

Tratamiento y evaluación de los conductores que conducen bajo el efecto del alcohol en Finlandia

Treatment and assessment of drunken drivers in Finland

SEPPÄ K, MD, PH.D

Profesor en Medicina General, Universidad de Tampere, Escuela de Medicina y Hospital Universitario Tampere, Tampere, Finlandia.

RESUMEN: Objetivo: los esfuerzos previos para el tratamiento de los conductores que conducen bajo los efectos de alcohol (CBEA) han fracasado en Finlandia. Hoy en día, basado en la directriz de la UE, el conductor que conduce bajo el efecto del alcohol frecuentemente requiere un certificado médico referente a su capacidad para conducir un vehículo en relación a su adicción a las drogas antes de recuperar su carnet de conducir. Se consideró esto último como una posibilidad a nivel nacional para reducir la conducción bajo el efecto del alcohol y también reducir el abuso de sustancias adictivas. Con el apoyo del Ministerio de Bienestar Social y Salud, hemos empezado la colaboración con la policía, la atención primaria, el Hospital Universitario, y la Clínica-A en la ciudad de Tampere.

Material y métodos: todos los conductores que conducen bajo el efecto del alcohol (concentración de alcohol en sangre $\geq 0,05$ por ciento), y que son detenidos por la policía dos veces durante los tres últimos años o una vez si tienen su primer carnet de conducir, que es válido durante dos años (suelen ser conductores jóvenes) o si conducen bajo el efecto de drogas, la policía les enviará para que sean evaluados. Todos necesitan un certificado médico sobre su adicción para recuperar su carnet de conducir después de cumplir la pena.

Resultados: la evaluación y el tratamiento de los conductores que conduzcan bajo los efectos del alcohol incluyen 6-7 visitas y la duración del tratamiento y la evaluación se ajusta con la duración de la pena (aproximadamente 6-7 meses). Hasta la fecha, 255 conductores ebrios, el 80% de los remitidos por la policía, se han puesto en contacto para su evaluación en Tampere. Las primeras experiencias han sido positivas.

Conclusiones: El futuro demostrará si la reincidencia de CBEA y los accidentes de tráfico disminuirán como consecuencia del tratamiento (conocimiento, motivación, habilidad, tratamiento individual y en grupo).

PALABRAS CLAVE: Alcohol. Accidentes de tráfico. Prevención. Tratamiento.

ABSTRACT: Objective: earlier the efforts to treat drunken drivers have been unsuccessful in Finland. Nowadays, based on the EU directive, the drunken driver often needs physician's certificate concerning his/her ability to drive a vehicle in relation to substance dependence before getting his/her driving licence back. This was considered as a national possibility to reduce drunk driving and wider, to reduce substance abuse. With support of the Ministry of Social Welfare and Health we have started collaboration with Police, Primary Health Care, University Hospital and A-Clinic in the city of Tampere.

Material and methods: all drunken drivers stopped in traffic (BAC ≥ 0.05 per cent) twice during the past three years or once, if they are having their first driving licence permitted for two years (usually young drivers), or if they are driving under the influence of drugs, are referred by police to

Correspondencia:

KAIJA SEPPÄ.
Medical School.
Department of General Practice.
FIN-33014 University of Tampere.
FINLAND.
e-mail: mekase@uta.fi

assessment. They all need a physician's certificate on dependence in order to get their driving licence back after the penalty.

Results: assessment and treatment of the drunken drivers includes 6-7 visits and the length of the treatment/assessment is harmonised with the length of the penalty (approximately 6-7 months). Hitherto, 255 drunken drivers, 80% of those referred by police, have been reached for the assessment in Tampere. The first experiences have been positive.

Conclusions: future shows if recidivism of DUI and traffic crashes will be reduced as a consequence of the treatment (knowledge, motivation, skills, individual and group treatment).

KEY WORDS: Alcohol. Traffic Accidents. Prevention. Treatment.

Riesgos de beber y conducir

El consumo de alcohol es la causa más común de accidentes de coche¹ y el conducir bajo su efecto (CBEA) causa muchas muertes y traumas innecesarios cada año.

En Finlandia, es ilegal conducir un vehículo si la concentración de alcohol en sangre es de 0,05% o más. El porcentaje de conductores ebrios en el flujo de tráfico ha variado desde 0,19% a 0,31%². El número verdadero de conductores ebrios detenidos por la policía disminuyó desde 29.759 en 1990 a 20.390 en 1994, sin embargo, desde entonces, se ha incrementado. En unos 2/3 de los casos, la concentración de alcohol en sangre ha sido al menos 0,12%³. El alcohol afectó al 27% de las víctimas mortales por accidente de tráfico en 1990. Desde entonces, el porcentaje ha disminuido; en 1997, fue del 25%⁴. En total, unas 100 muertes y 1.300 lesiones anuales por tráfico en Finlandia son consecuencia del alcohol. En comparación, en los Estados Unidos entre 1990 y 1994, el alcohol afectó al 46% de todas las víctimas por accidente de tráfico⁵. El número de actos de conducir relacionado con drogas es bajo (unas 1.000 detenciones en el año 2000), no obstante, también está aumentando en Finlandia. Aunque el número de conductores ebrios en el flujo del tráfico y el número real de muertes por accidentes de tráfico debidas al alcohol puede considerarse bastante bajo en Finlandia, cada muerte e invalidez así causada se puede considerar innecesaria, y que también el conducir bajo el efecto del alcohol es un problema serio en nuestro país.

Eficacia de los programas para el tratamiento de conducir bajo el efecto del alcohol

Desde la década de los 60, existe una enorme cantidad de literatura sobre la rehabilitación, la educación y el tratamiento de los infractores de CBEA. En el año 1988, basado en 28 estudios de rehabilitación, Foon concluyó que no existen pruebas definitivas de cualquier programa de tratamiento que reduzca la reincidencia subsecuente de los participantes⁶. En 1991, McKnight y Voas averiguaron que las sanciones que incluyen la retirada del carnet de conducir, combinadas con los programas educativos, daban como resultado una mayor reducción en los accidentes de tráfico relacionados con el alcohol, comparado con sanciones que sólo conllevan la retirada del carnet⁷.

En un meta-análisis publicado en 1995, Wells-Parker et al, concluyeron que el efecto medio de la reeducación sobre la reincidencia de conducir/beber era una reducción de 8%-9% mayor, comparada con la no-reeducación⁸. Finalmente, concluyen que es probable que los efectos del tratamiento se subestimen en la literatura debido al exceso de énfasis en la educación como tratamiento para todos los infractores y en la reincidencia como la medida de resultado más común.

Desde entonces, se han logrado buenos resultados en varios países cuando se han combinado la retirada del carnet de conducir con el tratamiento relacionado con el alcohol⁹⁻¹². Sin embargo, falta un nuevo meta-análisis.

Antecedentes del proyecto

Durante el verano de 1996, se lanzó en Finlandia la Directriz de la Unión Europea, estableciendo los requisitos en relación con la conducción. Según dicha Directriz, no debe permitirse el carnet de conducir a un solicitante que sufra adicción al alcohol y/o las drogas. Sin embargo, se le puede permitir el carnet a un infractor de CBEA si éste puede controlar su consumo de alcohol, y es certificado por un médico.

En 1998, basado en la Directriz de la UE, el Ministerio de Bienestar Social y Salud emitió una guía para médicos titulada: «*Como evaluar el consumo de alcohol y de drogas en relación con el acto de conducir.*»¹³ Esta guía dio información práctica sobre dónde debe evaluarse, así como, por quién. El Ministerio de Gobernación introdujo una guía para la Policía a comienzos de 1999. Sin embargo, continuaron existien-

do problemas prácticos: cómo organizar la colaboración entre la policía y la atención sanitaria y social, cómo realizar el trabajo y cuál sería el contenido del seguimiento y evaluación. Por esta razón, empezó el presente proyecto a finales del año 1998. El proyecto pretende encontrar respuestas prácticas sobre cómo organizar la actividad multidisciplinaria, en primer lugar a nivel local en la ciudad de Tampere con más de 180.000 habitantes y después, a nivel nacional. También pretendemos evaluar la eficacia del tratamiento con relación a la reincidencia de CBEA.

La evaluación finlandesa de CD y el programa de tratamiento

Organización

El grupo multi-profesional de planificación del proyecto estableció un consenso local de la organización posterior al inicio del proyecto. Los infractores de CBEA detenidos por la policía al menos dos veces durante los tres últimos años por conducir bajo el efecto del alcohol se enviaron a la Clínica-A de Tampere (equipo comunitario de drogas y alcohol). Aquellos conductores que estaban en posesión de su primer carnet provisional de conducir (emitido para dos años) se enviaron a la Clínica-A del Centro de Juventud. Primero tuvieron que ser evaluados después de un acto de conducir en estado ebrio. Después de la primera detención, los consumidores de drogas también se enviaron a la policlínica de adicción del Hospital Central Universitario. Generalmente, fue el mismo policía el que motivó a los infractores y quien les dio la información preparada por escrito para el proyecto. El tratamiento y la evaluación la realizaron los trabajadores sociales y los médicos. Al final del programa, firmaron los certificados uno de los dos médicos en la Clínica-A y un médico de la policlínica de adicción.

Asimismo, aquellos conductores detenidos por primera vez debido a CBEA se les envió a contactar con el centro de salud cercano a la comisaría de policía. Este grupo no necesitó un certificado o evaluación, aunque el objetivo es el de utilizar una intervención breve como medida contra la reincidencia.

Con el tiempo, los recursos de la Clínica-A resultaron ser demasiado escasos. Por esta razón, ahora hemos ampliado la evaluación a los centros de salud municipal y también a médicos privados seleccionados para los casos menos graves, cuando el infractor no tiene contacto previo con la Clínica-A. Todos los que participan en la evaluación deben ser especialistas,

Tabla I. El contenido de la evaluación

| Número y forma de la visita | Profesional | Contenido de la visita* |
|-----------------------------|-------------------------------|---|
| 1. Individual | Enfermera o trabajador social | Historia del CBEA, veredicto. Información del programa de evaluación (calendario, número de visitas, analítica del laboratorio). |
| 2. Individual | Enfermera o trabajador social | Pautas de beber y cantidades. Cuestionarios (AUDIT: Prueba de la Identificación de los Trastornos del Uso del Alcohol; Gravedad de los Datos de adicción al alcohol). Envío al laboratorio . |
| 3. Individual | Médico | Calculo de la adicción (ICD-10). Datos de las pruebas analíticas y un nuevo envío. |
| 4. Individual o grupo | Enfermera o trabajador social | Datos sobre absorción del alcohol y metabolismo y de los efectos de las diferentes cantidades sobre el funcionamiento y los riesgos en el tráfico. |
| 5. Individual o grupo | Enfermera o trabajador social | Medidas para estar sobrio/mantener la sobriedad y para evitar la reincidencia de conducir bajo el efecto del alcohol (CBEA) |
| 6. Individual o grupo | Enfermera o trabajador social | Datos sobre la organización del tratamiento. Evaluación de la eficacia del tratamiento. |
| 7. Individual | Médico | Resumen del proceso del tratamiento. Interpretación de los valores analíticos durante todo el periodo. Evaluación de la adicción y de la capacidad del infractor para controlarla. Certificado médico; si es afirmativo, Calendario de seguimiento; si es negativo, plan de tratamiento |

* Cada visita incluye un breve cuestionario sobre hábitos actuales de beber y herramientas para controlarlo.

bien en medicina general, medicina ocupacional de la salud, psiquiatría o en medicina de adicción.

Variará el modelo de organización en ciudades más pequeñas y municipios. En los municipios que no existan Clínicas-A, los especialistas de los centros de salud deben tomar más responsabilidad de la actividad. Asimismo, los psiquiatras tienen que ser consultados cuando los casos son difíciles.

Contenido

El contenido aproximado de la evaluación se presenta en la tabla I. La duración media del programa es de seis meses. Los marcadores analíticos se propor-

cionan dos o tres veces, una vez con muy poco tiempo de aviso. La evaluación final se basa en toda la información recogida por el equipo de evaluación (normalmente médico y trabajador social o enfermera) durante el seguimiento.

Primeras experiencias

En total, la policía ha enviado 322 conductores bajo el efecto del alcohol para su evaluación durante los años 1999-2000. De ellos, 255 han sido alcanzados por el proyecto; 233 hombres y 22 mujeres. De aquellos alcanzados, 27 fueron consumidores de drogas y 228 de alcohol. El resultado de la evaluación de los infractores evaluados fuera de la atención primaria (antes de que la organización empezara a utilizar los servicios primarios de salud; 228 de los 255 infractores) se presenta en la tabla II. En total, 21% de aquellos alcanzados han interrumpido la evaluación. Son bastante raros los certificados negativos; muchos reciben certificados afirmativos provisionales, que exigen que haya un nuevo contacto y certificado después de un cierto intervalo (6-18 meses). Consideramos que esta situación es similar en comparación con otras enfermedades graves, en que el intervalo de control del certificado del carnet de conducir es calculado por el médico responsable para el tratamiento del paciente.

Al principio, se consideró la evaluación tanto una carga de trabajo como difícil de realizar. Asimismo, los infractores estaban deseosos de conseguir el certificado cuanto antes. Ahora que el uso de la evaluación ha quedado establecido, la motivación entre los médicos participantes y los trabajadores sociales ha aumentado. Ya se puede ver que muchos de los infractores están motivados para el tratamiento. La carga de trabajo también se considera razonable por los trabajadores, ya que muchos de los infractores

Tabla II. Estado de la evaluación de los infractores de CBEA

| Certificado | Infractores del alcohol | Infractores de drogas | Total |
|------------------------------|-------------------------|-----------------------|-------|
| <i>Evaluado</i> | 110 | 14 | 124 |
| Certificado afirmativo | 68 | 5 | 73 |
| Certificado provisional | 37 | 8 | 45 |
| Certificado negativo | 5 | 1 | 6 |
| <i>Evaluación En proceso</i> | 45 | 5 | 50 |
| <i>Interrumpido</i> | 43 | 8 | 51 |
| <i>Muerto</i> | 3 | 0 | 3 |
| <i>Total</i> | 201 | 27 | 228 |

son clientes previos en la Clínica-A. Como consecuencia de la estrecha colaboración con la policía, los infractores acuden a la evaluación justo después de la CBEA y normalmente se puede emitir el certificado una vez cumplida la pena. Por lo tanto, el tratamiento ya no se considera como pena adicional por los infractores.

En el ámbito nacional, hemos estado en contacto con los municipios más pequeños. La actividad parece buscar su lugar lentamente en la organización sanitaria en colaboración con la policía. En las zonas rurales, la opinión es que los médicos generales deben llevar principalmente la responsabilidad de la evaluación. Sin embargo, debe existir una posibilidad para la consulta con un especialista en el área.

Finalmente, las experiencias de la policía de Tampere también han sido alentadoras. Muchos de los infractores han dado las gracias personalmente al agente de policía responsable cuando les devuelve sus carnets y dicen que nunca van a verle de nuevo. El futuro nos demostrará el efecto de esta acción sobre la reincidencia y los accidentes de tráfico en carretera.

Bibliografía

1. Seppälä T, Linnoila M, Mattila MJ. Drugs, alcohol and driving. *Drugs* 1979;17:389-408.
2. Pikkarainen J, Penttilä A. Rattijuopumuksen kehitys Uudellamaalla vuosina 1979-1988. I. (Drunk driving statistics in Uusimaa, Finland from 1979 to 1988). *Ratsiatutkimus alkoholia nauttineiden kuljettajien määrästä tieliikenteessä. Kansanterveyslaitoksen Julkaisuja* 1989;A4:1-77.
3. Official Statistics: Road traffic fatalities in 1990-1997. Helsinki, Finnish Statistical Centre, 1999.
4. Penttilä A, Kuoppasalmi K, Vuori E. Alkoholi, lääkkeet ja huumeet liikenteessä (Alcohol and drugs in traffic). *Duodecim* 1999;115:693-700.
5. Blincoe LJ. The economic cost of motor vehicle crashes 1994. National Highway Traffic Safety Administration Technical Report. Washington: National Center for Statistics and analysis 1996.
6. Foon AE. The effectiveness of drinking-driving treatment programs: a critical review. *Int J Addictions* 1988;23:151-74.
7. McKnight AJ, Voas RB. The effect of license suspension upon DWI recidivism. *Alcohol Drug Driving* 1991;7:43-54.
8. Wells-Parker E, Bangert-Drowns R, McMillen R, Williams M. Final results from a meta-analysis of remedial interventions with drink/drive offenders. *Addiction* 1995;90:907-26.

9. Nickel WR, Berghaus G, Friedel B. Regranting of drivers' licences in Germany. En: Kloeden CN, McLean AJ, eds. Alcohol, drugs and traffic safety -T95. Adelaide 1995:286-94.
10. Bergman H, Hillner E-B, Moberg T, Rydberg U, Irvell P, Nilsson M, et al. Rattfyllerister får vård i stället för fängelse (Drunken drivers receive treatment instead of penalties). Läkartidningen 1997;94:4794-801.
11. DeYoung DJ. An evaluation of the effectiveness of alcohol treatment, driver license actions and jail terms in reducing drunk driving recidivism in California. Addiction 1997;92:989-97.
12. Gentilello LM, Rivara FP, Donovan DM, Jurkovich GJ, Daranciang E, Dunn CW, et al. Alcohol interventions in a trauma center as a means of reducing the risk of injury recurrence. Ann Surg 1999;230:473-83.
13. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus: Päihderiippuvuuden arviointi ja ajokelpoisuus. Opas lääkäreille. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Oppaita 1998:6 fin (Assessment of alcohol and drug dependence in relation to driving. Guidelines for doctors. Ministry of Social Welfare and Health, 1998).