
Criminologia i drogodependència: peritatge forense i delictes relacionats

PID_00270430

Agustín Madoz Gúrpide
Enrique Baca García

Temps mínim de dedicació recomanat: 5 hores



Agustín Madoz Gúrpide

Metge especialista en Psiquiatria, Psicòleg i Criminòleg. Doctor en Medicina. Treballa a l'Hospital Universitari Ramón y Cajal, a Madrid. És professor associat de Ciències de la Salut a la Universitat d'Alcalá i professor col·laborador a la Universitat Oberta de Catalunya en el grau de Criminologia. Entre els seus camps de recerca i publicació figuren els relacionats amb els trastorns per ús de substàncies.

Enrique Baca García

Cap del Departament de Psiquiatria dels Hospitals Universitaris Fundación Jiménez Díaz, Rey Juan Carlos, Infanta Elena i Central de Villalba. És professor titular de Psiquiatria de la Universitat Autònoma de Madrid i està acreditat com a catedràtic per l'ANECA des del 2013. Ha estat professor associat de Psiquiatria a la Universitat de Colúmbia (Nova York) entre els anys 2008 i 2017.

L'encàrrec i la creació d'aquest recurs d'aprenentatge UOC han estat coordinats pel professor: Josep Maria Tamarit Sumalla (2020)

Primera edició: febrer 2020

Autoria: Agustín Madoz Gúrpide, Enrique Baca García

Llicència CC BY-NC-ND d'aquesta edició, FUOC, 2020

Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona

Realització editorial: FUOC



Els textos i imatges publicats en aquesta obra estan subjectes –llevat que s'indiqui el contrari– a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada (BY-NC-ND) v.3.0 Espanya de Creative Commons. Podeu copiar-los, distribuir-los i transmetre'ls públicament sempre que en citeu l'autor i la font (FUOC. Fundació per a la Universitat Oberta de Catalunya), no en feu un ús comercial i no en feu obra derivada. La llicència completa es pot consultar a <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.ca>

Índex

Introducció.....	5
Objectius.....	7
1. Peritatge mèdic psiquiàtric en el consumidor de drogues.....	9
1.1. Funció de la Psiquiatria Forense	9
1.2. El peritatge psiquiàtric	10
1.2.1. Característiques del peritatge	12
1.2.2. Eines per al peritatge	13
2. L'informe pericial.....	18
2.1. Estructura d'un informe pericial	18
3. Valoració del risc de reincidència, perillositat i peritatge.....	20
3.1. Valoració del risc de reincidència	20
3.2. Perillositat	21
3.2.1. Estudis sobre perillositat en malalts mentals	22
3.2.2. Perillositat i consum de substàncies	25
3.2.3. Conclusions sobre el consum de substàncies i la perillositat	26
4. Drogodependència i modificació de la responsabilitat penal	27
4.1. Aplicació de mesures de seguretat en subjectes drogodependents	29
5. Delictes contra la salut pública: tràfic de drogues.....	31
5.1. Estadístiques a Espanya	31
5.2. Perfils del delinqüent	33
5.3. Tràfic de substàncies segons el Codi Penal	33
5.3.1. Anàlisi penal del delicte de tràfic de substàncies	35
5.4. Tràfic de substància i autoconsum	35
5.5. Atenuants i agreujants en el delicte de tràfic de drogues	37
5.6. La Llei de protecció de la seguretat ciutadana	38
5.7. Polítiques de lluita contra la droga	38
6. Delictes contra la seguretat viària.....	40
6.1. Quan s'aplica el Codi Penal i quan s'aplica la Llei de trànsit i seguretat viària?	41
6.2. Alcohol i sanció administrativa	42
6.2.1. Quines sancions preveu la llei per a aquest tipus de delictes i infraccions contra la seguretat viària?	43

6.3. Detecció d'alcohol i altres substàncies. Acta de conductes externes observables i participació del facultatiu	46
6.3.1. Sobre la negativa a sotmetre's a la prova de detecció d'alcohol i altres drogues	47
7. Sobre el tractament involuntari.....	48
Resum.....	49
Exercicis d'autoavaluació.....	51
Solucionari.....	53
Glossari.....	54
Bibliografia.....	56

Introducció

El peritatge mèdic psiquiàtric és una eina essencial en l'abordatge criminològic i legal del pacient dependent de substàncies (Carrasco, 1999). Té per objecte establir quina és la relació del subjecte amb les drogues i la influència de les drogues en la conducta del subjecte, tant en el moment de la comissió del delicte com en la seva història personal passada i recent. La qüestió essencial que es planteja al perit forense és explicar fins a quin punt el consum de substàncies ha condicionat o condiciona la responsabilitat del subjecte, a més d'informar sobre el risc futur de recaiguda, reincidència o perillositat criminal (Carrasco i Maza, 1998). Un bon exercici del peritatge psiquiàtric exigeix una profunda formació mèdica psiquiàtrica i legal, i una metodologia adequada a la finalitat que es persegueix dins de la qual la història clínica i l'exploració psicopatològica tenen un paper fonamental.

El consum de substàncies pot provocar alteracions cognitives en el subjecte consumidor (Tirapu-Ustárroz i altres, 2008; Bruijnen i altres, 2019), de manera puntual o sostinguda, que condicionin la seva capacitat de comprensió i/o de volició i que qüestionin, per tant, la seva plena responsabilitat en els actes que comet. D'aquestes repercussions es deriven les possibilitats penals de modificació de la imputabilitat.

La conducció sota els efectes de les substàncies psicotròpiques provoca alteracions en les capacitats del subjecte que incrementen el risc d'accidents. Un percentatge elevat de morts i ferits en accidents de circulació presentaven taxes elevades d'alcohol i/o altres substàncies psicoactives en el seu organisme. Per aquest motiu, s'ha desenvolupat una legislació completa sobre aquest tema, que s'ha anat actualitzant en els últims anys. Recentment s'ha complementat el control amb l'aparició de proves de detecció de substàncies psicotròpiques en saliva. Convé, no obstant això, diferenciar aquelles situacions en què el subjecte incompleix el reglament de circulació i és sancionable administrativament d'aquelles altres en què el nivell d'intoxicació i repercussió sobre la seva funcionalitat és tal que ens trobem davant de fets delictius sotmesos al Codi Penal.

La possessió de substàncies per a l'autoconsum al nostre país no està penalitzada. No obstant això, no sempre és fàcil diferenciar en quines circumstàncies ens trobem davant de possessió per a tràfic de drogues (penat en el Codi Penal) o per a autoconsum. La Llei de protecció de la seguretat ciutadana estableix sancions administratives a qui n'incompleixi el reglament, inclòs el referit a les substàncies estupefaents. El delicte de tràfic de substàncies, sobretot el que es fa a gran escala, amb freqüència és comès per subjectes pertanyents a orga-

nitzacions criminals. En aquests casos, apareixen una sèrie de connotacions penals i criminològiques diferents de la simple venda a la menuda o tripijocs a petita escala.

Una qüestió habitualment plantejada en el cas dels subjectes dependents de substàncies és la possibilitat de submissió involuntària a tractament. Aquesta qüestió és objecte freqüent de debat tant entre professionals sanitaris com en l'advocacia, a més de sorgir sovint entre els familiars dels consumidors.

Objectius

Amb l'estudi d'aquest mòdul i el treball en les activitats corresponents, s'hauran d'aconseguir els objectius següents:

1. Conèixer què és un peritatge psiquiàtric forense i quins objectius busca.
2. Reconèixer la metodologia seguida, especialment la referida a la història clínica i l'exploració psicopatològica.
3. Adquirir coneixements sobre altres proves complementàries per al correcte desenvolupament de la tasca del perit, especialment les proves psicomètriques i les analítiques toxicològiques.
4. Conèixer la funció de l'informe pericial, la seva estructura i continguts.
5. Ser capaç de valorar críticament el concepte de perillositat i, de manera especial, el paper del consum de substàncies en el risc d'aquesta.
6. Adquirir coneixements sobre el consum de substància com a modificadora de la responsabilitat criminal i de la imputabilitat penal.
7. Comprendre les raons que expliquen l'èmfasi en el control del consum de substàncies en els qui condueixen vehicles, i conèixer el paper de les proves de detecció de substàncies en aire expirat i/o saliva.
8. Saber diferenciar en quines circumstàncies la conducció havent consumit substàncies psicotròpiques o alcohol és delictes perseguible segons el Codi Penal i quan és una infracció administrativa segons la Llei de trànsit i seguretat viària.
9. Reconèixer les diferències criminològiques entre possessió de substància per a tràfic de drogues i possessió per a autoconsum.
10. Analitzar críticament l'objectiu últim que busca i les diferents circumstàncies que envolten el delictes de tràfic de drogues.
11. Adquirir coneixements sobre la Llei de protecció de seguretat ciutadana, el seu objectiu i la seva relació amb el debat de la legalització de les substàncies.

1. Peritatge mèdic psiquiàtric en el consumidor de drogues

Gisbert Calabuig (2004) defineix el peritatge mèdic legal com segueix:

«Totes aquelles actuacions pericials mèdiques mitjançant les quals s'assessora l'Administració de justícia sobre algun punt de naturalesa biològica o mèdica».

La Psiquiatria Forense és la branca de la Psiquiatria encarregada dels trastorns mentals en relació amb els principis legals. Davant el desco-neixement del tribunal en la matèria, i per evitar errors judicials i con-demnes desproporcionades, el jutge precisa ser assessorat per persones especialistes (Esbec i Echeburúa, 2016).

Hi ha **diferents definicions**, més o menys encertades, del que és la Psiquiatria Forense:

- Per a alguns, és l'ús instrumental de la Psiquiatria per a finalitats legals en suport de la llei.
- Per a altres, és la part de la Psiquiatria que s'encarrega dels seus pacients en la interacció entre clínica psicopatològica i sistema legal.
- L'Associació Americana de Psiquiatria Legal defineix la Psiquiatria Forense com una subespecialitat de la Psiquiatria que inclou recerca i pràctica clínica en totes aquelles àrees en les quals la Psiquiatria s'aplica als assumptes legals.
- Per a altres autors, és una especialitat de la Medicina Legal que s'ocupa dels casos en què alguna persona, afectada de problemes de salut mental, requereix una particular consideració davant de la llei.

1.1. Funció de la Psiquiatria Forense

La seva funció principal és assessorar els jutges quant a les capacitats tant cognoscitives com volitives del subjecte, i ajudar així a determinar-ne la responsabilitat en els seus actes i el grau d'imputabilitat (Car-raso i Maza, 1998, De Aguilar, 2017).

Aquestes capacitats de decidir i de consentir poden estar modificades per diferents patologies, moltes de les quals són psiquiàtriques. Aquesta tasca és especialment important en el cas de la **dependència de substàncies**, ja que en les patologies esmentades poden estar alterades tant la capacitat d'entendre com la d'actuar.

Així, els articles 20 i següents del Codi Penal (CP) enuncien que el consum de substàncies o el fet de trobar-se sota els efectes d'aquestes (síndrome d'intoxicació, d'abstinència o de dependència) poden ser causa de **modificació de la responsabilitat penal**. Així mateix, en la conducció sota els efectes d'alcohol o drogues, és important aclarir no solament si hi ha nivells de la substància en sang, en saliva o en aire expirat, sinó si aquest consum ha alterat i en quin grau les facultats del subjecte. Les mesures de seguretat, d'altra banda, poden ser una alternativa a les penes privatives de llibertat si, després d'avaluació psiquiàtrica, es determina l'addicció i la conveniència de tractament rehabilitador (Quintero, 1996; Herrero Álvarez, 1997; Río Martín, 1997).

1.2. El peritatge psiquiàtric

Un perit psiquiàtric és una persona, en aquest cas un metge facultatiu, amb un especial coneixement teòric i pràctic de la Psiquiatria que informa un jutge mitjançant un informe pericial.

1) Qui pot fer un peritatge psiquiàtric?

La prova pericial en l'àmbit judicial correspon, en principi, als membres del Cos Nacional de Metges Forenses, que depenen del Ministeri de Justícia (o de les comunitats autònomes que tenen les competències traspassades). En aquest Cos s'hi ingressa per oposició i no és necessària cap altra titulació a part de la de llicenciat en Medicina i Cirurgia. En aquestes circumstàncies, no és freqüent que dins del Cos de Metges Forenses hi hagi membres que tinguin certa titulació o formació específica en relació amb les activitats que han de dur a terme. Ocorre així en el tema de Psiquiatria. Per això, sovint els tribunals de justícia recorren al Col·legi de Metges, on disposen d'una llista de metges especialistes en Psiquiatria que ofereixen els seus serveis com a perits. Molts d'ells han completat la seva formació en aquesta àrea amb títols universitaris propis com a experts en Psiquiatria Forense, màsters en Psiquiatria Forense, etc., si bé aquesta subespecialitat no és necessària. Quan és el jutge qui sol·licita un perit, es tria mitjançant un procés d'insaculació d'una llista oficial que es renova anualment. Quan és la part qui el contracta, aquesta és lliure de triar el facultatiu especialista en Psiquiatria que consideri més adequat.

En l'àmbit penal, tot reconeixement pericial serà dut a terme per dos perits.

2) Què és un peritatge psiquiàtric?

És el procés (o prova pericial) pel qual el perit valora l'acusat. Conseqüència d'aquest peritatge és la redacció de l'informe pericial, que és un informe redactat pel perit psiquiàtric i que té la finalitat d'assessorar el tribunal en les qüestions que aquest li planteja i que li són alienes (Carrasco i Maza, 1998; Sánchez, 2007; Gisbert Calabuig, 2004).

3) En quins terrenys participa el perit psiquiàtric?

Es pot sol·licitar un peritatge psiquiàtric des dels diferents camps del dret: civil, penal, canònic, militar, social... Els objectius i les qüestions que cal respondre varien d'uns a altres.

4) Sobre què informa un perit psiquiàtric?

Les qüestions que habitualment es plantegen a un perit psiquiàtric tenen a veure, majoritàriament, amb:

- si l'acusat pateix o no una malaltia,
- sobre quina base s'arriba a aquestes conclusions, i
- en quina manera aquesta malaltia pot condicionar la capacitat de conèixer la voluntat d'actuar del subjecte.

Al perit li correspon assessorar la justícia en les qüestions que aquesta li planteja, però no és la seva funció decidir sobre la culpabilitat del subjecte, sinó explicar de manera clara i intel·ligible al jutge si el subjecte que ha valorat pateix algun tipus de malaltia i com condiciona aquesta malaltia els seus actes en general i l'acte concret que es jutja en particular. Això últim és el que es coneix com establir el nexa causal entre la conducta delictiva i la presència de patologia (Esbec i Echeburúa, 2014). Un aspecte d'especial importància en el peritatge psiquiàtric és el temporal.

Exemple: l'esquizofrènia

L'esquizofrènia és una malaltia crònica que el subjecte habitualment pateix des que és molt jove (adolescència i primera joventut). Aquesta malaltia es caracteritza per episodis aguts de descompensació en què el subjecte perd el contacte amb la realitat. Durant aquests episodis, habitualment, el subjecte no és plenament responsable dels seus actes perquè es troben alterades bé la capacitat cognitiva, bé la volitiva o bé ambdues (per exemple, un esquizofrènic que sent veus, que per a ell són reals, que l'obliguen, sota pena de càstig a la família, a tenir alguna conducta delictiva). No obstant això, aquestes fases solen ser, en general, limitades en el temps. Entre fase i fase, el subjecte es pot recuperar fins a la normalitat, i de qualsevol delictes que cometi durant aquesta funcionalitat normal, en seria plenament responsable; o es pot recuperar però no del tot, cas en el qual apareixeria el que es denomina deterioració cognitiva. En aquestes circumstàncies el subjecte podria ser considerat semiimputable.

Exemples

Es pot sol·licitar un peritatge per a valorar la nul·litat d'un matrimoni, per a avaluar la responsabilitat penal del subjecte, per a decidir si a una persona li correspon una incapacitat laboral...

D'igual manera, no és el mateix que un subjecte cometi un delicte durant una síndrome d'abstinència que si el comet en una fase de manteniment de la seva malaltia amb metadona; o en fases molt inicials del consum de cànnabis, en què, molt probablement, no hi ha alteracions de les capacitats cognitives i volitives.

És, per tant, essencial entendre que el treball del perit psiquiàtric, en relació amb el consum de drogues, respon a conèixer quina influència té la dependència en dos temps clarament diferenciats:

- en el moment de cometre el delicte (i saber en quina mesura aquest consum puntual condiciona l'acte puntual), que seria un tall transversal, i
- de manera longitudinal, si existeix història de dependència i com condiciona aquesta història la capacitat funcional del subjecte.

1.2.1. Característiques del peritatge

Alguns aspectes essencials diferencien el peritatge de l'acte mèdic habitual (taula 1).

No hi ha **confidencialitat** en la sol·licitud de valoració. Aquesta diferència és essencial. Tota relació metge-pacient està regida pel principi de confidencialitat. Solament unes poques excepcions no obeeixen aquest principi i el peritatge n'és una. Al subjecte cal informar-lo que allò que expliqui serà transmès al jutge. L'objectiu últim del perit és la veracitat.

En l'acte mèdic habitual, el facultatiu adquireix una **responsabilitat** professional envers el seu pacient. En el peritatge psiquiàtric, la responsabilitat s'adquireix amb la justícia de manera particular i amb la societat de manera general.

En aquest sentit, el peritatge ha de ser imparcial, no es compromet la relació terapèutica metge-pacient de l'acte mèdic normal ni l'aliança terapèutica.

El perit **no tracta** el subjecte. Com a molt, si ho requereix el jutge, pot assessorar sobre quin tipus de tractament o recurs rehabilitador podria ser més apropiat per al subjecte dependent de substàncies.

El subjecte sotmès a un peritatge pot tractar d'**enganyar** el perit. És freqüent la simulació i dissimulació de quadres clínics en cerca de benefici, que no és per a la seva salut sinó per a la cerca de la menor sanció possible. Aquesta situació no és tan habitual en la pràctica clínica quotidiana en què el principal objectiu del pacient és millorar la seva salut.

El context en què es mou el perit psiquiàtric li és en principi aliè, i li pot resultar complicat. Hi ha diferents jurisdiccions, les qüestions que se li plantegen no són sempre de contingut clínic, algunes sobrepassen fins i tot les funcions del

Qui sol·licita la valoració?

A diferència de l'acte mèdic normal, en què és el mateix subjecte qui sol·licita la consulta, el peritatge forense es pot fer per sol·licitud del jutge (a instància pròpia o a proposta de les parts) per a conèixer millor les repercussions que una suposada malaltia té sobre l'acte delictiu; o per sol·licitud de part, generalment fr la defensa, que tracta de millorar les previsions de penes per al subjecte dependent.

perit. Ha de tractar, d'altra banda, que la informació que arribi al jutge sigui fàcilment comprensible per aquest i li arribi en un llenguatge intel·ligible per a persones alienes al món de la Medicina.

Taula 1. Relació terapèutica i peritatge

	Relació terapèutica habitual	Peritatge
Aliança terapèutica	Sí	No
Objectiu	Tractament	Determinar la capacitat de conèixer i voler, i la incidència de la patologia mental en l'acte delictiu
Responsabilitat final	Amb el pacient	Amb la justícia i la societat
El fi últim és ajudar el pacient	Sí	No
Confidencialitat	Sí	No
Sol·licitud de valoració	Pacient	Jutge o les parts

1.2.2. Eines per al peritatge

Per a fer un peritatge correcte, el metge disposa de diferents eines. Només una és en si sempre necessària, imprescindible i insubstituïble: la **història clínica**. La resta poden ser més o menys necessàries, complementàries o pertinents en funció del cas (De Aguilar, 2017).

La història clínica és el document en què es recullen els detalls tant del que al subjecte li passa en el moment actual com dels seus antecedents mèdics i personals, i també l'avaluació dels seus símptomes i signes. Consisteix, per tant, a fer una entrevista psiquiàtrica detallada i una exploració psicopatològica sistemàtica (taula 2).

Hi ha una sèrie de diferències que val la pena destacar entre la història clínica psiquiàtrica i la història clínica de les malalties físiques:

- En primer lloc, i tot i que s'està avançant molt en el coneixement de les bases biològiques de la malaltia psiquiàtrica, per als trastorns mentals rars vegades podem identificar una causa concreta, no hi ha un virus o un bacteri causant. Ni tan sols una substància com la cocaïna condiona per si sola la dependència.
- En segon lloc, la història psiquiàtrica es basa en la fenomenologia descriptiva, en el que el subjecte explica i l'explorador amb experiència observa. No hi ha un contrast o criteri extern de validació, si bé és cert que determinades anàlisis i proves donen informació. El diagnòstic d'una infecció urinària es basa en una sèrie de símptomes (febre, dolor en la micció...)

juntament amb la troballa del bacteri causant en els medis de cultius apropiats. En salut mental no hi ha aquest contrast visible. Una troballa d'un positiu a cànnabis en una mostra de saliva no implica necessàriament una dependència de la substància. D'altra banda, la major part de les malalties físiques presenten símptomes (el que el subjecte percep, per exemple, esgarrifances o sensació de temperatura alta en la febre) i signes (que és la constatació objectiva, és a dir, i continuant amb l'exemple, temperatura alta en el termòmetre). En Psiquiatria abunden els símptomes, però rares vegades els signes. Per això és que el psiquiatre ha d'observar especialment com es presenta el subjecte, la seva aparença, el seu llenguatge, el contingut del llenguatge... És el que es diu «exploració psicopatològica».

La informació que es recull en la història clínica prové tant del subjecte com dels seus familiars i persones properes. En el peritatge psiquiàtric, sovint també es recorre a informes previs, recomanacions dels professionals habituals, instruccions prèvies... És freqüent, en el cas de les toxicomanies, l'ús d'**escales que mesuren la gravetat de l'addicció** (Bobes i altres, 2007). Probablement, l'índex de severitat de l'addicció (ASI, en les seves sigles angleses), en la seva versió europea (EuropASI), és, dins d'aquestes escales, l'intent més sòlid i solvent en el nostre entorn per a estudiar la gravetat de l'addicció d'una manera global (alcohol i altres substàncies). Hi ha, a més, diferents escales per a mesurar la gravetat de l'addicció de cada substància específica.

Quant a **instruments psicomètrics**, es poden classificar en funció de les seves àrees i objectius de valoració.

1) Algunes són de valoració psiquiàtrica general, incloses les addiccions:

- Entrevista diagnòstica internacional composta (CIDI) (Robins i altres, 1988).
- Entrevista clínica estructurada per al DSM-IV (SCID-I) i per al DSM5 (SCID-5-CV) (First i altres, 2015).
- Entrevista internacional neuropsiquiàtrica (MINI) (Sheehan i altres, 1998)...

2) Altres estan directament centrades en l'estudi dels problemes relacionats amb el consum i la gravetat de la dependència:

- Índex de gravetat de l'addicció, en la seva versió europea EuropASI (Kokkevi i Hartgers, 1995), que valora l'estat mèdic general, la situació laboral i econòmica, el consum de drogues, el consum d'alcohol, les repercussions legals i familiars, l'ambient social i l'estat psicològic.
- Escala de gravetat de la dependència (SDS) (Gossop i altres, 1995)...

3) Hi ha escales específiques de valoració de la dependència i de la síndrome d'abstinència, i també d'avaluació de la repercussió de la dependència en diferents àrees, com la qualitat de vida (SF-36) (Alonso i altres, 1995).

4) Per al diagnòstic de patologia psiquiàtrica i de personalitat concomitant també es poden emprar diferents instruments i escales; per exemple, entre molts altres:

- escala de Hamilton per a ansietat,
- escala PANSS per a valoració de simptomatologia positiva i negativa de l'esquizofrènia,
- qüestionari de Beck per a la depressió,
- examen internacional dels trastorns de personalitat (Loranger, 1995),
- inventari NEO-PI revisat (Costa i McCrae, 2008) també per a trastorns de personalitat.

A l'hora de triar una escala, cal procurar que tingui una bona qualitat psicomètrica (vàlida i fiable, per exemple), formes adaptades i vàlides en espanyol, i la ratificació de la seva utilitat per la comunitat científica. En qualsevol cas, ha de quedar clar que aquests instruments serveixen com a complement d'una bona història clínica i exploració psicopatològica i que no té utilitat el seu ús independent.

Taula 2. La història clínica

Anamnesi	Exploració psicopatològica bàsica
<ul style="list-style-type: none"> • Dades de filiació i identificació del pacient • Motiu de peritatge i circumstàncies • Situació clínica actual • Antecedents personals mèdics i psiquiàtrics • Antecedents familiars • Antecedents biogràfics: <ul style="list-style-type: none"> – Història infantojuvenil – Malalties – Socialització – Rendiment acadèmic – Relacions familiars i socials – Pubertat i maduració sexual – Infància tardana i adolescència 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivell de consciència o vigília • Orientació temporoespacial • Atenció i concentració • Memòria • Percepció • Pensament (curs i contingut) • Llenguatge i parla • Psicomotricitat • Afectivitat • Son • Conducta sexual • Conducta alimentària • Capacitat d'introspecció

La història clínica i l'exploració psicopatològica se solen complementar amb **anàlisis** tant generals com específiques per a toxicomanies. En el cas de les drogodependències, sobretot si s'ha emprat la via intravenosa, convé sol·licitar anàlisis especials com ara:

- serologia de VIH,
- hepatitis B i C,
- sífilis...

Així mateix, el professional normalment requereix diferents proves de neuroimatgeria, com ara:

- tomografia axial computeritzada (escàner),
- ressonància nuclear magnètica i
- altres de més avançades (neuroimatgeria funcional com ara TEP i SPECT)...

Juntament amb això, se solen emprar altres proves i bateries psicomètriques que permeten conèixer aspectes diversos de l'individu, com ara:

- test de personalitat i test d'intel·ligència,
- escales d'impulsivitat, ansietat, depressió...,
- mesures neuropsicològiques (memòria, atenció, funcions executives...).

Les anàlisis d'orina i sang

En els controls de trànsit s'utilitzen, bàsicament, dos tipus de dispositius: els **alcoholímetres**, degudament homologats, que mesuren la concentració d'alcohol en aire expirat; i les **proves salivals** (que detecten consum recent, en les hores prèvies, de cànnabis, cocaïna, benzodiazepina, derivats opiacis i estimulants de tipus amfetamina) (Staub i altres, 2001; Arroyo i altres, 2008; OEDT, 2009; Christophersen i altres, 2016; Logan i altres, 2018). A més d'aquestes proves de cribratge, els laboratoris mèdics i forenses poden objectivar el consum de substàncies en diferents fluids corporals, com orina, sang, suor o saliva, i diferenciar proves de detecció i proves de confirmació. La seva detectabilitat depèn de factors diversos (Lizásoain i altres, 2001; Christophersen i altres, 2016):

- tipus i dosi de substància consumida,
- mostra biològica utilitzada,
- freqüència d'ús,
- diferències individuals en el metabolisme,
- temps transcorregut des del consum,
- mètode analític...

La **detecció en orina** és la més emprada per la seva comoditat i per la seva relació cost-eficàcia (Linder i altres, 2000). Cal tenir en compte que no permet quantificar el consum, ni tipificar la via ni el nombre de consums, però sí que permet demostrar un ús recent de la substància, encara que no necessàriament una intoxicació aguda (Fishbain i altres, 1999; Hersh i altres, 1999). És d'elecció per a monitoratge i com a cribratge (Schiller i altres, 2000). La **detecció en sang** és un procediment més invasiu, lent i costós, que té validesa sobretot com a instrument de peritatge forense. Altres valoracions com ara l'anàlisi del cabell o de la suor són poc emprades en la clínica diària, fins i tot en deteccions

Substàncies i accidents de trànsit

L'anàlisi conjunta de bases de dades sobre detecció de substàncies i accidents de trànsit (sobretot si hi ha defuncions) és essencial no solament per al cas particular, sinó per a poder articular polítiques públiques de prevenció d'accidents de circulació (OEDT, 2009; DGT, 2015; Christophersen i altres, 2016; Bunn i altres, 2019).

habituals de substància amb finalitats de peritatge, i estan més indicades per a estudis forenses. Són mètodes més costosos i de gran sensibilitat, els resultats dels quals es poden veure alterats per contaminació ambiental, ús de tints...

2. L'informe pericial

Un informe pericial és un document escrit elaborat per un perit per requeriment del jutge o de les parts que tracta d'aportar coneixement científic sobre alguna qüestió en particular. Aquest informe ha de ser raonat, adequat i congruent amb els coneixements científics actuals i amb la clínica del subjecte.

Marc conceptual de l'informe pericial

Quina és la qüestió psiquiàtrica legal que se li planteja?

Quins criteris legals i psiquiàtrics s'empraran per a respondre aquesta pregunta?

Quines són les eines que té el perit a la seva disposició per a poder avaluar el subjecte i així contestar la qüestió plantejada?

De tota la informació clínica recollida, quina és pertinent per a la qüestió plantejada?

A quines conclusions s'arriba respecte a aquesta pregunta i com s'argumenten sobre la base dels criteris legals i psiquiàtrics exposats?

2.1. Estructura d'un informe pericial

Evidentment, les formes finals que pot acabar tenint un informe pericial són diverses, però totes segueixen més o menys una estructura similar. Tracten de respondre les preguntes que fa el jutge aportant, d'una banda, arguments clínics teòrics, i d'una altra i sobretot, valoració com més objectiva millor del subjecte. Les conclusions finals estan basades en l'avaluació del subjecte per mitjans científicament acceptats i fonamentats en coneixements teòrics actuals.

L'informe pericial inclou:

- Identificació i credencials del perit per al desenvolupament de la funció encomanada.
- Informació sobre el cas assenyalant qui es perita, per petició de quina part, en quin procediment i l'acceptació del càrrec.
- Objecte de la prova pericial: en la qual es resumeix el que sol·licita el magistrat del perit i les especificacions sobre aquest tema.
- Metodologia del peritatge: quines proves s'han emprat per a arribar a les conclusions. Fonts d'informació. Inclou història clínica completa, informes previs, anàlisis, proves i escales, proves de neuroimatgeria... i qualsevol altra prova que s'hagi fet per considerar-se d'interès.
- Resultats de l'exploració: història clínica amb antecedents personals, familiars o dades de personalitat de rellevància per al procediment. També resultats analítics, de proves d'imatge, de tests psicomètrics...
- Consideracions mèdiques legals: s'hi recullen els arguments teòrics generals i les consideracions pràctiques del subjecte peritat que permeten arribar a les conclusions que després s'exposen:

- Part doctrinal o teòrica, en què es resumeixen els coneixements principals en els quals es fonamenta el peritatge.
- Consideracions en el peritat: en què es tracta de comprovar si el subjecte sotmès a peritatge compleix i en quina manera compleix els criteris establerts en la part doctrinal.
- Conclusions: el perit resumeix i respon concisament cadascuna de les preguntes que el jutge ha fet en l'objecte de la prova pericial.
- Fórmula final. És la fórmula de ratificació i signatura.

3. Valoració del risc de reincidència, perillositat i peritatge

3.1. Valoració del risc de reincidència

Una altra de les tasques que pot encomanar el jutge al perit és valorar el risc de reincidència del subjecte (Petherick i altres, 2010, De Aguilar, 2017). Aquesta és una tasca especialment complicada, en la qual el perit s'ha de basar no solament en la seva capacitat diagnòstica, sinó en un profund coneixement de la matèria.

En cap cas el perit pot predir la conducta futura del subjecte. La seva anàlisi ha de ser entesa com una valoració del risc de comissió de nous delictes, i s'ha de basar per a això en una aproximació clínica i científica.

En qualsevol cas, la valoració del risc de reincidència presenta alguns problemes metodològics que convé assenyalar.

Caldria definir d'entrada **què es mesura** quan es parla de recidiva o reincidència. En alguns casos, els autors es refereixen a la comissió del mateix tipus de delicte previ; en altres recerques, l'autor solament xifra les conductes que tenen conseqüències policials; altres referències recullen noves conductes delictives autoreportades pel subjecte...

Un segon punt d'interès és la **metodologia** emprada per a predir aquest risc. Tradicionalment, se solia disposar la valoració del risc de reincidència o perillositat del subjecte en l'opinió personal i en la bona pràctica clínica del perit. No obstant això, avui dia se sap que la fiabilitat d'aquest mètode és dubtosa, i que aquesta bona praxi s'ha de millorar amb un acostament actuarial. Aquesta aproximació consisteix en l'ús de determinats tests (MMPI-2...) (Millon, 1987) i de mesures, en la seva major part psicomètriques –escales de risc com ara HRC-20 (Douglas i altres, 1999)–, que han demostrat capacitat predictiva de risc de reincidència en conductes delictives. Convé saber, però, que no totes aquestes mesures tenen la mateixa validesa per a les diferents conductes delictives. Cal destacar, a més, que la interpretació aïllada d'aquestes proves no té cap validesa. Només són interpretables en el conjunt del subjecte, la seva patologia i la seva personalitat (Fazel i altres, 2012). Avui dia s'entén que l'aproximació més correcta és la trucada **actuarial ajustada o personalitzada**. Pot ser entesa com l'ús complementari dels altres dos mètodes. D'una banda, les proves i test aporten la previsió d'un risc de delicte o perillositat,

però aquest risc ha de ser personalitzat, individualitzat en cada cas segons les característiques del subjecte, la seva malaltia, el seu entorn i situacions concretes, i la seva personalitat.

Exemple

Una persona dependent que, segons les escales, presenta risc de reincidir en el delictes de robatori amb violència però que pateix un grau avançat de sida que li impedeix aixecar-se del llit, té clarament disminuïda la seva perillositat.

3.2. Perillositat

La Criminologia té, entre els seus objectes d'estudi, la perillositat del subjecte. El subjecte dependent, com a autor probable d'un delictes, pot ser considerat un **subjecte perillós** (Esbec i Echeburúa, 2016). L'aplicació de mesures de seguretat i l'avaluació de l'efectivitat d'un tractament estan condicionades, en gran manera, per la valoració de la perillositat d'un subjecte.

El concepte de perillositat criminal no en si mateix un terme mèdic, sinó més aviat jurídic (Petherick i altres, 2010; De Aguilar, 2017). Fa referència a la probabilitat que un subjecte que ja ha comès un fet antijurídic cometi nous delictes en el futur. En el Dret Penal espanyol no cal parlar de perillositat futura d'una persona que no hagi delinquit, ja que no es pot condemnar ningú, ni aplicar cap mesura, en absència de delictes tipificat. Ho fa de manera exclusiva el jutge per a aplicar una mesura de seguretat, basant-se en la Psiquiatria i en els informes pericials per a fer-ho. Científicament parlant, no és possible predir amb absoluta certesa la conducta d'un individu; com a molt es pot aportar una valoració del risc futur de delinquir, que és en el que realment consisteix el concepte de perillositat, un judici de probabilitats. L'emissió d'un informe sobre aquest aspecte és motiu freqüent de consulta a un perit psiquiatre.

Basant-se en els seus diagnòstics i valoracions mèdiques científiques, el perit aportarà al jutge una valoració de quin és el risc de delinquir, reincidir o recaure del subjecte, però no solament d'una manera global, sinó especificant, si és possible, sota quines circumstàncies això és més probable i quin tipus de suport pot fer menys factible aquest risc.

Igual que passava amb el risc de reincidència, el millor mètode per a aproximar-nos a la perillositat és el personalitzat o actuarial ajustat, que bàsicament intenta conjugar l'experiència de l'avaluador amb l'aplicació de proves objectives i la contextualització del cas.

A l'hora de valorar el risc de reincidència i/o la perillositat d'un individu, és important recollir-ne bé els antecedents previs –delictes o conductes violentes, personalitat prèvia, impulsivitat, estil d'enfrontament, consum de substàncies (Esbec i Echeburúa, 2016)...–, i també l'anamnesi actualitzada (estil de criança, violència de familiars, ambient social, dades psicobiogràfiques, trets de perso-

nalitat, malalties actuals i cronicitat d'aquestes, afectació de funcions cognitives, dany cerebral, ús de substàncies/medicaments...). Aquesta informació es pot completar amb altres informes relacionats (d'anteriors episodis de malaltia o d'ingressos a la presó, o valoracions psicosocials, test de personalitat...). Tot això ha de permetre establir un diagnòstic de malaltia mental si n'hi havia, amb especial rellevància de la situació de dependència de substàncies (quines són, quin és el patró de consum, com afecta el seu funcionament i personalitat...). Amb aquesta informació, el perit pot establir una **presumpció de risc**, que no serà genèrica sinó que tractarà de ser tan concreta i contextualitzada com sigui possible. Així, serà important assenyalar:

- si es pot considerar un subjecte de risc,
- quin paper hi té el consum de substàncies,
- en quina situació es troba respecte de la presumpció de risc,
- si aquest risc augmenta o disminueix, en quines condicions tant internes com externes,
- com influeix en la seva personalitat i/o en una altra patologia mental si n'hi havia,
- la perspectiva de cronicitat i de què depèn...

Cal destacar, abans d'iniciar una anàlisi detallada del tema, i com a precaució a l'hora d'interpretar les conclusions, que una de les grans febleses dels estudis científics que intenten aprofundir en la perillositat dels malalts mentals és que, per a la majoria d'ells, no es disposa d'un adequat ajust per variables socials que poguessin explicar en part aquest augment de violència (Chaimowitz, 2012). És una realitat coneguda que la malaltia mental, i dins d'aquesta de manera especial la drogodependència, es correlaciona amb diferents marcadors de marginalitat (desigualtats socials, famílies desestructurades, menor nivell formatiu i laboral...). Fins a on aquest major risc de criminalitat depèn de la malaltia en si mateixa o dels factors socials és una conclusió a què es difícil arribar.

3.2.1. Estudis sobre perillositat en malalts mentals

Hi ha la creença generalitzada entre la població que el malalt mental (i en particular el toxicòman) és més agressiu i és més propens al crim i al comportament violent (Chaimowitz, 2012). Fins i tot s'arriba a afirmar que hi ha certa predisposició a això (que té més connotació d'origen genètic i no contextual de la conducta violenta).

Contràriament a aquesta opinió general, almenys en malalts mentals greus (esquizofrènia, trastorn bipolar), no hi ha més incidència de delictes que en el conjunt de la població (això sí, sovint són crims amb més rellevància social). Diversos grups han tractat d'aprofundir en aquest terreny estudiant mostres àmplies i heterogènies de pacients enfront de població sense antecedents psiquiàtrics (Nurco, 1987; Swanson i altres, 1990; Monahan, 1992; Mac Arthur Violence Risk Assessment Study 1998; Deitch i altres, 2000; Stroup i altres,

2003; Fazel i Danel, 2003; Boles i Mohito, 2003; Van Dorn i altres, 2012; Beaudette i Stewart, 2016). En general es troba que, si bé no presenten taxes més altes de delictes –o si n'hi ha, són lleument superiors a les de població sense malaltia mental (Van Dorn i altres, 2012)–, sí que tenen més sovint delictes violents. La violència és més freqüent en els subjectes amb antecedents de malaltia mental, i aquesta té lloc majoritàriament en el context més proper (llar, família, amics).

No obstant això, la informació de què es disposa apunta al fet que la relació entre violència i malaltia mental no seria, en cap cas, directa sinó que estaria intervinguda per diferents factors, la qual cosa fa molt difícil estudiar el paper de cadascun d'aquests. Per això mateix, tampoc no és possible asseverar que la malaltia mental provoca violència. Hi ha diferents factors que intervenen en la relació malaltia mental-violència:

- factors històrics del subjecte com haver patit abús físic, l'història de violència i detencions, els antecedents d'arrestos en els pares...;
- factors clínics com el consum de substàncies;
- factors disposicionals com l'edat i el gènere...;
- factors contextuals com la desocupació, el divorci, la victimització...

En tot cas, s'anticipa que el paper de l'abús de substàncies és clarament rellevant. Sense factor, el risc de conducta violenta del malalt mental greu tractat és pràcticament el de la població no malalta (Varshney i altres, 2016).

Entre les malalties mentals greus, l'esquizofrènia, el **trastorn bipolar** i la **síndrome orgànica cerebral** són els més relacionats amb conductes violentes, sobretot si no reben tractament adequat (Varshney i altres, 2016; Brucato i altres, 2018).

En general, el percentatge de crims comesos per malalts mentals greus (no drogodependència) és el mateix o, com a màxim, lleument superior que el de la població sana, si bé és cert que els seus delictes solen ser més sovint crims violents greus i de sang, i socialment més alarmants. Aquest risc augmenta d'una banda si el subjecte abandona el seu tractament, però sobretot si el pacient esquizofrènic a més consumeix substàncies (l'anomenada comorbiditat o patologia dual) (Lindvist i Allebeck, 1990; Wallace i altres, 2004; Swanson i altres, 2007).

Una altra població que requereix especial atenció és la que pateix **trastorns de personalitat** (Vergel, 2001; Bolinches i altres, 2002), que, segons els estudis, també presenten alt risc de delictes violents. No obstant això, aquest factor cal estudiar-lo amb summa atenció. Hi ha molts i diversos tipus de trastorns de personalitat i només alguns es poden relacionar amb conductes violentes. En general, aquests tipus de personalitats violentes se solen relacionar amb con-

sums de substàncies. De fet, els efectes d'un consum continuat de substàncies poden fer que el subjecte sembli presentar un trastorn de personalitat quan en realitat no en té cap. És per això que cal tenir una cura extrema quan es valora aquest aspecte. Els trastorns psicopàtic, disocial, explosiu i narcisista de personalitat són els que més es relacionen amb el risc de comportament violent (Fridell i altres, 2008).

Segons la literatura, l'augment de risc de perillositat en malaltia mental pràcticament desapareix quan s'extreu la mostra que consumeix alcohol i/o substàncies (Pickard i Fazel, 2013).

Dit d'una altra manera, és el consum d'alcohol i/o substàncies, tant en població amb antecedents mentals (més marcadament) com en població sense antecedents, el que condiciona majoritàriament la violència i la perillositat.

En resum, les principals conclusions que s'extreuen dels estudis sobre perillositat dels subjectes és que hi ha dos grans factors que prediuen conductes violentes futures:

- D'una banda, els antecedents de violència prèvia (tant la ideació violenta com el comportament previ violent prediuen la conducta violenta futura) (Brucato i altres, 2018; Barlati i altres, 2019).
- D'altra banda, el consum de substàncies, especialment d'alcohol, que es considera el principal factor de predicció de perillositat i reincidència (Friedman, 1998).

La suma de tots dos factors augmenta molt el risc de reincidència i de conducta violenta futura.

Un aspecte molt rellevant és que les persones amb malaltia mental greu, més que risc d'exercir violència, presenten un risc elevat de victimització, més gran que el de la població no malalta. La joventut, el consum de substàncies i viure al carrer augmenten el risc de victimització en aquesta població (Latalova i altres, 2014; Persson i altres, 2017). Com a conseqüències d'aquesta victimització, els mateixos subjectes són més propensos a exercir violència, a més del fet que n'empitjora el pronòstic clínic i la qualitat de vida, ja que no reben habitualment el suport sanitari ni social necessari.

3.2.2. Perillositat i consum de substàncies

En la metaanàlisi de Bennett i altres (2008) es va concloure que el risc de cometre delictes es multiplica entre 2,8 i 3,8 si la persona ha consumit alguna substància, especialment si aquestes són crack (incrementa el risc fins a 6 vegades), heroïna (el multiplica aproximadament 3 vegades) o cocaïna (al voltant de 2,5 vegades). Cal assenyalar, en contra de la percepció social, que el cànnabis també es relaciona amb més probabilitat de delicte, encara que és cert que de manera més moderada (1,5 vegades) i probablement referit a delictes no violents.

Per substàncies:

1) És l'**alcohol** la droga que més sovint es relaciona amb delictes violents (homicidis, agressions sexuals...) (Pernanen, 1991), i també amb la conducció temerària (DGT, 2015; Jiménez-Mejías i altres, 2015), per sobre de la creença social que són les drogues il·legals les més relacionades. Està considerat el principal predictor de conducta violenta i és la substància que s'ha relacionat més sovint amb el delicte d'homicidi. S'ha citat el consum d'alcohol com a factor de risc per a la reincidència. L'efecte de l'alcohol es relaciona amb la seva capacitat de desinhibició de les tendències d'agressivitat del subjecte. El seu consum està molt associat, a més, al de diagnòstic de trastorn de personalitat antisocial, la qual cosa encara augmenta més el risc.

2) La **cocaïna**, encara que també es relaciona amb delictes violents (sobretot en determinats contextos culturals per l'ús del crack, i també en crims relacionats amb el narcotràfic), està més freqüentment associada a delictes contra la propietat (per finançar el consum). Té un efecte desinhibidor, disfòric, amb més impulsivitat i alteració de la capacitat de judici, en ocasions a més provocant quadres psicòtics. El consum concomitant d'alcohol i cocaïna afavoreix més concentració en sang de cocaïna, i provoca en l'organisme la formació d'un compost anomenat etilencocaïna, que incrementa el risc de reincidència en conductes violentes en augmentar la desinhibició i la impulsivitat, a més d'afavorir quadres psicopatològics com la disfòria o la paranoia.

3) L'**heroïna** i altres opiacis s'han relacionat, sobretot, amb delictes contra la propietat per a finançar el consum (en subjectes amb síndrome d'abstinència) i amb tripijocs (Nurco i altres, 1985).

Altres estimulants, encara que amb menys impacte en la xifra global, es comporten com la cocaïna en afavorir crims violents. La politoxicomania, especialment alcohol més psicoestimulant, potencia l'efecte que tenen per separat cadascuna de les substàncies.

En tot cas, sempre cal tenir en compte que resultaria simplista pensar que el mer fet de consumir explica la perillositat d'un individu. Com ja s'ha dit, són múltiples els factors que s'han d'analitzar per a tractar de contextualitzar el

Vegeu també

Trobareu més informació en el mòdul 2, apartat «Relació entre determinades substàncies i delictes concrets».

risc d'un subjecte. I d'altra banda, com es va veure en els mòduls previs, els subjectes consumidors de substàncies solen tenir a més altres factors de risc subjacents (personalitat, estil d'afrontament, antecedents de dificultats amb l'entorn familiar i context social marginal, problemes de conducta i a l'escola des de la infància...) (Van der Put i altres, 2014; Szalavitz i Rigg, 2017).

Conclusions rellevants

- A l'hora d'exposar el tema, cal diferenciar clarament els delictes en general dels delictes violents.
- La taxa de delictes comesos pel malalt mental greu és com a molt lleument superior a la de la població no malalta.
- No obstant això, cometen proporcionalment un nombre més gran de delictes violents i de sang.
- Aquesta perillositat encara és més gran si el malalt mental consumeix substàncies.
- El consum de substàncies (inclòs l'alcohol) és el principal factor relacionat amb la perillositat i amb delictes violents, tant en població amb malaltia mental com sense malaltia mental.
- Els antecedents previs de conducta violenta també són un important marcador de pronòstic de perillositat en el futur.
- Determinats diagnòstics de trastorn de personalitat també es relacionen amb més risc de delictes violents, encara que sol presentar concomitantment consum de substàncies.

3.2.3. Conclusions sobre el consum de substàncies i la perillositat

El consum de substàncies per si sol s'associa a un risc més gran de cometre delictes violents en població amb malaltia mental i sense malaltia mental. Aquest risc encara és més gran si la persona pateix algun trastorn mental previ.

Com analitzàvem en les diferents teories criminògenes sobre la relació drogues-delicte, no es pot concloure que el consum de substàncies provoqui l'inici d'una carrera delictiva, però el que sí que està confirmat és que allarga i agreuja carreres delictives prèvies.

És per això que és un dels factors que cal considerar en tota valoració pericial, i el seu tractament i rehabilitació, un dels principals objectius que s'han de tenir en compte a l'hora de limitar la perillositat del subjecte.

Vegeu també

Més informació de teories criminògenes sobre la relació drogues-delicte en el mòdul 2.

4. Drogodependència i modificació de la responsabilitat penal

El canvi de mentalitat en l'estudi de la malaltia addictiva a drogues implica modificacions en les perspectives sanitàries, a més d'un viratge en el rumb de les directrius de la legislació.

La repercussió de les drogues en l'índex de delinqüència i el fracàs d'anteriors fórmules repressives de política criminal han obert les portes a una legislació més generosa amb el problema global.

L'aplicació del Codi Penal de l'any 1995 i les seves reformes posteriors (les més importants: la de novembre del 2003 LO 15/2003; la de juny del 2010 LO 5/2010; la de març del 2015 LO 1/2015; l'última, la de març del 2019 LO 2/2019) va comportar poques novetats respecte als codis previs, segons els autors, algunes de les quals, no obstant això, de rellevància. Subjacent a l'esperit d'aquestes reformes hi ha més tendència cap a la defensa social i el principi de resocialització dels delinqüents toxicòmans.

D'entrada, el Codi Penal de 1995 comporta **mesures més dures** en els delictes de **tràfic de drogues i delictes contra la propietat**, que eren en aquell temps els més freqüentment comesos pels subjectes toxicòmans. En realitat, i malgrat que les penes en si van ser reduïdes, la seva aplicació implica més duresa en haver desaparegut les redempcions penitenciàries.

La **imputabilitat** queda definida com el fonament de la culpabilitat i suposa, d'una banda, la capacitat de comprensió de l'il·lícit o injust, i d'una altra, la capacitat d'actuar d'acord amb aquesta comprensió. A tot subjecte adult enfront del dret actual se li suposa la plena imputabilitat, és a dir, no hi ha cap dada que faci suposar l'alteració de la capacitat volitiva ni cognitiva. Ens centrarem en aquesta exposició de manera succinta en aquells aspectes de la modificació de la responsabilitat penal que afecta subjectes dependents de substàncies.

L'apreciació de circumstàncies atenuants que impliquin una modificació d'aquesta responsabilitat significa per al subjecte un benefici en la durada de la condemna, i, en funció de la perillositat del subjecte, la possibilitat d'aplicació de mesures de seguretat (De Aguilar, 2017).

El Codi Penal de 1995 (articles 20 i 21), quant a la responsabilitat penal dels drogodependents, manté un esquema que divideix aquesta responsabilitat en cinc nivells: plena imputabilitat, atenuació simple de la responsabilitat, atenuació molt qualificada, exempció incompleta de responsabilitat i exempció total de responsabilitat o inimputabilitat (taula 3) (Esbec i Echeburúa, 2016).

Taula 3. Exempcions i inimputabilitat en el Codi Penal

Categories d'imputabilitat	Article nou Codi Penal	Possibilitat med. seguretat	Situació
Plena imputabilitat	Supòsit base	No	Addicte del qual no es coneixen més circumstàncies
Eximent incomplet	Art. 21.1	Sí	Intoxicació/abstinència no plenes
Atenuació simple	Art. 21.2	Sí	Addicció greu
Atenuant analògic	Art. 21.7	Dubtosa	En desús
Plena inimputabilitat	Art. 20	Sí	Intoxicació/abstinència plenes

Així, de manera resumida, la intoxicació plena considerada com la situació en què el subjecte ha consumit en tal quantitat que no té capacitat de conèixer/obrar seria **causa d'eximent complet de responsabilitat**. No obstant això, aquesta figura no hauria de ser emprada majoritàriament ja que el grau d'intoxicació hauria de ser tal que faria poc probable la comissió del delictes. En la major part dels casos de dependència s'empra la figura de l'atenuació de responsabilitat, bé perquè el subjecte es troba en un estat d'intoxicació o abstinència tal que repercuteix sobre la seva capacitat cognoscitiva i/o volitiva però no de manera plena, bé perquè es demostra una addicció crònica que hauria alterat la personalitat del subjecte i la seva responsabilitat plena.

No sempre la redacció del Codi Penal, el seu llenguatge, coincideix amb la terminologia mèdica ni s'adapta a la realitat clínica de les addiccions. És per això que les sentències successives, l'anomenada jurisprudència, tracten d'emplenar aquests buits i assimilar tant com és possible la realitat del subjecte addicte al que demanda el Codi Penal.

La sentència 817/2006 del Tribunal Suprem estableix els criteris que s'han de complir perquè s'apreciïn algunes d'aquestes modificacions:

- D'una banda, hi ha d'haver un requisit biopatològic, això és, que efectivament el subjecte pateixi una toxicomania, bé per un quadre d'intoxicació greu, bé per una dependència crònica.
- Juntament amb això caldrà el criteri psicològic, això és, que hi hagi una modificació certa de les capacitats cognitives (intel·ligència i voluntat).

- A més d'això, s'ha de complir un criteri cronològic o temporal, això és, que en virtut de la toxicomania hi hagi alteració de les facultats cognitives en el moment de cometre's el delictes.
- Finalment, la intensitat o influència (requisit normatiu) farà que sigui valorat com a eximent complet, incomplet o atenuant.

En resum, el Tribunal Suprem estableix que, per a poder apreciar alguna variació de la plena imputabilitat, ha de coincidir una dependència en el subjecte de tal intensitat que modifiqui les seves facultats superiors just en el moment de cometre el delictes. És el que es coneix com a criteri mixt (Esbec i Echeburúa, 2016). No és suficient que es demostrï la toxicomania, sinó que s'ha de certificar una alteració de la cognició/volició motivada per aquesta a l'hora de la comissió del delictes (Esbec i Echeburúa, 2014).

4.1. Aplicació de mesures de seguretat en subjectes drogodependents

Es defineix mesura de seguretat aquella conseqüència jurídica aplicable per l'òrgan jurisdiccional, en substitució d'una pena o juntament amb una pena, a certs individus (inimputables o semiimputables), autors d'un fet previst com una infracció criminal que, per les seves especials característiques personals, fossin susceptibles de tractament terapèutic o reeducador, i també aquelles altres disposicions que complementin o reforcin les finalitats esmentades (Adam i Francès, 2014).

Dues finalitats es distingeixen entre les mesures de seguretat (Bonfill i altres, 2013):

- la defensa social mitjançant l'assegurament de subjectes plenament responsables i perillosos quant a risc de reincidència;
- la mesura de seguretat amb finalitat curativa i de reeducació.

Actualment predomina aquesta visió última, en el context del Codi Penal actual i els principis de prevenció especial.

L'aplicació de mesures de seguretat en subjectes toxicòmans és freqüent, a causa d'una banda del reconeixement d'atenuants modificadors de la responsabilitat criminal, i d'una altra, de la conveniència i necessitat de teràpies que en permetin la resocialització.

Aquestes mesures podran ser principalment de dos tipus, privatives i no privatives de llibertat. Entre les primeres, queden inclosos l'internament en centre psiquiàtric o centre de deshabitació, a més de l'internament en centre educatiu especial. Entre les mesures no privatives, destaca la indicació obligada

de tractament ambulatori en dispositius mèdics o socio-sanitaris. Aquestes últimes mesures estan recollides en l'article 96, que esmenta com a mesures no privatives de llibertat la llibertat vigilada (reforma del Codi Penal per la LO 5/2010), que queda desenvolupada en l'article 106, en què s'especifica:

«Article 106.1.k) l'obligació de seguir tractament mèdic extern o de sotmetre's a un control mèdic periòdic.»

És freqüent, d'aquesta manera en la pràctica clínica diària, trobar-se davant de pacients que acudeixen a tractament en compliment d'alguna d'aquestes disposicions judicials. La relació metge-pacient i la teràpia en el seu conjunt adquireixen així unes connotacions especials (imposició del tractament, limitació en el temps, obligatorietat d'informar periòdicament el jutge...) que el professional ha de conèixer i manejar per a aconseguir l'objectiu terapèutic. Aquesta disposició per part del professional facilita un abordatge integral del pacient tòxicòman i del complex món de la toxicomania per extensió.

5. Delictes contra la salut pública: tràfic de drogues

El Codi Penal de 1995 (CP) regula els anomenats delictes contra la salut pública, entre els quals el tràfic de drogues, les substàncies estupefaents i els psicòtrops, i castiga amb penes els qui infringeixen la norma. La Llei de protecció de la seguretat ciutadana (LO 4/2015) estableix sancions administratives (com a infraccions greus) per als qui consumeixen substàncies il·legals en llocs públics, els quals en tinguin possessió il·lícita, i per als que tinguin conductes com ara llançar objectes de consum a l'espai públic (art. 36.16). Fins i tot es preveu sanció per a aquells propietaris d'establiments públics que tolerin el consum il·legal o el tràfic, o la falta de diligència per a impedir-ho (art. 36.19). Així mateix, el trasllat de persones, en qualsevol tipus de vehicle, amb l'objecte de facilitar l'accés a drogues (les anomenades «cundas»), sempre que no constitueixi delictes, també és motiu d'infracció greu (art. 36.17). No sempre estan clars, no obstant això, aquests límits entre tràfic i autoconsum (que com a tal no està penat).

El **tràfic de substàncies**, i en menor mesura la seva possessió il·lícita i el seu consum, són per tant un altre dels grans apartats criminològics en el relacionat amb les substàncies. Generen un important nombre de detencions, confiscacions, denúncies, penes i sancions administratives que repercuteixen en les estadístiques criminals.

El tràfic de drogues a gran escala es duu a terme per mitjà d'organitzacions criminals, i se sol relacionar amb un altre tipus d'activitats delictives del crim organitzat (Fernández, 2008), com ja es va assenyalar en el mòdul anterior (2). Els qui són partidaris de la legalització del consum de substàncies entenen que facilitaria la desaparició del seu tràfic il·legal, per la qual cosa en el debat esmentat entre ambdues opcions sol ser un factor prominent. Suscita, a més, des d'un punt de vista del Dret i de la Criminologia, la confrontació entre drets particulars de l'individu i drets socials. L'objectiu de l'articulat és protegir la salut pública dels efectes nocius de certes substàncies nocives. Aquests i altres motius justifiquen una anàlisi criminològica detallada del tràfic de substàncies, de la seva regulació legal i de les polítiques contra les drogues.

5.1. Estadístiques a Espanya

A Espanya, segons dades del Ministeri de l'Interior (OEDA, 2018), l'any 2017 es van produir 20.422 detencions per delictes de tràfic de substàncies, i 376.271 denúncies per consum o tinença de drogues (segons la LO 4/2015 de protecció ciutadana). En tots dos casos, el cànnabis i els seus derivats van ser la droga principal motiu del tràfic o possessió (el 58% i el 83%, respectivament); el se-

gueix de prop la cocaïna (el 28% de les detencions per tràfic de substàncies). El total de detencions per tràfic i el de denúncies per consum/tinença representen un lleu descens respecte d'estadístiques d'anys anteriors.

Això significa, respecte d'anys previs, un **increment de quantitat decomissada** d'heroïna, cocaïna, marihuana i plantes de cànnabis, un lleu descens en la d'haixix i superiors en la d'amfetamines (*speed*), i MDMA-èxtasi (taula 4).

Taula 4. Quantitat de droga decomissada a Espanya l'any 2017

Substància	Unitat de mesura	Quantitat
Heroïna	Quilograms	524
Cocaïna	Quilograms	40.960
Haixix	Quilograms	334.919
Plantes de cànnabis	Nombre	1.124.674
MDMA	Pastilles	348.220
Amfetamina (<i>speed</i>)	Pastilles	198

A mode anecdòtic, podem assenyalar que en la mesura que descendeix la quantitat del decomís confiscat, també descendeix la puresa de la droga. És un senyal que hi ha un constant empobriment de la substància a mesura que va passant d'un nivell a un altre en el mercat de distribució, fins a arribar al consumidor últim. Així, per exemple, la puresa de la cocaïna en els grans decomisos el 2017 va ser del 67,5%. Posteriorment, i a mesura que es va «tallant» (que en l'argot vol dir adulterar-la amb altres substàncies per tal d'obtenir-ne més dosis i, per tant, més benefici econòmic), en cau la qualitat. La puresa del gram ara ja és del 43,5%, i de la dosi (generalment micra), del 35,5%. Passa el mateix en altres substàncies com ara l'heroïna, en què la puresa del quilo, del gram i de la dosi és 39%, 31,5% i 22,5% respectivament. No obstant això, cal assenyalar que no totes les substàncies segueixen el mateix procés de dilució. Així, l'any 2017, l'heroïna va patir menys grau de dilució que la cocaïna al llarg de la cadena de distribució (OEDA, 2018).

Quant al **preu de les substàncies al carrer**, hi ha variacions generals al llarg dels anys, juntament amb diferències locals determinades per característiques del mercat, però com a dades de referència, el 2017 el càlcul del preu era de mitjana:

- 10,56 euros la unitat d'èxtasi
- 6,04 euros el gram de resina d'haixix
- 5,16 euros el gram de marihuana
- 57,06 euros el gram d'heroïna
- 59,30 euros el gram de cocaïna

S'hi observen tendències dispars. Pel que sembla, l'heroïna, en la sèrie dels últims anys, està baixant de preu, mentre que la cocaïna estaria pujant (OEDA, 2018).

5.2. Perfils del delinqüent

Com s'assenyalava en apartats previs, una part del tràfic de substàncies es fa a gran escala mitjançant **organitzacions criminals**, per a les quals el tràfic de substàncies és solament un dels diversos crims habitualment comesos. En aquest nivell i en general no hi solen participar subjectes toxicòmans.

Vegeu també

Vegeu les dades sobre organitzacions criminals en el mòdul 2.

No obstant això, hi ha un gran nombre de detencions i confiscacions per tràfic de substàncies en què les quantitats intervingudes són petites o insignificants. Es tracta de la **venda al detall o petit tràfic**, en què és més freqüent veure-hi involucrats subjectes addictes com a manera de pagar la seva dependència. Solen ocupar els escalafons més baixos de la piràmide del tràfic de substàncies i no formen part de les organitzacions criminals, sinó més aviat del repartiment a petita escala.

Un altre perfil destacat és el de consumidors de cànnabis i/o de drogues de disseny, als quals s'intervenien quantitats per al seu autoconsum. A Espanya, aquests dos últims perfils solen coincidir: homes joves de 19 a 40 anys d'edat i, en el segon dels casos (denúncies administratives), es concentren entre els 19 i els 25 anys.

5.3. Tràfic de substàncies segons el Codi Penal

El Codi Penal de 1995 (CP) (LO 10/1995 de 23 de novembre), posteriorment modificat per la LO 15/2003, la LO 5/2010, l'EL 1/2015 i la LO 2/2019, regula, en el capítol III del títol XVII del llibre segon, els anomenats delictes contra la salut pública. Part del coneixement dels danys que té per a l'individu el consum de substàncies per a pressuposar que pot originar igualment gran dany i perjudici a la societat. El bé jurídic protegit és, per tant, la salut col·lectiva i pública (Gómez Pozueta, 2017).

El delicte de tràfic de substàncies, tal com està reflectit en el Codi Penal (art. 368), és un xic inconcret i la seva redacció resulta vaga en els seus límits d'aplicació, per la qual cosa permet una interpretació molt àmplia del seu contingut.

«Els qui executin actes de cultiu, elaboració o tràfic, o d'una altra manera promoguin, afavoreixin o facilitin el consum il·legal de drogues tòxiques, estupefaents o substàncies psicotròpiques, o les posseeixin amb aquelles finalitats, seran castigats amb les penes de presó de tres a sis anys i multa del triple del valor de la droga objecte del delictes si es tractés de substàncies o productes que causin greu dany a la salut, i de presó d'un a tres anys i multa del doble en els altres casos. No obstant el disposat en el paràgraf anterior, els tribunals podran imposar la pena inferior en grau a les assenyalades en atenció a l'escassa entitat del fet i a les circumstàncies personals del culpable. No es podrà fer ús d'aquesta facultat si concorregués alguna de les circumstàncies a què es fa referència en els articles 369 bis i 370.»

En el Codi Penal no hi ha una definició del que es considera droga. En el sistema legal s'entén com a drogues tòxiques, estupefaents o substàncies psicotròpiques:

«Aquelles substàncies naturals o sintètiques la consumició repetida de les quals en dosis diverses provoca en les persones el desig aclaparador o la necessitat de continuar consumint-ne, i la tendència a augmentar la dosi, i també la dependència física o orgànica dels efectes de la substància que en fa necessari l'ús per a evitar la síndrome d'abstinència.»

Altres vegades es considera directament droga aquella substància inclosa en les llistes internacionals establertes (Convenció Única sobre Estupefaents, del 1961; Convenció sobre Substàncies Psicotròpiques, del 1971; Convenció de les Nacions Unides contra el Tràfic Il·lícit d'Estupefaents i Substàncies Psicotròpiques, del 1988).

Tal com ha anat concretant la jurisprudència, el delictes de tràfic de drogues persegueix tota aquella conducta que contribueixi al cicle de difusió de les substàncies psicotròpiques, no tant el mer consum de la substància (sentència del Tribunal Suprem 776/2005 de 22 de juny de 2005).

A Espanya, per tant, s'entén com a tràfic de drogues no solament la venda a la menuda de la substància legalment sinó qualsevol acte que faciliti o promogui el consum il·legal de drogues o substàncies psicotròpiques. Així doncs s'inclou el cultiu, l'elaboració, el comerç de precursors o la mera possessió que persegueixi afavorir-ne el consum o fer-ne publicitat.

Es tracta d'un delictes no de comissió, sinó de perill abstracte. Es penalitza la mera disposició al tràfic de substància sense necessitat que aquest es dugui a terme per a considerar-lo delictes. No requereix en realitat el dany en si per a la salut pública, per a considerar-se delictes, únicament l'existència de risc d'execució. El mer acord o contacte per al tràfic, la possessió de substància per a aquesta finalitat, l'existència d'un conjunt d'aparells utilitzable en el tràfic, l'emmagatzematge, el transport, la intermediació, la donació si té com a fi promoure'n el consum, el mer fet d'oferir-ne o convidar-hi... són conductes punibles per delictes contra la salut pública.

Drogues dures i drogues toves, una terminologia en desús

Una peculiaritat que cal destacar és que aquest article diferencia substàncies capaces de generar dany greu (drogues dures: morfina i opiacis, cocaïna, amfetamina i derivats) per a la salut d'aquelles altres que no en causen (drogues toves: cànnabis). No obstant això, aquesta terminologia ha anat caient en desús ja que científicament aquesta distinció avui dia no és defensible.

5.3.1. Anàlisi penal del delicte de tràfic de substàncies

Perquè un subjecte sigui considerat responsable d'aquest tipus delictiu, s'exigeix que l'acusat tingui una relació directa o indirecta, mediata o immediata, amb la substància en la qual quedi clara l'execució de qualsevol de les esmentades conductes que afavoreixen l'ús i la difusió de les drogues (Gómez Pozueta, 2017). A més, i sobre la voluntarietat del subjecte a cometre el delicte, una sèrie de circumstàncies permeten concloure que el delicte ha tingut lloc. No hi ha delicte si la substància que es transporta o promou resulta no ser nociva, tot i que el subjecte cregui que sí que ho és. És necessari, per tant, una anàlisi del decomissat i un informe pericial. Passa el mateix amb la quantitat de la substància: si aquesta no pogués *per se*, atesa la seva insignificància, representar un dany per a l'organisme, no estariem davant d'un delicte de tràfic (Mayán, 2007; Gómez Pozueta, 2017). D'altra banda, si l'objectiu final no és la difusió de la substància sinó l'autoconsum, ja no estariem parlant d'aquest tipus de delicte. Diferents circumstàncies poden ajudar a aclarir aquest punt en cas de dubte (presència d'estris per a pesar i tallar la substància, pròpia dels traficants; la quantitat de substància intervinguda; la constatació d'una dependència; la presència o absència d'importants quantitats de diners...).

Un altre aspecte important és que no es pot al·legar el desconeixement sobre el que es porta de manera amagada dins de la maleta o fins i tot en el propi organisme («mules»). D'igual manera, els transportistes que duguessin ocult en els seus camions una càrrega, tot i que fos cert que en desconeguessin exactament el contingut, no queden eximits de responsabilitat, ja que el sobrepès hauria d'alertar-los de la possible presència de càrrega il·legal.

5.4. Tràfic de substància i autoconsum

Els principals problemes a l'hora d'interpretar aquest delicte s'estableixen entre l'autoconsum (o possessió de petites quantitats per a ús particular) i el tràfic de substàncies.

La possessió de dosis petites dirigides a l'autoconsum no es considera tràfic de substància, tret que aquest consum fomenti en altres subjectes la drogodependència. Així, el consum privat del subjecte en la seva intimitat no seria susceptible de considerar-se tràfic, però sí que se'n pot considerar quan un addicte consumeix, per exemple, en un entorn familiar on hi ha menors observant.

Per a evitar l'excessiva subjectivitat, la jurisprudència ha anat limitant i concretant el delicte tant en els seus aspectes quantitius com qualitius, és a dir, que la quantitat i la qualitat de substància siguin tals que realment puguin significar un perill contra la salut pública.

Exemple: el criteri del Tribunal Suprem

El Tribunal Suprem basa diverses sentències en la taula elaborada per l'Institut Nacional de Toxicologia el 2001 sobre quines quantitats es poden al·legar com de consum propi (no constitutiu de delicte), basat en els càlculs d'un consumidor diari per a cinc dies de consum (heroïna, 3 g; cocaïna, 7,5 g; marihuana, 100 g; haixix, 25 g; LSD, 3 mg; amfetamina, 900 mg; MDMA, 1.440 mg), si bé no poden ser entesos com a criteris estrictes.

En alguns casos, la delimitació entre consum propi i tràfic de drogues no és del tot clara. El Tribunal basarà la seva resolució en diferents indicis, com ara (Aránguez Sánchez, 1999; STS, 2014):

- una quantitat exagerada per a un consum diari,
- la pertinença o participació coneguda en xarxa de tràfic,
- la falta de credibilitat del detingut o contradiccions manifestes,
- la quantitat de diners intervinguda,
- la varietat de substàncies que posseeixi el subjecte,
- la falta d'acreditació de la condició de consumidor drogodependent...

Un particular tipus de consum no penalitzat com a tràfic de substàncies és l'anomenat **consum compartit** (Montero La Rubia, 2005). Per a aquesta consideració s'exigeix que sigui un grup de subjectes, més o menys estable i restringit, tots ells dependents consumats (no mers consumidors puntuals, ni tan sols consumidors habituals, però encara no dependents), els qui es reuneixen en un lloc fora de la vista de tercers, per a un consum immediat, i que la quantitat posseïda sigui insignificant (STS, 2015). És una acció esporàdica, sense repercussió ni divulgació en l'entorn. No obstant això, aquest tipus d'atenuants obren un debat, sobretot en determinat tipus de substàncies, com ara les drogues de disseny. Algunes substàncies són considerades escassament lesives, tot i que científicament n'ha quedat demostrada la capacitat nociva. D'altra banda, l'ús experimental de certes substàncies és potencialment la porta d'entrada a un consum habitual d'aquestes mateixes substàncies, o fins i tot d'altres de més perjudicials per a la salut. Cal assenyalar, a més, el dany que genera entre els adolescents i joves la percepció errònia d'escassa nocivitat de determinades substàncies i de fàcil accessibilitat a aquestes. Probablement, el que s'hauria d'acceptar com a atenuant en aquest tipus delictiu és el tràfic de quantitat insignificant per part de subjectes dependents que s'han vist abocats a aquest delicte per la pròpia dependència, sempre que no impliqui menors ni disminuïts psíquics, ni persegueixi com a fi la difusió pública de les substàncies ni la cerca de futur mercat per a la seva activitat.

Durant anys, han sorgit dubtes sobre com abordar els anomenats **lliuraments compassius**, en què familiars dels dependents o persones properes els faciliten gratuïtament aquestes petites quantitats per a evitar-los el patiment de l'abstinència, sempre que a més no hi hagi risc de difusió pública de la substància. S'exigeix que l'addicte tingui diagnòstic de dependència, que la quantitat oferta sigui la mínima i ajustada a l'objectiu, i que s'hagi lliurat de manera

privada i puntual (STS, 2004). Tampoc no es considera tràfic de substàncies el fet que un toxicòman cobri en droga el pagament d'algun tipus de servei prestat, sempre que aquesta substància sigui destinada a l'autoconsum.

5.5. Atenuants i agreujants en el delictes de tràfic de drogues

En general, es consideren atenuants circumstàncies com ara la dependència de substàncies si aquesta és causant del tràfic de substàncies. En realitat, el Codi Penal assenyalà, després de la reforma de la LO 5/2010:

«en atenció a l'escassa entitat del fet i a les circumstàncies personals del culpable» (art. 368, paràgraf 2).

La jurisprudència ha anat entenent per tant com a atenuant aquelles circumstàncies personals com ara la dependència, o aquells casos en què la quantitat és mínima i està més relacionada amb el finançament de la dependència.

Sembla aplicable a:

- aquells addictes que venen quantitats mínimes per a finançar-se l'autoconsum (Fernández Ros, 2011);
- aquells que per la clínica d'abstinència es veuen impulsats a la venda a la menuda per aconseguir la seva dosi;
- subjectes amb un estil de vida molt marginal que els aboca al tràfic de quantitats menors o insignificants de substància.

Això sí, aquesta mateixa reforma (art. 369, 369 bis i 370) exigeix que no concorrin altres circumstàncies com ara la pertinença a xarxa organitzada, la cerca intencionada del consum per a la comissió del delictes o la utilització de menors o disminuïts psíquics en el tràfic de substàncies.

Entre els agreujants de responsabilitat s'esmenten, entre altres (art. 369, 369 bis i 370 del CP):

- el fet que el culpable fos facultatiu, autoritat, funcionari públic, educador;
- la pertinença a xarxa de crim organitzat manifestada per importants quantitats, negocis internacionals, blanqueig de diners, ús de mitjans de transport com vaixells o submarins...;
- l'ús de violència;
- les substàncies es facilitin a menors d'edat o a disminuïts psíquics, o a subjectes en tractament per la seva dependència;
- quantitats de notòria importància;
- pertinença a organització que empri menors o disminuïts psíquics per al tràfic;

- que hi hagi hagut manipulació o adulteració de les substàncies amb un augment manifest del risc per a la salut...

5.6. La Llei de protecció de la seguretat ciutadana

La Llei de Protecció de la Seguretat Ciutadana, del 2015, assenyalava que el **consum de drogues en llocs públics**, i també la **possessió il·lícita d'aquestes**, tot i que no tinguessin com a objecte el tràfic (en aquest cas seria un delictes segons el CP), constitueix una infracció administrativa greu (art. 36). S'inclou, en aquesta accepció, la possessió per a autoconsum i també l'abandó en lloc públic dels instruments emprats en el consum (xeringues). Aquesta infracció greu és objecte de sanció administrativa (que pot ser una multa, la suspensió del permís de conduir, la retirada d'armes i la llicència d'aquestes..., i sempre el decomís de la substància) (art. 39). La multa pot oscil·lar entre els 601 euros i els 30.000 euros. Les infraccions administratives greus prescriuen al cap d'un any, comptador des del dia en què es va produir la infracció. En la disposició addicional cinquena es preveu, per a menors, que si l'infractor se sotmet a tractament de deshabitació o rehabilitació o reeducació, es pot suspendre la multa.

Cal destacar que, en la nova Llei de protecció de seguretat ciutadana, el consum d'alcohol en llocs, establiments o via pública es considera una infracció lleu quan pertorbi greument la tranquil·litat ciutadana (art. 37.17). La multa per tant anirà de 100 euros a 600 euros, i la infracció prescriu al cap de sis mesos de la comissió de la infracció.

5.7. Polítiques de lluita contra la droga

Com ja es va assenyalar en el mòdul anterior, les polítiques actuals eviten ser exclusivament repressives, i complementen la pressió policial contra el crim organitzat i el tràfic de drogues a escala mitjana o gran, amb programes de rehabilitació i reintegració del subjecte toxicòman, i amb intervencions en la comunitat.

Les últimes modificacions del CP han comportat més respecte al **principi de proporcionalitat de les penes** (Corrêa de Carvalho, 2007). Amb aquest tipus delictiu es corre el risc de penalitzar igual grans i petits traficants, persones pertanyents a xarxes organitzades i subjectes dependents que venen petites quantitats per a finançar-se o directament per a aconseguir substància per al seu autoconsum. Una de les garanties que s'exigeix en un Estat democràtic de dret és que es compleixi el principi de proporcionalitat de les penes, que bàsicament assenyalava que les penes o mesures de seguretat han d'estar en relació amb la gravetat del delictes o amb la perillositat del subjecte respectivament. Quintero Olivares (2005) assenyalava que d'aquest principi es deriva l'exigència que la pena sigui proporcional al delictes, i que el límit màxim d'aquest càstig no sigui tan elevat que faci impossible la resocialització del subjecte.

Vegeu també

Més informació sobre les polítiques de lluita contra la droga en el mòdul 2.

El càstig ha de ser considerat necessari per a aconseguir el fi que es proposa, i adequat a aquest. La quantitat de substància, el preu previst al mercat, el guany per al reu, la utilització de la violència... són factors que condicionen la pena.

6. Delictes contra la seguretat viària

Conduir havent pres alcohol, drogues tòxiques, estupefaents o substàncies psicotròpiques pot ser considerat un delictes i, per tant, susceptible de penes segons el Codi Penal, o una infracció administrativa molt greu castigada amb sanció segons la Llei de Trànsit i Seguretat Viària. En aquest sentit, ambdues legislacions es complementen. El fet d'una o d'altra consideració legal està determinat per les circumstàncies que hi concorrin.

Segons la legislació actual, el fet de superar les taxes màximes d'alcohol permeses o el de conduir sota els efectes de l'alcohol, les substàncies psicotròpiques, els estupefaents o les drogues tòxiques es pot considerar susceptible tant de sanció administrativa (infracció molt greu) com de sanció penal.

D'aquesta última opció se n'encarrega el Codi Penal de 1995 (LO 10/1995 de 23 de novembre), posteriorment modificat per les lleis orgàniques 15/2003, 15/2007, 5/2010, 1/2015 i 2/2019.

El Codi Penal i les seves posteriors modificacions, quant als delictes contra la seguretat viària, preveu la conducció de vehicles de motor sota la influència de drogues tòxiques, estupefaents, psicòtrops o begudes alcohòliques (art. 379); i la negativa a sotmetre's a les proves establertes per a comprovar-ne la presència (art. 383). En comparació amb codis anteriors, conté la tipificació com a delictes de la taxa d'alcoholèmia objectivada i de la negativa a sotmetre's a les proves de detecció de consum d'alcohol i substàncies. Així mateix, incorpora els supòsits de conducció temerària i el terme «manifest menyspreu» referit a la conducció. Les penes que s'assignen a aquests delictes es van augmentar respecte de legislacions anteriors (Muñoz Garrido, 2010).

El Codi Penal de 1995 es complementa, en relació amb aquest tipus de supòsits i la seva sanció administrativa, amb la Llei sobre trànsit, circulació de vehicles de motor i seguretat viària (LTSV) (posteriorment corregida amb la nova Llei de seguretat viària de 23 de novembre de 2009, que va entrar en vigor el maig de 2010), i amb el Reglament general de circulació (RGC) (art. 20 i següents per a l'alcohol; art. 27 i 28 per a substàncies estupefaents, psicòtrops i drogues tòxiques). Aquesta legislació aborda la conducció sota l'alcohol i/o altres drogues com una infracció molt greu, susceptible de sanció administrativa (González, 2012).

Conducció de bicicletes

La Llei de trànsit i seguretat viària, en el seu article 12, aplica també la prohibició a la conducció de bicicletes sota els efectes d'aquestes substàncies, i fins i tot assenyalava l'obligació de sotmetre's a proves de detecció d'alcohol a aquells altres usuaris de la via implicats en accident de circulació.

6.1. Quan s'aplica el Codi Penal i quan s'aplica la Llei de trànsit i seguretat viària?

Sotmesos a aquesta doble legislació, poden quedar dubtes de quan aplicar un codi o l'altre (González, 2012). Allà on la legislació i els reglaments que la desenvolupen no hagin assenyalat específicament els límits, la jurisprudència és l'encarregada de concretar-los.

Quan la taxa d'alcoholèmia superi el límit de 0,60 mg/l en aire expirat (1,2 grams per litre en sang), que és la que s'entén que altera les capacitats per a la conducció de manera clara i manifesta, amb independència de la influència sobre la capacitat de conduir, es considera delictes, i per tant està sotmès al Codi Penal (art. 379).

Per sota d'aquestes taxes, es considera delictes i són aplicables les penes del Codi Penal si se superen les taxes permeses d'alcohol i hi ha una clara i manifesta influència de l'alcohol en la capacitat de conducció, o hi ha algun agreujant expressament tipificat com a manifest menyspreu o conducció temerària. Fins i tot podria arribar a ser considerat delictes, tot i que no es faci la prova d'alcoholèmia, que el subjecte presentés clars indicis d'estar conduint sota els efectes de l'alcohol.

Cal assenyalar que la jurisprudència entén com a «manifesta influència de l'alcohol en la capacitat de conducció» quan les capacitats físiques i/o psíquiques del subjecte estan alterades d'una manera indubtable, de tal manera que es pot afirmar que ha conduït de manera perillosa per a la seguretat viària.

En aquest sentit (Granado Travieso 2012), la Instrucció 3/2006 de la Fiscalia General de l'Estat estableix que:

«Per sobre de la taxa de 0,4 mg/l en aire expirat, s'ha d'exercir normalment l'acció penal en funció dels signes d'embraguesa i de les anomalies en la conducció. Tot i que aquestes últimes no hi concorren, es pot exercir l'acció penal en els casos de clars signes o símptomes, sempre amb una valoració adequada de les circumstàncies. Per sota de 0,40 mg/l en aire expirat i amb ponderació idèntica, només s'ha de fer de manera excepcional.»

Per tant, en aquestes situacions cobra especial importància la recollida, per l'agent de trànsit, del **comunicat de conductes observables**. Fins i tot podria passar que el subjecte presentés taxes d'alcohol en aire expirat inferiors a 0,4 mg/l, però que aquesta quantitat li alterés de manera notable i manifesta la facultat, de tal manera que la seva conducció resultés perillosa. En aquests casos, i de manera excepcional, podria ser acusat de delictes penal.

En el cas de la conducció sota la influència de drogues, estupefaents i substàncies psicotròpiques diferents de l'alcohol, no es pot establir de moment una taxa de referència, i per tant per a ser considerat delictes és necessari demostrar

que el subjecte estava conduint sota l'efecte clar i indubtable d'aquestes substàncies, o que existeix algun agreujant expressament tipificat com a menyspreu manifest o conducció temerària.

Diferents conductes, signes i símptomes poden suggerir que el subjecte està sota els efectes de l'alcohol i/o d'altres drogues tòxiques.

Alguns símptomes i signes que suggereixen la influència de substàncies

- Fetor alcohòlica.
- Ulls brillants.
- Parla disàrtrica o pastosa.
- Tenir problemes d'equilibri o dificultats de coordinació.
- Estar confús o desorientat.
- Mostrar-se eufòric, desinhibit o especialment irritable.
- Reconèixer obertament el consum previ de les substàncies.
- Circular de manera imprudent, irregular.
- Conduir fent ziga-zagues, bruscament o fent cops de volant.
- Anar en sentit contrari.
- Anar a una velocitat inadequada.
- Envair el carril contrari.
- Fer cas omís dels senyals de trànsit...

6.2. Alcohol i sanció administrativa

Convé recordar que la taxa d'alcohol en sang o alcoholèmia no és uniforme en tots els subjectes que consumeixen exactament el mateix, sinó que depèn de diferents variables, per exemple:

- l'edat,
- el gènere,
- el pes del subjecte,
- el tipus d'alcohol,
- la velocitat de consum,
- que s'acompanyi d'ingesta d'aliments,
- l'hora del dia,
- factors genètics,
- altres condicionants personals.

A partir d'una mínima quantitat d'alcohol en sang, són valorables alteracions cognitives que impliquen més risc d'accidents:

- reducció de camp visual,
- dificultat per a valorar la velocitat del vehicle,
- temps de resposta incrementat,
- fallades en l'atenció sostinguda i atenció dividida...

Així mateix, es produeixen alteracions de l'equilibri, dificultats de coordinació, més fatiga i somnolència, errors en el procés de presa de decisió, dificultat per a acomodació de la vista, etc.

Per a l'alcohol (taula 5), es considera superior a la permessa, i per tant **infracció susceptible de sanció administrativa**, la taxa d'alcohol en aire expirat superior a 0,25 mil·ligrams per litre (alcohol en sang superior a 0,5 grams per litre); i per a conductors professionals la taxa d'alcohol en aire expirat superior a 0,15 mil·ligrams per litre (alcohol en sang superior a 0,3 grams per litre), sempre que no se superi la taxa de 0,6 mg/l en aire expirat (1,2 g/l en sang) i/o no s'apreciïn clares manifestacions d'estar conduint amb les capacitats minvades i sota la influència de l'alcohol (en aquestes circumstàncies, com ja s'ha assenyalat abans, es considera delicte).

Taula 5. Límits de la taxa d'alcohol

Tipus de conductor	Taxa en sang	Taxa en aire
General	0,5 g/l	0,25 mg/l
Professional	0,3 g/l	0,15 mg/l
Principiant (< 2 anys)	0,3 g/l	0,15 mg/l
Ciclista	0,5 g/l	0,25 mg/l

6.2.1. Quines sancions preveu la llei per a aquest tipus de delictes i infraccions contra la seguretat viària?

Difereixen clarament segons si s'aplica el Codi Penal (no cal oblidar que llavors ja es parla de delictes) o la Llei de trànsit i seguretat viària (en aquest cas són sancions administratives per infraccions molt greus).

1) En el cas de sancions administratives

L'última reforma de la Llei de seguretat viària de 2009 (Llei 18/2009) estableix la pèrdua de punts del permís de conduir en funció de la taula següent:

Taula 6. Infraccions i sancions de trànsit

Infracció	Punts	Multa
Conduir amb una taxa d'alcohol superior a la reglamentàriament establerta: valors mg/l aire expirat, més de 0,50 (professionals i titulars de permisos de conducció amb menys de dos anys d'antiguitat més de 0,30 mg/l)	6	1.000 euros
Conduir amb una taxa d'alcohol superior a la reglamentàriament establerta: valors mg/l aire expirat, superior a 0,25 fins a 0,50 (professionals i titulars de permisos de conducció amb menys de dos anys d'antiguitat més de 0,15 fins a 0,30 mg/l)	4	500 euros
Conduir sota els efectes d'estupefaents, psicòtrops, estimulants i altres substàncies d'efectes anàlegs	6	500 euros
Incomplir l'obligació de sotmetre's a les proves de detecció del grau d'alcoholèmia, d'estupefaents, de psicòtrops, d'estimulants i d'altres substàncies d'efectes anàlegs	6	1.000 euros
Conduir temeràriament, circular en sentit contrari a l'establert o participar en curses o competicions no autoritzades	6	

2) En cas de considerar-se delictes del Codi Penal

La conducció sota els efectes d'estupefaents, drogues tòxiques i psicòtrops amb clars símptomes d'afectació de les funcions o amb temeritat i/o manifest menyspreu, i també sota els efectes de l'alcohol amb taxa superior a 0,60 mg/l en aire expirat (1,2 grams per litre en sang) es considera un delicte. La Llei orgànica 15/2007, de 30 de novembre (que modifica específicament el relatiu als delictes contra la seguretat viària del Codi Penal de 1995) estableix que les sancions que corresponen a aquests delictes es poden establir amb:

- penes privatives de llibertat (presó de 3 a 6 mesos)
- multa de 6 a 12 mesos
- treballs en benefici de la comunitat de 31 a 90 dies

A més, aquestes penes s'han d'acompanyar de la privació del dret a conduir vehicles de motor i ciclomotors per un temps superior a un any i fins a quatre anys. En el cas d'alcoholèmia superior a 1,2 g per litre en sang, no és necessari que es provi que el subjecte està influenciat per l'alcohol. El fet de superar aquestes taxes en si és punible i sancionable amb les penes assenyalades.

Les últimes modificacions del CP (LO 2/2019) assenyalen que es pot aplicar la sanció possible més alta per a aquelles conductes particularment greus amb resultat de mort (homicidi imprudent), entre les quals esmenta la conducció sota influència d'alcohol, estupefaents o substàncies psicotròpiques. En aquest cas, la pena de presó pot anar fins als quatre anys de presó.

Articulat del Codi Penal (amb les últimes reformes) en matèria de circulació sota la influència de substàncies

Article 142

«1. Qui per imprudència greu causi la mort d'un altre ha de ser castigat, com a reu d'homicidi imprudent, amb la pena de presó d'un a quatre anys.

Si l'homicidi imprudent s'ha comès utilitzant un vehicle de motor o un ciclomotor, s'ha d'imposar així mateix la pena de privació del dret a conduir vehicles de motor i ciclomotors d'un a sis anys. A l'efecte d'aquest apartat, s'ha de considerar en tot cas com a imprudència greu la conducció en la qual la concurrència d'alguna de les circumstàncies previstes en l'article 379 determinés la producció del fet.

...

2. Qui per imprudència menys greu causi la mort d'un altre ha de ser castigat amb la pena de multa de tres mesos a divuit mesos.

Si l'homicidi s'ha comès utilitzant un vehicle de motor o un ciclomotor, també es pot imposar la pena de privació del dret a conduir vehicles de motor i ciclomotors de tres a divuit mesos. S'ha de considerar imprudència menys greu, quan no sigui qualificada de greu, sempre que el fet sigui conseqüència d'una infracció greu de les normes sobre trànsit, circulació de vehicles de motor i seguretat viària, apreciada l'entitat d'aquesta pel jutge o pel tribunal.»

Article 379

«1. Qui condueixi un vehicle de motor o un ciclomotor a una velocitat superior en seixanta quilòmetres per hora en via urbana o en vuitanta quilòmetres per hora en via interurbana a la permesa reglamentàriament, ha de ser castigat amb la pena de presó de

tres a sis mesos o amb la de multa de sis a dotze mesos o amb la de treballs en benefici de la comunitat de trenta-un a noranta dies, i, en qualsevol cas, amb la de privació del dret a conduir vehicles de motor i ciclomotors per un temps superior a un any i fins a quatre anys.

2. Amb les mateixes penes ha de ser castigat qui condueixi un vehicle de motor o ciclomotor sota la influència de drogues tòxiques, estupefaents, substàncies psicotròpiques o begudes alcohòliques. En tot cas ha de ser condemnat amb aquestes penes qui condueixi amb una taxa d'alcohol en aire expirat superior a 0,60 mil·ligrams per litre o amb una taxa d'alcohol en sang superior a 1,2 grams per litre.»

Article 380

«1. Qui condueixi un vehicle de motor o un ciclomotor amb temeritat manifesta i posi en un perill concret la vida o la integritat de les persones ha de ser castigat amb les penes de presó de sis mesos a dos anys i privació del dret a conduir vehicles de motor i ciclomotors per un temps superior a un any i fins a sis anys.

2. A l'efecte del present precepte s'ha de considerar manifestament temerària la conducció en la qual concorrin les circumstàncies previstes a l'apartat primer i a l'incís segon de l'apartat segon de l'article anterior.»

Article 381

«1. Ha de ser castigat amb les penes de presó de dos a cinc anys, multa de dotze a vint-i-quatre mesos i privació del dret a conduir vehicles de motor i ciclomotors durant un període de sis a deu anys qui, amb manifest menyspreu per la vida dels altres, tingués la conducta descrita en l'article anterior.

2. Quan no s'hagi posat en perill concret la vida o la integritat de les persones, les penes han de ser de presó d'un a dos anys, multa de sis a dotze mesos i privació del dret a conduir vehicles de motor i ciclomotors pel temps previst en el paràgraf anterior.»

Article 382

«Quan amb els actes sancionats en els articles 379, 380 i 381 s'ocasioni, a més del risc previngut, un resultat lesiu constitutiu de delictes, sigui quina en sigui la gravetat, els jutges o els tribunals només han d'apreciar la infracció més greument penada i han d'aplicar la pena en la seva meitat superior i condemnar, en tot cas, al rescabament de la responsabilitat civil que s'hagués originat.

Quan el resultat lesiu concorri amb un delictes de l'article 381, s'ha d'imposar en tot cas la pena de privació del dret a conduir vehicles de motor i ciclomotors prevista en aquest precepte en la seva meitat superior.»

Article 382 bis

«1. El conductor d'un vehicle de motor o d'un ciclomotor que, fora dels casos previstos en l'article 195, voluntàriament i sense que concorri risc propi o de tercers, abandoni el lloc dels fets després de causar un accident en el qual morin una o diverses persones o en el qual es causés lesió constitutiva d'un delictes de l'article 152.2, ha de ser castigat com a autor d'un delictes d'abandonament del lloc de l'accident.

2. Els fets previstos en aquest article que tinguessin el seu origen en una acció imprudent del conductor, han de ser castigats amb la pena de presó de sis mesos a quatre anys i privació del dret a conduir vehicles de motor i ciclomotors d'un a quatre anys.

3. Si l'origen dels fets que donen lloc a l'abandonament fos fortuït li correspon una pena de tres a sis mesos de presó i privació del dret a conduir vehicles de motor i ciclomotors de sis mesos a dos anys.»

Article 383

«El conductor que, requerit per un agent de l'autoritat, es negui a sotmetre's a les proves legalment establertes per a la comprovació de les taxes d'alcoholèmia i la presència de drogues tòxiques, estupefaents i substàncies psicotròpiques a què es refereixen els articles anteriors, ha de ser castigat amb la pena de presó de sis mesos a un any i privació del dret a conduir vehicles de motor i ciclomotors per temps superior a un i fins a quatre anys.»

La **negativa a sotmetre's a les proves de detecció** també és susceptible de ser considerada delictes o sanció. L'article 383 del CP estableix que la negativa a sotmetre's a proves de detecció d'alcohol en sang constitueix un delictes. No obstant això, hi ha jurisprudència que assenyala que això és així sempre que el conductor estigui implicat en accident de trànsit o hi hagi sospita de conducció sota la influència de l'alcohol. La pena prevista, en cas de considerar-se delictes, és de presó de sis mesos a un any i la privació del dret a conduir vehicles de motor i ciclomotors, per un temps superior a un i fins a quatre anys (Muñoz Garrido, 2010).

La **conducció temerària** actua com a agreujant i es correspon amb penes més altes.

6.3. Detecció d'alcohol i altres substàncies. Acta de conductes externes observables i participació del facultatiu

Segons diu la Llei, la detecció d'alcohol s'ha de fer amb alcoholímetres convenientment homologats per mitjà de l'aire expirat (Muñoz Garrido, 2011). Aquesta prova l'han de fer els agents de trànsit. L'usuari, com a confirmació o com contraanàlisi, pot sol·licitar una anàlisi d'orina o de sang a un laboratori públic o privat homologat.

Fins a la modificació per LO 5/2010 del Codi Penal, les proves de drogues estaven regulades administrativament en els articles 12 LTSV i 28 RGC. Aquí s'assenyala que s'ha de contrastar la sospita amb el reconeixement mèdic del subjecte i amb les anàlisis clíniques que el metge forense o personal facultatiu considerin més adequades (art. 28.1 RGC). No obstant això, des de la modificació assenyalada del Codi Penal, s'introdueix una nova regulació de les proves de tòxics. Aquesta legislació permet a l'agent de trànsit **fer la prova indiciària salival**, de caràcter obligatori per al conductor. En cas de resultar positiva o de presentar el subjecte clares mostres d'haver consumit aquestes substàncies, està obligat a facilitar saliva suficient per a ser analitzada en laboratoris homologats, sempre amb la garantia de la cadena de custòdia. En aquest cas, ja no serà necessària la valoració del mèdic forense. Cal acompanyar la recollida de mostres amb la redacció d'una acta de conductes externes observables. Un aspecte important és que les proves de detecció de substàncies només permeten registrar l'ús d'algunes d'aquestes. Moltes de les noves substàncies no són detectables mitjançant aquests mètodes (i algunes ho són difícilment fins i tot amb anàlisis de sang) (Soria, 2018).

Quan un agent de trànsit sospiti que un individu està conduint sota els efectes de l'alcohol o d'una altra droga tòxica, ha de recollir una acta de conductes externes observables (Granado Travieso, 2012).

Això és especialment important en el supòsit de conducció sota els efectes d'altres substàncies, i en l'alcohol quan el subjecte superi les taxes permeses però aquestes no siguin superiors a 0,6 mg/l en aire expirat (1,2 g/l en sang). En aquestes circumstàncies, és l'apreciació de la repercussió sobre la capacitat de conduir la que determina la presència o no del delictes. Cal tenir en compte, en aquest sentit, que més que el consum d'una substància en si, és l'efecte que aquest consum té sobre la capacitat de conducció el que condiciona que sigui considerat aquest consum com a infracció o com a delictes.

Si no hi ha altre remei, si l'usuari és valorat per personal mèdic desplaçat al lloc de la infracció o si és traslladat a un centre mèdic públic o privat homologat, el facultatiu ha de donar compte de les seves conclusions i anàlisis al jutge, a la Prefectura Central de Trànsit i fins i tot a les autoritats municipals competents.

6.3.1. Sobre la negativa a sotmetre's a la prova de detecció d'alcohol i altres drogues

La negativa a sotmetre's a la prova de detecció pot ser considerada tant sanció administrativa molt greu com delictes. S'exigeix, perquè sigui considerada delictes i per tant susceptible de penes, que aquesta negativa sigui absolutament clara, rotunda i persistent, i que el subjecte hagi entès adequadament les conseqüències derivades de negar-se a aquestes anàlisis. Els agents de trànsit, per tant, han de seguir un protocol clar que asseguri que el subjecte rep la informació adequada i de manera intel·ligible tant del que se li demana com de les conseqüències de la negativa a sotmetre's a les proves. El subjecte ha de ser requerit per l'agent de trànsit de manera expressa, formal, personal i directa, a sotmetre's a les proves legalment previstes. I l'individu s'ha de negar a fer-se aquestes proves de manera conscient i reiterada, sense deixar cap espai al dubte. D'altra banda, no es pot al·legar que no es tenia cap sospita ni que no s'hagués fet cap maniobra de risc en la conducció. El subjecte pot ser requerit a fer-se aquestes proves de manera aleatòria mitjançant els controls preventius de detecció d'alcohol i substàncies. De fet, i segons la Llei de trànsit i seguretat viària (art. 12), estan obligats a sotmetre's a les proves tots els conductors de vehicles i bicicletes, fins i tot la resta d'usuaris de la via (vianants) si es troben implicats en algun accident de circulació.

7. Sobre el tractament involuntari

La possibilitat d'obligar el subjecte dependent a sotmetre's a tractament ha estat motiu d'un debat important. No obstant això, la deterioració cognitiva i volitiva que provoca el consum de substàncies en el consumidor no assoleix un grau suficient per a procedir a la incapacitació del pacient i a sotmetre'l involuntàriament a tractament. Només en circumstàncies puntuals i de manera limitada, per exemple en el cas d'un episodi psicòtic pel consum, pot ser internat en contra de la seva voluntat, si bé, i una vegada acabat aquest episodi, el subjecte és novament lliure per a decidir sobre el seu tractament.

Només els subjectes afectats de patologia dual greu (esquizofrènia sobretot, juntament amb consum de substàncies) o deterioracions cognitives molt marcades per malalties com ara la sida, són subsidiaris d'incapacitació després d'una valoració individual i l'emissió de l'informe pericial corresponent.

En el cas que el subjecte hagi comès delictes i s'hagi considerat com a atenuant la seva addicció, el jutge pot proposar com a mesura de seguretat el seguiment d'un programa terapèutic reglamentat en un centre habilitat, però aquesta circumstància no es pot ni s'ha d'entendre com un tractament involuntari.

Resum

Al llarg d'aquest mòdul, l'estudiant ha pogut aprofundir en algunes qüestions essencials en relació amb la drogodependència des del punt de vista criminològic.

Un dels papers primordials que s'atribueix als metges especialistes en Psiquiatria és assessorar el jutge o l'òrgan col·legiat sobre el diagnòstic i les implicacions que el consum de substàncies té sobre la capacitat de decidir i actuar en un subjecte concret. Per a això, l'expert segueix una metodologia exhaustiva que inclou com a pedra bàsica fonamental la història clínica i l'exploració psicopatològica. Es fonamenta a més en una altra sèrie d'exploracions complementàries com ara proves, anàlisi de tòxics...

La valoració que fa, la reflecteix en l'informe pericial, que té un format diferenciat de l'informe clínic habitual. El tipus de relació que estableix el professional amb el subjecte consumidor difereix clarament del que s'estableix a les consultes habituals.

Es motiu de peritatge en el cas de les toxicomanies el coneixement del risc futur tant de recaiguda freqüentment en el consum com de reincidència en el delicte. A l'apartat corresponent, s'ha repassat l'estat actual del coneixement sobre el tema. El consum de substàncies, especialment de l'alcohol, és un factor essencial per a explicar els delictes violents tant en població amb patologia mental prèvia com, en menor mesura, en persones sense antecedents psiquiàtrics.

Que el consum de substàncies altera el funcionament normal del cervell es va estudiar en el mòdul anterior. Aquestes alteracions condicionen les capacitats cognitives i volitives de l'addicte, circumstància que s'expressa en diferents terrenys, un dels quals és la imputabilitat dels delictes que pugui cometre. El Codi Penal estableix que, sota determinades condicions, la dependència de substàncies pot ser un atenuant de responsabilitat i, com a tal, objecte d'aplicació de mesures de seguretat.

Una altra àrea social i criminològica en què aquestes alteracions cognitives són evidents és en la conducció de vehicles sota l'efecte de les substàncies tòxiques. Tant el Codi Penal com, complementàriament, la Llei de trànsit i seguretat viària, estableixen els límits de consum, les vies per a acreditar aquest consum i les conseqüències penals o administratives, respectivament, de les infraccions dels codis.

El Codi Penal, dins dels delictes contra la salut pública, estableix el del tràfic de drogues o substàncies tòxiques. La seva redacció, d'una manera àmplia, dona motiu per a revisar diferents qüestions relacionades. Una és la possessió de substància per a l'autoconsum en contraposició amb la possessió per al tràfic. S'han repassat els diferents perfils de delinqüents, i també els criteris que permeten diferenciar en quina de les dues situacions ens trobem. La Llei de protecció de la seguretat ciutadana estableix les sancions administratives per consum de substàncies en vies públiques, entre altres infraccions.

Finalment, s'ha revisat l'estat actual de la possibilitat de sotmetre a tractament involuntari el subjecte drogodependent, i s'ha conclòs que per regla general aquest plantejament no és factible. En tot cas, és desitjable que sigui el mateix subjecte qui, amb ajuda de familiars i professionals, valori progressivament la necessitat de sotmetre's a tractament. Els indicadors d'èxit terapèutic són clarament superiors sota aquestes circumstàncies.

Exercicis d'autoavaluació

1. Són funcions de la Psiquiatria Forense totes excepte:

- a) Assessorar el jutge sobre la capacitat d'un subjecte per a comprendre la realitat.
- b) Ajudar a determinar el grau de responsabilitat sobre els seus actes.
- c) Establir el diagnòstic psiquiàtric d'un subjecte.
- d) Establir i supervisar el programa de tractament rehabilitador si s'estableix com a mesura de seguretat.

2. Són elements essencials per a un peritatge psiquiàtric:

- a) La història clínica.
- b) Les anàlisis toxicològiques.
- c) Les proves psicomètriques.
- d) Totes les anteriors són correctes.

3. En quines àrees del Dret actua el perit psiquiàtric?:

- a) Només en Dret Penal.
- b) En Dret Penal i en Dret Civil.
- c) En qualsevol camp del Dret.
- d) En qualsevol camp del Dret menys en el militar.

4. Quina característica diferencia el peritatge de l'acte mèdic normal?:

- a) La confidencialitat no és exigible en l'acte mèdic normal.
- b) La responsabilitat en el peritatge s'adquireix en relació amb la Justícia.
- c) En el peritatge el metge diagnostica i tracta el pacient.
- d) Totes les anteriors són falses.

5. Sobre les anàlisis toxicològiques és fals el següent:

- a) L'anàlisi de cabell sol ser complicat i d'utilitat en Medicina Forense.
- b) Diversos positius en anàlisi no impliquen dependència de la substància.
- c) Un positiu en una anàlisi de control implica dependència de la substància.
- d) Les proves salivals són proves de cribratge.

6. Sobre el consum de substàncies i el risc de perillositat, cal considerar el següent:

- a) El cànnabis és la droga que més s'ha relacionat amb crims violents.
- b) Només en població psiquiàtrica l'alcohol augmenta el risc de crims violents.
- c) En general, la població psiquiàtrica comet més delictes que la població sense antecedents psiquiàtrics.
- d) La comorbiditat de patologia psiquiàtrica i consum de substàncies empitjora el pronòstic de perillositat.

7. En relació amb els delictes de tràfic de drogues tòxiques, és correcte que:

- a) Qualsevol possessió de substància és susceptible de ser perseguida d'acord amb el Codi Penal com a delicte de tràfic.
- b) L'entrega compassiva es considera a efectes penals un delicte de tràfic.
- c) La consideració de possessió per a autoconsum s'estableix per criteris concrets de quantitat de substància sense importar altres condicionants.
- d) L'ús compartit de substància que no en busqui la difusió podria no ser considerat delicte de tràfic de drogues.

8. Sobre la Llei de Protecció de la Seguretat Ciutadana:

- a) Castiga amb penes les infraccions com ara la possessió de substància.
- b) Es considera infracció greu deixar xeringues en una via pública.
- c) La possessió de substància per a l'autoconsum n'impedeix la confiscació.

d) Es considera infracció molt greu el tràfic de substàncies estupefaents en entorns escolars.

9. Sobre les polítiques de lluita contra les drogues:

- a)** Són eminentment repressives.
- b)** Les penes han de ser proporcionals al delicte comès, però no tan intenses que evitin la resocialització.
- c)** La redacció inicial del Codi Penal de 1995 establia clares diferències de pena en funció del tipus i de la quantitat de droga amb què es traficqués.
- d)** Les penes són anul·lables si el subjecte se sotmet a tractament de rehabilitació de sis mesos a un any.

10. Assenyaleu l'opció veritable:

- a)** Les proves de saliva permeten una detecció quantitativa de la substància consumida.
- b)** El fet de donar positiu en una prova salival implica, en tot cas, una pena segons el Codi Penal.
- c)** El fet de donar positiu en una prova salival implica una pena segons el Codi Penal si es demostra clarament que el subjecte conduïa amb les capacitats alterades per efecte de les substàncies.
- d)** La negativa a sotmetre's a una prova salival necessàriament comporta un judici per delicte segons el Codi Penal.

11. Assenyaleu l'opció falsa:

- a)** Amb independència de l'efecte que produeixi en el conductor, conduir amb taxes d'alcohol en aire expirat superiors a 0,8 mg/l és un delicte del Codi Penal.
- b)** Taxes per sota del 0,6 mg/l d'alcohol en aire expirat en conductors no professionals no novells ha de ser considerat delicte en funció de l'afectació sobre les capacitats de conducció, observables per diferents conductes.
- c)** Conductors professionals amb taxes de 0,2 mg/l d'alcohol en aire expirat sense signes manifestos d'afectació de les capacitats per a la conducció són sancionables amb 4 punts del permís de conduir i 500 euros de multa.
- d)** Conductors novells amb taxes de 0,2 mg/l d'alcohol en aire expirat sense signes manifestos d'afectació de les capacitats per a la conducció són sancionables amb 6 punts del permís de conduir i 500 euros de multa.

Solucionari

Exercicis d'autoavaluació

1. d

2. a

3. c

4. b

5. c

6. d

7. d

8. b

9. b

10. c

11. d

Glossari

abstinència *f* Simptomatologia física i psíquica que es produeix en interrompre el consum d'una substància psicoactiva.

alcoholímetre *m* Dispositiu per a mesurar la quantitat d'alcohol present en l'aire expirat per una persona.

anamnesi *f* Conjunt de les dades clíniques rellevants i altres de l'historial d'un pacient.

comorbiditat *f* Presentació en un mateix subjecte d'almenys dues patologies diferents.

confidencialitat *f* Qualitat de confidencial (que es fa o es diu en confiança o amb seguretat recíproca entre dues o més persones; en el cas de la relació metge-pacient, inclou l'obligació de no revelar el contingut del que es valori o parli durant l'acte mèdic, excepte situacions excepcionals ja previstes).

dependència (de substància o addicció a substància) *f* Que compleix els criteris establerts per les classificacions internacionals. Bàsicament, és el subjecte que fa ús de la substància d'una manera continuada, que és incapaç de controlar-ne el consum i l'estil de vida del qual està circumscrit a l'obtenció de les drogues.

disàrtria *f* Dificultat per a la parla, dificultat per a articular adequadament que es pot observar en intoxicacions diverses.

disfòria *f* Oposat a eufòria. Estat d'ànim caracteritzat per la inestabilitat de l'humor, amb ansietat, irritabilitat, malestar i, en ocasions, reaccions colèriques.

dissimulació *f* Acció voluntària d'ocultar, encobrir alguna informació, símptoma o patiment

droga *f* Substància exògena, d'origen vegetal o sintètic, dotada d'activitat farmacològica, que té capacitat de modificar o alterar una o diverses funcions del subjecte que les consumeix. En el món anglosaxó, droga es refereix tant a substàncies legals (fàrmacs inclosos) com a substàncies il·legals.

drogodependència *f* O toxicomania, addicció a una substància.

eficàcia *f* En Medicina, capacitat d'aconseguir l'efecte desitjat.

eficiència *f* En Medicina, capacitat d'aconseguir l'objectiu desitjat amb el menor cost possible.

exploració psicopatològica *f* Conjunt de signes i símptomes del pacient que l'especialista ha d'explorar i interpretar.

fenomenologia descriptiva *f* Línia d'exploració que duu a terme el psiquiatre basant-se en la descripció que el pacient fa sobre les seves experiències subjectives.

fetor alcohòlica *m* Pudor, olor desagradable a alcohol.

fiabilitat *f* En Psicometria, és l'estabilitat amb la qual un test mesura el que diu mesurar. Es diu que un test és fiable si, després de repetides aplicacions del test, les mesures resultants són consistents i estables.

jurisprudència *f* Conjunt de les sentències dels tribunals i doctrina que contenen.

perit *m* En dret, persona que, posseint determinats coneixements científics, artístics, tècnics o pràctics, informa, sota jurament, el jutge sobre punts litigiosos quan es relacionen amb el seu especial saber o experiència.

peritat *m* Subjecte sotmès a peritatge.

policonsum *m* Quan el subjecte consumeix més d'una substància, fins i tot si una d'aquestes és la principal.

prova de cribratge *f* Prova no excessivament cara que es pot fer a àmplies mostres de població per a detectar aquells casos rellevants. Ha de ser eficient, és a dir, barata i alhora útil per a detectar els casos en la població general.

proves de radioimatgeria *f pl* Tècniques exploratòries que permeten veure imatges de l'òrgan estudiat. Inclouen ecografia, rajos X, tomografia axial computeritzada (també ano-

menada *scanner* o TAC), ressonància nuclear magnètica (RNM), proves funcionals... Es poden referir a diferents parts del cos humà.

psicoestimulant *m* Substància o fàrmac que augmenta el nivell d'alerta o vigilància de l'SNC.

serologia *f* Mesurament de determinats marcadors en sèrum sanguini.

simulació *f* Acció voluntària de fingir o imitar símptomes o malalties que en realitat no es pateixen.

«**tallar la droga**» *v* Adulterar-la, diluir-la amb altres substàncies amb la finalitat d'obtenir més dosis, i per tant, més benefici econòmic.

trastorn per consum de substàncies *m* S'ha emprat com a denominació comuna per als diferents trastorns que produeixen les substàncies. En la nova versió DSM-5 es refereix tant a la dependència com a l'abús d'una determinada substància.

validesa *f* En Psicometria, és l'eficàcia amb la qual un determinat test o prova mesura realment el que vol mesurar.

Venda a la menuda *m* Venda al detall de substàncies; venda en petita escala, en l'àmbit del carrer.

Bibliografia

Adam, A.; Francès, F. (2014). «La eficacia de la suspensión de la pena en drogodependientes». *Gac Int Cienc Forense* (vol. 11, pàg. 30-35).

Alonso, J.; Prieto, L.; Anto, J. M. (1995). «La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos». *Med Clin (Barc)* (vol. 104, pàg. 771-6).

Aránguez Sánchez, C. (1999). «Criterios del Tribunal Supremo para delimitar el ámbito de lo punible en la posesión de drogas». *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología* (vol. 1).

Arroyo Fernández, A.; Mora Font, A.; Sánchez Fité, M. i altres. (2008). «Drogas de abuso en saliva de conductoras: aspectos médico-legales». *Rev Esp Med Legal* (vol. 34, pàg. 3-10). [en línia] <www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-medicina-legal-285-articulo-drogas-abuso-saliva-conductores-aspectos-S0377473208700208?referer=buscador>.

Barlatti, S.; Stefana, A.; Bartoli, F. i altres. (2019). «Violence risk and mental disorders (VIORMED-2): A prospective multicenter study in Italy». *PLoS One* (vol. 14, núm. 4), e0214924 doi: 10.1371/journal.pone.0214924. eCollection 2019.

Beaudette, J. N.; Stewart, L. A. (2016). «National Prevalence of Mental Disorders among Incoming Canadian Male Offenders». *Can J Psychiatry* (vol. 61, núm. 10, pàg. 624-32). doi: 10.1177/0706743716639929.

Bennett, T.; Holloway, K.; Farrington, D. (2008). «The Statistical Association between Drug Misuse and Crime: A Meta-Analysis». *Aggress Violent Behav* (vol. 13, pàg. 107-118).

Bobes, J.; Bascarán, M. T.; Bobes-Bascarán, M. T. i altres. (2007). «Valoración de la gravedad de la adicción: Aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos». *Socidrogalcohol*. Monografía. [en línia] <[www.socidrogalcohol.org/phocadownload/Publicaciones/manuales-guias/Valoracion de la gravetat de la adiccion, Julio Bobes et alii, 2007.pdf](http://www.socidrogalcohol.org/phocadownload/Publicaciones/manuales-guias/Valoracion%20de%20la%20gravedad%20de%20la%20adiccion,%20Julio%20Bobes%20et%20alii,%202007.pdf)>.

Boles, S. M.; Miotto, K. (2003). «Substance abuse and violence. A review of the literature». *Aggress Violent Beh* (vol. 8, pàg. 155-174).

Bolinches, F.; De Vicente, P.; Castellano, M. i altres. (2002). «Personalidades impulsivas y trastornos por uso de sustancias: algo más que un diagnóstico dual». *Trastornos Adictivos* (vol. 4, núm. 4, pàg. 216-22).

Bonfill, R.; Casado, M.; Moreno, C. i altres. (2013). *La eficacia de las suspensiones judiciales con obligación de tratamiento de deshabitación. Factores que pueden influir en la reducción o no de reincidencia*. Barcelona: Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.

Brucato, G.; Appelbaum, P. S.; Lieberman, J. A. i altres. (2018). «A Longitudinal Study of Violent Behavior in a Psychosis-Risk Cohort». *Neuropsychopharmacology* (vol. 43, núm. 2, pàg. 264-271). doi: 10.1038/npp.2017.151.

Bruijnen, C. J. W. H.; Dijkstra, B. A. G.; Walvoort, S. J. W. i altres. (2019). «Prevalence of cognitive impairment in patients with substance use disorder». *Drug Alcohol Rev* (vol. 38, núm. 4, pàg. 435-442). doi: 10.1111/dar.12922. Epub 2019 Mar 27.

Bunn, T.; Singleton, M.; Chen, I. C. (2019). «Use of multiple data sources to identify specific drugs and other factors associated with drug and alcohol screening of fatally injured motor vehicle drivers». *Accid Anal Prev* (vol. 122, pàg. 287-294). doi: 10.1016/j.aap.2018.10.012.

Carrasco, J. J.; Maza Martín, J. M. (1998). *Manual de Psiquiatria Legal y Forense*. La Ley Actualidad.

Carrasco, J. J. (1999). *Exigencias del peritaje forense. El caso de los drogodependientes*. Ponencia en el VI Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. Cadis: Chiclana de la Frontera.

Chaimowitz, G. (2012). «The criminalization of people with mental illness». *Can J Psychiatry* (vol. 57, núm. 2, pàg. 1-6).

Christophersen, A. S.; Mørland, J.; Stewart, K. i altres. (2016). «International trends in alcohol and drug use among vehicle drivers». *Forensic Sci Rev* (vol. 28, núm. 1, pàg. 37-66).

Corrêa de Carvalho, J. T. (2007). «El delito de tráfico de drogas y el principio de proporcionalidad». *Noticias Jurídicas*. [en línea] <<http://noticias.juridicas.com/conocimiento/articulos-doctrinales/4328-el-delito-de-trafico-de-drogas-y-el-principio-de-proporcionalidad/>>.

Costa, P. T.; McCrae, R. R. (2008). *NEO-PI-R (Revised Neo Personality Inventory)* Inventario de Personalidad NEO Revisado (adaptación española: Cordero, Pamos y Seisdedos).

De Aguilar Gualda, S. (2017). «La pericial psiquiátrica en el procedimiento penal». *Anales de derecho* (vol. 35, núm. 1). [en línea] <<http://revistas.um.es/analesderecho/article/view/261611>>.

Deitch, D.; Koutsenok, I.; Ruiz, A. (2000). «The relationship between crime and drugs: what we have learned in recent decades». *J Psychoactive Drugs* (vol. 32, pàg. 391-397).

Dirección General de Tráfico (2015). *Informe final. Alcohol, drogas y medicamentos en conductores de vehículos en España*. Proyecto DRUID. [en línea] <www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/investigacion/estudios-e-informes/2015/20150600.-Informe-2013-drogas-alcohol-y-medicamentos.pdf>.

Douglas, K. S.; Ogloff, J.; Nicholls, T. L. i altres. (1999). «Assessing risk for violence among psychiatric patients: The HCR-20 violence risk assessment scheme and the Psychopathy Checklist: Screening Version». *J Consult Clin Psychol.* (vol. 67, núm. 6, pàg. 917-930).

Esbec, E.; Echeburúa, E. (2014). «La prueba pericial en la jurisdicción penal en los consumidores de drogas y drogodependientes: una valoración integral». *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*. (vol. 14, pàg. 189-215). ISSN: 1576-9941

Esbec, E.; Echeburúa, E. (2016). «Abuso de drogas y delincuencia: consideraciones para una valoración forense integral». *Adicciones*. (vol. 28, núm. 1, pàg. 48-56).

Fazel, S.; Danel, J. (2002). «Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys». *Lancet*. (vol. 359, núm. 9306, pàg. 545-550).

Fazel, S.; Singh, J. P.; Doll, H. i altres. (2012). «Use of risk assessment instruments to predict violence and antisocial behaviour in 73 samples involving 24.827 people: systematic review and meta-analysis». *BMJ* (vol. 345, e4692). doi: 10.1136/bmj.e4692.

Fernández, J. (2008). «Crimen organizado». *Noticias Jurídicas*. [en línea] <<http://noticias.juridicas.com/conocimiento/articulos-doctrinales/4409-crimen-organizado/>>.

Fernández Ros, J. F. (2011). «La venta al por menor del adicto a las drogas para autofinanciarse: el nuevo párrafo segundo del artículo 368 del Código Penal.» *Noticias Jurídicas*. [en línea] <<http://noticias.juridicas.com/conocimiento/articulos-doctrinales/4651-la-venta-al-por-menor-del-adicto-a-las-drogas-para-autofinanciarse-el-nuevo-parrafo-segundo-del-articulo-368-del-codigo-penal/>>.

First, M. B.; Williams, J. B. W.; Karg, R. S. i altres. (2015). *Structured Clinical Interview for DSM-5: Research Version*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.

Fishbain, D. A.; Cutler, R. B.; Rosomoff, H. L. i altres. (1999). «Validity of self-reported drug use in chronic pain patients». *Clin J Pain* (vol. 15, núm. 3, pàg. 184-191).

Fridell, M.; Hesse, M.; Jaeger, M. M. i altres. (2008). «Antisocial personality disorder as a predictor of criminal behaviour in a longitudinal study of a cohort of abusers of several classes of drugs: Relation to type of substance and type of crime». *Addict Behav* (vol. 33, núm. 6, pàg. 799-811).

Friedman, A. S. (1998). «Substance use/abuse as a predictor to illegal and violent behavior: A review of the relevant literature». *Aggress Violent Behav* (vol. 3, núm. 4, pàg. 339-355).

Gisbert Calabuig, J. A. (2004). *Manual de Medicina Legal y Toxicológica* (6a. ed.). Barcelona: Elsevier-Masson.

Gómez Pozueta, C. J. (2017). «El narcotráfico en la legislación penal española». *Noticias Jurídicas*. [en línea] <<http://noticias.juridicas.com/conocimiento/articulos-doctrinales/11719-el-narcotrafico-en-la-legislacion-penal-espanola/>>.

González Luque, J. C. (2012). «New approaches for an old problem: driving under influence of drugs». *Rev Esp Med Legal* (vol. 38, núm. 3, pàg. 87-88). [en línea] <<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-medicina-legal-285-articulo-nuevas-dimensiones-un-viejo-problema-S0377473212000600>>.

Gossop, M.; Darke, S.; Griffiths, P. i altres. (1995). «The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users». *Addiction* (vol. 90, pàg. 607-614).

Granado Travieso, M. L. (2012). «Los delitos contra la seguridad vial y el atestado policial». *Noticias Jurídicas*. [en línia] <<http://noticias.juridicas.com/articulos/55-Derecho Penal/20120511-Los-delitos-contra-la-seguridad-vial-y-el-atestado-policial.html>>.

Herrero Álvarez, S. (1997). «Repercusiones prácticas del nuevo Código Penal en el tratamiento de los delincuentes toxicómanos». *Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología* (vol. 1, pàg. 53-59).

Hersh, D.; Mulgrew, C. L.; Van Kirk, J. i altres. (1999). «The validity of self-reported cocaine use in two groups of cocaine abusers». *J Consult Clin Psychol* (vol. 67, núm. 1, pàg. 37-42).

Jiménez-Mejías, E.; Medina-García, M. A.; Martínez-Ruiz, V. i altres. (2015). «Consumo de drogas e implicación en estilos de conducción de riesgo en una muestra de estudiantes universitarios. Proyecto uniHcos». *Gac Sanit* (vol. 29, supl. 1, pàg. 4-9). doi: 10.1016/j.gaceta.2015.04.008.

Kokkevi, A.; Hartgers, C. (1995). «European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence». *Eur Addict Res* (vol. 1, pàg. 208-210).

Latalova, K.; Kamaradova, D.; Prasko, J. (2014). «Violent victimization of adult patients with severe mental illness: a systematic review». *Neuropsychiatr Dis Treat* (vol. 9, núm. 10, pàg. 1925-39). doi: 10.2147/NDT.S68321.

Linder, M. W.; Bosse, G. M.; Henderson, M. T. i altres. (2000). «Detection of cocaine metabolite in serum and urine: frequency and correlation with medical diagnosis». *Clin Chim Acta* (vol. 295, núm. 1-2, pàg. 179-185).

Lindvist, P.; Allebeck, P. (1990). «Schizophrenia and assaultive behaviour: the role of alcohol and drug abuse». *Acta Psychiatr Scand* (vol. 82, pàg. 101-195).

Lizasoain, I.; Moro, M. A.; Lorenzo, P. (2001). «Cocaína: aspectos farmacológicos». Monografía cocaína. *Adicciones* (vol. 13, pàg. 36-46).

Logan, B. K.; D'Orazio, A. L.; Mohr, A. L. A. i altres. (2018). «Recommendations for Toxicological Investigation of Drug-Impaired Driving and Motor Vehicle Fatalities—2017 Update». *J Anal Toxicol* (vol. 42, núm. 2, pàg. 63-68). doi: 10.1093/jat/bkx082.

Loranger, A. W. (1995). *International Personality Disorder Examination (IPDE)* Ginebra: World Health Organization.

Mac Arthur (1998). «Mac Arthur Violence Risk Assessment Study». *Arch Gen Psychiatry* (vol. 55, pàg. 393-401). [en línia] <www.macarthur.virginia.edu/risk.html>.

Mayán Santos, M. E. (2007). «La importancia de la cantidad y composición en los delitos relativos a drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas». *Noticias Jurídicas*. [en línia] <<http://noticias.juridicas.com/conocimiento/articulos-doctrinales/4310-la-importancia-de-la-cantidad-y-composicion-en-los-delitos-relativos-a-drogas-toxicas-estupefacientes-y-sustancias-psicotropicas/>>.

Millon, T. (1987). *Millon Clinical Multiaxial Inventory-II (MCMI-II)*. Minneapolis, MN: National Computer Systems.

Monahan, J. (1992). «Mental disorder and violent behavior». *Am Psicol* (vol. 47, pàg. 511-521).

Montero La Rubia, F. J. (2005). «Supuestos de atipicidad en el tráfico de drogas». *Noticias Jurídicas*.

Muñoz Garrido, R. (2010). «Delitos contra la seguridad vial: conducción bajo la influencia de drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas (art. 379.2 CP) y negativa a someterse a las pruebas legalmente establecidas para su detección». *Noticias Jurídicas*. [en línia] <<http://noticias.juridicas.com/conocimiento/articulos-doctrinales/4557-delitos-contra-la-seguridad-vial:-conduccion-bajo-la-influencia-de-drogas-toxicas-estupefacientes-y-sustancias-psicotropicas-art-379-2-cp-/>>.

Muñoz Garrido, R. (2011). «La prueba de drogas en conductores (art. 379.2 CP) tras la Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, de reforma del Código Penal». *Noticias Jurídicas*. [en lí-

nia] <<http://noticias.juridicas.com/conocimiento/articulos-doctrinales/4691--la-prueba-de-drogas-en-conductores-art-379-2-cp-tras-la-ley-organica-5-2010-de-22-de-junio-de-reforma-del-codigo-penal/>>.

Nurco, D. N. (1987). «Drug addiction and crime: a complicated issue». *Br J Addict* (vol. 82, pàg. 7-9).

Nurco, D. N.; Cisin, I. H.; Ball, J. C. (1985). «Crime as a source of income for narcotic addicts». *J Subst Abuse Treat* (vol. 2, núm. 2, pàg. 113-115).

Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (2018). *Informe 2018. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) (2009). *Una respuesta a la conducción bajo los efectos de las drogas en Europa*. [en línia] <www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/539/TDAD09002ESC_177823.pdf>.

Pernanen, K. (1991). *Alcohol in Human Violence*. Nova York: Guildford Press.

Persson, M.; Belfrage, H.; Kristiansson, M. (2017). «Violent victimization and health service utilization in a forensic psychiatric context: a comparison between offenders with mental disorders and matched controls». *BMC Psychiatry* (vol. 17, núm. 1, pàg. 91). doi: 10.1186/s12888-017-1251-0.

Petherick, W.; Turvey, B.; Ferguson, C. (2010). *Forensic Criminology*. San Diego, Califòrnia: Elsevier Academic Press.

Pickard, H.; Fazel, S. (2013). «Substance abuse as a risk factor for violence in mental illness: some implications for forensic psychiatric practice and clinical ethics». *Curr Opin Psychiatry* (vol. 26, núm. 4, pàg. 349-54). doi: 10.1097/YCO.0b013e328361e798.

Quintero Olivares, G. (1996). «Nuevo planteamiento penal de la alteración mental y la drogodependencia». *Adicciones* (vol. 8, pàg. 1-4).

Quintero Olivares, G. (2005). *Parte General de Derecho Penal* (pàg. 89). Pamplona: Aranzadi.

Ríos Martín, J. C. (1997). «Alternativas a la prisión en el Código Penal de 1995». *Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología* (vol. 1, pàg. 76-87).

Robins, L. N.; Wing, J.; Wittchen, H. U. i altres. (1988). «The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiological instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures». *Arch Gen Psychiatry* (vol. 45, pàg. 1.069-1.077).

Sánchez Lizausaba, J. (2007). *El peritaje psiquiátrico*. [en línia] <www.sanliz.com.ve/psiquiatria-forense/el-peritaje-psiquiatico/>.

Schiller, M. J.; Shumway, M.; Batki, S. L. (2000). «Utility of routine drug screening in a psychiatric emergency setting». *Psychiatr Serv* 2000 (vol. 51, núm. 4, pàg. 474-478).

Sheehan, D. V.; Lecrubier, Y.; Sheehan, K. H. i altres. (1998). «The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10». *J Clin Psychiatry* (vol. 59, núm. 20, pàg. 22-33).

Soria, M. L. (2018). «Conducción bajo la influencia de las nuevas sustancias psicoactivas». *Rev Esp Med Legal* (vol. 44, pàg. 169-175). doi.org/10.1016/j.reml.2017.11.001

Staub, C.; Marse, M.; Mino, M.; Mangin, P. (2001). «Detection of acetylcodeine in urine as an indicator of illicit heroin use: method validation and results of a pilot study». *Clin Chem* (vol. 47, pàg. 301-307).

Stroup, T. S.; McEvoy, J. P.; Swartz, M. S. i altres. (2003). «The National Institute of Mental Health Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) project: schizophrenia trial design and protocol development». *Schizophr Bull* (vol. 29, pàg. 15-31).

Swanson, J. W.; Holzer, C. E.; Ganju, V. K. i altres. (1990). «Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys (ECA)». *Hosp Community Psychiatry* (vol. 41, pàg. 761-770).

Swanson, J. W.; Van Dorn, R. A.; Swartz, M. S. i altres. (2007). «Alternative pathways to violence in persons with schizophrenia: the role of childhood antisocial behavior problems». *Law Hum Behav* (vol. 32, núm. 3, pàg. 228-240).

Szalavitz, M.; Rigg, K. K. (2017). «The Curious (Dis)Connection between the Opioid Epidemic and Crime». *Substance Use & Misuse* (vol. 52). doi: 10.1080/10826084.2017.1376685.

Tirapu-Ustárrroz, J.; Ríos-Lago, M.; Mesta, F. (2008). *Manual de neuropsicología*. Viguera Editores.

Van der Put, C.; Creemers, H.; Hoeve, M. (2014). «Differences between juvenile offenders with and without substance use problems in the prevalence and impact of risk and protective factors for criminal recidivism». *Drug and Alcohol Dependence* (vol. 134, pàg. 267-274).

Van Dorn, R.; Volavka, J.; Johnson, N. (2012). «Mental disorder and violence: is there a relationship beyond substance use?». *Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol* (vol. 47, pàg. 487-503).

Varshney, M.; Mahapatra, A.; Krishnan, V. i altres. (2016). «Violence and mental illness: what is the true story?». *J Epidemiol Community Health* (vol. 70, núm. 3, pàg. 223-225). doi: 10.1136/jech-2015-205546.

Vergel, R. (2001). «Comorbilidad de Trastornos de la Personalidad en individuos con trastorno por uso de sustancias». *Eur Psychiatry* (vol. 8, pàg. 520-529).

Wallace, C.; Mullen, P. E.; Franzc, F. i altres. (2004). «Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders». *Am J Psychiatry* (vol. 161, pàg. 716-727).

Legislació

Llei 18/2009, de 23 de novembre, per la qual es modifica el text articulat de la Llei sobre trànsit, circulació de vehicles de motor i seguretat viària, aprovat pel Reial decret legislatiu 339/1990, de 2 de març, en matèria sancionadora.

Llei orgànica 10/1995, de 23 de novembre, del Codi Penal.

Llei orgànica 15/2003, de 25 de novembre, per la qual es modifica la Llei orgànica 10/1995, de 23 de novembre, del Codi Penal.

Llei orgànica 15/2007, de 30 de novembre, per la qual es modifica la Llei orgànica 10/1995, de 23 de novembre, del Codi Penal en matèria de seguretat viària.

Llei orgànica 5/2010, de 22 de juny, per la qual es modifica la Llei orgànica 10/1995, de 23 de novembre, del Codi Penal.

Llei orgànica 1/2015, de 30 de març, per la qual es modifica la Llei orgànica 10/1995, de 23 de novembre, del Codi Penal.

Llei orgànica 2/2019, d'1 de març, de modificació de la Llei orgànica 10/1995, de 23 de novembre, del Codi Penal, en matèria d'imprudència en la conducció de vehicles de motor o ciclomotor i sanció de l'abandonament del lloc de l'accident.

Llei orgànica 4/2015, de 30 de març, de protecció de la seguretat ciutadana. Reial decret legislatiu 339/1990, de 2 de març, pel qual s'aprova el text articulat de la Llei sobre trànsit, circulació de vehicles de motor i seguretat viària.

Reial decret 1428/2003, de 21 de novembre, pel qual s'aprova el Reglament general de circulació per a l'aplicació i desenvolupament del text articulat de la Llei sobre trànsit, circulació de vehicles de motor i seguretat viària, aprovat pel Reial decret legislatiu 339/1990, de 2 de març.

Sala Segona Penal del Tribunal Suprem. Sentència 857/2004, de 28 de juny del Tribunal Suprem (2004).

Sala Segona Penal del Tribunal Suprem. Sentència 817/2006, 26 de juliol del Tribunal Suprem (2006).

Sala Segona Penal del Tribunal Suprem. Sentència 285/2014, de 8 d'abril del Tribunal Suprem (2014).

Sala Segona Penal del Tribunal Suprem. Sentència 484/2015, de 7 de setembre del Tribunal Suprem (2015).

