

# Título: EL RECONOCIMIENTO PSICOFÍSICO DE CONDUCTORES EN ESPAÑA

**Autores: Landaluce Calleja, José Ignacio y Martín Escurín, Bonifacio.**

**Asociación Española de Centros Médico-Psicotécnicos (ASECEMP), Presidente.  
Zaragoza. España, Vía Universitas, 2. Tfno. 0034976.550756. Fax: 0034976567249. –  
C.P.50.009-. Correo electrónico: joseignaciolandaluce@asecamp.org**

**Asociación Española de Centros Médico-Psicotécnicos (ASECEMP), Secretario General.  
Zaragoza. España, Vía Universitas, 2. Tfno. 0034976.550756. Fax: 0034976567249. –  
C.P.50.009-. Correo electrónico: [asociados@asecamp.org](mailto:asociados@asecamp.org)**

## RESUMEN

*Sin ánimos de sobrepasar la breve reseña histórica, comienza el presente trabajo haciendo un somero repaso al devenir de los Centros de Reconocimiento de Conductores (CRCs) en España. Dos disposiciones normativas estatales con rango de reglamento alumbraron y remodelaron respectivamente los CRCs. Se esboza el protocolo llevado a cabo en las exploraciones y el marcaje de variables que nos sirvan de predictores de las aptitudes psicofísicas y el estado de salud del aspirante, en relación con su capacidad para conducir con seguridad vehículos a motor. Se mencionan las principales causas de denegación del permiso de conducir y/o de imposición de condiciones restrictivas a su uso en el Estado español. Investigaciones patrocinadas y publicadas por la Asociación de Centros Médicos Psicotécnicos (ASECEMP), nos describen y cuantifican las causas de los dictámenes negativos o con restricciones, subrayando la alta correlación existente entre estos y la edad de los sujetos.*

Palabras Clave: ACCIONES PREVENTIVAS, TRAFICO, SEGURIDAD VIAL, CONDUCTORES, CONDICIONES RESTRICTIVAS.

## 1. INTRODUCCIÓN.

Con el Real Decreto (R.D.) 1.467/82, se inauguró en España un nuevo sistema para acreditar la aptitud psicofísica de los conductores, pasando del certificado médico, emitido por un solo facultativo, al informe de aptitud psicofísica realizado por un equipo multidisciplinar en los Centros de Reconocimiento, que ha dado lugar al llamado "modelo español de reconocimiento psicofísico de conductores" .

Dos médicos, un oftalmólogo y un médico internista o general, deben intervenir en el reconocimiento de un conductor o aspirante, además de un psicólogo.

El nuevo sistema, como reconocía el R.D. 2.272/85, que modificó el anterior, ha resultado operativo y fecundo, colocando a España a la cabeza del mundo en cuanto a las exploraciones a realizar y la forma de efectuarlas, en Centros bien dotados material y profesionalmente, al punto de que se aprovecha su infraestructura para ampliar sus competencias en aquellas materias que requieren la acreditación de una adecuada aptitud psicofísica de los aspirantes a determinados permisos o licencias, cual es el caso de la tenencia y uso de armas de fuego, los reconocimientos para manejo de embarcaciones de recreo, o para la tenencia de animales domésticos potencialmente peligrosos. La idea de aprovechar la infraestructura creada para el reconocimiento de conductores en aquellos otros de similares características, es sumamente sensata y coherente, dotando al sistema creado de mayor riqueza y utilidad social.

## 2.- LA LABOR DE LOS CENTROS

Son más de veinticinco años de actividad realizando, por una parte, la labor de apartar de la conducción a las personas con enfermedades o deficiencias que, de acuerdo con la normativa vigente, se considera que son un riesgo para si mismos y/o para los demás usuarios de las vías públicas; por otra parte, la más frecuente tarea de establecer la necesidad o no de utilización de lentes o de audífono, de determinadas prótesis en los conductores, o de adaptaciones en los vehículos, tales como dobles espejos retrovisores, como en el volante, o embrague automático, etc. Las condiciones restrictivas o especiales de conducción de los conductores que presentan determinadas patologías físicas o mentales o deficiencias anatómicas o funcionales son parte muy importante de nuestra labor y, finalmente, me parece conveniente señalar, como valor añadido de relieve, la advertencia a la población que atendemos de aquellas patologías incipientes o avanzadas que, sin ser causa de denegación o de establecimiento de condición restrictiva alguna para la conducción, su corrección o mejora supone un incremento de la salud, de la calidad de vida del conductor.

Cada uno de los facultativos del Centro realiza la exploración que le es propia; el psicólogo la valoración de las habilidades y aptitudes psicomotoras el oftalmólogo la exploración del órgano de la vista, y el médico general, lo demás, aunque hay algunos apartados –p.e. el relativo a Trastornos mentales y de conducta, que son tanto mejor explorados cuanto mayor sea la interrelación entre los facultativos-. y, sobre todo, la valoración de conjunto, en que lo procedente es la colaboración interdisciplinar. Lo deseable sería una Junta de Evaluación al concluir las exploraciones, pero es lo habitual que tal Junta sólo se produzca en algunos casos de denegación o severa duda.

No hay un orden preestablecido en la intervención de los facultativos y dado que no es cuestión relevante, es lo habitual que el que esté libre sea quien la inicie, indagando acerca de la ingesta de medicamentos y de qué tipo, si padece enfermedades o deficiencias, si ha sido intervenido quirúrgicamente y de qué, etc. y realizando luego la anamnesis específica de su competencia, que entendemos muy importante y que debe hacerse bien, con rigor y criterio profesional. Para no sobrecargar este trabajo, nos remitimos a la que se propone en el **Protocolo de Exploración Médico-Psicológica en Centros de Reconocimiento de Conductores. Guía para la Historia Clínica**, editado por el Ministerio de Sanidad y la **DGT** (Madrid, 2007).

Realizadas las exploraciones con arreglo a lo dispuesto en la normativa vigente (anexo IV del R.D. 772/97 y R.D. 1598/2004), el director del **CRC** emite el informe de aptitud o no, según proceda y señalando, en dicho informe, las condiciones restrictivas –**CR**- que procedan si el conductor presenta alguna deficiencia que las requiera, o las adaptaciones en el vehículo, etc., cuando procedan.

La tarea del médico general en el reconocimiento de los conductores y aspirantes es fundamental y muy amplia, pues comprende todos los órganos, sistemas y aparatos: capacidad auditiva, sistema locomotor, sistema cardiovascular, trastornos hematológicos, sistema renal, sistema respiratorio, enfermedades metabólicas y endocrinas, sistema nervioso y muscular, trastornos mentales y de conducta -este en colaboración con el psicólogo-, trastornos relacionados con sustancias -igualmente en colaboración con el psicólogo y el oftalmólogo- y otras causas no especificadas.

Al dar las indicaciones al aspirante o conductor y obtener respuestas de éste, se valora la existencia de deficiencias auditivas; paralelamente a ello interrogamos por los antecedentes vertiginosos del examinando. Posteriormente se hace una audiometría tonal, explorando la vía aérea para detectar la existencia de hipoacusia para conducir, teniendo en cuenta que no se admite un Índice de Pérdida Combinada -**IPC**- superior al treinta y cinco por ciento (35%) en conductores profesionales (clases BTP, C, D y E) y del cuarenta y cinco por ciento (45%) para los conductores de permisos ordinarios (clases A y B). Para determinar el **IPC** (Índice de Pérdida Combinada), generalmente se utilizan unas tablas elaboradas al efecto en las frecuencias de 500, 1000, 2000 y 4000 hercios –Hz-, cruzando las frecuencias con la intensidad, medida en decibelios –db-.

La evaluación de la motilidad y del estado neurológico del conductor comienza al entrar en la consulta, ya que su actitud al caminar, el saludo –la presión de la mano-, la postura en el asiento o en la camilla de exploración, los movimientos al sentarse o levantarse, la actitud al vestirse o desvestirse, etc., alertan, antes de realizar la exploración, sobre la existencia de posibles patologías sensitivo-motoras. Por otra parte, preguntaremos por la existencia de antecedentes de accidentes de tráfico, laborales o de cualquier otro tipo, así como por las fracturas que hubiese tenido el conductor. Exploraremos la persistencia de una postura erguida, la amplitud de movimientos de los brazos, especialmente la motilidad de los codos y la muñeca, así como la de las manos, la función de pinza y la fuerza muscular de las manos con un dinamómetro, la postura sedente y movilidad de las caderas, los movimientos de flexión y extensión de las rodillas y del tobillo.

También valoraremos la talla –incluso el peso, en los casos extremos- del conductor ya que, si fuese inferior a 1'50 m. o superior a 1'90 m., podría condicionar la necesidad de utilizar adaptaciones en los asientos u otras **CR**. Un peso excesivo puede condicionar la movilidad, etc... En los mayores de 65 años es, además, recomendable realizar la prueba de Romberg.

En la exploración del aparato locomotor o del sistema nervioso y muscular, podemos encontrarnos con conductores que sufren algún tipo de discapacidad, que puede condicionar su capacidad para la conducción de vehículos, sin que ello suponga necesariamente la exclusión para conducir. En estos casos se establecerán una serie de **CR** o adaptaciones en el vehículo o en las condiciones para la conducción. Las adaptaciones en el vehículo dependerán de la deficiencia anatómica o funcional de los miembros u órganos afectados.

Preguntaremos por los antecedentes sobre el padecimiento de enfermedades cardíacas o de alteraciones de la tensión arterial. Recabaremos información sobre las dificultades para respirar, la existencia de fatiga, la hinchazón de los pies o de la existencia de palpitaciones anormales. En la exploración, además de la inspección en la existencia de varices o de trastornos arteriales, realizamos también la toma de pulsos periféricos. Calcularemos la frecuencia cardíaca y realizaremos la toma de tensión arterial. Revisaremos la existencia de cicatrices producidas por la colocación de marcapasos o la realización de intervenciones cardíacas. Efectuaremos la auscultación cardio-pulmonar, para detectar la existencia de ruidos o soplos cardíacos o las alteraciones en la frecuencia cardíaca. Para finalizar la valoración cardiovascular determinaremos la capacidad funcional cardíaca, siguiendo la clasificación de la New York Heart Association (**NYHA**) en sus cuatro niveles:

- + Nivel funcional I: Cuando no está limitada la actividad física habitual, ni existe fatiga, disnea, palpitaciones o dolor anginoso.

- + Nivel funcional II: Cuando la actividad física habitual se encuentra moderadamente limitada y origina fatiga, disnea, palpitaciones o dolor anginoso.

- + Nivel funcional III: Cuando existe una importante limitación de la actividad física habitual.

+ Nivel funcional IV: Cuando es imposible desarrollar alguna actividad física sin que aparezca fatiga, disnea, palpitaciones o dolor anginoso, pudiendo aparecer los síntomas incluso en reposo.

Con la normativa vigente, los conductores profesionales no pueden presentar el nivel funcional II o superior y los conductores de permisos ordinarios no pueden tener el nivel funcional III o superior.

Preguntaremos por las dificultades que tenga al respirar tras el esfuerzo, ya que en reposo podrá ser detectada en la exploración física. Así mismo interrogaremos por la existencia de crisis asmáticas o las alergias conocidas. Especial interés debemos tener en la existencia de ronquidos o de crisis de apneas del sueño, indagando por las dificultades para conciliar el sueño durante la noche y si presenta somnolencia en el trabajo o mientras conduce. En la exploración analizaremos los movimientos respiratorios, la existencia de deformidades o de cicatrices sugerentes de intervención quirúrgica torácica. En la auscultación cardio-pulmonar estaremos atentos a la existencia de signos o síntomas sugerentes del Síndrome de Apnea Obstructiva del Sueño (**SAOS**).

El envejecimiento de la población condiciona una mayor existencia de conductores mayores y de las enfermedades propias desde esta edad como las demencias, la Enfermedad de Alzheimer, la Enfermedad de Parkinson, los Ictus, etc.. Por otra parte la evaluación de las personas mayores requiere una mayor dedicación de los profesionales que trabajan en el **CRC**, ya que en algunos casos se dan situaciones *bordeline* en algunos órganos o sistemas que obligan a afinar en la resolución del informe final o en la imposición de **CR**.

La prevalencia de Diabetes Mellitus y la existencia de las diversas complicaciones de la misma como la nefropatía diabética, obliga a realizar una exploración dirigida a detectar, sobre todo, la existencia de lipodistrofia o de revascularizaciones en antebrazos en los conductores sometidos a diálisis, en cuyos tratamientos suele ser necesaria la introducción terapéutica de la eritropoyetina, por lo que la evaluación del sistema hematológico es también importante. Otro aspecto por el que se relacionan el sistema renal y el hematológico es por la alternativa terapéutica de los trasplantes, que puede afectar a la imposición de **CR** en los trasplantados, especialmente por la medicación inmunosupresora a la que deben estar sometidos.

Otras enfermedades endocrinas como alteraciones tiroideas, del metabolismo fosfo-calcio o de las suprarrenales, obligan a recabar información complementaria de los especialistas que están tratando al conductor.

En cuanto a los trastornos relacionados con sustancias, valoraremos la existencia de telangiectasias, arañas vasculares, rinofima, hepatomegalia y cualquier otro signo o síntoma sugerente de consumo de alcohol. Estando muy atentos, tanto en la anamnesis como en la exploración, realizando, entre otros, el Test de CAGE, el Test AUDIT y el Test AUDIT CLÍNICO. No se dispone en los **CRC** de métodos fiables y económicos para la detección de alcoholismo y toxicodependencias, de modo que ante la sospecha fundada solo cabe solicitar un informe complementario de un centro especializado.

Existen, por último, una serie de situaciones fisiológicas o patológicas que pueden incidir en la conducción de vehículos como el embarazo, la obesidad mórbida, el SIDA, las alergias, etc., que no están claramente referenciadas en la normativa, pero que han de ser tenidas en cuenta para el establecimiento de **CR** o para el necesario consejo médico que hace de los **CRC** y de los profesionales que en ellos trabajan, ser referencia para la salud pública de los ciudadanos en general y de los conductores en particular.

Todo ello es nuestra función, una labor preventiva sobre el factor humano, causante, como se ha dicho tantas veces, del mayor porcentaje de siniestros de circulación. Y digo siniestros de intento, evitando el término accidente, porque en su inmensa mayoría son previsibles y evitables, en absoluto imprevisibles e inevitables, por ello el reto que asumimos es grande, pero alcanzable y por eso nuestro compromiso debe ser completo y decidido.

Un trabajo bien hecho, un reconocimiento adecuadamente efectuado contribuye a la mejora de la Seguridad Vial en el aspecto preventivo, que es el más rentable de los aspectos. Ciertamente importa una adecuada atención al lesionado en el accidente, cierto que la rapidez en el traslado de las víctimas aumenta su probabilidad de vivir y de evitar grandes secuelas, pero bien cierto también que la evitación del siniestro es la mejor de las medidas posibles y a ello contribuyen las medidas preventivas.

El "modelo español" de reconocimiento psicofísico de conductores, creado en 1982, impulsado por la Primera Directiva de la UE sobre el permiso de conducir de 1980, es la respuesta más completa y coherente a los objetivos y postulados de aquella Directiva de manera que podemos afirmar que disponemos, para el reconocimiento psicofísico de conductores, de la más adecuada y mejor infraestructura de la UE, como he señalado al comienzo de mi intervención.

### 3.- RESULTADOS DE LAS EXPLORACIONES

Los estudios realizados por ASECEMP, algunos de ellos para proyectos europeos sobre factor humano y conducción (AGILE, LEHO, MEDRIL), liderados por D. Bonifacio Martín y por D. Angel Pingarrón, son los siguientes:

Resultado negativo, el 0,94% de la población conductora reconocida, que sobre un total de casi cuatro millones de reconocimientos que se efectúan anualmente significan 37.000 individuos apartados de la conducción cada año por las causas que luego detallamos.

Por otra parte, el 4,04% de los conductores presentan problemas del órgano de la vista, distintos a la necesidad de utilizar lentes correctoras, que es un problema del 40% de los conductores.

El 1,22% presentan problemas auditivos.

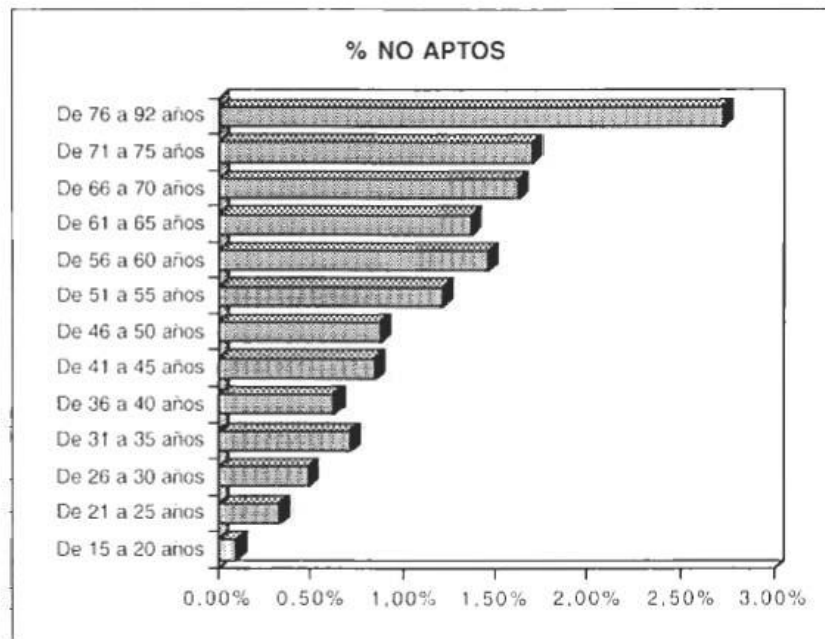
El 0,35% problemas del sistema locomotor.

El 0,78% problemas del sistema cardiovascular.  
El 0,03% presenta trastornos hematológicos.  
El 0,07% problemas del sistema renal.  
El 0,01% problemas del sistema respiratorio.  
El 0,68% presenta enfermedades metabólicas y endocrinas.  
El 0,08% problemas del sistema nervioso y muscular.  
El 0,14% presenta trastornos mentales y de conducta.  
El 0,04% presenta trastornos relacionados con sustancias.  
El 0,03% problemas de la aptitud perceptivo-motora.  
El 0,01% problemas recogidos dentro del apartado otras causas no especificadas.

Sin contar las lentes correctoras, el 7,53% de los conductores presentan CR para la conducción.

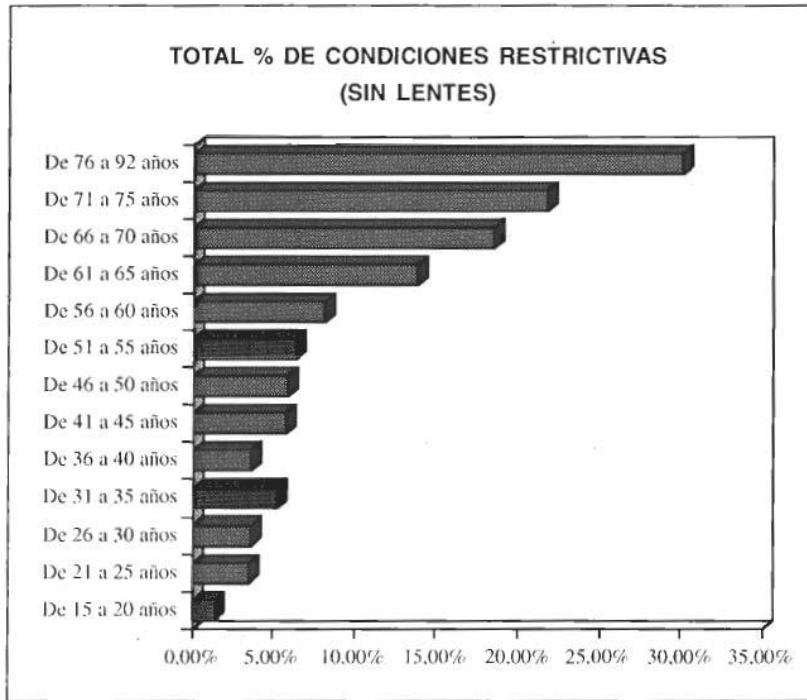
El órgano de la vista es el de mayor relevancia en el aporte de información para la conducción y el que mayor número de problemas presenta, pues sin considerar la necesidad de lentes correctoras (que como señalamos las precisan el 40% de los conductores), suma más CR que entre todas las demás patologías, con una población afectada del 4,04% .

Gráfica 1. Distribución de no aptos por tramos de edad

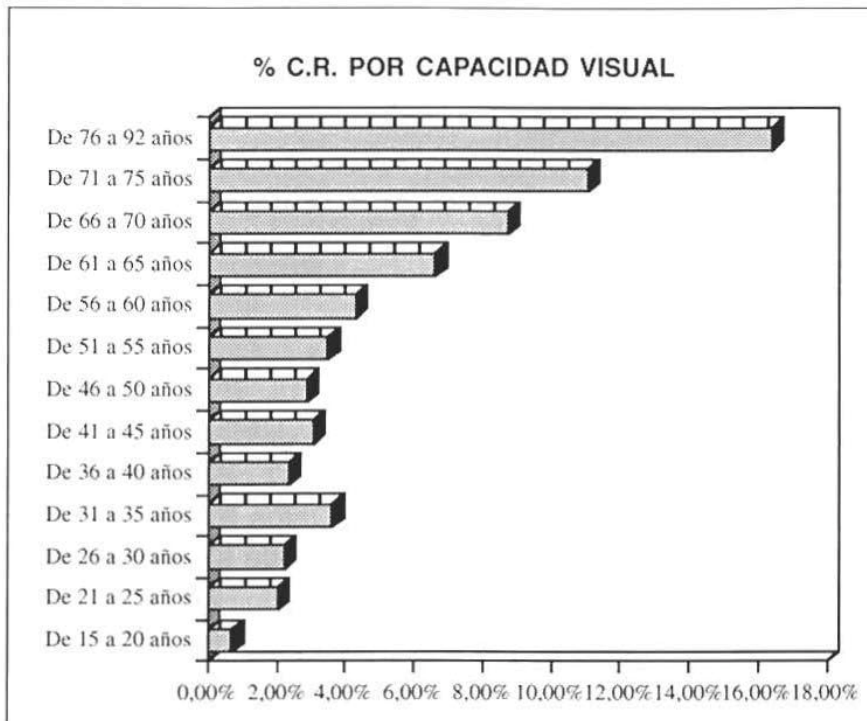


Fuente: Recosevial 7 (Oviedo, 2001)

Gráfica 2. Distribución de CR por tramos de edad



Gráfica 3. Distribución de C.R. por capacidad visual y tramos de edad



Fuente: Recosevial 7 (Oviedo, 2001)

#### 4.- LA EDAD FACTOR RELEVANTE

Los resultados ponen de relieve de forma incontestable que la edad es factor de incidencia notable en la conducción. A mayor edad, más número de anomalías, de deficiencias y, consecuentemente, de denegaciones y de CR., como es lógico.

Del sistema de reconocimientos, y aún cuando no se gestó para ese fin, se siguen beneficios sociales indiscutibles.

Las Instituciones Públicas de Salud completan periódicamente informes estadísticos referidos a la presencia o no, en la población, de determinadas enfermedades, trastornos o deficiencias. Desde los datos que se recogen y registran en los CRCs caben numerosos estudios que desde la técnica estadística establezcan múltiples correlaciones que informarían sobre situaciones, a veces inéditas, y podrían constituir base y estímulo para investigaciones científicas.

De otra parte, y aunque afortunadamente el progreso en calidad de vida permite que los ciudadanos tengan cada vez más facilidad y oportunidad para chequear y controlar aspectos básicos de su salud, buen número de ellos escapa a los citados controles; piénsese, por ejemplo, en los reconocimientos que la Legislación Laboral establece. Pero ni todos los trabajadores se ven afectados, ni todas las personas tienen trabajo o son trabajadores. Escapan jóvenes, amas de casa, pensionistas, parados, etc, que sin embargo, sí son, muchos de ellos, conductores.

En general, somos renuentes a vigilarnos si se carece de un síntoma más o menos claro y molesto que empuje a ello. En consecuencia, podría decirse que, para este grupo, el único elemento de presión para someterse a revisión médica y no digamos a la psicológica, será la obtención o renovación de un permiso administrativo, ya sea para conducir, o para armas, etc. Así pues su visita "obligada" a un CRC da oportunidad a que se evalúen aspectos generales del estado de su salud y, en su caso, a que reciban información sobre la presencia de determinada deficiencia o indicio de tal que les ponga en la pista para abundar en un control más exhaustivo del asunto en cuestión. Esta función PREVENTIVA que los CRCs prestan debe estar siempre presente en la actuación de los facultativos reconocedores.

A fin de ilustrar lo señalado nos remitiremos a los estudios que ASECEMP desarrolló al respecto y que fueron presentados en RECOSEVIAL/6, en los que manifiestan un 13,4% en el caso de los hombres y un 15% de las mujeres, no conocer el estado de su visión; el 25,5% de los hombres y el 28,8% de mujeres, no conocer el de su audición; el 38,1% de hombres y el 32,7% de mujeres, no conocían su tensión arterial. Un 20,4% de los hombres y un 15,4% de las mujeres, señala haber recibido alguna información que ignoraba respecto de su salud, y el 94% de los encuestados opina que estos reconocimientos son útiles para la seguridad vial. Por otra parte, en los demandantes de obtenciones, un importante número señala que no había sido

revisado de la vista ni del oído con anterioridad. En el caso de las prórrogas de vigencia, la gran mayoría señala no haberlo hecho desde la anterior visita al CRC.

Queda pues acreditada esta valiosa función preventiva del Sistema, y subrayada la recomendación a los profesionales que trabajen en el sector de advertir al ciudadano acerca de lo encontrado o sospechado para que busque atención especializada.

En España estamos a la espera de un nuevo Reglamento de Centros de Reconocimiento de Conductores en el que hemos depositado grandes esperanzas y que creemos que permitirá el perfeccionamiento del modelo, dotándose cada vez de mayores y mejores instrumentos de exploración, de mayor eficacia y profesionalidad, de mayor valoración y estima social, a la que sin duda son acreedores la inmensa mayoría de sus profesionales.

## BIBLIOGRAFÍA

- Alvarez et al. **Seguridad Vial y Medicina de Tráfico**. Ed. Masson. Barcelona 1996.
- Alvarez et. al. **Antihistamínicos H1 y Conducción de Vehículos**. Ed. Masson. Barcelona, 1998.
- Alvarez et. al. **Pautas del Consumo de Medicamentos, Alcohol y Drogas en los Conductores Españoles** . Universidad de Valladolid, 2003.
- Manual sobre aspectos relacionados con la Capacidad de Conducción de Vehículos**. Ed. DGT. Madrid, 2001.
- Martín B. II Congreso del COP. Area 8. **Psicología y Seguridad Vial**. Valencia, 1990. Ed. COP. Madrid 1990.
- Montoro, L. et. al. **Manual de Seguridad Vial: el factor humano**. Ed. Ariel-Intras. Barcelona, 2000.
- Neurología y Seguridad Vial**. Ed. DGT. Madrid, 2001.
- Protocolo de exploración médico-psicológica para Centros de Reconocimiento de Conductores –Guía para la historia clínica-**. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2007.
- Martín, B. et Pingaron, A. **RECOSEVIAL 7**, VII Congreso de Centros de Reconocimiento para la Seguridad Vial. Oviedo (2001)
- RECOSEVIAL/5, 6, 7 Y 8**. Actas del V, VI, VII y VIII Congreso de Centros de Reconocimiento para la Seguridad Vial, celebrados en Toledo (1994), Sevilla (1997), Oviedo (2001) y Córdoba (2004) y editadas por ASECEMP, en Zaragoza los años respectivos.
- Soler, J. Y Tortosa, F. **Psicología y Tráfico**. Ed. Nau llibres. Valencia, 1987

## CURRÍCULUM:

**JOSÉ IGNACIO LANDALUCE CALLEJA**, nacido en Logroño (La Rioja) (España), en 1959.

Licenciado en Medicina y Cirugía por la Universidad de Granada.

Master en prevención de riesgos laborales en las especialidades de Higiene, Ergonomía y Psicosociología, por la Universidad Complutense de Madrid.

Presidente de la Asociación Española de Centros Médico-Psicotécnicos ASECEMP desde 1990.

Miembro, en representación de ASECEMP, del pleno del Consejo Superior de Tráfico y Seguridad Vial de España.

Presidente del comité organizador de los congresos RECOSEVIAL/5 (Toledo, 1994), RECOSEVIAL/6 (Sevilla, 1997), RECOSEVIAL/7 (Oviedo, 2001) y RECOSEVIAL/8 (Córdoba, 2004).

Ponente en el tercer Congreso de Seguridad Vial de Colombia (Bogotá, 1995).

Diputado Nacional en el Congreso en la 7ª legislatura (2000-2004) y en la actual, (2008- ).

## CURRÍCULUM :

**BONIFACIO MARTÍN ESCURÍN**, nacido en Miedes de Atienza –Guadalajara- (España), en 1949.

Licenciado en Filosofía y Letras por la Universidad de Zaragoza.

Doctor por la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia.

Secretario General de **Asecemp**.

Miembro del Comité de organización de los congresos **RECOSEVIAL**.

Ponente en diversos Congresos Internacionales de Seguridad Vial (Uberlandia, Brasil, 1988; Bressanone, Italia, 1993; Bogotá, Colombia, 1995; ...).

Colaborador del proyecto **AGILE**, de la **UE**, sobre condiciones psicofísicas de conductores ancianos.

Miembro del Consorcio **LEHO**, de la **UE**, de investigación sobre condiciones psicofísicas de los conductores.

Miembro del proyecto **MEDRIL**, para establecer el modelo de exploración psicofísica en la **UE**.

Compareciente como experto ante la Subcomisión de Investigación sobre Prevención de Accidentes de Tráfico del Congreso de los Diputados (Noviembre, 2003).