas de fatiga, en función de si presentan o no síntomas de ansiedad, y comparación con la distribución general

diversos acontecimientos relacionados con el entorno laboral, es más probable que las personas que durante el último año han experimentado algún evento estresante presenten síntomas relacionados con un desgaste o estrés en el contexto profesional. Concretamente, el 80,2% de los conductores con indicios de estrés o desgaste laboral ha

sintomatología ansiosa los que además reconocen niveles elevados en fatiga (física o mental). Es decir, es más probable que los

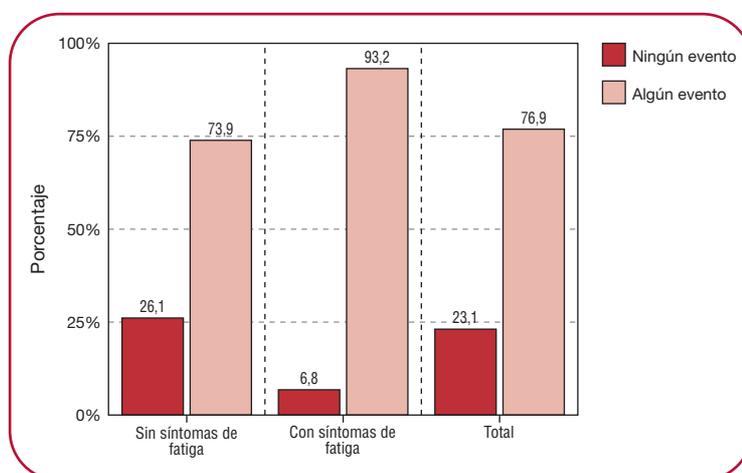
Si nos centramos en la relación entre la frecuencia de ciertos eventos estresantes y la vivencia de



Gráfica 57: Distribución porcentual de conductores que han vivido o no eventos estresantes, en función de si presentan o no síntomas de desgaste, y comparación con la distribución general

probable que hayan experimentado algún evento estresante durante el último año. En el caso de los conductores sin una sintomatología relacionada con la fatiga se observa la tendencia contraria. De este modo, el 93,2% de los conductores con síntomas de fatiga señala haber vivido alguno de los acontecimientos planteados (Gráfica 58). Por último, en cuanto a la relación entre la vivencia de

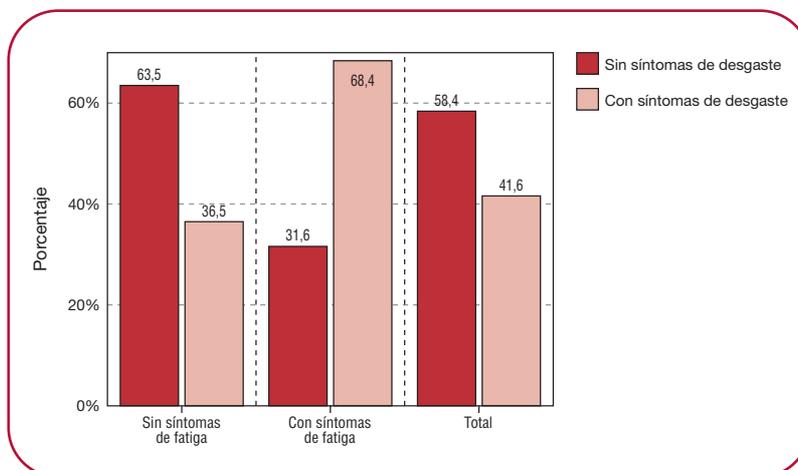
experimentado durante este periodo alguno de los eventos planteados en el estudio (Gráfica 57). Por otro lado, las personas con niveles elevados de fatiga es más



Gráfica 58: Distribución porcentual de conductores que han vivido o no eventos estresantes, en función de si presentan o no síntomas de fatiga, y comparación con la distribución general

determinados acontecimientos relacionados con el contexto laboral y los indicios de fatiga, podemos destacar que los conductores con niveles elevados de desgaste profesional es más probable que presenten síntomas de fatiga. En este caso (Gráfica 59), el 68,4% de los conductores con sintomatología de fatiga también presentan un cierto desgaste laboral (frente al 36,5% que se observa en el grupo que no presenta síntomas de fatiga).

determinados acontecimientos relacionados con el contexto laboral y los indicios de fatiga, podemos destacar que los conductores con niveles elevados de desgaste profesional es más



Gráfica 59: Distribución porcentual de conductores que presentan o no síntomas de desgaste, en función de si presentan o no síntomas de fatiga, y comparación con la distribución general

4.3 Medicación y conducción

4.3.1. Incidencia y tipos de fármacos que afectan a los conductores españoles

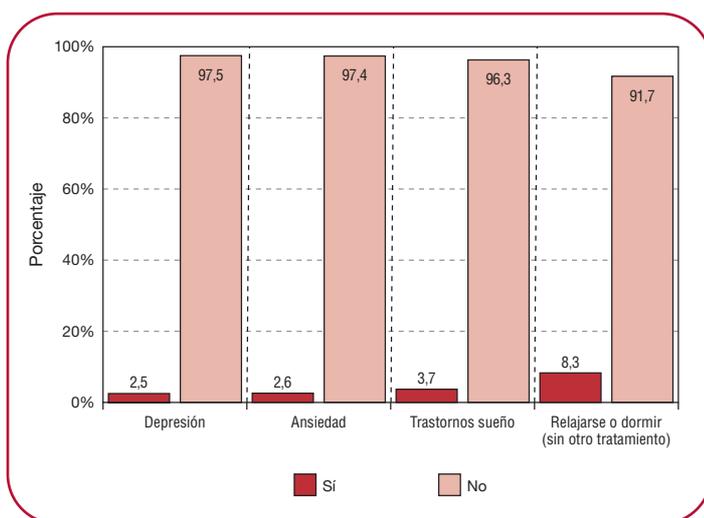
4.3.1.1. Tratamiento farmacológico de las alteraciones psicológicas

El 15% de los conductores ha puesto de manifiesto que en la actualidad está bajo algún tratamiento farmacológico relacionado con depresión, ansiedad, trastornos del sueño o para relajarse o dormir (un 13,9% se medica por un solo trastorno y el 1,1% se medica por varios de los trastornos).

Como se aprecia en la Gráfica 60, el porcentaje de conductores que se medica para combatir los trastornos del sueño es ligeramente superior al porcentaje registrado en los casos de la depresión y ansiedad (muy similares entre sí). Por otro lado, el 8,3% de los conductores que no se medica para aliviar un trastorno de ansiedad, depresión o sueño hace uso de medicamentos para relajarse o dormir.

a) Relación entre los distintos tratamientos

A continuación vamos a analizar las relaciones encontradas entre los diversos tratamientos farmacológicos tratados en este estudio, a saber, depresión, ansiedad y trastornos del sueño.



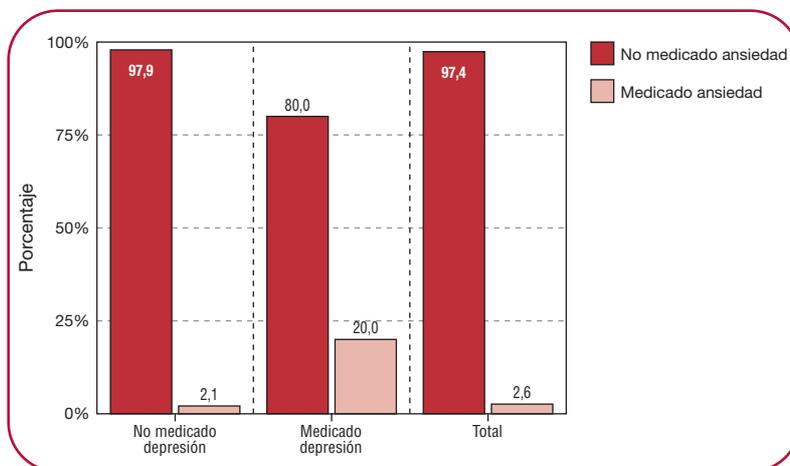
En primer lugar, podemos destacar que estar bajo tratamiento contra la depresión se asocia a una mayor probabilidad de estar medicado también para la ansiedad o para trastornos de sueño. Así, mientras que el porcentaje de

Gráfica 60: Distribución porcentual de conductores bajo tratamiento farmacológico para la depresión, ansiedad, estrés, o para relajarse o dormir

conductores con tratamiento para la ansiedad es del 2,1% en el grupo que no se medica para la depresión, este mismo porcentaje aumenta al 20% en el grupo que se medica para la depresión (Gráfica 61).

De igual forma, mientras que el porcentaje de conductores con tratamiento para los trastornos del sueño es del 3,3% en el grupo que no se medica para la depresión, este mismo porcentaje aumenta al 16,7% en el grupo que se medica para la depresión (Gráfica 62).

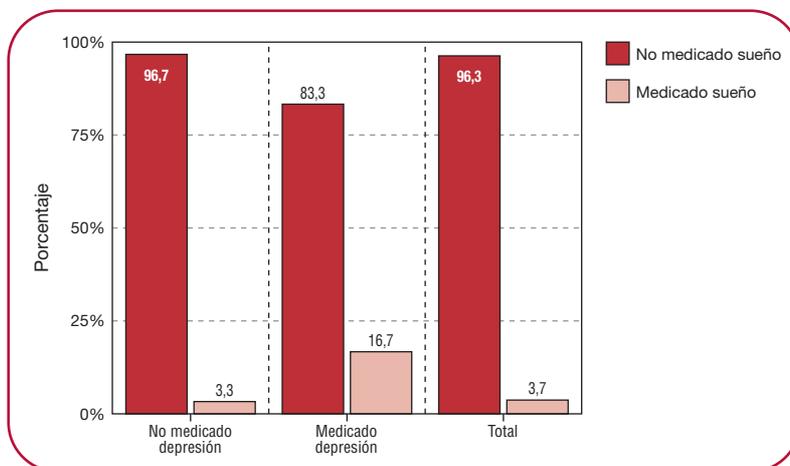
Por último, si nos centramos en la relación entre los tratamientos destinados a los trastornos del sueño y la



Gráfica 61: Distribución porcentual de conductores que se medican o no para la ansiedad, en función de si se medican o no para la depresión, y comparación con la distribución general

ansiedad también estén tomando fármacos para el tratamiento de los trastornos del sueño. Como se observa en la Gráfica 63, mientras que el porcentaje de conductores con tratamiento contra el sueño es del 3% en el grupo que no se medica para la ansiedad, este mismo porcentaje aumenta al 29% en el grupo que se medica para la ansiedad.

medicación para tratar la ansiedad podemos destacar que es más probable que los conductores medicados para tratar la



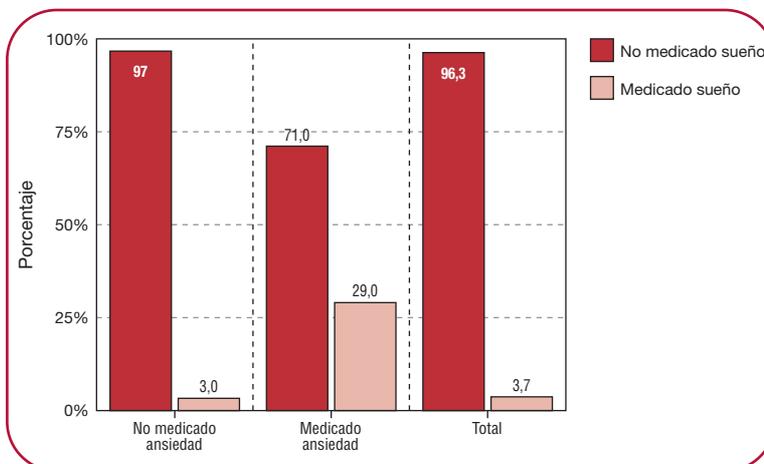
Gráfica 62: Distribución porcentual de conductores que se medican o no para el sueño, en función de si se medican o no para la depresión, y comparación con la distribución general

bajo tratamiento farmacológico el medicamento concreto que estaban consumiendo para cada uno de los trastornos estudiados. En la tabla 9 se especifican los fármacos consumidos con más frecuencia como tratamiento para cada uno de los trastornos citados (depresión, ansiedad, trastornos del sueño, o relajarse / dormir). Una vez se han establecido los principios activos de cada fármaco expresado

4.3.1.2.

Tipos de fármacos

Uno de los ítems del cuestionario planteaba a los conductores que se encontraban



por los conductores, se han clasificado en función de la acción específica que realizan.

Gráfica 63: Distribución porcentual de conductores que se medican o no para el sueño, en función de si se medican o no para la depresión, y comparación con la distribución general

MEDICACIÓN DEPRESIÓN

Antidepresivos (60,9%):

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (43,5%): Citalopram, Escitalopram, Fluoxetina, Fluvoxamina, Paroxetina
- Tetracíclicos (8,7%): Mirtazapina, Trazodone
- Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina y serotonina (4,3%): Venlafaxina
- Otros antidepresivos (4,3%)

Ansiolíticos (30,4%):

- Derivados de la benzodiacepina (26,1%): Alprazolam, Clorazepato, Diazepam, Lorazepam
- Otros ansiolíticos (4,3%)

Hipnóticos y sedantes (4,3%)

- Otros hipnóticos y sedantes (4,3%): Difenhidramina
- Otros (4,3%)

MEDICACIÓN ANSIEDAD

Ansiolíticos (60,9%):

- Derivados de la benzodiacepina (56,5%): Alprazolam, Bromazepam, Clorazepato, Ketazolam, Lorazepam
- Otros ansiolíticos (4,3%)

Antidepresivos (34,8%):

- Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (26,1%): Escitalopram, Fluoxetina, Fluvoxamina, Sertralina
- Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina y serotonina (8,7%): Venlafaxina

Hipnóticos y sedantes (4,3%):

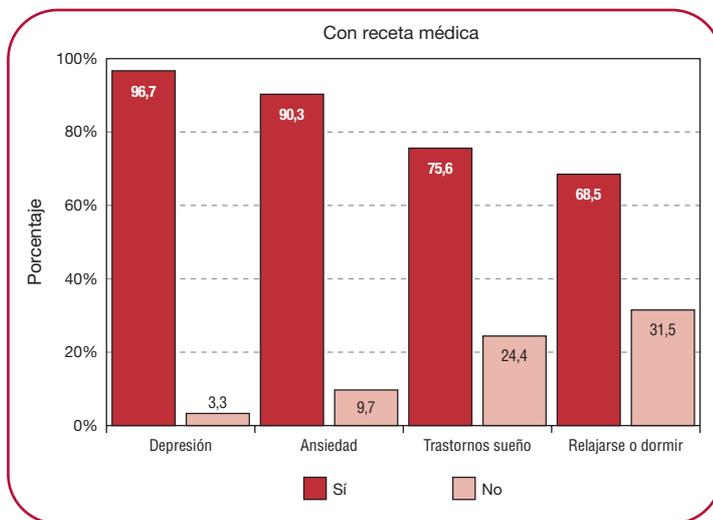
- Otros hipnóticos y sedantes (4,3%): Valeriana

MEDICACIÓN SUEÑO
<p>Ansiolíticos (35,7%):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Derivados de la benzodiacepina (35,7%): Alprazolam, Bromazepam, Diazepam, Ketazolam, Loprazolam, Lorazepam <p>Hipnóticos y sedantes (35,7%)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Derivados de la benzodiacepina (7,1%): Lormetazepam – Agonistas del receptor de la melatonina (3,6%): Melatonina – Imidazopirinas (7,1%): Zolpidem – Otros hipnóticos y sedantes (17,9%): Difenhidramina, Doxilamina, Valeriana – Otros (17,9%) <p>Antidepresivos (10,7%):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (3,6%): Paroxetina – Tricíclicos (7,1%): Amitriptilina
MEDICACIÓN RELAJACIÓN
<p>Ansiolíticos (42,6%):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Derivados de la benzodiacepina (42,6%): Alprazolam, Bromazepam, Clotiazepam, Diazepam, Loprazolam, Lorazepam <p>Hipnóticos y sedantes (26,5%)</p> <ul style="list-style-type: none"> – Derivados de la benzodiacepina (2,9%): Flurazepam, Lormetazepam – Imidazopirindas (5,9%): Zolpidem – Otros hipnóticos y sedantes (17,6%): Difenhidramina, Doxilamina, Valeriana <p>Antiinflamatorios y analgésicos (20,6%):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Aceclofenaco, Acetilsalicílico, Carisoprodol, Dexketoprofeno, Ibuprofeno, Metamizol, Metocarbamol, Tetraxepam – Otros (7,4%) <p>Antidepresivos (2,9%):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (1,5%): Sertralina – Inhibidores selectivos de la recaptación de noradrenalina y serotonina (1,4%): Venlafaxina

Tabla 9: Distribución porcentual de los fármacos consumidos por los conductores que están bajo tratamiento contra los distintos trastornos (clasificación de los distintos principios activos realizada en función de su acción específica)

4.3.1.3. Fármacos y prescripción médica

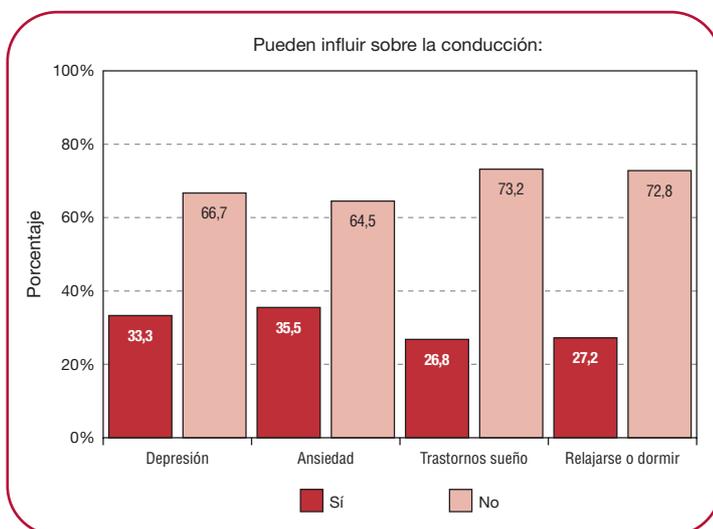
La mayoría de los conductores que actualmente está bajo tratamiento farmacológico para los distintos estados tratados, se encuentra bajo control médico, o por lo menos el medicamento ha sido recetado por un facultativo (ver Gráfica 64). En cualquier caso, es alarmante el porcentaje de conductores que se automedican con fármacos para el tratamiento de los trastornos del sueño (24,4%) o para relajarse o dormir (31,5%), lo que nos hace pensar que existe una probabilidad importante de que el autodiagnóstico de cada uno de los trastornos pueda ser erróneo (la automedicación suele



Gráfica 64: Distribución porcentual de conductores bajo tratamiento farmacológico con control o sin control médico

4.3.2. Percepción de los conductores españoles de la influencia de los fármacos sobre la conducción

Está de sobra justificado el efecto negativo que ciertos fármacos pueden ejercer sobre la capacidad para conducir



Gráfica 65: Distribución porcentual de conductores bajo tratamiento farmacológico que consideran que su medicación puede afectar o no a la conducción

trastornos depresivos, ansiedad o aquellos cuyo objetivo es aliviar determinadas alteraciones relacionadas con el sueño. En este sentido, y como se puede observar en la Gráfica 65, un porcentaje elevado de conductores considera que los fármacos que consume no influyen sobre su capacidad para conducir.

estar muy relacionada con el autodiagnóstico). Llamamos de nuevo la atención sobre este tema de trascendental importancia dadas las graves consecuencias que se pueden derivar de un uso inadecuado de los fármacos.

un vehículo con seguridad. En este sentido, como se describe ampliamente en el estudio documental Salud vial. Teoría y prácticas de los trastornos físicos y psíquicos en la conducción (Alonso et al., 2008) destacan entre ellos los destinados a tratar

Así, aproximadamente un tercio de conductores estima que los medicamentos para tratar la depresión o la ansiedad pueden influir sobre la capacidad para conducir. En el caso de los fármacos para tratar los trastornos del sueño, o aquellos para relajarse o dormir, el porcentaje de conductores medicados que indican que pueden afectar negativamente a la capacidad necesaria para conducir con seguridad, se reduce a cerca del 25%.

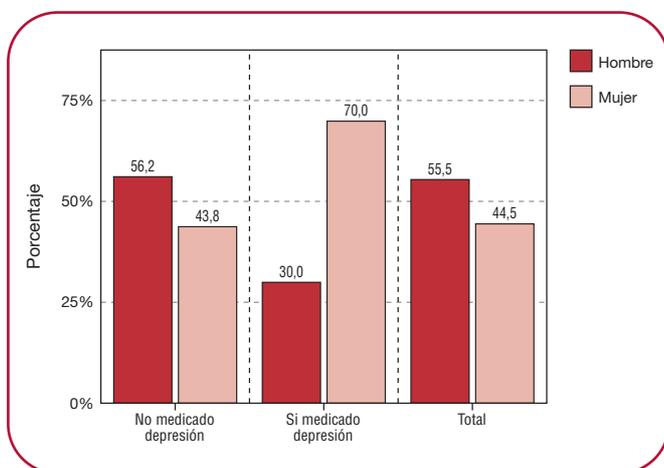
4.3.3. Fármacos y conducción en función de algunas variables

4.3.3.1. Tratamiento farmacológico de las alteraciones psicológicas

a) Diferencias entre grupos

Como bien señalamos antes, el 2,5% de los conductores se encuentra actualmente bajo tratamiento para la **depresión**.

De éstos, destacan las mujeres sobre los hombres (el 70%



Gráfica 66: Distribución porcentual de hombres y mujeres, en función de si se medican o no para la depresión, y comparación con la distribución general

de los que se medican para la depresión son mujeres –ver Gráfica 66– y las personas de edad adulta (entre 46-55 años) sobre el resto de grupos de edad. En cuanto a la relación con las variables relacionadas con el tipo de conducción, son sobre todo los conductores experimentados (11-30 años de experiencia), y los que hacen uso del vehículo indistintamente por ocio o trabajo, donde destaca la proporción de conductores bajo tratamiento para la depresión.

En cambio, los hombres, los jóvenes de 18-25 años frente al resto de grupos de edad, los conductores con 3-10 años de

experiencia o con más de 30 años de experiencia, aquellos que utilizan el vehículo en mayor medida por motivos personales/ocio y los que conducen sobre todo durante el día, destacan por ser grupos en los que hay una mayor proporción de conductores no medicados para este trastorno.

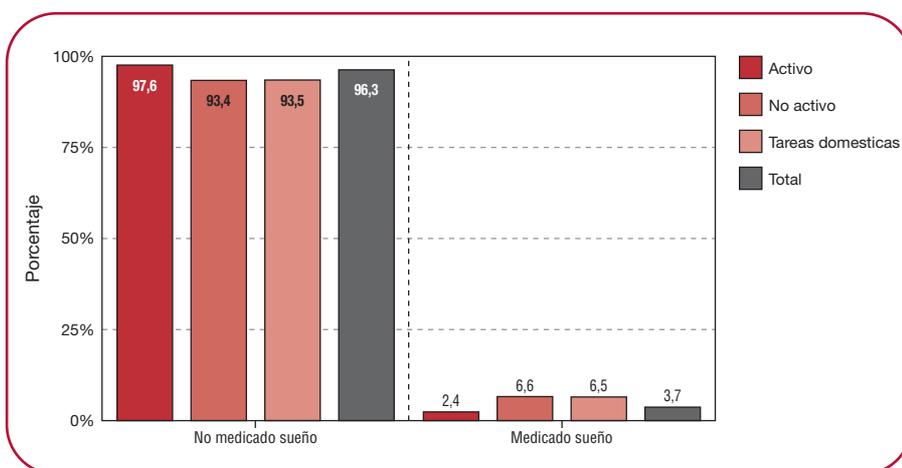
No podemos establecer ninguna relación significativa en el caso de la Comunidad Autónoma o el tamaño de la población de residencia, la exposición al riesgo, el tipo de vehículo conducido, las horas de conducción continuada en los desplazamientos habituales, el tipo de vía empleado con más frecuencia, los accidentes sufridos como conductor a lo largo de toda la vida, las multas recibidas durante los últimos tres años (excepto las de aparcamiento), la asunción de riesgos en la conducción, la actividad laboral, el tipo de profesión o el horario de trabajo.

En el caso de la **ansiedad**, si bien es pequeño el porcentaje de conductores medicados para este trastorno (2,5%), destacan, en mayor medida que el resto, aquellos que residen en poblaciones de más de 500.000 habitantes, y los adultos de edades comprendidas entre los 36-45 años. En cambio, las personas activas laboralmente, y los que residen en poblaciones de hasta 10.000 habitantes son quienes en menor medida dicen estar medicados para este trastorno.

No podemos establecer ninguna relación de carácter significativo con las siguientes variables consideradas en el estudio: Comunidad Autónoma, edad, tipo de vehículo, exposición al riesgo, experiencia en la conducción, motivo del desplazamiento, conducción diurna / nocturna, horas de conducción continuada en los desplazamientos habituales, tipo de vía por el que se circula con más frecuencia, accidentes a lo largo de toda la vida, multas recibidas durante los tres años pasados excepto las de aparcamiento, asunción de riesgos al volante y tipo de profesión.

Por otro lado, el porcentaje de personas que toma algún

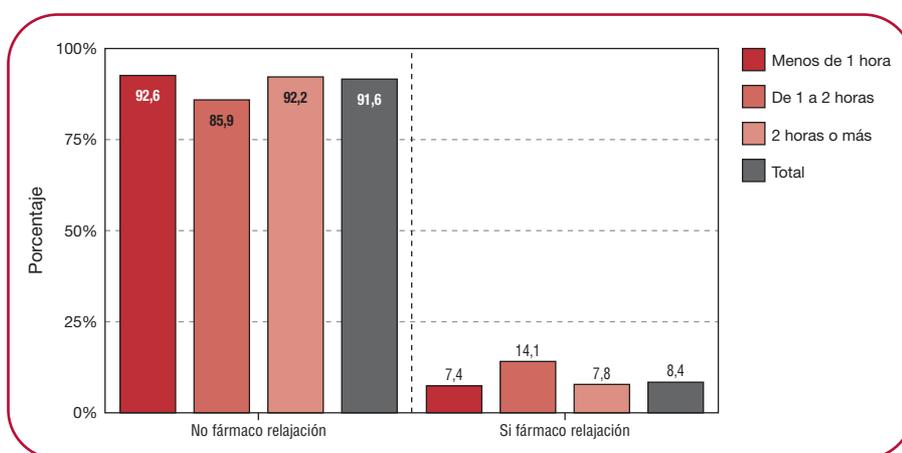
medicamento destinado a aliviar los **trastornos del sueño** es ligeramente superior (3,7%). Con mayor probabilidad son personas de 56-65 años o que no están trabajando en la actualidad (el porcentaje de conductores en activo medicados para el sueño es sólo de un 2,4%, mientras que éste aumenta significativamente hasta un 6,6% en el grupo no activo a nivel laboral –ver Gráfica 67–).



Gráfica 67: Distribución porcentual de conductores que se medican o no para el sueño, en función de su actividad laboral, y comparación con la distribución general

No podemos establecer ninguna relación significativa con el tamaño de población, Comunidad Autónoma, sexo, exposición al riesgo, tipo de vehículo, experiencia, motivo del desplazamiento, conducción diurna / nocturna, horas de conducción en los desplazamientos habituales, tipo de vía habitual, accidentes sufridos como conductor, multas exceptuando las de aparcamiento, riesgo asumido en la conducción, tipo de profesión y horario de trabajo. Finalmente, recordamos que el 8,3% de los conductores (teniendo sólo en cuenta los que no consumen fármacos para la depresión, ansiedad o los trastornos del sueño), reconoció consumir de vez en cuando fármacos para **dormir o relajarse**. El consumo de este tipo de fármacos destaca sobre todo en poblaciones de 10.001-20.000 habitantes y en personas de edad adulta (56-65 años). En cuanto a las variables relacionadas con el tipo de conducción, destacan en mayor medida los conductores con

exposición al riesgo media, con más de 30 años de experiencia en la conducción, y aquellos cuyos trayectos habituales tienen una duración continua de entre una y dos horas (un 14% de estos conductores toman fármacos para relajarse o dormir –Gráfica 68–). Además son sobre todo conductores que han sido multados en una ocasión durante los tres últimos años (sin contar las multas por aparcamiento), que no están trabajando en la actualidad, o que trabajan por cuenta propia.

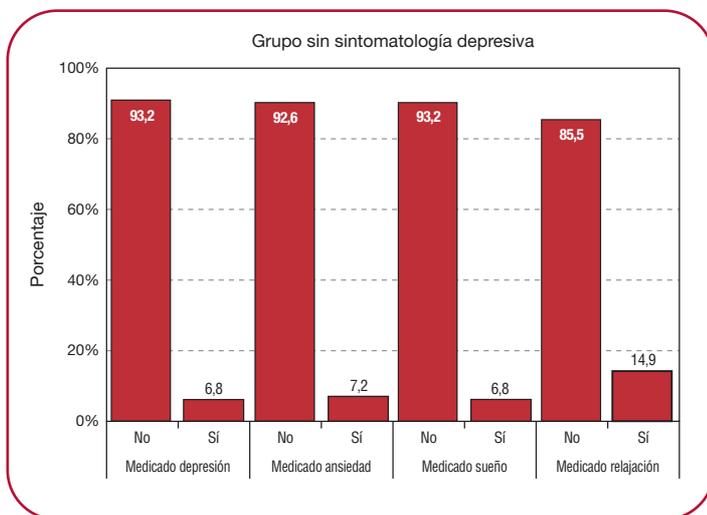


Gráfica 68: Distribución porcentual de conductores que se medican o no para el sueño, en función de las horas de conducción continua, y comparación con la distribución general

Sin embargo, los conductores de Castilla y León, en comparación con los del resto de comunidades, aquellos que emplean menos de una hora en sus trayectos habituales y los que están activos laboralmente, tienen una menor probabilidad de medicarse para relajarse o dormir. No podemos establecer una asociación o relación entre el consumo de medicamentos para relajarse o dormir con variables como el sexo, el tipo de vehículo, el motivo fundamental de los desplazamientos habituales o el tipo de vía empleado, la conducción diurna o nocturna, los accidentes sufridos como conductor a lo largo de toda la vida, la asunción de riesgos o el horario de trabajo.

b) Medicación e incidencia de alteraciones psicológicas

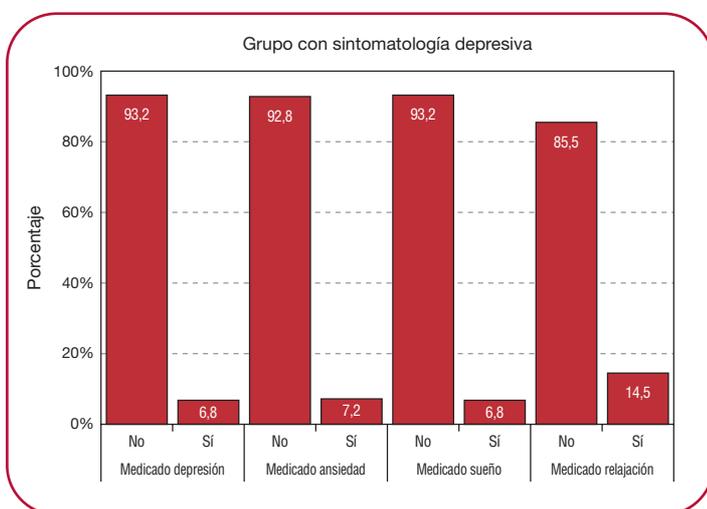
Lógicamente, el porcentaje de conductores con **sintomatología depresiva** destaca por medicarse en



Gráfica 69: Distribución porcentual de conductores que se medican o no para los distintos trastornos, en el grupo sin sintomatología depresiva

depresiva, que no se está medicando para la depresión (93,2%), puede explicarse por el hecho de que la mayoría de estos conductores tienen predisposición a sufrir el trastorno, aunque no todos tienen por qué desarrollarlo.

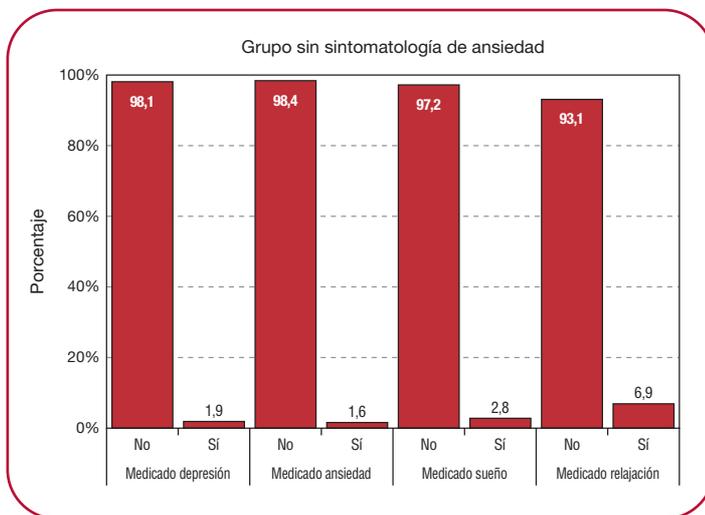
Por otro lado, también destaca significativamente el porcentaje de conductores con sintomatología depresiva que



Gráfica 70: Distribución porcentual de conductores que se medican o no para los distintos trastornos, en el grupo con sintomatología depresiva

consume fármacos para la ansiedad (el porcentaje de conductores con síntomas depresivos que se medican de ansiedad aumenta al 7,2% frente al 1,3% en el grupo que no presentan estos síntomas). El mismo patrón se repite respecto a los tratamientos farmacológicos contra los trastornos del sueño, o para relajarse/dormir. Así, el porcentaje que se medica para trastornos del sueño aumenta de un 2,8% a un 6,8%, de no tener, a tener síntomas de depresión respectivamente.

mayor medida para tratar dicho trastorno. La proporción de medicados en este grupo aumenta a un 6,8% frente al 1,3% en el grupo sin síntomas de depresión (Gráfica 69 y Gráfica 70). El alto porcentaje de conductores con sintomatología

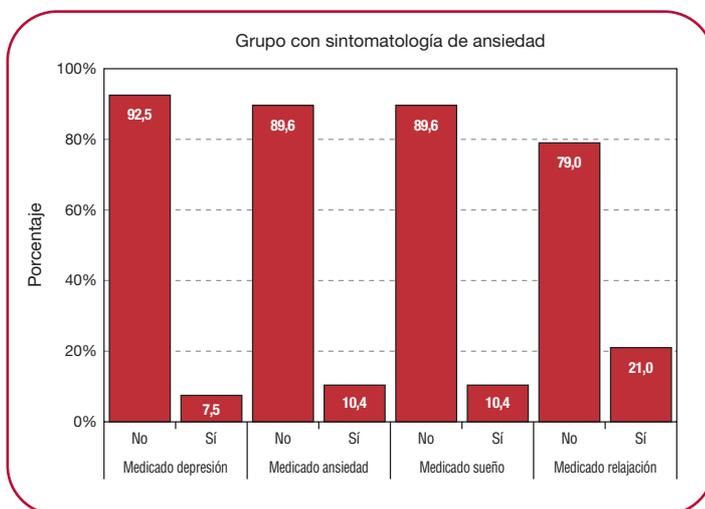


Gráfica 71: Distribución porcentual de conductores que se medican o no para los distintos trastornos, en el grupo sin sintomatología de ansiedad

sólo depresión y casi un 20% presenta depresión asociada a ansiedad y/o estrés).

Al igual que en el caso de la depresión, la manifestación de **sintomatología de ansiedad** está relacionada

significativamente con los distintos tratamientos farmacológicos analizados en nuestro estudio (Gráfica 71 y Gráfica 72). Así, un



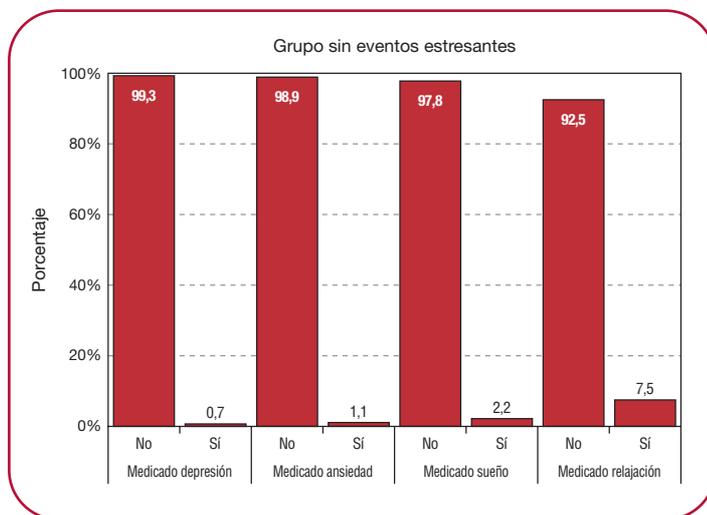
Gráfica 72: Distribución porcentual de conductores que se medican o no para los distintos trastornos, en el grupo con sintomatología de ansiedad

(estos porcentajes son significativamente menores en el grupo sin sintomatología de ansiedad: 1,9%, 1,6%, 2,8% y 6,9% respectivamente para cada medicación).

El alto porcentaje de conductores con sintomatología de ansiedad, que no se están medicando para la ansiedad

En conclusión, podemos decir que la relación de la sintomatología de la depresión con la medicación para otros trastornos, se explica porque esta sintomatología apenas se da en solitario (sólo un 2% de los conductores presenta

7,5% de los conductores con sintomatología de ansiedad se medica contra la depresión, un 10,4% de ese mismo grupo de conductores se medica contra la ansiedad, un 10,4% para los trastornos del sueño y un 21% para relajarse o dormir



Gráfica 73: Distribución porcentual de conductores que se medican o no para los distintos trastornos, en el grupo sin vivencia de eventos estresantes

medicación para otros trastornos se explica porque esta sintomatología apenas se da en solitario (solo un 0,4% de los conductores presenta sólo ansiedad y casi un 11% presenta ansiedad asociada a depresión y/o estrés).

Si tratamos de establecer una relación entre la vivencia o no de **eventos estresantes** con la medicación para los

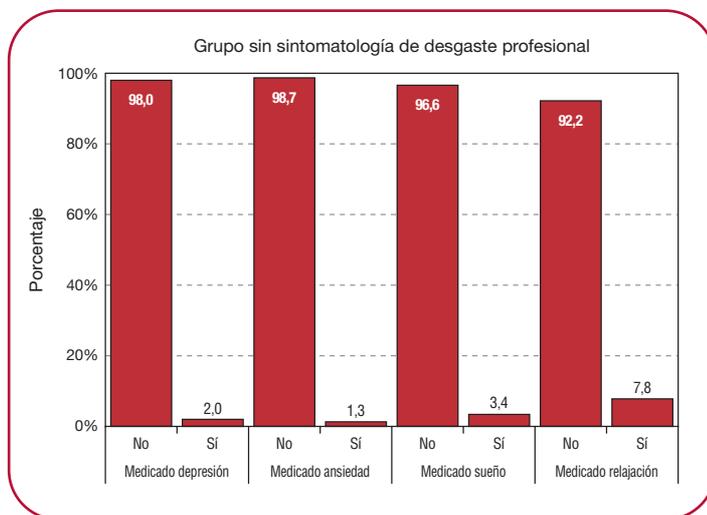


Gráfica 74: Distribución porcentual de conductores que se medican o no para los distintos trastornos, en el grupo con vivencia de eventos estresantes

0,7% de los conductores que no han vivido eventos estresantes en el último año se medica contra la depresión, este porcentaje aumenta a un 3% en el grupo que señala haber vivido eventos estresantes (Gráfica 73 y Gráfica 74). No hay diferencias estadísticamente significativas en los

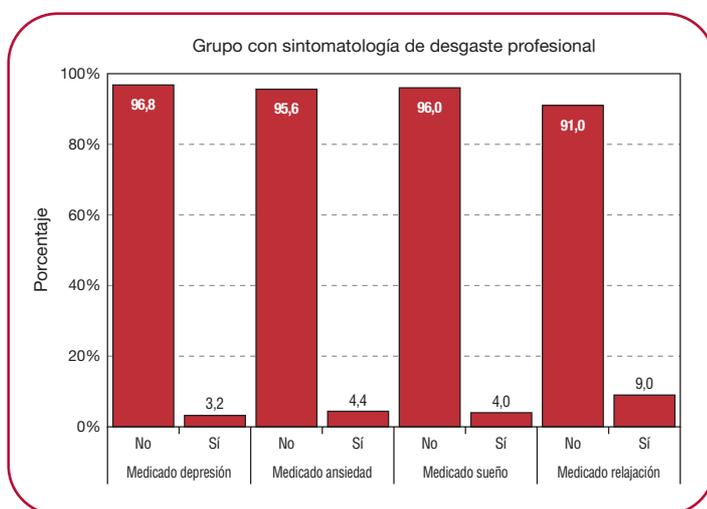
(89,6%), puede explicarse por el hecho de que la mayoría de estos conductores tienen predisposición a sufrir el trastorno, aunque no todos tienen por qué desarrollarlo. La relación de la sintomatología de la ansiedad con la

trastornos estudiados (depresión, ansiedad, trastornos del sueño, relajarse o dormir) podemos observar que la vivencia de eventos vitales estresantes sólo está relacionada con la medicación para tratar la depresión. Así, mientras que sólo un



Gráfica 75: Distribución porcentual de conductores que se medican o no para los distintos trastornos, en el grupo sin sintomatología de desgaste profesional

profesional y tratamiento farmacológico para diferentes trastornos, la manifestación de síntomas de desgaste profesional sólo está relacionada de forma significativa con la medicación para el tratamiento de la ansiedad. Así, mientras que sólo un 1,3% de los conductores sin sintomatología de desgaste profesional se medica contra la ansiedad, este

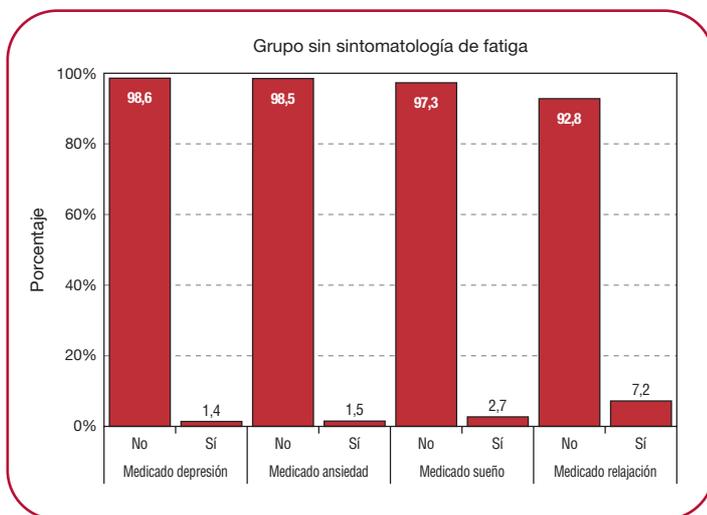


Gráfica 76: Distribución porcentual de conductores que se medican o no para los distintos trastornos, en el grupo con sintomatología de desgaste profesional

porcentaje aumenta a un 4,4% en el grupo con síntomas de desgaste (Gráfica 75 y Gráfica 76). No hay diferencias estadísticamente significativas en los porcentajes de conductores medicados para la depresión, el sueño, o para relajarse o dormir, entre los grupos que manifiestan o no sintomatología de desgaste profesional.

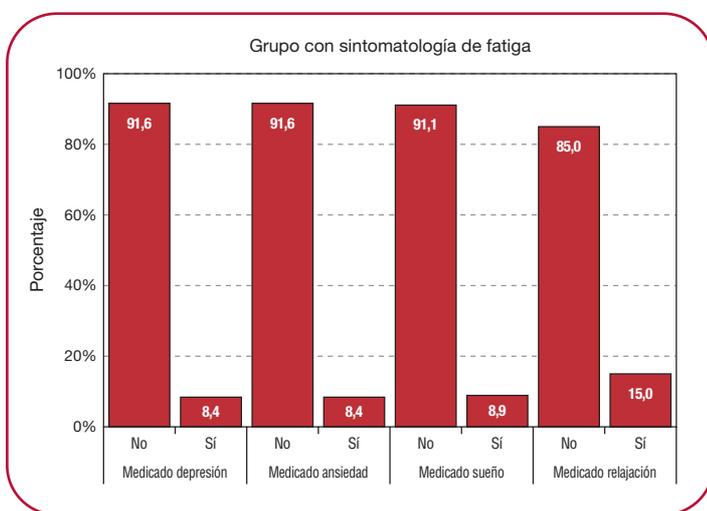
Por último, y al igual que en el caso de la depresión y la ansiedad, la manifestación de **sintomatología de fatiga** por nuestros conductores está relacionada significativamente

porcentajes de conductores medicados para tratar la ansiedad, el sueño, o para relajarse o dormir, entre los grupos que han vivido o no eventos estresantes. Por otro lado, en cuanto a la relación entre **desgaste**



Gráfica 77: Distribución porcentual de conductores que se medican o no para los distintos trastornos, en el grupo sin sintomatología de fatiga

tomando medicamentos para el tratamiento de la depresión; el 8,4% frente al 1,5% en el caso del tratamiento para la ansiedad, y el 8,9% frente al 2,7% en el caso de los trastornos del sueño. En el caso de los conductores que, si bien no están consumiendo ninguno de los fármacos anteriores, reconocen de vez en cuando hacer uso de alguno



Gráfica 78: Distribución porcentual de conductores que se medican o no para los distintos trastornos, en el grupo con sintomatología de fatiga

c) Relación con otras variables

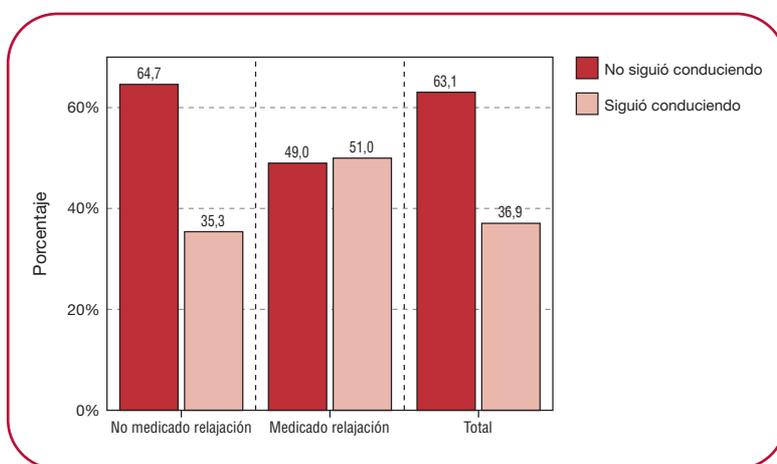
No podemos establecer ninguna relación entre el hecho de que los conductores estén tomando medicación para la depresión, ansiedad o trastornos de sueño con la frecuencia con la que reconocen no haber estado en condiciones

con los distintos tratamientos farmacológicos analizados en nuestro estudio (Gráfica 77 y Gráfica 78). Así, el 8,4% de los conductores con síntomas de fatiga (frente al 1,4% del grupo sin síntomas) reconoce estar

para relajarse o dormir, destacan nuevamente aquellos con síntomas de fatiga mental o física. En este caso, un 15% de los conductores con estos síntomas (frente al 7,2% del grupo sin síntomas) reconoce hacer uso de estos fármacos.

óptimas para conducir, ni con el tipo de malestar causante de dicha situación. Del mismo modo, tanto la decisión de conducir o no cuando se reconoce que no está en condiciones para hacerlo, como el grado en que la conducción se pudo ver afectada es independiente de si los conductores toman medicación o no para alguno de los trastornos anteriores.

Sin embargo, los conductores que habitualmente toman algún tipo de fármaco para relajarse o dormir es más probable que hayan pensado alguna vez que no estaban en



Gráfica 79: Distribución porcentual de conductores que siguieron conduciendo o no, en función de si están medicados o no para relajarse/dormir, y comparación con la distribución general

de malestar que les ha provocado ese pensamiento.

Una vez han pensado que no estaban para conducir, es más probable que el grupo de conductores que consume fármacos para relajarse o dormir decida seguir conduciendo.

Esto es así en el 51% de los conductores que toman este tipo de medicamentos (Gráfica 79). Sin embargo, una vez decidieron conducir a pesar de las condiciones inadecuadas, el consumo de estos fármacos no está relacionado con el hecho de que los conductores señalen que su conducción se vio afectada o no.

Por otro lado, los conductores que están bajo tratamiento farmacológico por un trastorno de depresión destacan por indicar, en mayor medida que el resto, que cuando han estado de baja han seguido conduciendo. Por el contrario,

condiciones para conducir frente a aquellos que no consumen dichos fármacos. No hay diferencias entre ambos grupos respecto al tipo

los conductores que no están bajo este tratamiento indican en mayor medida no haber conducido en caso de estar de baja laboral.

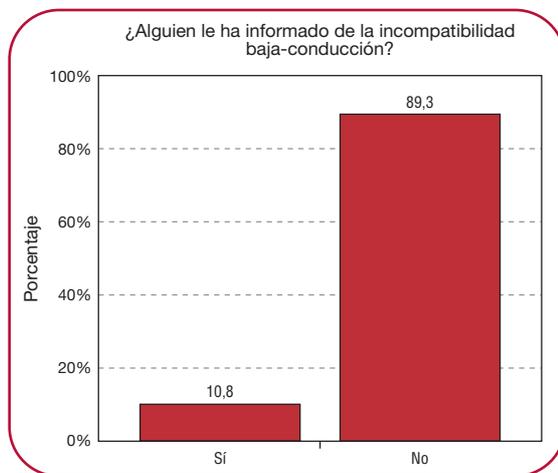
En el caso de los conductores que están bajo tratamiento para la ansiedad, los trastornos del sueño o aquellos que (si bien no consumen ninguno de los anteriores) toman de vez en cuando medicamentos para relajarse o dormir, no podemos establecer relaciones significativas en este sentido. En cuanto a la relación entre la estimación realizada sobre el efecto de diversos estados sobre la conducción y la medicación para los trastornos citados, estas valoraciones sólo se ven afectadas por el tratamiento farmacológico para los trastornos del sueño. Así, los conductores que no consumen este tipo de fármacos estiman que el efecto que la depresión tiene sobre la capacidad de conducir es mayor. No se aprecian diferencias, relacionadas con el consumo de fármacos para los problemas de sueño, en la valoración del resto de estados. En último lugar, tampoco se encuentran diferencias significativas en las valoraciones realizadas de los distintos estados, entre los grupos que consumen o no fármacos contra la depresión, ansiedad o para relajarse o dormir.

4.4. Conocimientos y opiniones sobre salud y conducción

4.4.1. Conocimientos

4.4.1.1. Información sobre incompatibilidad/afectación de baja laboral y conducción

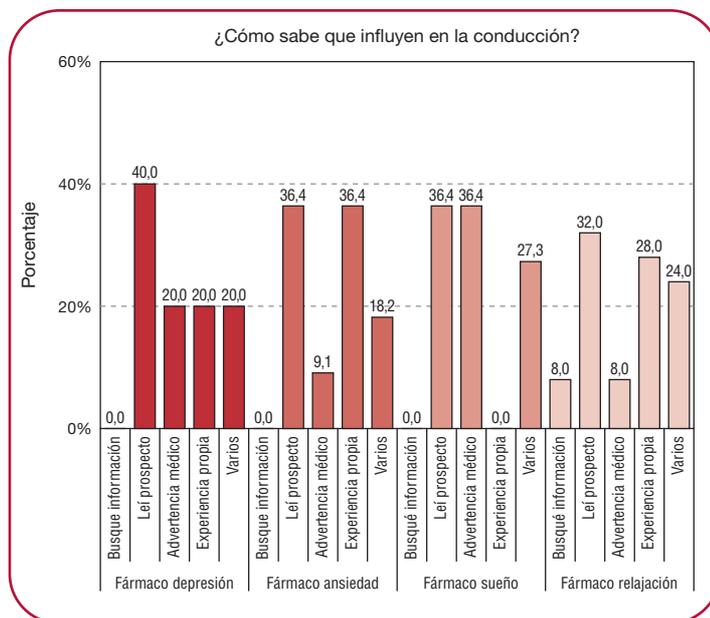
Como vemos en la Gráfica 80, tan sólo el 10,8% indica haber sido informado de la incompatibilidad/afectación existente entre la tarea de conducir y un estado de baja



Gráfica 80: Distribución porcentual de los conductores que han sido informados de la incompatibilidad entre baja laboral y conducción

4.4.1.2. Canales de información

En la Gráfica 81 aparecen las fuentes de información que llevan a los conductores a concluir que su medicación afecta a la capacidad de conducción. Como vemos, la que es



Gráfica 81: Distribución porcentual de conductores bajo tratamiento farmacológico en función de la fuente de información que les ha especificado que su medicación puede afectar a la conducción

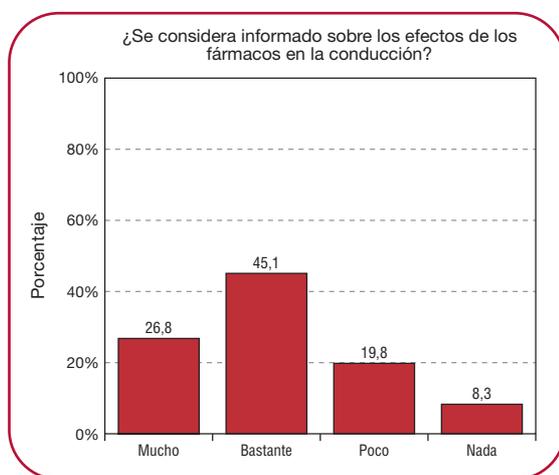
En el caso de los conductores medicados por trastornos del sueño, la información sobre el efecto perjudicial de su medicación en la conducción, proviene principalmente de la lectura del prospecto y de la advertencia del médico.

laboral. Esto puede ser debido en parte a que los agentes responsables dan poca información sobre este tema, a pesar de que la mayoría de los motivos de baja representan desde un punto de vista práctico (que no necesariamente legal) un grave riesgo para la conducción segura de un vehículo.

citada con más frecuencia en todos los casos es la lectura detenida del prospecto, mientras que la propia experiencia es mencionada en segundo lugar como fuente de información en el tratamiento de la depresión, ansiedad, y cuando se medican para relajarse o dormir.

4.4.1.3. Consideración sobre el grado de información

El consumo de fármacos es un hecho frecuente entre la población y no debemos olvidar que los efectos secundarios de los medicamentos son uno de los factores que pueden afectar la capacidad para conducir un vehículo con seguridad. En este sentido, el 71,9% de los conductores reconoce que está bastante o muy informado sobre los efectos de los fármacos en la conducción. En cambio



Gráfica 82: Distribución porcentual de conductores en función de su grado de conocimiento general sobre los efectos de los fármacos en la conducción

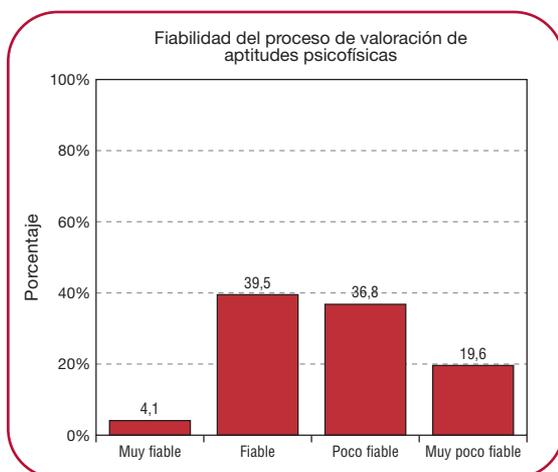
determinados fármacos pueden tener sobre la capacidad para conducir un vehículo con seguridad.

(Gráfica 82), el 28,1% restante ha señalado estar poco o nada informado, lo que debería hacernos reflexionar acerca de la relevancia del tema y la necesidad de encauzar vías de comunicación que transmitan adecuadamente esta información, dadas las consecuencias dramáticas que se pueden derivar de la falta de conocimientos sobre el efecto que

4.4.2. Opiniones relativas al sistema existente y nuevas propuestas

4.4.2.1. Fiabilidad/exhaustividad del sistema de reconocimiento de conductores

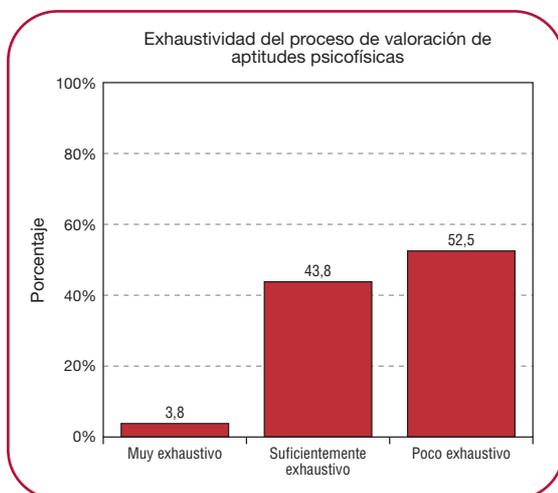
La evaluación psicotécnica de conductores se lleva a cabo por un equipo multidisciplinar integrado por un médico, un psicólogo y un oftalmólogo. Se realiza en centros de reconocimiento específicos y tiene como objetivo fundamental determinar la capacidad de un sujeto para conducir un vehículo. La estimación que los conductores españoles han realizado acerca del proceso de valoración de



Gráfica 83: Distribución porcentual de conductores en función de su valoración del grado de fiabilidad del proceso de valoración de aptitudes psicofísicas para conducir

materia, quienes deberían reflexionar acerca de la idoneidad o posible mejora de este procedimiento. En la Gráfica 83 se pueden apreciar con detalle los porcentajes obtenidos en esta pregunta.

Además, más de la mitad de los conductores españoles considera que el proceso de valoración de aptitudes psicofísicas es poco exhaustivo. Como vemos en la Gráfica

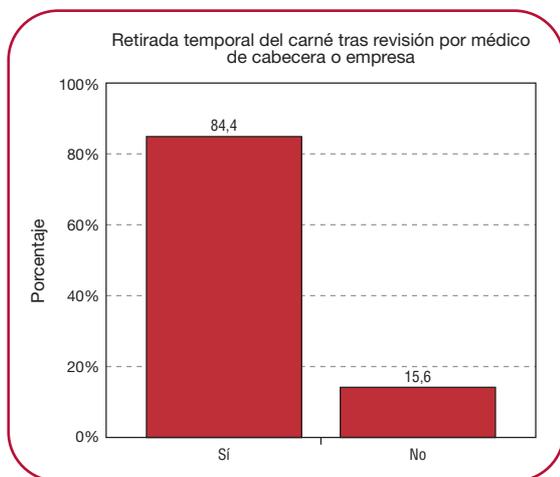


Gráfica 84: Distribución porcentual de conductores en función de su valoración del grado de exhaustividad del proceso de valoración de aptitudes psicofísicas para conducir

84, tan sólo el 3,8% opina que éste es muy exhaustivo.

En cuanto a la relación entre estas dos valoraciones (fiabilidad y exhaustividad), los resultados indican que cuanto menor es la valoración de la fiabilidad, es más probable que los conductores valoren el sistema de evaluación de capacidades psicofísicas de los conductores, como bastante o muy exhaustivo. Y también se observa la tendencia contraria, hay un porcentaje destacado de conductores que aún valorando el proceso como bastante o muy fiable, consideran que es poco exhaustivo.

aptitudes psicofísicas para la obtención o renovación del permiso de conducir pone de manifiesto la poca fiabilidad que le otorgan a dicho proceso. De este modo, más de la mitad de los conductores señala que éste es poco o muy poco fiable. Tal vez estas opiniones deberían ser tenidas en cuenta por las autoridades competentes en la



Gráfica 85: Distribución porcentual de conductores en función de su valoración respecto a la retirada temporal del permiso

acuerdo en que, tras un reconocimiento médico realizado por el médico de cabecera o de empresa, le retiraran el permiso de conducir de forma temporal (Gráfica 85).

4.4.2.2. Grado de acuerdo con una propuesta más integral

Llama la atención, sobre todo teniendo en cuenta las opiniones negativas respecto a la fiabilidad y exhaustividad atribuida al proceso de valoración de las aptitudes psicofísicas para la obtención o renovación del permiso de conducir, que un porcentaje cercano al 15,6% afirme que no estaría de

4.4.3. Conocimiento y opinión en función de algunas variables

4.4.3.1. Información sobre incompatibilidad/afectación de baja laboral y conducción

a) Diferencias entre grupos

Alrededor del 90% de los conductores españoles, y en mayor medida los jóvenes de 18-25 años y los que forman parte del grupo con una exposición al riesgo baja, no ha sido informado de la incompatibilidad o afectación existente entre estar de baja laboral y conducir un vehículo. En cambio, los conductores que sí han sido informados, son sobre todo los de 26-35 años y aquellos que conducen indistintamente por el día o por la noche.

En el resto de variables no podemos establecer ninguna relación estadísticamente significativa: tamaño de la población de residencia, Comunidad Autónoma, sexo, tipo de vehículo, experiencia en la conducción, motivo de desplazamiento, horas de conducción continuada en los

desplazamientos frecuentes, tipo de vía empleado en mayor medida, accidentes sufridos como conductor, sanciones recibidas (exceptuando las de aparcamiento), riesgo asumido al volante, actividad laboral, tipo de profesión u horario laboral.

b) Relación con otras variables

Los conductores que reconocen no haber estado en alguna ocasión en las mejores condiciones para conducir señalan, en mayor medida que el resto, estar informados acerca de la incompatibilidad o afectación negativa que implica estar de baja laboral sobre la conducción de vehículos. De forma complementaria, el 58,2% de los conductores que señalan no estar informados en este sentido reconocen no haber sentido nunca la sensación de “No estar para conducir” (frente al 40% que se da entre los que sí que han sido informados).

El tipo de malestar causante de las situaciones en las que los conductores han pensado que no estaban en condiciones adecuadas para conducir, no se relaciona de forma significativa con el grado de conocimiento respecto de la incompatibilidad/afectación entre estar de baja y conducir. Esta información tampoco se relaciona ni con la decisión de conducir o no en condiciones inadecuadas de conducción, ni en la percepción de si la conducción se ha visto afectada o no, ni sobre la valoración realizada acerca del efecto que sobre la capacidad de conducir tienen ciertos estados de salud planteados en esta investigación.

Del mismo modo, el hecho de que los conductores hayan sido informados o no acerca de la afectación o incompatibilidad que estar de baja tiene sobre la conducción, es independiente de la sintomatología de depresión, ansiedad, desgaste profesional, fatiga y de la vivencia de eventos estresantes que presentan y de que estén recibiendo o no un tratamiento farmacológico para la

depresión, la ansiedad, los trastornos del sueño o que consuman algún medicamento para relajarse o dormir.

4.4.3.2. Consideración sobre el grado de información

a) Diferencias entre grupos

Como vimos previamente, el 28,1% de los conductores indica que está poco o nada informado acerca de los efectos de los fármacos en la conducción.

Teniendo en cuenta este resultado promedio, observamos que los conductores de Aragón, los jóvenes de 26-35, aquellos con exposición al riesgo baja o muy alta y los que utilizan fundamentalmente el vehículo para trabajar (en misión) son quienes destacan más, en comparación con el resto de grupos, por no estar nada informados acerca de los efectos de los fármacos sobre la conducción.

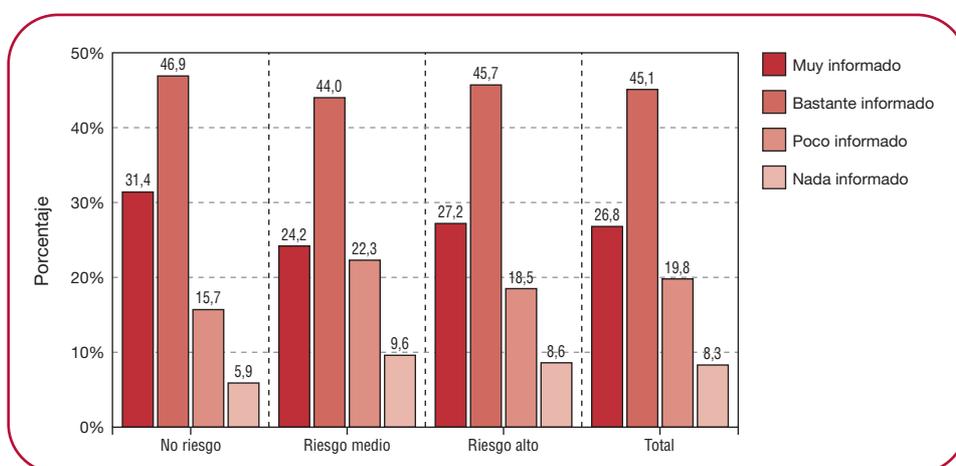
Por su parte, los conductores de poblaciones de hasta 10.000 habitantes y de más de 500.000, los de Asturias, aquellos con 18-35 de edad o con una experiencia de entre 3-10 años en la conducción, son quienes en mayor medida dicen estar poco informados sobre los posibles efectos de los medicamentos en la conducción.

Quienes en mayor medida indican estar bastante informados de estos efectos son sobre todo los conductores de vehículos de carga o transporte, aquellos que conducen sobre todo para ir o venir del trabajo (in itinere), con una exposición al riesgo media, y/o que se dedican a las tareas domésticas.

Por último, los conductores mayores de 65 años, aquellos con exposición al riesgo muy baja, con 21-30 años de experiencia en la conducción, y/o que trabajan a turnos rotativos reconocen, en mayor medida, estar muy informados acerca de estos efectos que el resto de grupos de conductores.

Si nos centramos específicamente en la relación del nivel de riesgo asumido, con el nivel de información respecto al

efecto de los fármacos en la conducción, observamos (Gráfica 86) que la información es mayor en el grupo de conductores de "no riesgo". El 78,3% de estos conductores se considera bastante o muy informado, mientras que en el resto de grupos este porcentaje es significativamente menor (68,2% en el grupo de riesgo medio y 72,9% en el grupo de riesgo alto). Complementariamente, podemos destacar que el grupo de riesgo medio es el que señala un mayor nivel de desinformación (un 31,9% se considera poco o nada



Gráfica 86: Distribución porcentual del grado de información sobre los efectos de los fármacos en la conducción, en función del nivel de riesgo asumido por los conductores, y comparación con la distribución general

informado frente al 28,1% que se da a nivel general).

En cambio el nivel de información acerca de los efectos de los medicamentos sobre las capacidades para conducir de forma segura, es el mismo independientemente del sexo, la conducción durante el día o la noche, las horas de conducción continuada en los desplazamientos habituales, el tipo de vía utilizado con más frecuencia, los accidentes como conductor a lo largo de toda la vida, las multas en los últimos tres años (sin considerar las de aparcamiento) o el tipo de profesión.

b) Relación con otras variables

El nivel de información que los conductores dicen tener acerca del efecto de los fármacos sobre la conducción no está relacionado ni con el hecho de reconocer no haber estado en condiciones adecuadas para conducir, ni con el

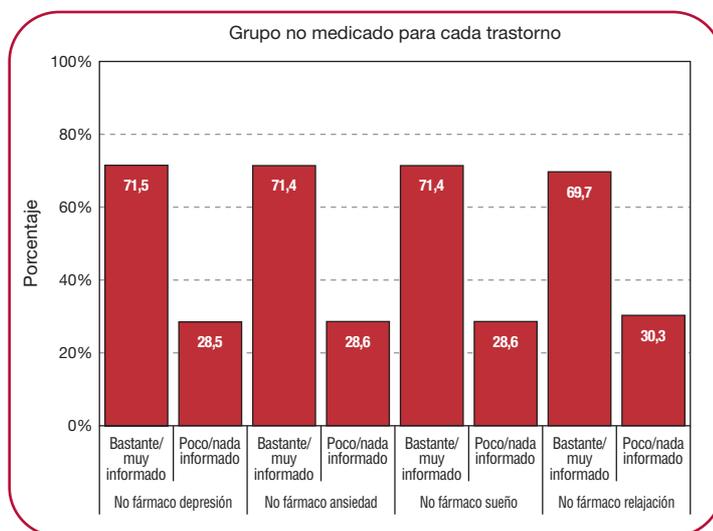
tipo de malestar que les lleva a esta deducción, ni con el hecho de que éstos decidan conducir o no a pesar de no encontrarse en las mejores condiciones para hacerlo, ni en su valoración del efecto que tuvo sobre las capacidades si decidieron seguir conduciendo.

Además, el grado de información sobre los efectos de los fármacos sobre la conducción que señalan los conductores también es independiente de conducir o no estando de baja laboral.

Del mismo modo, el nivel de conocimiento señalado por los encuestados acerca de los efectos de los fármacos sobre la conducción no influye de forma significativa en la valoración realizada acerca de la influencia del sueño, la depresión, el estrés, o la fatiga, sobre la conducción. En cambio, los conductores que dicen estar más informados sobre este tema, consideran que tanto la ansiedad, como la adicción a las drogas, el alcohol o el consumo abusivo de fármacos influye de forma más importante sobre la conducción segura de vehículos.

Por otro lado, el nivel de información que los conductores dicen tener acerca de los efectos de los fármacos sobre la conducción es independiente de presentar sintomatología de depresión, ansiedad, desgaste profesional, fatiga y de la vivencia de eventos estresantes.

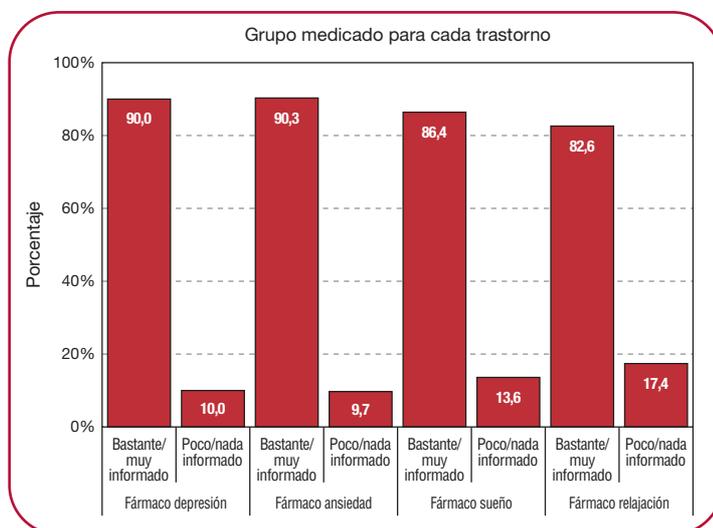
Si nos centramos en la posible relación entre la información sobre los efectos de los medicamentos sobre la conducción y el consumo de alguno para los trastornos estudiados podemos observar que, en líneas generales, los conductores que están siendo tratados con fármacos para la depresión, ansiedad, los trastornos del sueño o bien en alguna ocasión toman alguno para relajarse o dormir señalan estar más informados acerca de los efectos de los fármacos sobre la conducción en comparación con aquellos que no están tomando estos fármacos. Concretamente, entre el 80-90% de los conductores medicados para alguno de los trastornos



Gráfica 87: Distribución porcentual del grado de información sobre los efectos de los fármacos en la conducción, en los grupos de conductores que no se medican para los distintos trastornos

citados señala estar bastante o muy informado, cuando este porcentaje es de alrededor del 70% en el grupo que no se medica (Gráfica 87 y Gráfica 88). Por último, es más probable que los conductores que han sido informados acerca de la afectación que una baja laboral puede implicar para la conducción señalen ser más conocedores de los efectos de los fármacos sobre la conducción. Del mismo modo, los conductores que no han sido informados en este sentido señalan en mayor medida un nivel de conocimiento menor sobre los efectos que los fármacos tienen sobre la

conducción.



Gráfica 88: Distribución porcentual del grado de información sobre los efectos de los fármacos en la conducción, en los grupos de conductores que se medican para los distintos trastornos

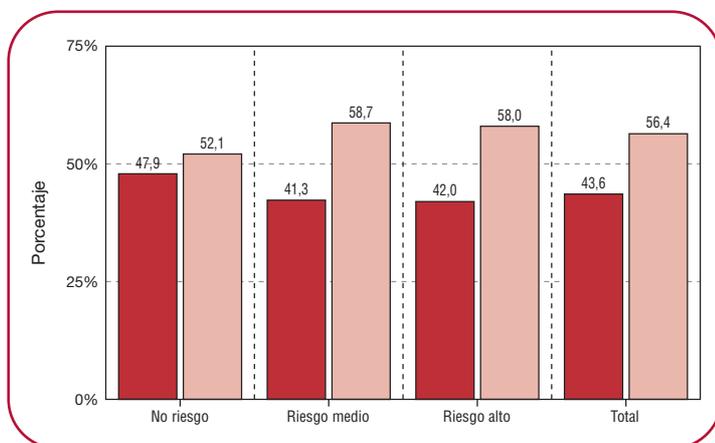
4.4.3.3. Fiabilidad/exhaustividad del sistema de reconocimiento de conductores

a) Diferencias entre grupos

Como señalamos previamente, más de la mitad de los encuestados (59,6%) considera que el proceso de valoración

de aptitudes psicofísicas que se realiza en nuestro país para la obtención o renovación del permiso de conducir es **bastante o muy fiable**. Destacan en este sentido los conductores que residen en poblaciones de más de 500.000 habitantes, los de Asturias y Castilla La Mancha, aquellos con una exposición al riesgo alta, los conductores de turismo, que hacen uso del vehículo tanto por motivos laborales como por ocio, están trabajando en la actualidad, y/o ocupan puestos de dirección o coordinación.

En cambio, para el 40,4% de los conductores las pruebas psicofísicas que forman parte del proceso de obtención o renovación del permiso son **poco o muy poco fiables**. Quienes han mostrado un mayor nivel de acuerdo en este sentido son los conductores de Baleares y Cantabria, los de mayor edad (56 en adelante), aquellos que conducen vehículos de carga o transporte, con más de 30 años de experiencia en la conducción, los conductores que hacen uso del vehículo fundamentalmente para ir o venir del trabajo,



o por motivos de ocio/personales, los conductores que no asumen conductas de riesgo al volante (el porcentaje de conductores que piensa así es de un 47,9% en este grupo frente al 43,6%

Gráfica 89: Distribución porcentual de las valoraciones sobre la fiabilidad del proceso de evaluación psicofísica de conductores, en función del nivel de riesgo asumido, y comparación con la distribución general

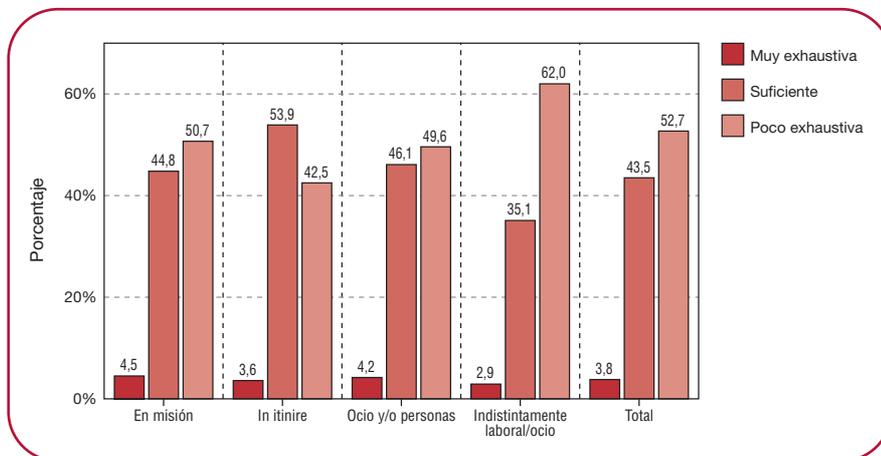
obtenido a nivel general –Gráfica 89–), y/o aquellos que en la actualidad no están trabajando.

La fiabilidad atribuida a este proceso es independiente del sexo, la conducción diurna o nocturna, las horas de conducción continuada en los desplazamientos habituales, el tipo de vía empleado con más frecuencia, los accidentes sufridos como conductor durante toda la vida, las sanciones

exceptuando las de aparcamiento de los tres últimos años o el horario de trabajo.

Por otro lado, y si recordamos los datos analizados previamente, podemos apreciar que la inmensa mayoría de los conductores españoles estima que las pruebas psicofísicas que forman parte del proceso de obtención del permiso de conducir son suficientemente exhaustivas (43,8%) o poco exhaustivas (52,5%). En cambio, sólo para el 3,8% éstas son muy exhaustivas.

Los conductores que destacan por considerar, en mayor medida que el resto, que se trata de un proceso **poco exhaustivo** son los residentes en poblaciones de más de 500.000 habitantes, aquellos que viven en Aragón, Castilla la Mancha y País Vasco, los conductores de 26-35 años, los que tienen una experiencia en la conducción de 11-20 años, aquellos que hacen uso del vehículo indistintamente por motivos laborales/ocio (un 62% de estos conductores piensa



Gráfica 90: Distribución porcentual de las valoraciones sobre la exhaustividad del proceso de evaluación psicofísica de conductores, en función del motivo de desplazamiento más habitual, y comparación con la distribución general

así, frente al 52,7% general –Gráfica 90), los que con cierta frecuencia asumen riesgos al volante (riesgo medio), y/o aquellos que actualmente están trabajando.

Por su parte, los conductores que residen en poblaciones de 20.001-100.000 habitantes, los de Canarias, los que tienen 56-65 años, aquellos con más de 30 años de experiencia en la conducción, los que se desplazan sobre todo con el

vehículo para ir o volver del trabajo (in itinere), y los que forman parte del grupo de no riesgo, señalan en mayor medida que el resto que este proceso es **suficientemente exhaustivo**.

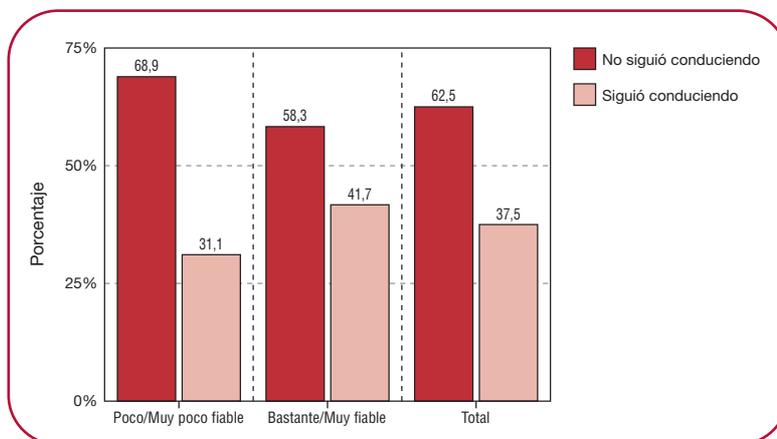
En cambio, los que residen en poblaciones de 100.001-500.000, en Andalucía, las personas de 56-65 años, los que conducen de forma continua durante una o dos horas, y aquellos que trabajan a turnos rotativos son, en comparación con el resto de conductores, quienes destacan que la valoración psicofísica que forma parte del proceso de obtención o renovación del permiso es **muy exhaustivo**.

No podemos establecer ninguna relación en este sentido cuando atendemos a las siguientes variables: sexo, exposición al riesgo, tipo de vehículo, conducción diurna / nocturna, tipo de vía usada con más frecuencia, accidentes como conductor a lo largo de su vida, multas durante los últimos tres años sin considerar las de aparcamiento y tipo de profesión.

b) Relación con otras variables

Los conductores que reconocen no haberse encontrado siempre en condiciones para conducir consideran, en mayor medida que el resto, que las pruebas psicofísicas de obtención o renovación del permiso de conducir son bastante o muy fiables, pero poco exhaustivas. En cambio, aquellos conductores que no han pensado nunca que "no estaban para conducir" consideran de forma más importante que estas pruebas son poco fiables pero suficientemente exhaustivas. Sin embargo, el tipo de malestar señalado por los conductores como causa de su incapacidad para la conducción no influye de forma significativa sobre la evaluación del proceso de valoración de aptitudes psicofísicas de nuestro país.

Además, es más probable que los conductores que consideran que las pruebas psicofísicas para la obtención o renovación del permiso de conducir son bastante o muy fiables, pero poco exhaustivas señalen que, en caso de

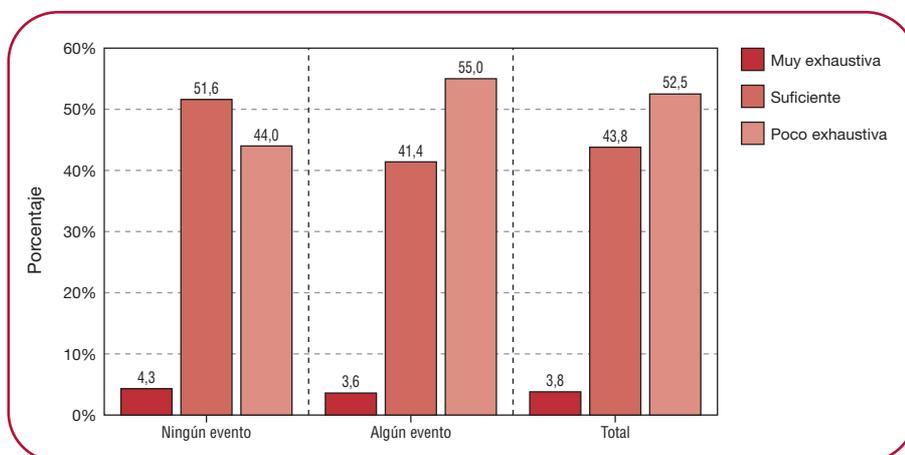


Gráfica 91: Distribución porcentual de conductores que siguieron conduciendo o no cuando no estaban en condiciones para hacerlo, en función de las valoraciones sobre la fiabilidad del proceso de evaluación psicofísica de conductores, y comparación con la distribución general

que valoran el proceso como bastante o muy fiable –Gráfica 91– y el 64,3% de los que valoran el proceso como poco exhaustivo). En cambio, el 68,9% de los conductores que indican que estas pruebas son poco o muy poco fiables, y el 67,8% de los que estiman que son suficientemente exhaustivas, reconocen en mayor medida que finalmente no se pusieron al volante en este tipo de situaciones. El hecho de que los conductores indiquen que su conducción se vio afectada o no tras decidir conducir, a pesar de no estar en las mejores condiciones para hacerlo, no influye de forma significativa sobre la valoración efectuada de la fiabilidad y exhaustividad del proceso de valoración de aptitudes psicofísicas necesario para la obtención o renovación del permiso de conducir. Por otro lado, conducir o no, estando de baja laboral, no se relaciona de forma significativa con la valoración efectuada acerca de la fiabilidad y exhaustividad del proceso de valoración psicofísico para la obtención o renovación del permiso. Además, la valoración realizada acerca de la afectación de diversos estados de salud sobre la capacidad para la conducción es independiente de la estimación realizada acerca de la fiabilidad y exhaustividad del proceso de valoración de aptitudes psicofísicas para la obtención o renovación del permiso de conducir.

encontrarse en una situación en la que han pensado que no estaban para conducir, decidan finalmente hacerlo (el 41,7% de los

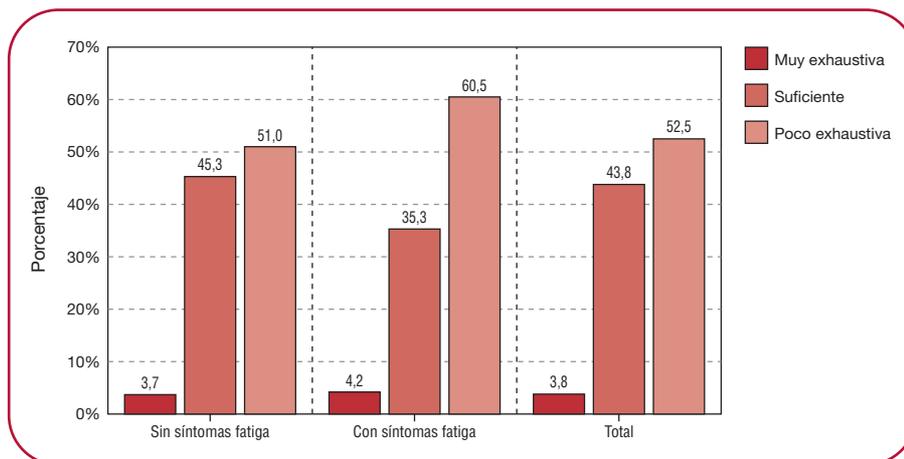
En cuanto a la relación entre la valoración de las pruebas psicofísicas y la presencia o no de diversa sintomatología, la fiabilidad y exhaustividad atribuida a las pruebas psicofísicas que forman parte del proceso de obtención o renovación del permiso de conducir es independiente de la manifestación de sintomatología depresiva, ansiosa y de desgaste profesional. Sin embargo, si bien no podemos establecer ninguna relación significativa entre la vivencia de eventos estresantes y la evaluación realizada acerca de la fiabilidad de las pruebas psicofísicas que forman parte del proceso de obtención o renovación del permiso de conducir, en el caso de la exhaustividad destacan los conductores que han vivido alguno de los eventos planteados por ser quienes en mayor medida señalan que estas pruebas son poco exhaustivas. En cambio, los conductores que indican no haber experimentado ninguno de los eventos, consideran sobre todo que éstas son suficientemente exhaustivas (Gráfica 92).



Gráfica 92: Distribución porcentual de las valoraciones sobre la exhaustividad del proceso de valoración psicofísica de conductores, en función de si han vivido o no eventos estresantes, y comparación con la distribución general

Por último, los conductores que presentan indicios o síntomas relacionados con fatiga de tipo física o mental son quienes, en comparación con el resto, más estiman que las pruebas psicofísicas que forman parte del proceso de obtención o renovación del permiso de conducir son poco exhaustivas (Gráfica 93). En cambio, hay una proporción importante de conductores sin este tipo de síntomas que

consideran que son suficientemente exhaustivas (un 45,3% del grupo sin síntomas de fatiga frente al 35,3% de los que no están fatigados). En el caso de la evaluación acerca de la fiabilidad de estas pruebas, las diferencias encontradas no permiten establecer relaciones significativas con la sintomatología de fatiga.



Gráfica 93: Distribución porcentual de las valoraciones sobre la exhaustividad del proceso de valoración psicofísica de conductores, en función de si presenta o no síntomas de fatiga, y comparación con la distribución general

Si nos centramos en el consumo de ciertos fármacos y su posible influencia sobre esta valoración, podemos destacar que la evaluación realizada sobre el proceso de valoración de aptitudes psicofísicas que se realiza en nuestro país para la obtención o renovación del permiso, es independiente de que los conductores estén tomando algún medicamento para el tratamiento de la depresión, ansiedad, trastorno del sueño, relajarse o dormir.

Por otro lado, los conductores que han sido informados en relación con la afectación que estar de baja puede suponer para la conducción, consideran en mayor medida que las pruebas psicofísicas para la obtención del permiso de conducir son suficientemente exhaustivas. En cambio, sobre todo los conductores desconocedores de esta relación indican que estas pruebas son poco exhaustivas. En el caso de la valoración realizada acerca de la fiabilidad de estas pruebas, no podemos establecer diferencias significativas. El grado de información que los conductores dicen tener

acerca de los efectos de los fármacos sobre la conducción permite establecer algunas relaciones interesantes. Así, los conductores que dicen estar poco o nada informados acerca de los efectos que los medicamentos tienen sobre la conducción, señalan en mayor medida que las pruebas psicofísicas para la obtención o renovación del permiso son fiables (bastante / mucho) pero poco exhaustivas. En cambio, sobre todo los conductores que dicen conocer los efectos de los fármacos sobre la conducción, estiman en mayor medida que estas pruebas son poco o muy poco fiables, aunque suficientemente exhaustivas.

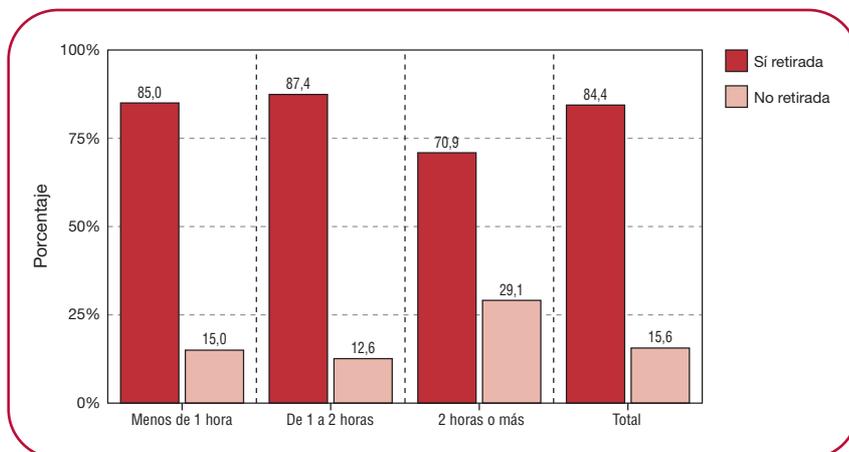
4.4.3.4. Grado de acuerdo con una propuesta más integral

a) Diferencias entre grupos

Como vimos anteriormente, cerca del 85% de los conductores está de acuerdo en que se retire temporalmente el permiso de conducir si tras una revisión realizada por el médico de cabecera / familia o de empresa, así lo estima oportuno.

Destacan por defender en mayor medida esta medida preventiva los conductores de Andalucía, aquellos con 3-10 años de experiencia en la conducción, los que sobre todo conducen durante el día, se desplazan más por vías urbanas y los conductores que no han recibido ninguna multa (exceptuando las de aparcamiento) en los últimos tres años. En cambio, esta medida es más descartada entre los conductores de Cataluña, los jóvenes de 18-25 años, aquellos que conducen de forma continua más de dos horas (el 29,1% de estos conductores no está de acuerdo con la medida, frente al 15,6% general –Gráfica 94–), y/o los que circulan fundamentalmente por autopistas o autovías en sus trayectos habituales.

En cambio, esta opinión es independiente del tamaño de la población en la que residen, el sexo, la exposición al riesgo,



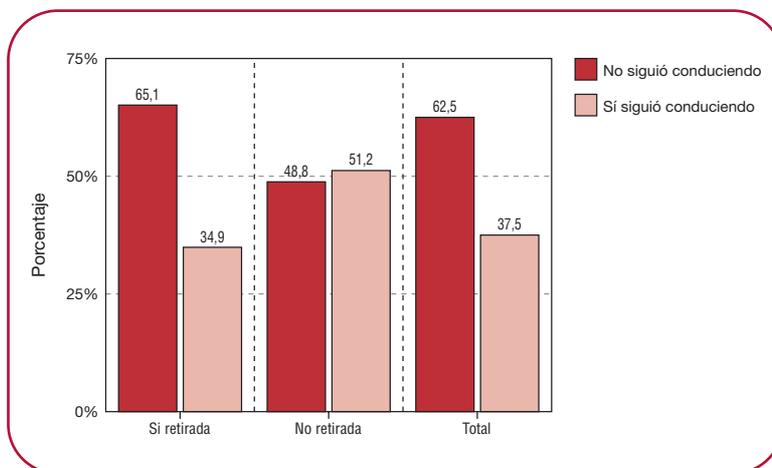
Gráfica 94: Distribución porcentual de conductores que están de acuerdo o no con la medida de retirada del permiso, en función de las horas de conducción continua, y comparación con la distribución general

tipo de vehículo, motivo de desplazamiento, accidentes sufridos como conductor, riesgo asumido, actividad laboral, tipo de profesión o turno de trabajo.

b) Relación con otras variables

Por otro lado, el hecho de reconocer no haber estado en condiciones adecuadas para conducir alguna vez o con frecuencia, no está relacionado con el grado de acuerdo mostrado respecto de la retirada temporal del permiso de conducir en caso de que así lo recomiende una revisión médica. Tampoco influye el tipo de malestar que desencadena este pensamiento.

La decisión de conducir o no en situaciones en las que se ha estimado no estar en las mejores condiciones para hacerlo permite establecer algunas relaciones significativas. De este modo, los conductores que en situaciones en las que han considerado que no estaban para conducir han preferido no hacerlo, destacan por mostrar un mayor nivel de acuerdo con la retirada temporal del permiso tras una revisión médica que así lo aconseje. En cambio, es más numeroso el grupo de conductores que no está de acuerdo con esta medida dentro de aquellos que reconocen haber conducido a pesar de no estar en las mejores condiciones para hacerlo (Gráfica 95).



Gráfica 95: Distribución porcentual de conductores que siguieron conduciendo o no cuando no estaban en condiciones para hacerlo, en función de si están de acuerdo o no con la medida de retirada del permiso, y comparación con la distribución general

condiciones para hacerlo, no influye de forma significativa sobre el grado de acuerdo mostrado ante la medida planteada en relación con la retirada temporal del permiso tras una revisión que lo estime oportuno.

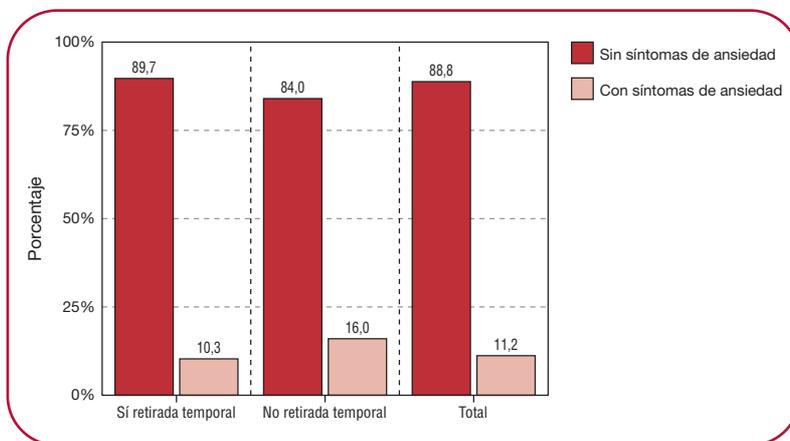
Del mismo modo, conducir o no estando de baja laboral no permite establecer relaciones significativas en cuanto al nivel de acuerdo mostrado por los conductores acerca de la retirada temporal del permiso de conducir tras una revisión médica que así lo estime conveniente.

Además, la valoración realizada acerca de la afectación de diversos estados de salud sobre la capacidad para la conducción es independiente del acuerdo mostrado acerca de la implantación de una posible medida preventiva, a saber, la retirada temporal del permiso de conducir en caso de que tras una revisión médica se considere oportuno.

Tampoco influye de forma significativa la presencia de sintomatología depresiva en el grado de acuerdo mostrado por los conductores acerca de esta medida. En cambio, los conductores con sintomatología ansiosa han mostrado un menor nivel de acuerdo en que tras una revisión médica se retire de forma temporal el permiso de conducir si así se estima oportuno. En este sentido, cerca del 10% de los conductores que están de acuerdo con la medida presentan síntomas de ansiedad, mientras que este porcentaje aumenta

Sin embargo, el hecho de que los conductores indiquen que su conducción se vio afectada o no tras decidir conducir, a pesar de no estar en las mejores

al 16% en los conductores que no están de acuerdo con la medida (Gráfica 96).



Del mismo modo que en el caso de la presencia de sintomatología depresiva, el grado de acuerdo mostrado por los

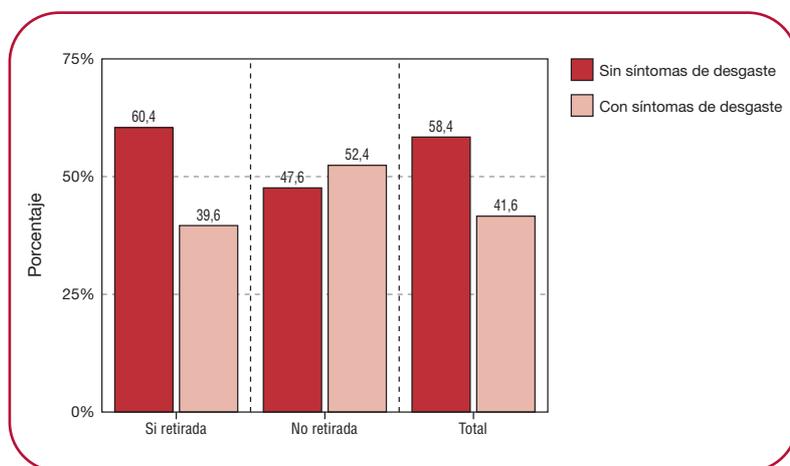
Gráfica 96: Distribución porcentual de conductores que manifiestan o no síntomas de ansiedad, en función de si están de acuerdo o no con la medida de retirada del permiso, y comparación con la distribución general

conductores acerca de la idoneidad de la retirada del permiso de conducir tras una revisión médica que así lo recomiende, es independiente de la vivencia de los eventos estresantes planteados en este estudio.

En cuanto a la influencia de la presencia de síntomas que denotan un cierto desgaste en el contexto laboral, los conductores sin indicios de desgaste profesional o laboral están en mayor medida a favor de una posible retirada temporal del permiso de conducir tras una revisión médica que así lo estime oportuno. En este caso, el 52,4% de los que no están de acuerdo con esta medida preventiva presenta indicios o síntomas de desgaste profesional (Gráfica 97).

Sin embargo, el grado de acuerdo mostrado por los conductores sobre la posible retirada temporal del permiso tras un criterio médico basado en una revisión, es independiente de la sintomatología de fatiga de los conductores.

Si atendemos a la posible influencia de la medicación destinada a ciertos trastornos sobre esta valoración, podemos observar que el grado de acuerdo mostrado por los conductores sobre lo apropiado de la retirada temporal del permiso tras una revisión médica que así lo estime



Gráfica 97: Distribución porcentual de conductores que manifiestan o no síntomas de desgaste profesional, en función de si están de acuerdo o no con la medida de retirada del permiso, y comparación con la distribución general

trastornos del sueño o relajarse o dormir).

No podemos establecer una relación significativa entre haber sido informado o no acerca de la posible incompatibilidad/afectación entre la actividad de conducir con una situación de baja laboral, y el grado de acuerdo acerca de una posible retirada temporal del permiso en caso de que tras una revisión médica se considere oportuno.

Tampoco podemos establecer una relación significativa entre el nivel de conocimiento que han indicado los conductores sobre el efecto de los fármacos en la conducción, y el grado de acuerdo mostrado con la posible implantación de esta medida.

Por último, los conductores que consideran que las pruebas psicofísicas de obtención o renovación del permiso son bastante o muy fiables, y/o poco exhaustivas estiman, en mayor medida que el resto, que estarían a favor de una retirada temporal del permiso en caso de que tras una revisión médica así se considerara oportuno. En cambio, aquellos que consideran que estas pruebas son muy o suficientemente exhaustivas, destacan por mostrar un menor nivel de acuerdo con esta medida de carácter preventivo.

oportuno, es independiente de que los conductores estén o no medicándose para alguno de los estados estudiados (depresión, ansiedad,

5. CONCLUSIONES Y PROPUESTAS

Tal y como indica el título de este capítulo, vamos a desarrollar en este apartado las principales conclusiones y propuestas que presentamos en el presente estudio.

Pero no podemos comenzar un capítulo de conclusiones y propuestas sin centrar un poco el objetivo que queremos alcanzar con las mismas, máxime cuando el tema que abordamos es tan complejo y está tan lleno de relaciones.

Para discernir el objetivo habría que describir sucintamente la temática de estudio que estamos abordando, y ello es lo que vamos a realizar a continuación.

Si echamos un vistazo a nuestro alrededor, podremos advertir como triste realidad la presencia de enfermedades físicas y psicológicas en gran parte de la población. Entre estas últimas, figuran las que se han venido a llamar enfermedades del siglo XXI, entre las que se inscriben la depresión, la ansiedad o el estrés.

Desgraciadamente, la incidencia de las aludidas patologías psicológicas se ve potenciada por las características de la sociedad actual.

Consecuentemente, si tenemos en cuenta que una gran parte de la población, por no decir toda, interacciona con el tráfico (ya sea como peatón, conductor o pasajero de vehículos), podemos advertir la relación negativa que estos dos problemas de salud pueden tener.

Y ese va a ser precisamente nuestro objeto de estudio, relacionar las alteraciones psicológicas con la conducta en el tráfico. Con ello conseguiremos establecer relaciones entre dichas alteraciones y nuestras creencias, motivaciones y conductas en el ámbito vial.

Pero no nos engañemos, el ámbito vial, como tantas veces hemos demostrado a través de nuestro estudio, está íntimamente relacionado con el ámbito vital.

Y de la misma forma, como hemos apuntado en otros momentos de este estudio, resulta casi imposible disociar lo psíquico de lo físico. Como demostración sólo hay que pensar en que un estado psicológico puede estar derivado de una alteración física o viceversa.

Un ejemplo, en un sentido, es una enfermedad física cada vez más frecuente en nuestra sociedad como es el infarto de miocardio, que tiene como consecuencia, al margen de las propias físicas, una depresión.

Lo que está claro es que los efectos de muchas enfermedades producen una alteración de las capacidades cognitivas, motoras, conductuales, etc. que, evidentemente, se plasmarán en nuestra ejecución y comportamiento en todas las esferas de la vida, incluidas como no, la conducción.

Y lo que también es una realidad, es que actualmente nuestro “sistema” no contempla todas las enfermedades físicas, o se contemplan en grado insuficiente, en lo que se refiere a sus efectos en la conducción. En el caso de las psíquicas este hecho es del todo más acusado.

Pero la complejidad de la temática que abordamos no se acaba ahí. En efecto, las enfermedades sean del tipo que sean, suelen tener asociados unos profesionales que las diagnostican y unos fármacos que le son prescritas.

Además, no podemos olvidar que estos elementos “asociados” son un “sistema” que envuelve, interviene y regula al conductor y por ello también debe ser objeto de nuestro estudio.

Y por si fuera poco, llamamos la atención sobre la palabra que hemos utilizado anteriormente: “suelen”. Porque no hay que olvidar y por lo tanto hay que considerar, que existen personas que se auto diagnostican, o les diagnostica alguien que no es un profesional, y consecuentemente se toman fármacos sin prescripción facultativa.

Y sin casi quererlo hemos introducido otro aspecto relacionado con las enfermedades: los fármacos. Si bien los fármacos alivian los síntomas de una enfermedad, también dan lugar a efectos secundarios que alteran nuestras capacidades. Y ello de nuevo con mayor intensidad si cabe cuando hablamos de fármacos destinados a mitigar las disfunciones o problemas psicológicos.

Pero también somos proclives a hacer uso de otro tipo de sustancias (drogas o alcohol por ejemplo) para afrontar determinadas situaciones vitales como el padecimiento de una enfermedad ya sea física o psicológica.

En otro orden, si nos centramos en las enfermedades psicológicas, no podemos olvidar que el contexto del tráfico por sí solo es capaz de producir estados como estrés, ansiedad o fatiga. Por tanto, tráfico y salud son dos conceptos que interactúan el uno con el otro.

Llegados a este momento, podemos decir que si bien nuestro objeto central son las enfermedades psicológicas, y nuestras conclusiones y propuestas se centrarán en ellas, vamos a contemplar más cuestiones, tal y como hemos hecho en el libro documental.

Y lo hacemos porque como siempre somos ambiciosos, porque sólo desde la ambición bien entendida podemos servir de verdad a los problemas que se nos plantean. Pero lo hacemos también porque el enfoque de nuestros estudios siempre ha sido un enfoque holístico y sistémico.

De esta forma vamos a concluir sobre la "salud vial" de nuestros conductores, y proponer medidas que ayuden a mejorarla, considerando este concepto como una interacción de las esferas biológica, psicológica y social.

Prestamos especial atención a la dimensión psíquica, dada su gran contribución en la explicación del comportamiento humano. Así, el análisis de las opiniones y comportamientos de nuestros conductores, analiza la incidencia subjetiva de ciertas alteraciones sobre la capacidad de conducir y la consecuente decisión de llevar a cabo esta tarea. Además, exploramos también la estimación acerca de la influencia de ciertos estados sobre la conducción y la presencia de sintomatología psicológica (depresión, ansiedad, estrés, desgaste profesional y fatiga). No descuidamos tampoco la influencia de agentes externos como el consumo de fármacos y el grado de información sobre los efectos secundarios de éstos en la conducción. Y contemplamos la relación y la valoración efectuada acerca del actual proceso de valoración de aptitudes psicofísicas y del sistema de salud en general.

Y aunque con menor profundización, contemplaremos los aspectos anteriormente mencionados desde un punto de vista físico, aunque curiosamente, o no tan curiosamente si recordamos el orden de la famosa cita "mente sana in corpore sano", la idea de que existen otras posibles conclusiones y consecuentemente otras posibles propuestas. Pero para enriquecerlas con la aportación de otros expertos, tendremos precisamente otro espacio más favorable como son las Jornadas de Reflexión de Attitudes.

Para que este capítulo tenga autonomía, es decir que tenga sentido en sí mismo, sin la previa consulta de los capítulos anteriores, replicaremos algunos de los datos más interesantes del estudio que indudablemente son la base para las aludidas conclusiones.

Además, en el desarrollo del capítulo recogeremos algunos de estos resultados, ya bien sea de forma individual o de forma integrada, en las que para nosotros son las principales conclusiones del estudio.

Por otro lado, algunas de las conclusiones o ciertas agrupaciones de las mismas, nos llevarán a realizar:

Conclusiones y propuestas generales

El punto de partida de nuestro estudio pasa por la necesidad de que todo conductor se encuentre en condiciones psicofísicas óptimas cuando se pone a los mandos de un vehículo. Por tanto, debemos plantearnos si los conductores en

algún momento se han sentido indispuestos para conducir, cómo han reaccionado ante esa indisposición (conduciendo o no) y, lo que es más importante, cómo han valorado su conducción en caso de haber conducido indispuestos.

Respecto a la incidencia de indisposición de los conductores españoles

En primer lugar, ¿qué decir acerca de la indisposición de los conductores a la hora de conducir?

Partimos de un dato muy significativo: un 44% de la población entrevistada reconoce que se ha sentido alguna vez indispuesta para conducir.

De este modo, podemos concluir que las alteraciones psicofísicas tienen una gran incidencia en la conducción, ya que en algún momento afectan a un porcentaje muy elevado de conductores españoles.

El deterioro cognitivo, emocional e incluso social asociado con las alteraciones psicofísicas sufridas por los conductores, se traduce en una disminución de la seguridad en la conducción, como ya se ha concluido en el libro documental.

De esta forma, proponemos que esta problemática debe ser mayormente considerada y, consecuentemente, tratada de forma prioritaria por parte de la Administración y de todos los agentes implicados desde el plano de la intervención.

Respecto a la consistencia entre la indisposición de los conductores españoles y la conducta de conducción

Los datos ofrecidos anteriormente cobran, si cabe, mayor importancia, cuando abordamos las causas de esa indisposición y el comportamiento posterior, ante la conducción, del conductor indispuesto.

Así, vemos que de ese 44% de conductores que se han encontrado indispuestos para conducir un elevado porcentaje, el 37,5 % ha seguido conduciendo.

De esta forma, podemos concluir afirmando que una gran parte de los conductores españoles sigue conduciendo aún cuando no se encuentra en disposición para ello, lo que constituye claramente una conducta de riesgo.

En efecto, no debemos olvidar las implicaciones y alcance que tiene este hecho, ya que la conducta de conducir es una conducta de "riesgo" (tiene unos riesgos

asociados a la misma) y además en el caso de que nuestras capacidades no sean las óptimas, dichos riesgos se incrementan.

Así, los conductores que deciden conducir, aunque son conscientes de no estar en condiciones para hacerlo, son en mayor medida mujeres, conductores con elevada exposición al riesgo y aquellos que actualmente están laboralmente activos.

Como conclusión, podemos decir que nos encontramos ante un grupo de conductores de riesgo caracterizados, al margen de otras variables, porque son un grupo sobre representado en lo que se refiere a accidentes y sanciones.

Las razones que pueden explicar por qué hay conductores que pese a pensar que no están en condiciones para hacerlo continúan conduciendo podrían ser las siguientes:

- El sujeto sigue conduciendo porque no ve riesgo en la conducción en general (es decir, indiferentemente de su estado).
- El sujeto sigue conduciendo porque no ve que se incremente el riesgo cuando se encuentra mal.
- Existen otras motivaciones personales que le inclinan a conducir que son más fuertes que el hecho de que perciba riesgo.
- Existen condicionantes (compromisos laborales o de otro tipo) que “obligan” a seguir conduciendo.

Como en numerosas ocasiones hemos dicho, una investigación nos ofrece respuestas (conocimiento), pero también nos plantea más preguntas, cuyas respuestas deberían ser objeto de posteriores investigaciones cuya finalidad será profundizar en la temática.

La primera pregunta sería ¿cuál es el peso explicativo que tiene cada una de las afirmaciones anteriores en la decisión de “seguir conduciendo”?

Aunque no tengamos respuestas directas del estudio a algunas preguntas, sí que podemos inferir algunas de ellas en función de las conductas que reflejan diferentes grupos de la población.

Por otro lado, los que deciden no conducir cuando piensan que no están en condiciones para ello son: hombres, mayores de 65 años, no asumen riesgos durante la conducción, actualmente no están trabajando o trabajan por cuenta propia.

Un dato muy relevante que refuerza el perfil que estamos dibujando, es que el colectivo de personas mayores, jubiladas y sin obligaciones laborales son quienes

deciden no conducir cuando piensan que no están en condiciones para hacerlo. En el mismo sentido, veremos más tarde que los jóvenes cuando se encuentran en baja laboral dejarán de conducir debido a sus menores obligaciones personales y familiares.

Esto nos hace inferir que en muchas ocasiones, somos conscientes, pero las obligaciones pueden más en la decisión, como más tarde reiteraremos.

Podemos concluir, pues, que la necesidad imperiosa de cumplir obligaciones laborales y/o personales puede llevarnos a conducir aún cuando pensamos que no estamos en condiciones para ello.

Llegado este momento, indiferentemente del peso explicativo que puedan tener todas las “razones” comentadas anteriormente, podemos establecer algunas propuestas marcadas por una serie de objetivos que habría que alcanzar, y que relacionamos a continuación de los más genéricos a los más específicos:

- Hay que incrementar la percepción de riesgo de la conducta de conducir, al menos hasta alcanzar el mismo nivel del riesgo objetivo de la misma.**
- Hay que incrementar la percepción del mayor riesgo que significa conducir en un estado de salud no adecuado.**
- Hay que minimizar el peso de las “motivaciones” que influyen en la decisión de conducir cuando los conductores no se encuentran en un estado de salud adecuado.**
- Hay que atender a los determinantes especialmente laborales y de presión de grupo que inciden en la decisión de seguir conduciendo. Evidentemente, los primeros especialmente desde un punto de vista normativo y los segundos especialmente desde un punto de vista social.**

Dichos objetivos hay que alcanzarlos mediante la aplicación de medidas tales como campañas de comunicación, publicidad, educativas y formativas.

Respecto a la consciencia de la influencia de la indisposición de los conductores españoles y la conducta de conducción

De todas formas, como muchas veces hemos defendido desde Attitudes, el conductor se ve influido no solamente por las intervenciones que realizamos sobre él (a través de la formación, la comunicación o la publicidad, la supervisión, etc.), sino que existe otra especialmente determinante como es lo vivenciado, es decir, lo experimentado en la propia conducción.

En efecto, lo vivenciado, lo "vivido", a veces modifica percepciones (como la percepción de riesgo) y consecuentemente, predispone futuras conductas. De esta forma, percibida la indisposición y sus causas, el conductor toma la decisión de conducir o no, y, cuando decide conducir ¿considera que su conducción se ha visto afectada?

En primer lugar, hemos visto que casi la mitad de los conductores (46,9%) reconoce que su conducción se vio perjudicada cuando decidió conducir, pese a considerar que no estaba en condiciones óptimas para ello.

Además, hemos comprobado que éstos son fundamentalmente los hombres, conductores de turismos y los conductores que actualmente están trabajando.

Podemos concluir, pues, que existe un colectivo de conductores españoles (aproximadamente la mitad de la población) que es consciente del peligro y que reconoce, "desde la experiencia", que la conducción se deteriora si perciben que no está en condiciones de salud óptimas.

En el otro extremo se sitúa la otra mitad de conductores (53,1%), que considera que su conducción no se vio afectada a pesar de que no se encontraban en buenas condiciones.

Complementariamente, podemos concluir que existe un colectivo de conductores españoles (aproximadamente la otra mitad de la población), que asume mayor riesgo en la conducción. En este caso, además del riesgo implícito de conducir no estando en buenas condiciones psicofísicas, se añade el peligro de pensar que estos estados no afectan a la conducción.

En este caso, estamos enfrentándonos a un grupo más complicado, al que hay que "convencer" de forma más contundente de que su conducción puede verse afectada como consecuencia de aquella. O en su caso habría que pensar en otro tipo de medidas y contramedidas.

Participarían aquí toda una serie de fenómenos psicológicos como la percepción subjetiva del riesgo, el sentimiento de invulnerabilidad, etc., que podrían influir en este tal vez sesgo perceptivo que nos impide concluir que realmente esta conducción no se vio afectada.

Para ambos grupos (conductores que han experimentado el riesgo cuando han conducido en condiciones no saludables y conductores que no lo han experimentado) hay que desarrollar estrategias de concienciación como las expuestas anteriormente, orientadas a persuadir de la influencia que tiene el

estado de salud en el grado de seguridad vial que podemos tener como conductores.

Pese a todo, sabemos que las medidas educativas y persuasivas en ocasiones no son suficientes, sobre todo para determinado tipo de individuos, quizás mayoritariamente pertenecientes al grupo que no lo ha experimentado. Además, otras medidas más coercitivas no afectan negativamente a esos otros individuos “convencidos” si se plantean otro tipo de medidas de carácter normativo y punitivo.

Proponemos, pues, incrementar el control policial de la conducción de los conductores cuyas capacidades están alteradas por trastornos psicofísicos. Esta propuesta requiere otra indisoluble que consiste en mejorar el sistema de detección de los conductores que tienen sus capacidades alteradas. Como veremos más adelante, esto último se puede hacer poniendo al servicio del tráfico a todo el sistema sanitario.

Respecto a la consistencia entre la indisposición de los conductores españoles y la conducta de conducción, en función del tipo de disfunción

En otro orden, si atendemos a las causas genéricas que originan esa indisposición, es decir, si son causas físicas o psicológicas, la cuestión se complica desde el binomio percepción/comportamiento.

De este modo, podemos afirmar que la conciencia de indisposición está mucho más presente cuando el malestar tiene un origen físico. Es decir, cuando la causa del malestar es física, es más probable que los conductores decidan no utilizar el vehículo, mientras que si la causa es psicológica o emocional, no ocurre lo mismo.

Concretamente, el 64,8% deja de conducir ante un malestar físico, mientras que en el caso de un malestar psicológico este porcentaje es del 52%.

Podemos concluir que los conductores son menos conscientes de su indisposición cuando ésta se deriva de una alteración psicológica, o dicho en otras palabras, tal vez, no relacionamos con una conducción más peligrosa nuestra indisposición psicológica o cognitiva (estrés, depresión, ansiedad).

Esta conclusión es tan curiosa como perniciosa, porque la población española está desconsiderando trastornos y “patologías” que muchos organismos consideran un problema fundamental de salud en nuestra sociedad actual que se ha venido a denominar enfermedades del siglo XXI y que tienen cada vez mayor incidencia sobre la población de los países más desarrollados.

Y, además, al margen de la incidencia, desde un punto de vista objetivo, tal y como hemos demostrado en el libro documental, estas “alteraciones” influyen en gran medida en el grado de riesgo que se asume en la conducción. ¡Y lo hace tanto o más que las que son de origen físico!

No debemos olvidar que la actividad de conducción se encuentra en estrecha interdependencia con aspectos afectivo-emocionales (motivos, sentimientos y emociones) que influyen tanto en el pensamiento y procesamiento de la información como en el comportamiento y ejecución.

Desde el punto de vista de la intervención, esta conclusión determina la propuesta necesaria de informar y formar al conductor sobre los efectos cognitivos y motores que ocasiona los distintos tipos de disfunciones psicológicas en la conducción.

Desde luego, en nada contribuye el planteamiento actual del sistema de reconocimiento de conductores, que utiliza un enfoque de valoración basado en los aspectos funcionales más que cognitivos, que además de no ser lo más adecuado desde un punto de vista práctico, tampoco apoya la percepción de los usuarios sobre dicho sistema.

De esta forma, y de forma complementaria a lo dicho anteriormente, proponemos reformular el sistema de selección negativa de conductores que tenemos, orientándolo a una exploración mayor de disfunciones psicológicas.

Aunque más adelante retomaremos este aspecto que nos parece crucial, no podemos olvidar que los propios usuarios están influenciados por el enfoque predominante en el sistema de tráfico con el que interaccionan. Razón de más para modificarlo y adecuarlo para que atienda a los problemas de mayor incidencia. No obstante, muchos problemas psicológicos son transitorios, y el ciclo de comienzo de algunos de ellos puede inscribirse en el tiempo en el que el conductor no tiene que someterse a una revisión para la obtención/renovación del permiso.

Dada esta circunstancia, es necesario apoyarse en el sistema general sanitario, atribuyéndole funciones al menos de detección (diagnóstico) y en su caso inhabilitación para la conducción.

Pero la realidad es que el sistema sanitario actual tampoco contribuye mucho a la seguridad vial.

Además, particularmente, a pesar de los avances que se han producido, los problemas psicológicos tienen menor atención en dicho sistema.

Complementariamente, creemos que falta reformular el sistema sanitario actual, orientándolo a una exploración mayor de las disfunciones psicológicas.

Evidentemente, la propuesta anterior cobra todo su sentido si se parte de otra propuesta, ya apuntada, y que desarrollaremos posteriormente, que consiste en que el sistema sanitario tenga mayores atribuciones y competencias en el ámbito del tráfico y la seguridad vial.

Sin abandonar esta cuestión, cabe destacar algunas diferencias encontradas, teniendo en cuenta el sexo y la edad de los conductores, en cuanto a la percepción o reconocimiento del tipo de indisposición (física o psicológica) para conducir. Así, los hombres manifiestan en mayor medida que el malestar físico ha sido la causa de haber pensado "no estoy en condiciones para conducir"; mientras que las mujeres destacan en mayor medida que un malestar psicológico o emocional les ha llevado a pensar que no estaban en condiciones para conducir. Asimismo, los conductores más jóvenes (18-25 años), consideran que ambos tipos de malestar (físico y emocional o psicológico) les ha llevado a pensar en alguna ocasión "no estoy en condiciones para conducir".

Como conclusión, podemos afirmar que los hombres están menos sensibilizados, y por tanto son menos conscientes que las mujeres, sobre la influencia de los aspectos psicológicos/emocionales en nuestro bienestar o malestar subjetivo.

De este modo, proponemos que exista una intervención diferencial sobre los hombres dirigida a concienciarles sobre los efectos que los trastornos psicológicos pueden tener sobre su capacidad para conducir.

En este caso, los roles de género han influido en esta percepción. Unos roles de género que han determinado que la mujer debe ser más sensible, más emocional, más susceptible y, por tanto, más vulnerable; mientras que el varón casi tiene la obligación de mantenerse invulnerable ante todo, y más si se trata de aspectos sensitivos y emocionales, y todavía más si hay que manifestarse al respecto.

Un argumento que podemos ratificar desde los resultados (que más tarde comentamos) que demuestran que las mujeres conductoras presentan en mayor medida que los hombres síntomas de alteraciones psicológicas y, además, se encuentran en mayor grado que los hombres, bajo tratamiento psicológico (sobre todo para combatir la depresión).

Lógicamente, si padecen mayor sintomatología relacionada con las condiciones

estudiadas, manifestarán con más frecuencia que se sienten indispuestas por un malestar de naturaleza psicológica. Pero, no debemos olvidar que, como ha quedado patente en nuestro estudio documental paralelo, la investigación ha revelado que la depresión, el más frecuente de los trastornos mentales, afecta por igual a hombres y mujeres de cualquier edad.

En este caso, podemos preguntarnos ¿sabemos detectar el malestar emocional o psicológico? y, en caso afirmativo, ¿aceptamos estar bajo la influencia de dicho malestar? En este punto, también debemos hacer referencia a los roles establecidos en función del género.

En este sentido, debemos tener en cuenta que el primer paso y requisito fundamental para solucionar un problema es detectarlo y aceptarlo.

Llegados a este punto queremos proponer dos nuevas líneas de actuación:

- La alta probabilidad que tienen de sufrir trastornos psicológicos, ya sean estos más o menos transitorios.

- La “normalidad” que representa sufrirlos, ya que somos humanos.

- Saber cómo reconocer que se están sufriendo dichas patologías.

Pese a ello, y siguiendo con nuestra línea argumental, nos surgen nuevas preguntas como son: ¿dónde situamos el problema? ¿En la mayor presentación de indisposición física y síntomas sobre todo de carácter psicológico en las mujeres conductoras o en la menor conciencia de ambos aspectos por parte de los hombres y tal vez presentes en la conducción así como en otros ámbitos de la vida?

La respuesta puede derivarse de algunos resultados posteriores que demuestran que las mujeres en general perciben con mayor realismo o son más concientes de la influencia de algunos trastornos en la conducción. Por ejemplo, como luego comentaremos, las mujeres estiman ligeramente superior a los hombres la influencia del sueño sobre la conducción.

Asimismo, el hecho de que los más jóvenes, por un lado, admitan no haber estado para conducir en alguna ocasión por ambos tipos de malestar (físico y psicológico); y, por otro lado, muestren mayor sensibilidad a los aspectos emocionales ¿podría ser indicativo de que actualmente algo está cambiando en nuestra sociedad? Es decir, los roles atribuidos al género (porque no son precisamente las mujeres más jóvenes las más afectadas por una sintomatología vital de alteración psicológica) y debido al incremento de información y cultura ¿se

están flexibilizando?. A ello también contribuye el peso que recientemente se está concediendo entre otros, al tema de la inteligencia emocional (tratado en una anterior Jornada de Reflexión en este mismo contexto).

Respecto a la consistencia entre la indisposición de los conductores españoles con la conducta de conducción, en función de las causas concretas

Y, desde el punto de vista de las causas, todavía podemos profundizar más en ellas. En efecto el planteamiento de nuestro estudio nos permite realizar un análisis mas detallado con causas concretas.

De este modo hemos descubierto que el cansancio, el alcohol, las emociones negativas (preocupaciones), el sueño, los dolores de cabeza y los resfriados o gripes dan cuenta de casi el 80% (78%) de las razones planteadas por los entrevistados.

En este sentido, podemos concluir que si bien el conductor está bastante informado sobre los efectos perniciosos de algunas condiciones físicas en la conducción, no significa necesariamente que dicha información sea adecuada y suficiente para todos los conductores puesto que todavía se evidencia una proporción muy resistente al cambio de conducta.

Tal vez en este grupo de “resistencia”, extremadamente peligroso en el tráfico, habría que intensificar las intervenciones específicas y no meras estrategias informativas o divulgativas sobre los efectos negativos del alcohol y drogas en la conducción.

Además, y profundizando en la temática, deberían detectarse aquellas personas que tienen un problema con el alcohol en general (personas dependientes) que evidentemente trasladan al ámbito de la conducción, y que requiere una solución al margen de este contexto.

Por otro lado, causas como el estrés, la ansiedad (nervios) y la depresión son razones planteadas únicamente por el 4,8% de los entrevistados.

Estos datos refuerzan la propuesta de desarrollar e intensificar, en su caso, las intervenciones destinadas a ofrecer información y concienciar al conductor sobre el deterioro cognitivo y motor que producen las alteraciones

psicológicas (emocionales), entre las que se incluyen las preocupaciones, el estrés, los nervios (ansiedad) y la depresión.

En otro orden de cosas, si atendemos a las condiciones psicofísicas contempladas en nuestro Reglamento General de Conductores, y a la vez, a las causas concretas citadas por los conductores entrevistados para manifestar “no estar para conducir”, vemos la gran distancia que existe en la naturaleza del tipo de alteraciones de mayor incidencia y la normativa.

En este sentido, podemos concluir que el mayor porcentaje de indisposición de los conductores hace referencia a aspectos puntuales, casi momentáneos y de “menor gravedad” (transitorios o “procesos agudos” como el cansancio o fatiga, consumo de alcohol, preocupación o emoción, sueño, dolor de cabeza, resfriados, gripe), mientras que la normativa hace casi exclusiva referencia a “enfermedades” graves y de carácter menos transitorio.

Si combinamos esta conclusión con los datos reflejados en el libro documental, parece necesario ampliar los trastornos de salud, incluyendo disfunciones de carácter transitorio incompatibles con la conducción.

Eso sí, consideramos que es obvio que nos alejamos de nuevo de un problema que no podemos en principio solucionar o abordar si no es con la participación del sistema sanitario, y consecuentemente de los profesionales sanitarios que desde la atención primaria y en el marco laboral se enfrentan y tratan estas dolencias transitorias.

Si hasta ahora hemos abogado por la necesidad de que el conductor sea consciente de sus propias condiciones y de la influencia que éstas ejercen en la conducción, los resultados sobre la percepción general que tienen los conductores sobre las alteraciones que más afectan a la conducción, avala esta conclusión.

Al cuestionarnos la opinión de nuestros conductores, sobre qué alteraciones afectan más la conducción, recordemos que hemos encontrado que casi la totalidad opina que la conducción bajo los efectos del alcohol y drogas, así como el sueño y el consumo de fármacos, son las condiciones que mayor influencia ejercen en la capacidad para conducir.

En el otro extremo, los entrevistados manifiestan que las condiciones que menos afectan la conducción (concretamente, poco o nada) son: la diabetes (65% de los conductores), las alergias (65%), los dolores articulares (56%), la miopía (39,8%), los problemas cardíacos (35,7%) y las cefaleas o migrañas (36,9%), el postinfarto

(26%) y tres condiciones psicológicas: estrés (24,7%), ansiedad (23,6%) y depresión (22,9%).

¿Qué nos indican estos resultados? Estos resultados ponen de manifiesto que los conductores son mucho más conscientes del efecto del alcohol, drogas y fármacos sobre la conducción.

Sabemos que el alcohol, las drogas, el sueño y la fatiga han sido objeto de, por ejemplo, diversas campañas por parte de la Dirección General de Tráfico así como de la mayoría de programas de intervención en materia de seguridad vial.

Así, no cabe la menor duda de que los medios de comunicación han dedicado y dedican tiempo y esfuerzo a informar sobre el efecto del alcohol, drogas y fármacos sobre la conducción. Este hecho puede explicar que nuestros conductores consideren que la conducción bajo los efectos del alcohol, drogas y los fármacos son las condiciones que más afectan la conducción.

Sin embargo, reiteramos la conclusión de que los conductores carecen de información sobre el deterioro cognitivo, psicológico y motor de muchas alteraciones psicofísicas que, evidentemente, afectan de modo negativo la conducción.

Así, la consideración de que dolencias como la diabetes mellitus y las alergias, los dolores articulares, los problemas cardíacos y las cefaleas así como el estrés, la ansiedad y la depresión afectan poco o nada la conducción, pone de manifiesto la falta de información existente sobre el deterioro cognitivo, psicológico y conductual (además del físico) asociado a numerosas condiciones así como de los efectos secundarios de los fármacos prescritos para tratar las condiciones mencionadas.

Reiteramos que no es casualidad que exista una coincidencia en aquellos factores de riesgo que, desde el punto de vista de la comunicación, la información e incluso la normativa y la supervisión policial han sido considerados prioritarios. Consecuentemente, proponemos ampliar el espectro de causas que interfieren en nuestras capacidades de conducción y la comunicación de las mismas.

Es obvio que la repercusión de determinados trastornos y dolencias en la conducción es lo suficientemente frecuente y agravante, como para proponer establecer sistemas que cumplan con dos requisitos fundamentales: la información por parte del conductor y el control de la salud de los mismos por parte del sistema sanitario y el sistema de tráfico.

Estos datos son especialmente preocupantes si se tiene en cuenta que determinadas patologías físicas, como las alergias o los problemas cardiacos, presentan cada vez una mayor incidencia y afectan a un porcentaje relativamente elevado de la población.

Por tanto, las propuestas realizadas en torno a las enfermedades mentales referidas a la concienciación, información y regulación y detección desde un punto de vista normativo, proponemos extenderlas a determinadas enfermedades físicas.

Respecto a la percepción subjetiva de problemas físicos y psicológicos (estados o condiciones psicológicas) en la población de conductores españoles y la afección objetiva

La desproporción existente entre la percepción del conductor acerca de la relación salud-enfermedad y conducción y de sus potenciales efectos es patente cuando observamos los datos establecidos en nuestra investigación y el estudio paralelo acerca de los efectos de determinados deterioros y la legislación que los recoge en nuestro Reglamento General de Conductores.

Exponemos a continuación un pequeño análisis comparativo.

Afección de la Diabetes

El 65% de nuestros conductores opina que la diabetes y las alergias afectan poco o nada la conducción.

De hecho, como hemos constatado en dicho libro, el principal problema es la hipoglucemia secundaria a la administración de insulina o hipoglucemiantes orales ya que puede dar lugar a un deterioro cognitivo, psicomotor y físico.

Afección de las Alergias

Las alergias están relacionadas de forma causal con los accidentes de tráfico. Así, los síntomas de los procesos alérgicos junto con los fármacos utilizados para combatir estos síntomas (antihistamínicos), tienen importantes efectos negativos para la conducción.

De hecho como hemos reflejado en el libro documental las reacciones alérgicas producen alteraciones neurosensoriales, psicomotoras, irritabilidad, ansiedad, insomnio, apatía e incluso depresión, entre otras.

Pese a lo expuesto, lo cierto es que esta condición no aparece regulada.

Afección de los Dolores articulares

El 56% de nuestros conductores, opina que los dolores articulares afectan poco o nada la conducción.

Y ello pese a que, como hemos demostrado en el libro documental, las personas que padecen alteraciones musculoesqueléticas presentan dificultades en la fuerza y el tono muscular que afectan la dirección y realización de maniobras con el vehículo, y los fármacos utilizados para tratar algunas alteraciones del sistema locomotor pueden producir efectos secundarios que afecten la capacidad para conducir un vehículo de forma segura.

Sin embargo, nuestra legislación contempla algunas de estas alteraciones pero aquellas que están determinadas por el proceso evolutivo no están reflejadas, al menos en relación con la necesidad de evaluación del deterioro funcional, información médica y farmacología.

Afección de la Miopía

El 40% de nuestros conductores piensa que la miopía afecta poco o nada la conducción.

Es obvio, como hemos reflejado en el libro documental, que a mayor grado de miopía, mayor es la dificultad para detectar, diferenciar los estímulos presentes en ambiente vial y, por tanto, reaccionar a tiempo ante cualquier imprevisto o señal.

Afección de problemas cardiacos y cefaleas

El 36% de nuestros conductores piensa que los problemas cardiacos y las cefaleas afectan poco o nada la conducción, mientras que un 26% considera que el postinfarto afecta poco o nada la conducción.

De nuevo nos encontramos que los conductores desconocen que los síntomas derivados de este tipo de alteraciones y los fármacos utilizados para su tratamiento, pueden comprometer la conducción segura.

Como hemos reflejado en el libro documental, los problemas cardiacos conllevan un deterioro físico y cognitivo asociado a diversos síntomas incompatibles con la conducción segura en muchos casos. y los diversos fármacos empleados para estas afecciones pueden producir efectos secundarios que en la mayoría de los

casos implican un aplazamiento de la conducción durante las primeras semanas de consumo.

Además, tal y como también reflejamos en la citada publicación, el infarto de miocardio es la causa más común de muerte natural durante la conducción.

Sin embargo, nuestra legislación considera que no es posible obtener o prorrogar el permiso o licencia de conducción en una serie de casos, pero no contempla la condición de paro cardíaco, angina de pecho, trasplante de corazón y efectos de la medicación antihipertensiva sobre la conducción.

Como conclusión a todos estos factores, además de las aportadas hasta este momento, podemos decir que existe una falta de correspondencia entre la atribución de importancia que dan los conductores a las mismas y la importancia real que tienen desde el punto de vista de la accidentalidad y la seguridad vial.

También se refuerza la idea, ya vertida en el libro documental, de que en muchos casos también existe una falta de correspondencia entre dicha importancia objetiva y la normativa.

En definitiva, quedan suficientemente fundamentadas las propuestas de informar y concienciar mayormente a los conductores.

En el mismo sentido, también se justifica el papel que puede tener el sistema sanitario en la diseminación de dicha información y en el control de los conductores, ya que muchas de las patologías son necesariamente diagnosticadas por personal facultativo.

Finalmente, reforzamos la idea del “necesario” cambio normativo, tanto para sustentar la información que hace falta diseminar, como para impedir, restringir o condicionar la conducción bajo determinados estadios.

Afección del estrés, ansiedad y depresión

En torno al 23% de los conductores de nuestro país estima que el estrés, la ansiedad y la depresión afectan poco o nada la conducción.

Afección del Estrés

El 24% de los conductores de nuestro país estima que el estrés afecta poco o nada la conducción.

Tal y como hemos tratado en el libro documental, los grandes cambios o problemas personales pueden producir, entre otros, trastornos de ansiedad generalizada, trastorno distímico o depresión, condiciones que afectan el procesamiento y ejecución de la conducción.

Los acontecimientos cotidianos frecuentes, pequeñas contrariedades, insatisfacciones o fastidios cuando afectan nuestro bienestar, constituyen importantes causas de estrés y producen una serie de síntomas que comprometen la conducción.

Los días e incluso meses posteriores a los sucesos altamente estresantes se incrementa notablemente la probabilidad de verse implicado en un accidente de tráfico.

El estrés, debido al deterioro cognitivo y motor que produce, contribuye de forma importante a la causalidad de los accidentes de tráfico.

Afección de la Ansiedad

El 23% de los conductores de nuestro país estima que la ansiedad afecta poco o nada la conducción.

Tal y como hemos reflejado en el libro documental, existe muchas evidencias de que la ansiedad derivada del estrés desencadena una serie de síntomas fisiológicos, cognitivos y conductuales que incrementan el riesgo de accidente.

Afección de la Depresión

El 22% de los conductores de nuestro país estima que la depresión afecta poco o nada la conducción.

Tal y como hemos demostrado en el libro documental, la depresión es el más frecuente de los trastornos mentales y da lugar a un deterioro cognitivo y motor que perjudica seriamente la conducción.

Nuestra legislación contempla los trastornos graves del estado del ánimo que conlleven una elevada probabilidad de conductas de riesgo para la propia vida o la de los demás. No obstante, no se considera de forma específica la depresión.

Afección de la Fatiga

Para el 18%, la fatiga afecta poco o nada la conducción.

Como conclusión de todos estos factores psicológicos, podemos decir que existe una falta de correspondencia, si cabe más acusada, entre la atribución

de importancia que conceden los conductores a las disfunciones psicológicas y la importancia real que tienen desde el punto de vista de la accidentalidad y la seguridad vial.

También podemos reforzar la conclusión de que existe una falta de correspondencia en este caso, más acusada entre dicha importancia objetiva y la normativa.

Se pueden replicar en esta ocasión las propuestas realizadas anteriormente sobre las disfunciones psíquicas, en este caso si cabe con mayor intensidad. Únicamente añadiríamos que debemos de tener en cuenta que dentro del sistema de salud, dicho personal sea más médico que psicológico. Así que fuera del propio sistema, en las clínicas privadas, es importante involucrar a todos los profesionales de la psicología en este empeño.

Respecto a la incidencia de problemas psicológicos (estados o condiciones psicológicas) en la población de conductores españoles

Toda la información expuesta anteriormente sobre las “enfermedades” psicológicas cobra mayor importancia si combinamos los datos expuestos anteriormente con la información referente a la incidencia que las mismas tienen en la población objeto de estudio, es decir, sobre la población española conductora.

Así, tres cuartas partes de los conductores conducen bajo estados de estrés ocasionados por sucesos vitales, más del 10% bajo estados de ansiedad y casi una cuarta parte bajo estados depresivos.

Además, recordemos que lo hacen sin conocer el deterioro cognitivo que éstas conducciones ejercen en el conductor.

Incidencia del estrés sobre los conductores españoles

En conjunto, más del 75% de los conductores han vivido eventos estresantes vitales.

Concretamente, más del 40% durante los últimos tres meses, han vivido una boda, nacimiento o similar; casi el 30% han experimentado la muerte o enfermedad de un ser querido; en torno al 20%, un cambio importante en el trabajo o han superado una prueba o examen importante; en torno al 15%, problemas de salud o problemas familiares o de pareja; y, son más del 10% los que padecen problemas económicos o algún otro cambio.

Asimismo, y en términos generales, el 41% de los conductores afirman

experimentar estrés laboral; mientras que un 40% y un 30% de conductores se encuentran quemados o emocionalmente agotados a causa del trabajo.

Evidentemente, todos los acontecimientos que se perciben y viven como sucesos estresantes, ocasionan un deterioro cognitivo que va a influir de forma negativa en la conducción.

Incidencia de la ansiedad sobre los conductores españoles

Por un lado, el hecho de que el 17,1% de los conductores manifiesta que durante los últimos tres meses ha experimentado en muchas ocasiones dificultades para dormir, dolores de cabeza o nuca (13,4%), preocupaciones (11,7%) o por la salud (9,5%), nerviosismo, excitación o tensión (7,1%), irritabilidad y dificultades para relajarse (casi el 7% en ambos casos) y una serie de síntomas físicos, tales como sudores, mareos, diarrea, temblores, etc., pone de manifiesto que la ansiedad constituye una condición frecuente y generalizada en la población estudiada. En definitiva, estamos considerando que entre el 7 y el 17% de los conductores muchas veces ha experimentado durante los últimos tres meses síntomas asociados con la ansiedad. En este caso, tal vez podríamos estar ante ansiedad rasgo del conductor.

Por otro lado, el hecho de que más del 30% de conductores en algunas ocasiones experimentan dificultades para dormir y dolores de cabeza o nuca; más del 28%, preocupaciones y nerviosismo, excitación o tensión; el 20%, irritabilidad; y, casi el 18%, afirma experimentar mareos, sudores, temblores y otros síntomas físicos junto con dificultades para relajarse, puede reflejar la ansiedad estado relacionada con situaciones concretas vitales entre las que se encuentra la conducción.

En definitiva, y tomando en conjunto lo que podría ser ansiedad rasgo y estado, observamos que más de la mitad de los conductores afirma experimentar, durante los últimos tres meses, muchas o algunas veces, dolores de cabeza o nuca; casi la mitad (48,5%), dificultades para dormir; el 35%, nerviosismo, excitación o tensión; el 27,4%, irritación; el 24,1%, dificultades para relajarse; y, más del 20%, mareos, sudores, temblores, hormigueos, etc.

Incidencia de la depresión sobre los conductores españoles

El hecho de que más de la mitad de los conductores manifiestan que muchas veces (26%) o en algunas ocasiones (18,7%) se despiertan temprano; que una

tercera parte de los entrevistados afirma que experimenta sentimientos de lentitud, dificultades para concentrarse así como poca energía; y, que el 22% de los conductores entrevistados haya experimentado sintomatología depresiva durante los últimos tres meses, evidencia que la conducción se realiza bajo un estado o cuadro depresivo, lo que significa que se encuentra mediatizada por un deterioro cognitivo, fisiológico y motor que se evidencia en: falta de atención, concentración y memoria, dificultades para procesar la información y tomar decisiones adecuadas así como errores en la ejecución y, por tanto, mayor probabilidad de verse implicado en un accidente vial.

En ambos casos, ansiedad y depresión, hemos de tener en cuenta que las "dificultades para dormir" asociadas con ambas condiciones también producen fatiga (consecuencia de haber dormido poco o mal el día anterior) y, por tanto, deterioro cognitivo y motor relacionado con ésta.

Incidencia de la fatiga sobre los conductores españoles

Casi el 16% de los conductores presenta indicios o síntomas de fatiga. Si junto con éstos consideramos casi el 30% de los encuestados que afirman experimentar fatiga algunas ocasiones, observamos que casi el 45% de los conductores experimenta, muchas o en algunas ocasiones, fatiga.

El 6% de los conductores afirma que en muchas ocasiones siente somnolencia, pero si a éstos añadimos los que afirman experimentar somnolencia algunas veces (17,8%), encontramos que la cuarta parte de los conductores experimentan somnolencia algunas o muchas veces.

Tal y como hemos reflejado en el libro documental, la investigación científica ha evidenciado que la fatiga y el sueño producen: disminución de la capacidad de concentración (produciéndose hipersensibilidad a la distracción), dificultades para seleccionar la información relevante, déficits en el procesamiento de la información, incremento en los tiempos de reacción, las alteraciones sensoriales, perceptuales y motrices, los niveles de tensión y agresividad e incluso pueden llegar a producir depresión.

Entre un 2% y un 4% de los conductores manifiestan que muchas veces se sienten sin fuerzas, empiezan las tareas sin dificultad pero se sienten débiles a

medida que las hacen, tienen problemas de memoria y dificultades para comenzar a hacer las tareas, les cuesta pensar o tienen dificultades para hablar o encontrar la palabra adecuada. En este grupo podemos tener personas que manifiestan alteraciones de tipo cognitivo degenerativo o progresivo (bien por causa física o psicológica), un porcentaje que aunque bajo, es extremadamente peligroso para la conducción.

Casi la cuarta parte de los encuestados (23,3%) en algunas ocasiones tiene problemas de memoria, casi un 18% siente somnolencia, casi un 16% tiene dificultades para hablar o encontrar la palabra adecuada; a más del 10% le cuesta pensar, se siente débil o sin fuerzas, tiene dificultades para comenzar a realizar las tareas o las comienza sin dificultad pero se siente débil a medida que las realiza. En este grupo tal vez tendríamos los primeros inicios de deterioro cognitivo asociado con alteraciones progresivas (físicas o psicológicas). Inicios que si no se diagnostican y detectan, evidentemente pueden dar lugar a la evolución progresiva de la enfermedad.

Parece, además, que el grupo con sintomatología (ansiosa) continúa conduciendo pese a encontrarse mal para hacerlo (tal vez debido a un efecto de habituación fisiológica y psicológica a la presencia de los síntomas), mientras que el grupo que no presenta esta sintomatología deja de conducir cuando se encuentra mal para ello (en el caso de la ansiedad) o de baja laboral (en el caso de la depresión), puesto que debe considerarse una experiencia diferencial y extraña en el patrón vital general.

Curiosamente, el grupo con sintomatología depresiva atribuye menos efecto negativo a la depresión y a la ansiedad sobre la capacidad para conducir; mientras que el grupo que presenta sintomatología ansiosa atribuye menos efecto negativo a la ansiedad sobre la capacidad para conducir.

Creemos que el efecto de habituación a la presencia de síntomas puede explicar también este resultado. Consideramos que estamos ante ansiedad y depresión rasgo en el grupo de conductores que presenta sintomatología y ansiedad/depresión estado (por eso dejan de conducir) en el grupo de conductores sin sintomatología.

Los conductores que presentan síntomas asociados con las alteraciones sugeridas en el estudio, manifiestan que la causa de no encontrarse para conducir era

emocional o psicológica. Por el contrario, aquellos que no presentan sintomatología planteada atribuyen al malestar físico la causa de no encontrarse en condiciones para conducir.

Además, los que presentan sintomatología siguen conduciendo cuando se encuentran en situación de baja laboral (aspecto éste que abordaremos con mayor detenimiento más tarde), mientras que los que no presentan sintomatología, en casos de baja laboral afirman abandonar la conducción.

Otra pregunta interesante que podemos hacernos es ¿qué relación existe entre las sintomatologías asociadas a las diferentes alteraciones psicológicas? Como podemos observar en la siguiente tabla, y a modo de ejemplo, el 74,6% de los conductores con síntomas de ansiedad también presentan indicios relacionados con la depresión.

	Depresión	Ansiedad	Estrés vital Último año	Estrés laboral (desgaste profesional)	Fatiga
Depresión		74,6%	89%	63,1%	51,7%
Ansiedad			92,5%	64,2%	62,7%
Estrés vital				80,2%	93,2%
Estrés laboral					68,4%

Como conclusión, podemos afirmar que existe una relación entre estrés vital, estrés laboral, ansiedad, fatiga y depresión. En este sentido, pensamos que un grupo de conductores es susceptible de presentar sintomatología asociada con diferentes alteraciones psicológicas que se relacionan entre sí.

Y, bajo diferentes estados psicológicos, ¿los conductores se exponen más al riesgo?

- **La incidencia de los síntomas relacionados con la depresión, ansiedad y fatiga se relacionan significativamente con una menor exposición al riesgo.**
- **No hay relación entre la incidencia de síntomas relacionados con el desgaste profesional o la vivencia de eventos vitales estresantes y exposición al riesgo.**

Y otra pregunta que despierta nuestro interés es: bajo diferentes estados psicológicos, ¿los conductores asumen más riesgos?

Como conclusión, podemos afirmar que la incidencia de síntomas relacionados con la depresión, ansiedad, estrés y fatiga aparece relacionada con una manifestación mayor de conductas de riesgo durante la conducción. Esto puede significar que tal vez el conductor no asuma riesgos de modo voluntario, sino que la conducción arriesgada es resultado de diferentes alteraciones y condiciones psicológicas o emocionales.

En nuestro estudio no hemos encontrado una clara relación (significativa) entre la incidencia de síntomas relacionados con el desgaste profesional (estrés laboral) y la manifestación de conductas de riesgo al volante, sufrir más accidentes y sanciones recibidas.

Hasta cierto punto es normal, y no concluyente, ya que hemos de tener en cuenta que comparamos dos espacios temporales distintos.

Con todo, no debemos olvidar que el estudio documental (que recoge una integración de mayor número de estudios experimentales) nos demuestra que todas las condiciones analizadas ocasionan un deterioro cognitivo con efectos en gran medida desconocidos por la mayoría de conductores: dificultades para seleccionar la información relevante y para mantener o concentrar la atención, dificultades para recordar, (problemas de memoria), dificultades para procesar de modo adecuado la información (inseguridad), dificultades para tomar decisiones (indecisión), nerviosismo, irritabilidad y miedo y deterioros motores (incremento del tiempo de reacción e incremento de los errores en la ejecución). En este sentido, éste debe ser otro de los objetivos en los que deben centrarse las intervenciones destinadas a incrementar la seguridad y salud vial, es decir, conseguir que el conductor tome conciencia de que existen una serie de condiciones, bien conocidas y muy frecuentes en nuestras vidas, que tanto si van acompañadas o no de síntomas físicos están ocasionando alteración de las funciones cognitivas y motoras.

Como conclusión, podemos decir que todos los trastornos estudiados anteriormente tienen un grado de incidencia relativamente alto sobre la población española, que están alterando las capacidades para la conducción y consecuentemente el riesgo que se está asumiendo bajo estos estados. Por lo tanto, reiteramos nuestra propuesta de atender a dichos trastornos de una forma diferencial otorgándoles una intervención prioritaria.

Respecto a la medicación y su interacción con la conducción

Al abordar la temática de la medicación, en este capítulo de conclusiones, nos vemos obligados a reiterar la idea de que es difícil disociar enfermedad y medicación.

Y ello seguirá siendo cierto, a pesar de que existen, como veremos más adelante, un alto porcentaje de conductores que no se medican para tratar ciertos trastornos.

Consecuentemente, aunque hemos tratado el tema de los fármacos asociados con las enfermedades que sufre la población de conductores, vamos a hacerlo de nuevo desde una perspectiva más directa a través de los fármacos que consumen los conductores de nuestro estudio.

Si nos centramos en este aspecto la primera pregunta sería ¿qué fármacos consumen nuestros conductores?

El 15% de los conductores se encuentran bajo tratamiento farmacológico para combatir problemas relacionados con el sueño (3,7%), ansiedad (2,6%) y depresión (2,5%). Asimismo, el 8,3% de los conductores que no se medican para los trastornos mencionados, lo hace para relajarse o dormir.

Llama la atención que la vivencia de eventos vitales estresantes aparece asociada únicamente con la medicación para la depresión (no hay diferencias significativas entre los conductores medicados para combatir la ansiedad, el sueño, relajarse o dormir, entre los grupos que han vivido o no eventos estresantes).

Por otro lado, la experiencia de desgaste profesional se relaciona con la medicación para combatir la ansiedad (no hay diferencias significativas entre los conductores medicados para combatir la depresión, el sueño, relajarse o dormir entre los grupos que manifiestan o no sintomatología de desgaste profesional).

Encontramos que la sintomatología característica de la depresión aparece asociada con la ansiedad y/o el estrés. Así, nos encontramos ante un grupo de riesgo caracterizado por los efectos que los fármacos pueden ocasionar a nivel cognitivo y motor. Como podemos observar en la siguiente tabla y a modo de ejemplo, mientras que el porcentaje de conductores que se medica únicamente para tratar los problemas asociados al sueño asciende al 3,3%, este porcentaje se eleva al 29% y 16,7% en el caso de los conductores que toman medicación para combatir ansiedad y depresión, respectivamente, además del sueño.

	<i>Sueño</i>	<i>Ansiedad</i>	<i>Depresión</i>
Sueño	3,3%	29%	16,7%
Ansiedad		2,1%	20%
Depresión			2%

Nos encontramos ante tres condiciones (depresión, ansiedad y estrés) que suelen aparecer conjuntamente y que llevan al consumo combinado de fármacos para combatir los trastornos del sueño y la ansiedad (29% de los conductores); depresión y ansiedad (20% de los conductores); y, sueño y depresión (en casi el 17% de los encuestados).

En la siguiente tabla podemos diferenciar entre aquellos conductores que presentan o no síntomas relacionados con las alteraciones estudiadas (primera y segunda columnas) y que se medican (y no se medican) para tratar los trastornos asociados con la depresión, ansiedad, trastornos del sueño, relajarse / dormir.

		<i>Medic depres.</i>	<i>No med. depres.</i>	<i>Medic Ansiedad</i>	<i>No med. Ansiedad</i>	<i>Medic Tras. sueño</i>	<i>No med Tras. sueño</i>	<i>Medic Relaj/dorm.</i>	<i>No med Relaj./dor.</i>
DEPRS. TRAST. SUEÑO RELAJ./DORM.	Síntom.	6,8%	93,2%	7,2%	92,8%	6,8%	93,2%	14,5%	85,5%
	No sínt.	1,3%	98,7%	1,3%	98,7%	2,8%	87,2%	6,7%	93,3%
ANSIEDAD	Síntom.	7,5%	92,5%	10,4%	89,6%	10,4%	89,6%	21%	79%
	No sínt.	1,9%	98,1%	1,6%	98,4%	2,8%	97,2%	6,9%	93,1%
EVENT. ESTR.	Síntom.	3%	97%	3%	97%	4,1%	95,9%	8,5%	91,5%
	No sínt.	0,7%	99,3%	1,1%	98,9%	2,2%	97,8%	7,5%	92,5%
DESG. PROF.	Síntom.	3,2%	96,8%	4,4%	96,6%	4%	96%	9%	91%
	No sínt.	2%	98%	1,3%	98,7%	3,4%	96,6%	7,8%	92,2%
FATIGA	Síntom.	8,4%	91,6%	8,4%	91,6%	8,9%	91,1%	15%	85%
	No sínt.	1,4%	98,6%	1,5%	98,5%	2,7%	97,3%	7,2%	92,8%

Como conclusión, podemos afirmar que un porcentaje importante de la población está bajo tratamiento con fármacos para tratar enfermedades psicológicas.

Asimismo, si tenemos en cuenta los efectos secundarios que tiene esta medicación sobre la capacidad de conducción (como podemos comprobar mayormente en el libro documental) podemos detectar un claro grupo de riesgo en la conducción.

Por otro lado, encontramos un elevado porcentaje de conductores que aún presentando sintomatologías asociadas con los trastornos estudiados, no toman medicación para combatir estos trastornos. Concretamente, entre el 85,5% y el 93,2% de los conductores que presentan síntomas asociados con depresión, ansiedad, trastornos del sueño, relajarse o dormir, no toman medicación para combatir estas condiciones.

Este hecho no significa que no constituyan un grupo de riesgo, ya que las condiciones no tratadas pueden ocasionar un deterioro cognitivo y/o motor que perjudica de forma significativa la conducción.

Como conclusión, podemos afirmar que un porcentaje extremadamente elevado de conductores sufren problemas psicológicos, y pese a no estar bajo tratamiento farmacológico, siguen constituyendo un grupo de riesgo en la conducción dadas las alteraciones que provocan dichas enfermedades por sí solas.

Otra cuestión interesante es si los fármacos han sido o no prescritos por los profesionales sanitarios.

Respondiendo a dicha cuestión podemos decir que en términos generales, casi la totalidad de los conductores toma los fármacos por prescripción médica para combatir la depresión (97,7%) y la ansiedad (90,3%).

Sin embargo, observamos que existe un considerable porcentaje de conductores que se automedica para tratar las alteraciones de sueño (24,4%), relajarse o dormir (31,5%).

Es decir, casi la tercera parte (31,5%) de nuestros conductores se automedica para relajarse o dormir; una cuarta parte (24,4%) para combatir los trastornos del sueño; casi el 10% (9,7%) para tratar la ansiedad; y, un 3,3% para hacer frente a la depresión.

Aproximadamente la tercera parte de los conductores considera que los medicamentos utilizados para combatir la depresión o la ansiedad pueden influir en la capacidad para conducir; y una cuarta parte opina que la conducción puede verse afectada por los fármacos utilizados para tratar las alteraciones del sueño, relajarse o dormir.

Pero, a la hora de conducir o cuando conducen, ¿tienen en cuenta estos efectos? Y en caso afirmativo, ¿utilizan estrategias adecuadas para minimizar dichos efectos?

En este punto, nos planteamos las siguientes cuestiones: en algunas ocasiones ¿se tratará de fármacos recetados hace mucho tiempo que pueden tener consecuencias más perjudiciales que los de nueva generación? ¿Puede que el conductor utilice fármacos contraindicados con los prescritos para dolencias recientes sin saber la interacción entre ellos? ¿Es posible que estén tomando los fármacos menos adaptados o aptos para la realización de tareas complejas como la conducción?

Como conclusión, podemos decir que la práctica de la automedicación para el tratamiento de problemas psicológicos es preocupante y está bastante extendida en el caso de los trastornos del sueño. Este subgrupo plantea problemas desde el punto de vista de que no pueden ser informados directamente por personal facultativo de las consecuencias que pueden tener dichos fármacos sobre la conducción.

Llegados a este punto podemos preguntarnos cual es el grado de advertencia que sobre sus efectos secundarios tiene sobre la conducción.

Contestando a dicha pregunta, llama la atención el escaso porcentaje de conductores que ha recibido información médica sobre los efectos secundarios en la conducción de los fármacos utilizados para relajarse o dormir (8%), para tratar la ansiedad (9,1%), depresión (20%) y para alteraciones relacionadas con el sueño (36,4%).

Como conclusión, podemos afirmar que la información emitida por los médicos acerca de los efectos secundarios de los fármacos sobre la conducción es preocupantemente escasa.

Los datos ponen de manifiesto que casi tres cuartas partes de los conductores no son conscientes de la influencia de los fármacos utilizados para combatir el insomnio, para relajarse/dormir; mientras que más del 65% desconoce los efectos de los medicamentos utilizados para tratar la depresión y la ansiedad en la conducción.

Como conclusión, podemos afirmar que un enorme y preocupante porcentaje de conductores que consume fármacos para combatir el insomnio, relajarse, dormir o tratar la ansiedad y la depresión no es consciente y/o desconoce el efecto cognitivo y motor que ocasionan estos fármacos en la conducción.

Por otro lado, los conductores de nuestro país ¿consideran que disponen de suficiente información sobre el efecto de los fármacos en la conducción?

Casi tres cuartas partes (71,9%) de conductores afirma estar bastante o muy informado sobre los efectos de los fármacos en la conducción.

Este dato plantea una curiosa paradoja si tenemos en cuenta que un porcentaje muy elevado (tal como hemos demostrado con datos anteriormente), desconoce o no es consciente del efecto de estos fármacos en la conducción.

Por el contrario, casi el 30% de los conductores considera que está poco o nada informado sobre los efectos secundarios de los fármacos utilizados para tratar la depresión, ansiedad, trastornos del sueño o relajarse/dormir.

Como conclusión, podemos afirmar que la mayor parte de los conductores piensa que tienen suficiente información sobre los efectos de los fármacos en la conducción, pero dado que este pensamiento no tiene correspondencia con la realidad de su grado de conocimiento, este hecho representa un grave problema sobre el que habrá que intervenir.

Complementariamente, podemos concluir que un porcentaje importante de conductores es consciente de que la información que tiene sobre el efecto de los fármacos es escasa.

Pero, indiferentemente del grado de información existente ¿cuáles son las fuentes de información sobre efectos de este tipo de fármacos en la conducción?

Las estrategias más utilizadas para obtener información sobre el efecto sobre la conducción de los fármacos utilizados para combatir los trastornos del sueño, la ansiedad y la depresión son por orden decreciente:

- la lectura de los prospectos (32% a 40% de los conductores entrevistados),
- la propia experiencia (utilizada por un 20% a 36,4% de los entrevistados),
- la información proporcionada por el médico (8% a 36% de los entrevistados),
- y la búsqueda de información (únicamente el 8% de los conductores para relajarse/dormir).

Partiendo de estos datos, podemos reforzar la conclusión de que la información del especialista y profesional de la salud dista mucho de ser, como debiera, la principal fuente de información del paciente que consume este tipo de fármacos.

Por otro lado, podemos concluir que la lectura de los prospectos es una fuente de información primordial y que se complementaría con la búsqueda de información. Podemos afirmar que ambas son estrategias adecuadas.

Ahora bien, también podemos concluir que es muy preocupante el porcentaje

de conductores que se basan en su propia experiencia, con la subjetividad que ello implica.

Y...continuando con nuestras preguntas. El profesional de la salud al margen de si informa o no adecuadamente sobre los efectos de los fármacos en la conducción ¿tiene en cuenta las demandas vitales y laborales del paciente buscando la prescripción de fármacos que minimicen los efectos secundarios sobre la conducción? Algunas de dichas demandas están relacionadas con la conducción de vehículos, mayormente en el caso de los conductores profesionales y en menor medida, pero también con importancia, en los que lo utilizan en sus desplazamientos in-itinere.

Otra cuestión distinta es la correspondencia entre la prescripción y la acción del sujeto, de tal modo que nos podríamos preguntar cuestiones tales como: ¿siguen los conductores las recomendaciones de los profesionales de la salud sobre los efectos secundarios sobre la conducción de determinados fármacos? Y... lo que resulta más difícil, ¿estaría el conductor dispuesto a interrumpir la conducción durante el tiempo necesario para que se produzca el ajuste de la dosis recomendada?

Como consecuencia de todas estas reflexiones y conclusiones proponemos una serie de medidas concretas:

- Hay que alertar a la población que está bajo tratamiento farmacológico para tratar enfermedades mentales de los riesgos que la medicación supone para la conducción.**
- También habría que extender esta propuesta a aquellos fármacos que igualmente tienen efectos sobre la conducción y que se dirigen al tratamiento de otro tipo de enfermedades.**
- Todo ello se puede realizar a través de campañas generales de comunicación y publicidad, pero especialmente a través de la intensificación de la información facilitada por el personal médico.**
- En relación a la facilitación de información acerca de los efectos secundarios de los medicamentos (información imprescindible que como en ocasiones hemos visto el sujeto busca activamente), hay que apoyar y aplaudir la iniciativa reciente en relación con el procedimiento de autorización, registro y condiciones de dispensación de los medicamentos, sobre todo en lo relacionado con el etiquetado. De esta forma y tal y como hemos recogido en el libro documental, los medicamentos que puedan**

reducir la capacidad para conducir o manejar maquinaria peligrosa estarán identificados mediante un símbolo concreto.

- Complementariamente a la anterior medida que se va a poner en marcha, nosotros proponemos la generación de una página web donde se recojan todos los fármacos y sus efectos sobre la conducción.**
- Hay que regular la incompatibilidad de conducir y el consumo de determinado tipo de fármacos orientados al tratamiento de enfermedades psicológicas.**
- De esta forma, al igual que proponíamos en el caso de la detección de las enfermedades psicológicas, hay que facultar al colectivo médico del sistema de salud general para que determine la inhabilitación para la conducción a aquellos sujetos que toman determinado tipo de medicación.**
- El coste de oportunidad es favorable, ya que en este último caso es el mismo personal sanitario el que realiza ambas funciones (diagnóstico y prescripción de medicamentos).**

Respecto a la baja laboral y la conducta de conducción

Esta orientación que estamos tomando nos ha llevado a contemplar un aspecto tan importante como son las bajas laborales.

Partimos del hecho de que los motivos de bajas laborales existentes no incluyen la totalidad de las causas para “no sentirse en condiciones de conducir” y viceversa (es decir que no la totalidad de las bajas laborales deberían implicar necesariamente una incapacidad para la conducción).

Pero como siempre defendemos desde estas páginas, los hechos no se justifican por sí mismos y son susceptibles de debate y en su caso, si así se considera, de cambio.

Los resultados de nuestro estudio han apuntado que la mayoría de conductores (78%) señala que no conduce cuando se encuentra en una situación de baja laboral.

Éstos, recordemos, son sobre todo, los conductores que en mayor medida señalan haber estado siempre en condiciones para conducir, los más jóvenes (18-25 años) y con menos experiencia en la conducción (1 ó 2 años), y los que se desplazan fundamentalmente por motivos personales, o los que no han sufrido ningún accidente durante su vida como conductores.

En el caso de los jóvenes y de los conductores con poca experiencia, una

explicación podría fundamentarse en el hecho de que al disponer de menos experiencia en la conducción perciben mayor riesgo en este tipo de conducta. Otra explicación, no relacionada con la percepción del riesgo, puede apuntar a que los jóvenes dejan de conducir porque pueden permitirse que sus vidas se paralicen temporalmente debido a sus escasas obligaciones familiares y personales. En este sentido, no hay que olvidar que en estas y otras ocasiones, son los adultos los que se encargan de contribuir al funcionamiento familiar mientras los jóvenes respetan el tiempo necesario para subsanar cualquier problema físico o psicológico que haya ocasionado la baja laboral considerada. Aquí, la pregunta sería: ¿Y quién se encarga de que los adultos nos mentalicemos de que también nosotros debemos subsanar nuestros problemas antes de ponernos delante de un volante?

Asimismo, es posible que los conductores que señalan haber estado siempre en condiciones para conducir en situaciones de baja laboral perciban la conducción más arriesgada en las situaciones de baja laboral.

Es destacable también el hecho de que, aunque modulada por las propias características del sujeto (que ha estado menos expuesto al riesgo), no hayan sufrido accidentes.

En el otro extremo, encontramos un preocupante 22% de los conductores que manifiesta seguir conduciendo cuando se encuentra en una situación de baja laboral.

Es preocupante porque si consideramos que muchos de los motivos laborales son razones suficientes, desde un punto de vista práctico (que no legal, tal y como está actualmente la normativa) para dejar de conducir, estamos incrementando artificialmente el riesgo en el tráfico (para los usuarios que están de baja y para el resto).

En esta ocasión son sobretudo, los conductores que en alguna ocasión han pensado "hoy no estoy para conducir", con un riesgo medio, los que han sufrido más accidentes a lo largo de su vida, los que han sido multado en más de una ocasión durante los tres últimos años y los que se desplazan en mayor medida por motivos laborales o de ocio.

Esta relación positiva entre los conductores que conducen en situación de baja laboral y su historial de accidentes y sanciones nos da mucho que pensar.

Curiosamente, son conductores que, pese a encontrarse en situación de baja

laboral y ser conscientes de no encontrarse bien para conducir, siguen utilizando el vehículo, tal vez sin estar en condiciones para hacerlo, quizás por motivos personales o familiares (es decir para otros "motivos" de diferente peso al habitual).

Bien es cierto que tenemos que seguir llevando a los niños al colegio, tenemos que seguir comprando..., en definitiva, tenemos que seguir funcionando. Es decir, somos conscientes, pero las obligaciones, curiosamente en este caso no laborales (quizás por una extensión de la conducta), influyen más en la decisión. Llegados a este punto, apoyándonos en estos datos, podríamos formalizar una propuesta para su discusión y estudio (que el lector más avisado habrá descubierto que estamos insinuando): ¿por qué no legislar que la conducción sea incompatible con un estado de baja laboral?

Proponemos que la baja laboral sea incompatible con la conducción. Todo ello con algunos matices. Por ejemplo, que sea en mayor medida en sus primeros estadios, para la mayoría aunque no todas las causas de baja laboral (aquellas que realmente tengan afección) y, en todo caso, recuperable la conducción por estricta y específica prescripción facultativa.

Las implicaciones positivas de la propuesta son muchas:

- Eliminar transitoriamente del sistema a aquellos conductores cuyas patologías influyen decisivamente de forma negativa a la conducción (y, consecuentemente, al riesgo de estos sujetos como conductores y del resto con los que interactúa).**
- Introducir un sistema complementario, que cumpla la característica tan demandada de continuidad.**
- Aprovechar un sistema de diagnóstico ya existente para reforzar la acción en Seguridad Vial.**
- Contribuir a mitigar la picaresca existente con las bajas laborales (en especial con las que se relacionan con motivos psicológicos).**
- Implicar al sistema de salud laboral.**

En definitiva, sólo con el debate que se puede generar con esta propuesta se podrá conseguir una mayor concienciación de la población en general.

Respecto a la baja laboral, la conducta de conducción y la información relativa a la incompatibilidad/riesgo

Así, cuando hemos planteado a los entrevistados la situación de incompatibilidad/afección de la conducción por la baja laboral ¿el conductor ha

recibido información al respecto? Un porcentaje muy escaso (10,8%) indica que así fue.

De esta forma, se evidencia la necesidad de mayor corresponsabilidad entre los profesionales de la salud, la Administración y los propios conductores para asumir y aplicar la necesidad de una buena salud física y psicológica para conducir de forma saludable.

En este sentido, una propuesta como la nuestra tendría también implicaciones positivas desde el punto de vista de la información y de la facilitación de la misma, ya que posibilitaría:

- Facilitar normas simples y “recordables”.**
- Sistematizar y potenciar la información recibida por el personal sanitario.**

En definitiva, se podría conseguir mayor grado de concienciación en la población.

Con todo, el eje de las bajas no es el único, podrían añadirse más propuestas para hacerlo extensivo a otras circunstancias. Así, podemos destacar el caso de aquellas personas que sin estar trabajando sufren determinadas enfermedades y que también pueden ser/son detectadas por el sistema de atención primaria y/o en las consultas de especialistas. Es el caso de los oftalmólogos que detectan los cambios en las condiciones visuales con una evolución más continua que los centros de reconocimiento.

En el escenario de esta propuesta, el problema de los fármacos también sería en cierto grado mayormente resuelto, al menos en lo que se refiere a los que tienen prescripción facultativa.

Ahora bien, todo ello implica un esfuerzo, por ejemplo el establecimiento de un procedimiento de comunicación con mayores conexiones entre el sistema general de salud y el sistema de tráfico (con la necesidad de apoyo de sistemas informáticos y bases de datos).

Respecto a las opiniones de la población conductora sobre el sistema existente de reconocimiento medico-psicológico para la obtención/renovación de la licencia de conducción y otras fórmulas

En efecto, otra cuestión importante es saber qué opinan los conductores

españoles respecto a algunas cuestiones relacionadas con el sistema existente. A través de dichas opiniones podemos valorar no solamente la confianza en el sistema actual sino el grado de acuerdo con nuevas propuestas, como algunas de las que hemos hecho aquí.

De esta forma ¿qué opinan nuestros conductores sobre la fiabilidad del procedimiento normativo vigente para determinar las aptitudes psicofísicas necesarias para obtener o renovar el permiso de conducción?

Más de la mitad de los conductores (56,4%) considera poco o muy poco fiable el proceso actual seguido para valorar las aptitudes psicofísicas.

En el otro extremo, únicamente el 4,1% de los conductores piensan que este proceso es muy fiable.

Y...¿qué piensan sobre la exhaustividad del proceso de valoración de aptitudes psicofísicas que se realiza en nuestro país para la obtención-renovación del permiso de conducción?

Más de la mitad de los conductores (52,5%) considera que el proceso es poco exhaustivo; mientras que el 19,6% lo valora muy poco fiable.

Si agrupamos ambas estimaciones, encontramos que en términos generales casi tres cuartas partes de nuestros conductores (72,1%) valoran poco exhaustivo y muy poco fiable el proceso de valoración de aptitudes psicofísicas que en nuestro país se sigue para la obtención-renovación del permiso de conducción.

Como conclusión, resulta evidente que nuestro Reglamento General de Conductores no genera sentimientos ni actitudes de fiabilidad y exhaustividad, en lo que se refiere al proceso de reconocimiento medico-psicológico de los conductores. Y, eso que el cumplimiento de una norma precisa de la confianza en ella.

Evidentemente, nos encontramos en una situación que precisa, y es lo que proponemos, una revisión y reelaboración de la misma con la finalidad de restablecer la confianza perdida.

Llegados a este punto y considerando los datos en conjunto, resulta evidente reforzar la necesidad de la propuesta de que la norma considere y regule de forma específica y pormenorizada, muchas condiciones físicas y psicológicas (actualmente consideradas desde una perspectiva tan general y global que las sitúa en ausentes) que producen deterioro sensorial, cognitivo y motor y que, por tanto, influyen de forma negativa en la ejecución de la conducción.

¿Estamos a favor de que, tras un diagnóstico médico que así lo aconseje, deba retirarse temporalmente el permiso de conducción?

Y, profundizando todavía más ¿están nuestros conductores de acuerdo en que tras un reconocimiento médico realizado por el médico de cabecera/familia o empresa le puedan retirar el carné de conducir de forma temporal porque así lo considere el diagnóstico?

Un elevado porcentaje de conductores, concretamente el 84,4% de los conductores se muestran a favor de la retirada temporal del carné de conducir si la revisión médica revela un diagnóstico que así lo aconseja; mientras que un porcentaje bajo de conductores (15,6%) se muestra en contra de esta postura. En este último grupo se ubicarían los conductores de elevado riesgo sobre los que sería necesario intervenir de un modo especial y diferencial respecto del resto de conductores.

Indudablemente, este grado de acuerdo, desde el punto de vista de aceptación de las propuestas realizadas por nosotros hasta el momento, imprime un escenario esperanzador.

Diferentes perfiles de conductores teniendo en cuenta las variables analizadas para el establecimiento de conclusiones y propuestas

Sin embargo, en la valoración de los conductores sobre el impacto de determinadas alteraciones en la conducción, influyen algunas características personales que hay que contemplar para la modulación de las realizadas hasta el momento.

Abordaremos, pues, aquellas cuestiones psicológicas que son el foco central de nuestra investigación.

De hecho, todas las conclusiones de este apartado, estén o no redactadas de forma explícita (en numerosas ocasiones no se han redactado por no cansar al lector), tienen el mismo patrón: “hay que intervenir más sobre aquellos que presentan más deficiencias” (ya sea por afección, falta de conocimiento o concienciación, etc.).

Aunque en el apartado anterior hemos apuntado algunos perfiles extremadamente significativos y que eran especialmente importantes para encuadrar mejor el problema, en este apartado vamos a añadir algunas otras que hemos seleccionado y que nos permitirán terminar de dibujar el problema.

¿Quiénes son los conductores que atribuyen más importancia a la influencia del sueño sobre la conducción?

Llama la atención que son los que conducen fundamentalmente durante el día, los que conducen menos de una hora en sus desplazamientos más frecuentes y, sobre todo, por zona urbanas quienes valoran mayor la influencia del sueño en la conducción.

Por el contrario, los conductores que se desplazan en misión (durante el desempeño de su trabajo) atribuyen menor riesgo a la presencia de somnolencia durante la conducción.

Como conclusión podemos apuntar que los conductores más frecuentes y expuestos al riesgo estiman menor la influencia del sueño en la conducción.

Tal vez, por sufrir o verse más expuestos a sufrir los efectos del sueño, algunos grupos se ven obligados a restarle importancia a la influencia del sueño sobre la conducción. Pero, ¿no serían precisamente estos grupos, con mayor exposición, los que necesitan mayor información sobre determinados factores que les pueden afectar en mayor medida?

Podemos concluir que en la formación general del conductor, así como en los grupos de mayor exposición al riesgo, se evidencia la necesidad de estrategias de intervención sobre el proceso del sueño y sus efectos en la actividad de la conducción.

¿Quiénes son los conductores que atribuyen más importancia a los estados o condiciones psicológicas investigadas?

Concluíamos anteriormente que estamos poco concienciados de los efectos que en la conducción ejerce el malestar psicológico o emocional frente al malestar físico en la conducción e insistíamos en la necesidad de informar y formar al conductor sobre los efectos cognitivos y motores que ocasiona el malestar psicológico en la conducción. En otras palabras, no relacionamos con la conducción nuestra indisposición psicológica o cognitiva (estrés, depresión, ansiedad) asociada con los principales problemas de salud con los que vamos a tener que enfrentarnos en el siglo XXI.

A continuación vamos a abordar estos aspectos psicológicos y mentales que van a estar presentes en una gran parte de nuestros conductores.

Es obvio que conducimos, sin ser conscientes de ello, bajo diferentes estados

psicológicos que ocasionan un deterioro cognitivo que, evidentemente, perjudica de forma significativa la conducción.

El estrés aparece presente en más de tres cuartas partes de los entrevistados.

Los conductores caracterizados por experimentar acontecimientos vitales estresantes son fundamentalmente mujeres, jóvenes de 18-35 años, con poca experiencia en la conducción (menos de un año o entre 1-2 años), que con frecuencia asumen riesgos al volante (grupo de elevado riesgo), que utilizan el vehículo indistintamente por motivos laborales o de ocio, que actualmente no se encuentran en activo, que conducen turismo y reconocen que en alguna ocasión no han estado en las mejores condiciones para conducir.

Podemos concluir que las mujeres y los conductores jóvenes son más susceptibles a experimentar estrés. Dos perfiles que evidencian una mayor capacidad para detectar y reconocer la influencia del estrés en sus vidas en el caso de las mujeres y libres todavía de prejuicios sociales sobre la aceptación del estrés (en el caso de los jóvenes).

Sin embargo, los hombres, de 36 a 55 años, con gran experiencia en la conducción (21-30 años), conductores de vehículos de carga o transporte, los que utilizan el vehículo sobre todo para ir o venir del trabajo (in itinere), caracterizados por no asumir riesgos en la conducción (grupo de no riesgo), que actualmente se encuentran trabajando o se dedican a las tareas domésticas, que han sido multados en una ocasión durante los tres últimos años (exceptuando las sanciones por aparcamiento indebido) y que residen en Madrid, son quienes en mayor medida manifiestan no haber experimentado acontecimientos vitales estresantes.

Podemos concluir que en los conductores profesionales y con mayor experiencia en la conducción, existe un fenómeno de habituación a las situaciones estresantes, tal vez favorecido por el mayor nivel de estrés al que están sometidos en el tráfico.

Ya que la experiencia y respuesta ante el estrés constituye un proceso normal de adaptación ante una vida en continuo cambio, sería conveniente intervenciones destinadas a identificar y, en consecuencia, afrontar de modo adecuado el estrés vital a que estamos sometidos todos los conductores.

En la valoración del estrés sobre la capacidad para conducir no influyen: el sexo, la edad, el riesgo asumido al volante, la exposición al riesgo, los accidentes sufridos durante la vida como conductor, las multas recibidas durante los tres

últimos años (exceptuando las de aparcamiento), la actividad laboral, el tipo de profesión, el horario laboral, el tamaño de la población de residencia y la comunidad autónoma.

En el caso concreto del **estrés laboral**, el 41,6% de los conductores manifiesta sintomatología de desgaste profesional.

Los conductores caracterizados por experimentar estrés laboral son fundamentalmente: mujeres (45,9% frente al 38,1% de hombres), conductores que actualmente se encuentran en activo y que reconocen que en alguna ocasión no están para conducir. En este sentido, destacan los conductores de Canarias, Ceuta y Melilla. Llama la atención, aunque no es estadísticamente significativo, que los conductores que se dedican a tareas domésticas (9,2%) manifiestan síntomas de desgaste frente al 7,8% promedio.

Nuevamente nos encontramos ante un grupo de conductores que detecta y reconoce la presencia del estrés laboral en sus vidas, en el que destacan las mujeres tal vez por la multiplicidad de tareas (domésticas, laborales y familiares) a las que tienen que hacer frente.

No es posible establecer relaciones significativas entre los síntomas asociados con el desgaste laboral y la exposición al tráfico, la asunción de riesgos, el motivo del desplazamiento, la conducción diurna o nocturna, las horas de conducción continuada durante los trayectos habituales, el tipo de vía por la que se circula con más frecuencia, los accidentes sufridos a lo largo de la vida como conductor, las multas recibidas durante los tres últimos años (exceptuando las de aparcamiento), el tipo de profesión, los turnos de trabajo, el tamaño de la población de residencia, el tipo de malestar experimentado (físico o psicológico) al pensar "hoy no estoy para conducir", la decisión de conducir o no en la situación anterior o cuando se encontraba de baja laboral.

La ansiedad (aunque no siempre patológica) en muchas ocasiones aparece encubierta bajo una difusa sensación de amenaza que afecta a más del 10% (11,2%) de los conductores entrevistados.

Los conductores que presentan síntomas asociados con la ansiedad son en mayor medida mujeres, con una exposición al riesgo baja o muy baja, que con frecuencia realizan conductas de riesgo al volante y que conducen tanto de día como de noche. Destacan en esta dirección los conductores de Aragón. Asimismo, reconocen seguir conduciendo cuando no se encuentran en condiciones óptimas (49,4% de los conductores) o cuando están de baja laboral.

En el extremo contrario, los hombres, las personas mayores de 65 años, los conductores con elevada exposición al riesgo, que utilizan el vehículo fundamentalmente para ir y venir del trabajo, que conducen fundamentalmente durante el día, conductores de riesgo medio y aquellos que residen en Madrid, se caracterizan por no presentar síntomas asociados con la ansiedad. Asimismo, generalmente piensan que siempre se encuentran en condiciones para conducir (concretamente, el 60,4% de los conductores que presentan niveles elevados de ansiedad) y deciden no conducir en las situaciones en las que consideran que no se encuentran en un estado óptimo para hacerlo o cuando están de baja laboral.

Nuevamente, las mujeres reconocen en mayor medida experimentar ansiedad, aspecto que posiblemente está relacionado con los mayores niveles de estrés vital y laboral que admiten experimentar.

Por otro lado, llama la atención que aquellos conductores que reconocen experimentar síntomas relacionados con la ansiedad, siguen conduciendo a pesar de no encontrarse en condiciones óptimas para ello o cuando están de baja laboral. En este caso, tal vez la familiarización con los síntomas ansiosos puede determinar estas conductas, mientras que cuando los síntomas aparecen de forma esporádica es lógico que el conductor decida no conducir por estimar que no encuentra en las condiciones óptimas para ello.

En la misma línea que en el resto de alteraciones y/o condiciones psicológicas, las intervenciones deberían centrarse en aprender a detectar, reconocer y afrontar la ansiedad, sobre todo en aquellos sujetos que lo hacen menormente.

No es posible establecer una relación entre la presencia o no de síntomas relacionados con la ansiedad y experiencia en la conducción, horas de conducción continuada en los trayectos habituales, accidentes sufridos a lo largo de la vida como conductor, multas recibidas durante los tres últimos años (exceptuando las de aparcamiento), tipo de vehículo y de vía por la que conducen, actividad laboral, tipo de profesión, horarios de trabajo, tamaño de la población de residencia, tipo de malestar causante de pensar "hoy no estoy para conducir", así como el nivel o grado de afectación o deterioro de la conducción cuando en estas condiciones deciden conducir.

Los conductores que conducen por motivos laborales u ocio, aquellos que emplean menos de una hora durante sus trayectos habituales (en comparación

con los que están dos o más horas al volante) y los que tienen horario de trabajo diurno (en comparación con los que trabajan en horario nocturno), estiman mayor la influencia de los efectos negativos de la ansiedad en la capacidad para conducir.

En el otro extremo, encontramos que los conductores que se desplazan por motivos personales o de ocio así como los que trabajan durante la noche (en comparación con los que trabajan a turnos rotativos) consideran menor la influencia de la ansiedad en la conducción.

Como conclusión, podemos decir que llama la atención que los conductores que conducen durante menos tiempo en sus trayectos (menos de una hora) son los que estiman mayor la influencia de la ansiedad y en la conducción y, sin embargo, los conductores nocturnos estiman menor dicha influencia.

Las intervenciones deberían ir encaminadas a concienciar y sensibilizar, sobre todo, al grupo de conductores nocturnos sobre los efectos de la ansiedad en la conducción.

En la estimación de la influencia de la ansiedad sobre la capacidad para conducir no influyen: el sexo, la edad, la exposición al riesgo, la experiencia en la conducción, el riesgo asumido al volante, los accidentes sufridos como conductor, las multas recibidas durante los tres últimos años (exceptuando las de aparcamiento), la conducción durante el día o la noche, la actividad laboral, el tipo de profesión, el tamaño de la población de residencia así como la comunidad autónoma.

La depresión aparece experimentada por casi el 22% de los entrevistados.

Los conductores caracterizados por manifestar sintomatología depresiva son en mayor medida mujeres con una baja exposición a situaciones de tráfico (pocos kms o conducción esporádica), realización frecuente de conductas de riesgo (elevado riesgo), conducen fundamentalmente de noche y utilizan el vehículo para trabajar (en misión), residen en poblaciones mayores de 500.000 habitantes y sobre todo en Aragón. Asimismo, reconocen en mayor medida haber pensado con frecuencia o en alguna ocasión "hoy no estoy para conducir" atribuyendo este malestar a una causa emocional o psicológica y, cuando se han encontrado de baja, dicen haber continuado conduciendo. Sin embargo, este grupo estima un menor efecto de la adicción al alcohol y las drogas, del consumo abusivo de fármacos y de la depresión o la ansiedad en la capacidad para conducir. En definitiva, mujeres arriesgadas con escasa exposición al tráfico.

Por otro lado, llama la atención que los conductores que no padecen sintomatología depresiva atribuyen "hoy no estoy para conducir" a un malestar de tipo físico. Por el contrario, los conductores que se caracterizan por no presentar sintomatología depresiva manifiestan una exposición elevada o muy elevada al riesgo, con más de 30 años de experiencia en la conducción, utilizan el vehículo para ir o venir del trabajo (in itinere), conducen fundamentalmente durante el día y han dejado de conducir cuando han estado de baja laboral. Personas mayores con elevada experiencia y exposición al riesgo.

Podemos concluir que la sintomatología depresiva aparece asociada a la conducción nocturna (tal vez resultado, entre otros, de no respetar los ritmos circadianos) y a la atribución de una causa emocional o psicológica en el caso de no encontrarse en las mejores condiciones para conducir.

En este sentido, proponemos intervenciones dirigidas a este sector específico de conductores.

En la manifestación de síntomas depresivos no influye la edad, los accidentes sufridos como conductor, las multas recibidas durante los tres últimos años (excluyendo la de aparcamiento), las horas de conducción continuada en los desplazamientos habituales, el tipo de vehículo, el tipo de vía por la que se circula con mayor frecuencia, la actividad laboral, la profesión, el horario de trabajo, la decisión de conducir o no en caso de no encontrarse en las mejores condiciones, ni el nivel de afectación experimentado en caso de conducir encontrándose mal para ello.

Teniendo en cuenta la sintomatología depresiva de los entrevistados, no hay diferencias significativas en la valoración del efecto del estrés, fatiga y sueño sobre la capacidad para conducir.

Los conductores que no asumen habitualmente riesgos en la conducción (en comparación con los conductores muy arriesgados), valoran significativamente mayor el efecto de la depresión sobre la capacidad para conducir.

Como conclusión, podemos afirmar que llama la atención que son los conductores menos arriesgados (y por tanto más conscientes del riesgo) los más conscientes de los efectos (deterioro cognitivo y motor) de la depresión sobre la capacidad para conducir. Podríamos decir que el conductor no arriesgado dispone de conocimiento y actitud adecuados sobre los peligros y

riesgos asociados con diferentes situaciones y condiciones, entre las que se encuentra la depresión o un estado depresivo.

No se observan diferencias significativas en la valoración de la influencia de la depresión en la capacidad para conducir teniendo en cuenta: el sexo y la edad de los encuestados, la exposición al riesgo, la experiencia en la conducción, el motivo del desplazamiento, la conducción diurna o nocturna, las horas de conducción continuada en los desplazamientos frecuentes, los accidentes sufridos durante la vida como conductor, las multas recibidas durante los tres últimos años, el tipo de vía utilizado con mayor frecuencia, la actividad laboral, el tipo de profesión, el horario laboral y la comunidad autónoma.

La fatiga es experimentada por el 15,8% de los entrevistados, Los conductores que presentan síntomas físicos o psicológicos asociados con la fatiga son fundamentalmente: residentes en poblaciones de más de 500.000 habitantes, mujeres, conductores con poca exposición al riesgo (exposición baja al riesgo), asumen riesgos durante la conducción, conducen turismos, durante el día y la noche, reconocen que en alguna ocasión han pensado "hoy no estoy para conducir" (61,1% frente al 59,5% que sin síntomas indica que siempre está o ha estado en condiciones para conducir), debido a un malestar de tipo emocional o psicológico (mientras que los que no presentan síntomas de fatiga manifiestan que cuando no han estado en condiciones para conducir era por causas físicas) y siguen conduciendo cuando están de baja laboral.

En el otro extremo, encontramos a los hombres, mayores de 65 años, con más de 30 años de experiencia en la conducción, que conducen habitualmente para ir o venir del trabajo, vehículos de carga o transporte, durante el día y residen fundamentalmente en Baleares.

No aparecen relaciones significativas entre los síntomas físicos o psicológicos asociados con la fatiga y las horas de conducción continuada en los trayectos habituales, el tipo de vía utilizada con más frecuencia, los accidentes sufridos durante la vida de conducción, las multas recibidas durante los tres años anteriores (excluyendo las de aparcamiento), la actividad laboral, el tipo de profesión, los horarios de trabajo, la presencia o no de sintomatología física o psicológica asociada con la fatiga, conducir o no a pesar de no estar en las mejores condiciones para hacerlo así como pensar que las capacidades estaban afectadas o deterioradas en este caso.

Como conclusión, de forma llamativa, la fatiga no aparece asociada con la conducción profesional.

La consideración conjunta de los resultados obtenidos a partir del análisis de la sintomatología presentada por los conductores permite observar que:

- Las mujeres presentan en mayor medida síntomas relacionados con las condiciones analizadas.
- Las mujeres, en mayor medida que los hombres, destacan el malestar psicológico o emocional como causa de su indisposición para la conducción.
- Las mujeres que reconocen “hoy no estoy para conducir” experimentan en mayor medida síntomas asociados con el estrés vital y el desgaste laboral. Por el contrario, los hombres y los conductores con más experiencia en la conducción se caracterizan por la tendencia contraria. Asimismo, los conductores de carga y transporte manifiestan no experimentar estrés vital.
- Las mujeres, los conductores con baja o muy baja exposición al tráfico y aquellos que asumen conductas de riesgo, son más susceptibles de presentar síntomas asociados con ansiedad, depresión y fatiga. En el extremo opuesto se sitúan los conductores de mayor edad, los que presentan una exposición media o elevada al tráfico y aquellos que utilizan el vehículo de día para ir o venir del trabajo.
- La incidencia de síntomas relacionados con la depresión, ansiedad, fatiga y la vivencia de eventos vitales estresantes está relacionada significativamente con una mayor manifestación de conductas de riesgo al volante (riesgo alto).
- La incidencia de síntomas relacionados con la depresión, ansiedad y fatiga aparece relacionada significativamente con una menor exposición a situaciones de conducción (menor exposición al riesgo).
- Cuando la presencia de síntomas de deterioro o malestar psicológico aparecen con frecuencia, se tiende a conducir a pesar de que el conductor sea consciente de que no se encuentre en las mejores condiciones psicofísicas para ello.
- Cuando la indisposición aparece en conductores que no suelen presentar la sintomatología relacionada con alteraciones como la depresión, la ansiedad o el estrés, se tiende a evitar la conducción.
- No hay relación entre la incidencia de síntomas relacionados con el

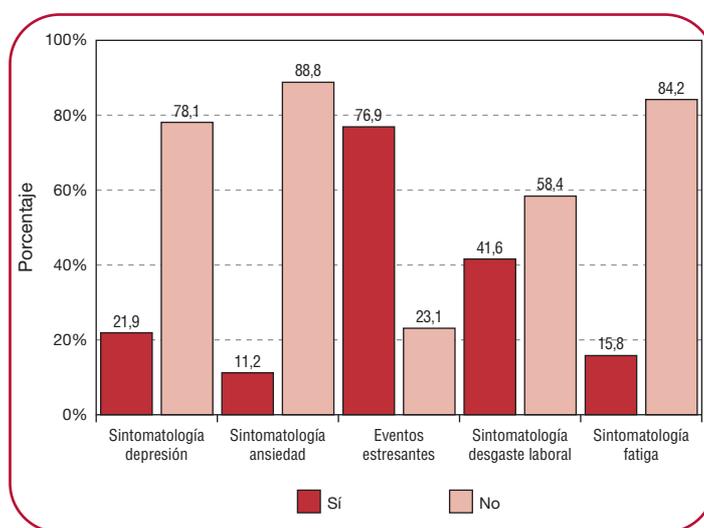
desgaste profesional o la vivencia de eventos vitales estresantes, con la exposición al riesgo.

- **No hay relación entre la incidencia de síntomas relacionados con el desgaste profesional con la manifestación de conductas de riesgo al volante.**
- **No hay relación entre la incidencia de los distintos trastornos y el historial de accidentes como conductor.**
- **No hay relación entre la incidencia de los distintos trastornos y el historial de sanciones.**

La consideración conjunta de los patrones de conductores que presentan o no sintomatología estudiada, permite establecer una serie de perfiles, de acuerdo con las diferencias significativas obtenidas, algunos de los cuales son dignos de ser considerados a la hora de establecer intervenciones dirigidas a la concienciación y el control de algunas alteraciones psicológicas que, como ya hemos comentado, van a concurrir en muchos de nosotros de una forma creciente, convirtiéndose en las enfermedades características del siglo XXI.

Pero, ¿qué relación existe entre la sintomatología asociada a las diferentes alteraciones psicológicas?

Como conclusión, podemos afirmar que encontramos una relación entre estrés vital, estrés laboral, ansiedad, fatiga y depresión. En este sentido, pensamos que un grupo de conductores es susceptible de presentar la sintomatología asociada con diferentes alteraciones psicológicas que se relacionan entre sí, como podemos observar en la tabla adjunta.



Distribución porcentual de conductores que manifiestan síntomas en los distintos estados.

6. ANEXOS

1. CUESTIONARIO UTILIZADO PARA LA ENTREVISTA TELEFÓNICA

- P.1) ¿Dispone de carné para conducir un turismo?
 • Sí () PASAR A P.2
 • No..... () (FIN ENTREVISTA)
- P.2) ¿Con qué frecuencia conduce?
 • Todos los días..... ()
 • Casi todos los días..... ()
 • Unos pocos días a la semana..... ()
 • Unos pocos días al mes..... ()
 • Unas pocas veces al año..... () (FIN ENTREVISTA)
 • Con menos frecuencia..... () (FIN ENTREVISTA)
- P.3) ¿Qué tipo de vehículo conduce habitualmente?
 (ENT: Respuesta única-Sugerir opciones de respuesta)
 • Turismo convencional, utilitario o vehículo familiar (tipo berlina, ranchera, mono-volumen, todo-terreno...) ()
 • Deportivo..... ()
 • Furgoneta, camioneta u otro vehículo de carga..... ()
 • Camión u otro vehículo pesado para el transporte de mercancías..... ()
 • Autobús u otro vehículo pesado para el transporte de pasajeros..... ()
 • Motocicleta o ciclomotor () (FIN ENTREVISTA)
- P.4) ¿Cuánto tiempo hace que conduce de forma habitual?
 • Años()
 • Menos de un año (Meses).....()
- P.5) ¿El vehículo que conduce actualmente de manera habitual lo utiliza con mayor frecuencia? (ENT: Leer opciones de respuesta)
 • Para trabajar ()
 • Para ir o regresar del lugar de trabajo/centro de estudios ()
 • Para ocio ()
 • Asuntos familiares o personales ()
 • Otros especificar _____
- P.6) ¿Cuándo conduce con más frecuencia? (ENT: Leer opciones de respuesta)
 • Por el día ()
 • Por la noche ()
 • Indistintamente ()
- P.7) En sus desplazamientos más frecuentes (ENT: Recordar contestación de P.6), ¿cuánto tiempo conduce de forma continua y sin descansar?
 • Horas () ()
- P.8) ¿Cuántos kilómetros cree que puede realizar aproximadamente al año, en general y teniendo en cuenta todo tipo de desplazamientos?
 • Kilómetros ()
- P.9) ¿Por qué tipo de vía pasa más tiempo conduciendo cuando realiza sus desplazamientos más frecuentes?
 • Zona urbana ()
 • Carretera convencional ()
 • Autopista o autovía ()
- P.10) Independientemente de quien fuera el causante ¿En cuántos accidentes de tráfico se ha visto implicado en toda su vida?
 P.10a) Como conductor ()
 P.10b) Como pasajero ()
- P.11) ¿Le han puesto alguna multa o cualquier otra sanción en los últimos tres años excluyendo las de aparcamiento?
 • Sí () ¿Cuántas? ()
 • No ()
- P.12) ¿Con qué frecuencia excede los límites de velocidad?
 • Nunca ()
 • Alguna vez ()
 • Siempre o casi siempre ()

- P.13) ¿Con qué frecuencia se acerca demasiado al vehículo que va delante?
 • Nunca (___)
 • Alguna vez (___)
 • Siempre o casi siempre (___)
- P.14) ¿Con qué frecuencia realiza adelantamientos apurados o indebidos?
 • Nunca (___)
 • Alguna vez (___)
 • Siempre o casi siempre (___)
- P.15) ¿Con qué frecuencia suele conducir después de haber bebido, aunque sea una cantidad de alcohol pequeña?
 • Nunca (___)
 • Alguna vez (___)
 • Siempre o casi siempre (___)
- P.16) ¿Con qué frecuencia utiliza el móvil sin manos libres mientras conduce ...?
 • Nunca (___)
 • Alguna vez (___)
 • Siempre o casi siempre (___)

INCIDENCIA SUBJETIVA

- P.17) ¿Recuerda haber pensado "Hoy no estoy para conducir"?
 • Nunca (___) Pasar a P.24
 • Alguna vez (___)
 • Con frecuencia (___)
- P.18) ¿Recuerda por qué se sintió así?
 • Por un malestar físico (___)
 • Por un malestar emocional o psicológico (___)
 • Por ambos (___)
- P.19) ¿Cuál era la causa de ese malestar?
 _____(ESPECIFICAR)
- P.20) ¿En esa ocasión
 • Dejó de conducir..... (___)
 • Siguió conduciendo (___) Hacer P.21
- P.21) ¿Diría usted que su conducción se vio afectada de alguna forma?
 • Sí (___)
 • No (___)
- P.22) Cuando ha tenido la baja laboral ¿Ha seguido conduciendo?
 • Sí (___)
 • No (___)
- P.23) ¿Alguien (médico de empresa, de cabecera, mutua, urgencias, etc) le ha informado en alguna ocasión sobre la incompatibilidad/afectación de estar de baja y seguir conduciendo?
 • Sí (___)
 • No (___)
- P.24) ¿En qué grado (mucho, poco o nada) cree usted que pueden afectar a la conducción los siguientes estados?
- | | | | | |
|------------------------------------|-------|------|------|----|
| El sueño | Mucho | Poco | Nada | Ns |
| Adicción al alcohol..... | Mucho | Poco | Nada | Ns |
| Adicción a las drogas..... | Mucho | Poco | Nada | Ns |
| Consumo abusivo de fármacos | Mucho | Poco | Nada | Ns |
| Depresión | Mucho | Poco | Nada | Ns |
| Ansiedad | Mucho | Poco | Nada | Ns |
| Diabetes | Mucho | Poco | Nada | Ns |
| Estrés..... | Mucho | Poco | Nada | Ns |
| Fatiga | Mucho | Poco | Nada | Ns |
| Post-infarto | Mucho | Poco | Nada | Ns |
| Problemas cardíacos..... | Mucho | Poco | Nada | Ns |
| La miopía..... | Mucho | Poco | Nada | Ns |
| Dolores articulares o musculares.. | Mucho | Poco | Nada | Ns |
| Alergias | Mucho | Poco | Nada | Ns |
| Cefaleas o migrañas..... | Mucho | Poco | Nada | Ns |

ESTADOS PSICOLÓGICOS y CONDUCCIÓN

Depresión

- P.25) En los últimos tres meses (escala respuesta 1=ninguna, 2= pocas veces y 3=muchas veces)
- 25.1. ¿Se ha sentido con poca energía? (___)
- 25.2. ¿Ha perdido usted el interés por las cosas? (___)
- 25.3. ¿Ha perdido la confianza en sí mismo? (___)
- 25.4. ¿Se ha sentido usted desesperanzado, sin esperanzas? (___)
- Si hay respuestas afirmativas (respuesta muchas o pocas) a cualquiera de las preguntas anteriores, continuar.
- Si no, continuar con la P26.
- 25.5. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse? (___)
- 25.6. ¿Ha perdido peso? (a causa de su falta de apetito) ... (___)
- 25.7. ¿Se ha estado despertando demasiado temprano?... (___)
- 25.8. ¿Se ha sentido usted más lento? (___)

Ansiedad

- P.26) En los últimos tres meses (escala respuesta 1=ninguna, 2= pocas veces y 3=muchas veces)
- 26.1. ¿Se ha sentido muy excitado, nervioso o en tensión? (___)
- 26.2. ¿Ha estado muy preocupado por algo? (___)
- 26.3. ¿Se ha sentido muy irritable? (___)
- 26.4. ¿Ha tenido dificultad para relajarse? (___)
- Si hay 3 o más respuestas afirmativas (respuesta muchas o pocas), continuar preguntando.
- Si no, continuar con la P27.
- 26.5. ¿Ha dormido mal, ha tenido dificultades para dormir? (___)
- 26.6. ¿Ha tenido dolores de cabeza o de nuca? (___)
- 26.7. ¿Ha tenido alguno de los siguientes síntomas: temblores, hormigueos, mareos, sudores, diarrea? (síntomas vegetativos)..... (___)
- 26.8. ¿Ha estado preocupado por su salud? (___)

Estrés

- P.27) En el último año ¿ha sufrido algún cambio importante en su vida de los que le voy a nombrar? (escala respuesta Sí/No)
- 27.1. La muerte o enfermedad de un ser querido(___)
- 27.2. Problemas familiares o de pareja (discusiones, separación, ruptura...) (___)
- 27.3. Algún cambio importante en su situación laboral (despido, cambio de trabajo o de turno...) (___)
- 27.4. Algún problema económico importante (___)
- 27.5. Algún problema de salud..... (___)
- 27.6. Una boda, nacimiento, unión o evento similar (___)
- 27.7. Ha superado una prueba, examen, curso importante . (___)
- 27.8. Ha habido algún otro cambio importante en su vida (cambio de domicilio...)..... (___)

Estrés laboral

- P.28) Y en el ámbito laboral o en sus quehaceres cotidianos (amas de casa, pensionistas, parados, etc) (escala respuesta 1=ninguna, 2= pocas veces y 3=muchas veces)
- 28.1. Se siente emocionalmente agotado por su trabajo(___)
- 28.2. Se siente "quemado" por su trabajo (___)
- 28.3. Se siente frustrado en su trabajo..... (___)
- 28.4 Se siente satisfecho en su trabajo..... (___)

Fatiga

- P.29) Últimamente (escala respuesta 1=ninguna, 2= pocas veces y 3=muchas veces):
 Síntomas físicos de fatiga
 29.1. ¿Se siente cansado o cree que necesitaría descansar más? (___)
 29.2. ¿Se siente somnoliento? (___)
 29.3. ¿Tiene problemas al comenzar a hacer las cosas? (___)
 29.4. ¿Empieza las cosas sin dificultad pero se empieza a sentir débil a medida que las hace? (___)
 29.5. ¿Se siente débil o sin fuerza? (___)
 29.6. ¿Se ha sentido con poca energía? (___)
 Síntomas mentales de fatiga
 29.7. ¿Le cuesta pensar? (___)
 29.8. ¿Tiene dificultad para hablar o encontrar la palabra adecuada? (___)
 29.9. ¿Tiene problemas de memoria?..... (___)
 29.10. ¿Ha tenido dificultades para concentrarse? (___)
 29.11. ¿Ha perdido usted el interés por las cosas? (___)

MEDICACIÓN Y CONDUCCIÓN

- P.30) ¿Está actualmente bajo tratamiento farmacológico contra o para las siguientes dolencias? (Respuesta Sí/No)
 30.1. Depresión(___)
 30.2. Ansiedad(___)
 30.3. Trastornos del sueño(___)
 Si contesta No a todas, hacer P.30a
 Si contesta Sí a alguna, hacer P.31 y siguientes
 P.30a) De todas formas, ¿toma, aunque sea de vez en cuando, algún tipo de fármaco o pastilla para relajarse o para dormir?
 • Sí (___) Pasar a P.31 y siguientes
 • No (___) Pasar a P.34
 P.31) Para cada dolencia con contestación afirmativa, preguntar ¿de qué fármaco/s se trata?
 31.1. Depresión _____
 31.2. Ansiedad _____
 31.3. Trastornos del sueño _____
 31.4. Relajarse /dormir _____
 P.32) ¿Se lo/s ha recetado un médico?

	SÍ	NO
Depresión		
Ansiedad		
Trastornos del sueño		
Relajarse/dormir		

- P.33) ¿Estos fármacos pueden influir en su capacidad para conducir?

	NO	SÍ	¿CÓMO LO SABE?
Depresión			
Ansiedad			
Trastornos del sueño			
Relajarse/dormir			

- P.33a) Para cada respuesta afirmativa en P33, preguntar: ¿Cómo lo sabe?
 1. He buscado información (Internet, amigos, familiares, revistas...)

- 2. He leído detenidamente el prospecto
- 3. Me lo ha advertido expresamente el médico que me lo ha recetado
- 4. Por experiencia propia

- P.34) ¿Se considera usted informado sobre los efectos de los fármacos en la conducción?
- Mucho()
 - Bastante()
 - Poco()
 - Nada()

PROPUESTAS MEDICACIÓN/SALUD/ENFERMEDAD Y CONDUCCIÓN

- P.35) ¿Considera fiable el proceso de valoración de aptitudes psicofísicas que se realiza en nuestro país para la obtención-renovación del permiso de conducir?
- Muy poco fiable()
 - Poco fiable()
 - Fiable.....()
 - Muy fiable()
- P.36) ¿Cómo de exhaustivo diría que es el proceso de valoración de aptitudes psicofísicas que se realiza en nuestro país para la obtención-renovación del permiso de conducir?
- Muy exhaustiva()
 - Suficiente()
 - Poco exhaustiva.....()
- P.37) ¿Está Ud. de acuerdo que tras un reconocimiento médico realizado por el médico de cabecera/familia o de empresa se puedan retirar el carné de conducir de forma temporal porque así lo considere el diagnóstico?
- Sí()
 - No.....()

DATOS CLASIFICACIÓN

- P.38) Edad:_____
- P.39) Sexo:_____
- P.40) Comunidad Autónoma:_____
- P.41) Situación laboral
- Trabaja actualmente () Preguntar P42 y siguientes
 - Retirado/Pensionista/Incapacitado() FIN ENTREVISTA
 - Parado, ha trabajado antes() FIN ENTREVISTA
 - Parado, busca primer empleo() FIN ENTREVISTA
 - Estudiante / no trabaja.....() FIN ENTREVISTA
 - Sus labores / no trabaja.....() FIN ENTREVISTA
- P.42) Ocupación
- Por cuenta propia.....() Preguntar P42a
 - Por cuenta ajena.....() Preguntar P42b
- P.42a) Ocupación por cuenta propia()
1. Empresarios agrarios con 6 o más empleados
 2. Empresarios agrarios con 1 a 5 empleados
 3. Propietarios agrícolas sin empleados
 4. Miembros de cooperativas agrarias
 5. Empresario/comerciante con 6 o más empleados
 6. Empresarios/comerciantes con 1 a 5 empleados
 7. Empresarios/comerciantes sin empleados
 8. Miembros de cooperativas no agrarias
 9. Profesionales y técnicos por cuenta propia (médicos, abogados,...)
 10. Trabajadores manuales y artesanos por cuenta propia (fontaneros,...)
- P.42b) Ocupación por cuenta ajena()
11. Directores empresas públicas o privadas de 25 trabajadores o más

12. Directores empresas públicas o privadas de menos de 25 trabajadores
13. Mandos/empleados superiores empresas administración pública y jefes
14. Mandos/empleados intermedios empresas administración pública y oficial
15. Capataces, encargados, suboficiales del ejército
16. Agentes comerciales, representantes
17. Administrativos
18. Obreros especializados, miembros guardia civil
19. Vendedores, dependientes
20. Empleados subalternos (conserjes)
21. Obreros, servicio doméstico
22. Jornaleros del campo
23. Otro personal no cualificado

P.43)

Horario de trabajo

- Diurno()
- Nocturno()
- A turnos rotativos()

2. ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución del censo de conductores mayores de 18 años y de la muestra en función del sexo	36
Tabla 2: Distribución del censo de conductores mayores de 18 años y de la muestra en función de la edad	36
Tabla 3: Distribución del censo de conductores y de la muestra en función de la Comunidad Autónoma	37
Tabla 4: Distribución del censo de población y de la muestra en función del tamaño del hábitat	37
Tabla 5: Distribución de la muestra en función de la edad y el sexo	38
Tabla 6: Distribución de la muestra en función de la Comunidad Autónoma y el sexo	39
Tabla 7: Criterios para la clasificación de conductores en función del número de respuestas dadas en cada nivel de frecuencia	52
Tabla 8: Causas por las que los conductores piensan que no están en condiciones para conducir (distribución porcentual en función del tipo de malestar)	68
Tabla 9: Distribución porcentual de los fármacos consumidos por los conductores que están bajo tratamiento contra los distintos trastornos (clasificación de los distintos principios activos realizada en función de su acción específica)	111

3. ÍNDICE DE GRÁFICAS

Gráfica 1: Distribución porcentual de la muestra en función de su exposición al riesgo (combinación de la frecuencia de conducción y los kms recorridos en promedio al año)	41
Gráfica 2: Distribución porcentual de la muestra en función de la experiencia en la conducción (años de conducción habitual)	42
Gráfica 3: Distribución porcentual de la muestra en función del motivo más frecuente de desplazamiento	42
Gráfica 4: Distribución porcentual de la muestra en función del número de accidentes que han sufrido como conductores	43
Gráfica 5: Distribución porcentual de los conductores que manifiestan distintas conductas de riesgo en su conducción	43
Gráfica 6: Distribución porcentual de la muestra en función del nivel de riesgo asumido en la conducción	44
Gráfica 7: Distribución porcentual de los conductores en función de la frecuencia con que exceden los límites de velocidad	62
Gráfica 8: Valoración promedio del efecto del sueño sobre la capacidad de conducir, en función del grupo de edad	63
Gráfica 9: Distribución porcentual de conductores que deciden conducir o no, en función del nivel de exposición al riesgo	64
Gráfica 10: Distribución porcentual de conductores en función de la frecuencia con que han pensado que no estaban en condiciones para conducir	66
Gráfica 11: Distribución porcentual de los conductores que han pensado que no estaban en condiciones para conducir, en función del tipo de malestar que argumentan para tener ese pensamiento	67
Gráfica 12: Causas por las que los conductores piensan que no están en condiciones para conducir (distribución porcentual general)	68
Gráfica 13: Distribución porcentual de los conductores que, pensando que no estaban en condiciones para conducir, decidieron seguir conduciendo o no	69
Gráfica 14: Distribución porcentual de los conductores que han seguido conduciendo en una situación de baja laboral	69
Gráfica 15: Distribución porcentual de los conductores que perciben si la tarea de conducción se vio afectada o no (la muestra de conductores se limita a aquellos que pese a no encontrarse en condiciones para conducir, decidieron hacerlo)	70
Gráfica 16: Estimación del efecto de determinados estados de salud en la conducción (promedio general del total de conductores)	70
Gráfica 17: Distribución porcentual de conductores en función de su valoración del grado en que las adicciones y el sueño afectan a la conducción	71
Gráfica 18: Distribución porcentual de conductores en función de su valoración del grado en que la fatiga, depresión, ansiedad y estrés afectan a la conducción	71
Gráfica 19: Distribución porcentual de conductores en función de su valoración del grado en que enfermedades y trastornos físicos afectan a la conducción	72
Gráfica 20: Distribución porcentual de conductores que nunca, o alguna vez, han pensado que no estaban en condiciones para conducir, en función de las sanciones recibidas	72
Gráfica 21: Distribución porcentual de hombres y mujeres en función del tipo de malestar que perciben cuando piensan que no están para conducir	73
Gráfica 22: Distribución porcentual de conductores que siguieron conduciendo o no, en función de la actividad laboral	75
Gráfica 23: Distribución porcentual de conductores que siguieron conduciendo o no, en función del tipo de malestar que perciben cuando piensan que no están para conducir	76

Gráfica 24: Distribución porcentual de conductores que consideran que su conducción se vio afectada o no, tras conducir pese a no encontrarse en condiciones de hacerlo, en función del tipo de vehículo	78
Gráfica 25: Valoración promedio del efecto del sueño sobre la conducción en función de las horas de conducción continua	81
Gráfica 26: Valoración promedio del efecto de la depresión sobre la conducción en función del nivel de riesgo asumido	82
Gráfica 27: Valoración promedio del efecto de la ansiedad sobre la conducción en función de los horarios de trabajo	82
Gráfica 28: Valoración promedio del efecto del estrés sobre la conducción en función de la conducción diurna/nocturna	83
Gráfica 29: Distribución porcentual de conductores en función de la frecuencia con la que han sufrido determinados síntomas de depresión en los últimos 3 meses	85
Gráfica 30: Distribución porcentual de conductores con y sin sintomatología de depresión	86
Gráfica 31: Distribución porcentual de conductores en función de la frecuencia con la que han sufrido determinados síntomas de ansiedad en los últimos 3 meses	87
Gráfica 32: Distribución porcentual de conductores con y sin sintomatología de ansiedad	87
Gráfica 33: Distribución porcentual de conductores en función de la incidencia de determinados eventos vitales en el último año	88
Gráfica 34: Distribución porcentual de conductores que han experimentado eventos vitales estresantes	88
Gráfica 35: Distribución porcentual de conductores en función de la frecuencia con la que han sufrido determinados síntomas de desgaste profesional	89
Gráfica 36: Distribución porcentual de conductores que manifiestan sintomatología de desgaste profesional	89
Gráfica 37: Distribución porcentual de conductores en función de la frecuencia con la que han sufrido determinados síntomas físicos de fatiga	90
Gráfica 38: Distribución porcentual de conductores en función de la frecuencia con la que han sufrido determinados síntomas mentales de fatiga	91
Gráfica 39: Distribución porcentual de conductores con o sin sintomatología de fatiga	91
Gráfica 40: Distribución porcentual de conductores con o sin síntomas de depresión, en función del nivel de riesgo asumido	92
Gráfica 41: Distribución porcentual de conductores con o sin síntomas de depresión, en función del tipo de malestar que les lleva a pensar que no están en condiciones para conducir	93
Gráfica 42: Distribución porcentual de conductores con o sin síntomas de ansiedad, en función del nivel de exposición a situaciones de tráfico	94
Gráfica 43: Distribución porcentual de conductores que han pensado alguna vez que estaban o no en condiciones óptimas para conducir, en función de si presentan o no síntomas de depresión	95
Gráfica 44: Distribución porcentual de conductores que han vivido o no eventos vitales estresantes, en función de su nivel de riesgo	97
Gráfica 45: Distribución porcentual de conductores que han pensado alguna vez que estaban o no, en condiciones óptimas para conducir, en función de si han vivido o no algún evento estresante	98
Gráfica 46: Distribución porcentual de conductores que manifiestan o no síntomas de desgaste profesional, en función de su actividad laboral	99
Gráfica 47: Distribución porcentual de conductores que manifiestan o no síntomas de desgaste profesional, en función de si piensan que están en condiciones para conducir o no	100
Gráfica 48: Distribución porcentual de hombres y mujeres, en función de si manifiestan o no síntomas de fatiga	101
Gráfica 49: Distribución porcentual de conductores que piensan que están en condiciones para conducir o no, en función de si manifiestan o no síntomas de fatiga	102
Gráfica 50: Distribución porcentual de conductores que presentan o no síntomas de depresión en función de si presentan o no síntomas de ansiedad y comparación con la distribución general	103
Gráfica 51: Distribución porcentual de conductores que han vivido eventos estresantes en función de si presentan o no síntomas de depresión y comparación con la distribución general	104
Gráfica 52: Distribución porcentual de conductores que presentan o no síntomas de desgaste, en función de si presentan o no síntomas de depresión y comparación con la distribución general	104
Gráfica 53: Distribución porcentual de conductores que presentan o no síntomas de fatiga, en función de si presentan o no síntomas de depresión y comparación con la distribución general	105
Gráfica 54: Distribución porcentual de conductores que han vivido eventos estresantes, en función de si presentan o no síntomas de ansiedad y comparación con la distribución general	105
Gráfica 55: Distribución porcentual de conductores que presenta o no síntomas de desgaste profesional, en función de si presentan o no síntomas de ansiedad y comparación con la distribución general	106

Gráfica 56: Distribución porcentual de conductores que presenta o no síntomas de fatiga, en función de si presentan o no síntomas de ansiedad y comparación con la distribución general	106
Gráfica 57: Distribución porcentual de conductores que han vivido o no eventos estresantes, en función de si presentan o no síntomas de desgaste y comparación con la distribución general	107
Gráfica 58: Distribución porcentual de conductores que han vivido o no eventos estresantes, en función de si presentan o no síntomas de fatiga y comparación con la distribución general	107
Gráfica 59: Distribución porcentual de conductores que presentan o no síntomas de desgaste, en función de si presentan o no síntomas de fatiga y comparación con la distribución general	108
Gráfica 60: Distribución porcentual de conductores bajo tratamiento farmacológico para la depresión, ansiedad, estrés, o para relajarse o dormir	109
Gráfica 61: Distribución porcentual de conductores que se medican o no para la ansiedad, en función de si se medican o no para la depresión y comparación con la distribución general	110
Gráfica 62: Distribución porcentual de conductores que se medican o no para el sueño, en función de si se medican o no para la depresión y comparación con la distribución general	110
Gráfica 63: Distribución porcentual de conductores que se medican o no para el sueño, en función de si se medican o no para la depresión y comparación con la distribución general	111
Gráfica 64: Distribución porcentual de conductores bajo tratamiento farmacológico con control o sin control médico	113
Gráfica 65: Distribución porcentual de conductores bajo tratamiento farmacológico que consideran que su medicación puede afectar o no a la conducción	113
Gráfica 66: Distribución porcentual de hombres y mujeres, en función de si se medican o no para la depresión y comparación con la distribución general	114
Gráfica 67: Distribución porcentual de conductores que se medican o no para el sueño, en función de su actividad laboral y comparación con la distribución general	116
Gráfica 68: Distribución porcentual de conductores que se medican o no para el sueño, en función de las horas de conducción continua y comparación con la distribución general	117
Gráfica 69: Distribución porcentual de conductores que se medican o no para los distintos trastornos, en el grupo sin sintomatología depresiva	118
Gráfica 70: Distribución porcentual de conductores que se medican o no para los distintos trastornos, en el grupo con sintomatología depresiva	118
Gráfica 71: Distribución porcentual de conductores que se medican o no para los distintos trastornos, en el grupo sin sintomatología de ansiedad	119
Gráfica 72: Distribución porcentual de conductores que se medican o no para los distintos trastornos, en el grupo con sintomatología de ansiedad	119
Gráfica 73: Distribución porcentual de conductores que se medican o no para los distintos trastornos, en el grupo sin vivencia de eventos estresantes	120
Gráfica 74: Distribución porcentual de conductores que se medican o no para los distintos trastornos, en el grupo con vivencia de eventos estresantes	120
Gráfica 75: Distribución porcentual de conductores que se medican o no para los distintos trastornos, en el grupo sin sintomatología de desgaste profesional	121
Gráfica 76: Distribución porcentual de conductores que se medican o no para los distintos trastornos, en el grupo con sintomatología de desgaste profesional	121
Gráfica 77: Distribución porcentual de conductores que se medican o no para los distintos trastornos, en el grupo sin sintomatología de fatiga	122
Gráfica 78: Distribución porcentual de conductores que se medican o no para los distintos trastornos, en el grupo con sintomatología de fatiga	122
Gráfica 79: Distribución porcentual de conductores que siguieron conduciendo o no, en función de si están medicados o no para relajarse/dormir y comparación con la distribución general	123
Gráfica 80: Distribución porcentual de los conductores que han sido informados de la incompatibilidad entre baja laboral y conducción	125
Gráfica 81: Distribución porcentual de conductores bajo tratamiento farmacológico en función de la fuente de información que les ha especificado que su medicación puede afectar a la conducción	125
Gráfica 82: Distribución porcentual de conductores en función de su grado de conocimiento general sobre los efectos de los fármacos en la conducción	126
Gráfica 83: Distribución porcentual de conductores en función de su valoración del grado de fiabilidad del proceso de valoración de aptitudes psicofísicas para conducir	127
Gráfica 84: Distribución porcentual de conductores en función de su valoración del grado de exhaustividad del proceso de valoración de aptitudes psicofísicas para conducir	127
Gráfica 85: Distribución porcentual de conductores en función de su valoración respecto a la retirada temporal del permiso	128
Gráfica 86: Distribución porcentual del grado de información sobre los efectos de los fármacos en la conducción, en función del nivel de riesgo asumido por los conductores y comparación con la distribución general	131

Gráfica 87: Distribución porcentual del grado de información sobre los efectos de los fármacos en la conducción, en los grupos de conductores que no se medican para los distintos trastornos	133
Gráfica 88: Distribución porcentual del grado de información sobre los efectos de los fármacos en la conducción, en los grupos de conductores que se medican para los distintos trastornos	133
Gráfica 89: Distribución porcentual de las valoraciones sobre la fiabilidad del proceso de evaluación psicofísica de conductores, en función del nivel de riesgo asumido y comparación con la distribución general	134
Gráfica 90: Distribución porcentual de las valoraciones sobre la exhaustividad del proceso de evaluación psicofísica de conductores, en función del motivo de desplazamiento más habitual y comparación con la distribución general	135
Gráfica 91: Distribución porcentual de conductores que siguieron conduciendo o no cuando no estaban en condiciones para hacerlo, en función de las valoraciones sobre la fiabilidad del proceso de evaluación psicofísica de conductores y comparación con la distribución general	137
Gráfica 92: Distribución porcentual de las valoraciones sobre la exhaustividad del proceso de valoración psicofísica de conductores, en función de si han vivido o no eventos estresantes y comparación con la distribución general	138
Gráfica 93: Distribución porcentual de las valoraciones sobre la exhaustividad del proceso de valoración psicofísica de conductores, en función de si presenta o no síntomas de fatiga y comparación con la distribución general	139
Gráfica 94: Distribución porcentual de conductores que están de acuerdo o no con la medida de retirada del permiso, en función de las horas de conducción continua, y comparación con la distribución general	141
Gráfica 95: Distribución porcentual de conductores que siguieron conduciendo o no cuando no estaban en condiciones para hacerlo, en función de si están de acuerdo o no con la medida de retirada del permiso y comparación con la distribución general	142
Gráfica 96: Distribución porcentual de conductores que manifiestan o no síntomas de ansiedad, en función de si están de acuerdo o no con la medida de retirada del permiso, y comparación con la distribución general	143
Gráfica 97: Distribución porcentual de conductores que manifiestan o no síntomas de desgaste profesional, en función de si están de acuerdo o no con la medida de retirada del permiso y comparación con la distribución general	144

7. BIBLIOGRAFÍA

Alonso, F., Esteban, C., Calatayud, C., Sanmartín, J., Montoro, L., Tortosa, F., et. al. (2002a). La agresividad en la conducción: una visión a partir de las investigaciones internacionales. Cuadernos de Reflexión Attitudes.

Alonso, F., Sanmartín, J., Calatayud, C., Esteban, C., Montoro, L., Alamar, B., et. al. (2002b). La agresividad en la conducción: una visión a partir de la población española. Cuadernos de Reflexión Attitudes.

Alonso, F., Montoro, L., Esteban, C., Calatayud, C., Medina, J.E., Toledo, F., et. al. (2002c). Conclusiones de las primeras Jornadas de Reflexión Attitudes: Intervenir sobre la agresividad en la conducción. Cuadernos de Reflexión Attitudes.

Alonso, F., Esteban, C., Calatayud, C., Medina, J. E., Montoro, L. y Egido, A. (2003a). Formación y Educación Vial: Una visión a partir de algunas prácticas internacionales. Cuadernos de Reflexión Attitudes.

Alonso, F., Sanmartín, J., Calatayud, C., Esteban, C., Montoro, L., Alamar, B., et. al. (2003b). Formación y Educación Vial: Una visión a través de la población española. Cuadernos de Reflexión Attitudes.

Alonso, F., Esteban, C., Calatayud, C., Montoro, L., Sanfeliu, A., Medina, J.E., et. al. (2003c). Conclusiones de las segundas Jornadas de Reflexión Attitudes: Formación o Educación Vial. Cuadernos de Reflexión Attitudes.

Alonso, F., Esteban, C., Calatayud, C., Montoro, L. y Alamar, B. (2004a). Los Jóvenes en el Tráfico. Circunstancias culturales, sociales y psicológicas. Cuadernos de Reflexión Attitudes.

Alonso, F., Sanmartín, J., Calatayud, C., Esteban, C., Montoro, L., Alamar, B., et. al. (2004b). Los Jóvenes en el Tráfico. Una visión en primera persona. Cuadernos de Reflexión Attitudes.

Alonso, F., Esteban, C., Calatayud, C., Alamar, B., Egido, A., Fernández, C., et. al. (2004c). Conclusiones de las terceras Jornadas de Reflexión Attitudes: Los jóvenes en el tráfico: Víctimas o Culpables. Cuadernos de Reflexión Attitudes.

Alonso, F., Esteban, C., Calatayud, C., Medina, J. E., Alamar, B. (2005a). La Justicia en el Tráfico. Análisis del ciclo legislativo-ejecutivo a nivel internacional. Cuadernos de Reflexión Attitudes.

Alonso, F., Sanmartín, J., Calatayud, C., Esteban, C., Alamar, B. y Ballestar, M.^a Luisa (2005b). La justicia en el Tráfico. Conocimiento y valoración de la población española. Cuadernos de Reflexión Attitudes.

Alonso, F., Esteban, C., Calatayud, C., Alamar, B. y Medina, J. E. (2005c). Conclusiones de las cuartas Jornadas de Reflexión Attitudes: ¿Hay Justicia en el tráfico? Cuadernos de Reflexión Attitudes.

Alonso, F., Esteban, C., Calatayud, C., Alamar, B. y Egido, A. (2006a). Emociones y conducción. Teoría y Fundamentos. Cuadernos de Reflexión Attitudes.

Alonso, F., Sanmartín, J., Esteban, C., Calatayud, C., Alamar, B. y López, E. (2006b). Emociones y conducción: Una visión a partir de los sentimientos de la población española. Cuadernos de Reflexión Attitudes.

Alonso, F., Esteban, C., Calatayud, C., Fernández, C., Alamar, B. y Egido, A., et. al. (2006c). Conclusiones de las quintas Jornadas de Reflexión Attitudes: ¿Conduces tú o tus emociones? Cuadernos de Reflexión Attitudes.

Alonso, F., Esteban, C., Calatayud, C., Pastor, J. C., Alamar, B. y Medina, J. E. (2007a). La conducta social en el tráfico: Fundamentos para la intervención. Cuadernos de Reflexión Attitudes.

Alonso, F., Sanmartín, J., Esteban, C., Calatayud, C., Alamar, B., López, E., et. al. (2007b). La conducta social en el tráfico. Práctica y valoración de la población española. Cuadernos de Reflexión Attitudes.

Alonso, F., Esteban, C., Calatayud, C., Alamar, B., Fernández, C. y Pastor, J.C. (2007a). Conclusiones de las sextas Jornadas de Reflexión Attitudes: La conducta en el tráfico ¿Prosocial o antisocial? Cuadernos de Reflexión Attitudes.

Alonso, F., Esteban, C., Calatayud, C., Alamar, B. y Egido, A. (2008). Salud Vial. Teoría y prácticas de los trastornos físicos y psíquicos en la conducción. Cuadernos de Reflexión Attitudes.

Chalder, T., Berelowitz, G., Pawlikowska, T., Watts, L., Wessely, S., Wright, D. & Wallace, E.P. (1993) Development of a fatigue scale. *Journal of Psychosomatic Research*, Vol. 37, 2, pp. 147-153.

Goldberg D., Bridges K., Duncan-innes P., Grayson D. (1988) Detecting anxiety and depression. In general medical settings. *Br Medí.*, 97: 897-899.

Holmes, T.H. & Rahe, R.H. (1967). "The Social Readjustment Rating Scale". *J Psychosom Res* 11 (2): 213-8.

Maslach, C. & Jackson, S.E. (1986) Maslach burnout inventory. Manual Research Edition. University, of California. Palo Alto C.A.: Consulting Psychologist Press, (Existe traducción española del manual publicado por TEA en 1977. Madrid.)

Montón, C., Pérez Echeverría, M.I., Campos, R. & cols. (1993) Escalas de ansiedad y depresión de Goldberg: una guía de entrevista eficaz para la detección del malestar psíquico. *Atención Primaria*, 12 (6): 345-349.

Sánchez, F (2005) SARTRE 3. Actitudes sociales frente al riesgo en Europa. Resultados de la muestra española. Dirección General de Tráfico.



www.attitudes.org

Attitudes

Attitudes es un compromiso de Audi con la protección del medio ambiente y la promoción de la educación vial.