

# Criminologia i drogodependència: qüestions actuals

Agustín Madoz Gúrpide  
Enrique Baca García

PID\_00196549



*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

<b>Introducció</b> .....	5
<b>Objectius</b> .....	7
<b>1. Història de les drogues i factors de consum</b> .....	9
1.1. Història de les drogues .....	9
1.2. Factors actuals de consum .....	13
<b>2. Criminologia i drogodependència</b> .....	16
2.1. Limitacions metodològiques dels estudis sobre el tema .....	16
2.2. Impacte de les drogues en les xifres de delinqüència .....	16
2.3. Teories sobre la relació droga-delinqüència .....	18
2.3.1. Primera hipòtesi: la droga genera delinqüència .....	18
2.3.2. Segona hipòtesi: la delinqüència comporta drogodependència .....	19
2.3.3. Tercera hipòtesi: la correlació entre drogoaddicció i delinqüència deriva de la incidència de factors comuns .....	20
2.4. Criminologia i enfocament biopsicosocial de la drogodependència: variables relacionades .....	20
2.5. Tipus de delictes relacionats amb drogues .....	22
2.6. Criminologia i perillositat .....	24
2.7. Risc de victimització en poblacions consumidores .....	24
2.8. Propostes d'actuació i polítiques sobre drogues .....	25
2.9. Conclusions .....	27
<b>3. Neurobiologia i neuropsicologia de la dependència de substàncies: base biològica de la inimputabilitat?</b> .....	28
3.1. Generalitats de l'estructura cerebral .....	28
3.2. Circuit de recompensa .....	29
3.3. Models actuals de l'addicció .....	30
<b>4. Tràfic de substàncies. Aspectes criminològics</b> .....	31
4.1. Crim organitzat i tràfic de substàncies a gran escala .....	31
4.2. Noves polítiques en la lluita contra el crim organitzat .....	33
4.3. Tràfic de droga: dades epidemiològiques .....	33
4.4. Països productors i països consumidors: les rutes de tràfic de substàncies .....	34
4.4.1. Europa .....	34
4.4.2. Amèrica del Nord .....	35
4.4.3. Amèrica del Sud .....	36

4.4.4.	Àsia occidental .....	36
4.4.5.	Àfrica .....	36
4.4.6.	Amèrica Central i Carib .....	38
4.4.7.	Àsia oriental i sud-oriental .....	38
4.4.8.	Àsia meridional .....	39
4.4.9.	Oceania .....	39
<b>5.</b>	<b>Legalització enfront d'il·legalització de les drogues: la regularització del consum.....</b>	<b>40</b>
5.1.	Legalització enfront d'il·legalització: una revisió actual d'una qüestió antiga .....	40
5.2.	Arguments a favor i en contra de la legalització: una anàlisi crítica .....	41
5.3.	La regularització com a alternativa al debat .....	45
	<b>Resum.....</b>	<b>48</b>
	<b>Exercicis d'autoavaluació.....</b>	<b>51</b>
	<b>Solucionari.....</b>	<b>53</b>
	<b>Glossari.....</b>	<b>54</b>
	<b>Bibliografia.....</b>	<b>56</b>

## Introducció

Que la criminologia i el consum de substàncies recorren des de fa dècades camins paral·lels i relacionats és una realitat que no escapa a ningú. A les qüestions clàssiques de quin tipus de relació causal s'estableix entre elles o com és la delinqüència relacionada amb drogues, se sumen en els últims anys nous temes d'estudi, com són les bases cerebrals de la dependència que condicionen les mesures terapèutiques i rehabilitadores, o la complexitat cada vegada més gran del tràfic de substàncies a través d'organitzacions criminals internacionals.

En aquest mòdul l'estudiant podrà tenir una visió històrica de les drogues, des de l'antiguitat i fins a l'actualitat, per a comprovar com n'ha evolucionat el consum i com determinats usos socialment acceptats en un moment històric donat no ho són en altres èpoques. És important remarcar el paper de la legislació internacional, i també l'aparició de noves molècules de síntesi que tracten d'establir-se als llimbs si no de la legalitat, sí almenys de l'al·legalitat.

En un segon apartat s'exposarà una revisió completa de la delinqüència generada per les drogues; quines són les teories clàssiques i modernes que tracten d'explicar la relació drogues-crim; quins tipus de delictes s'associen a quin perfil de subjecte, i quin n'és l'impacte en el conjunt de la delinqüència; quines variables socials i personals hi estan implicades, i quines són les polítiques recomanades per a minimitzar aquesta repercussió. També es farà una breu referència al risc de victimització inherent al consum de substàncies.

Des de fa uns quants anys se sap que la dependència és una malaltia amb base en el cervell. Nous models d'addicció cerebral i coneixements neuropsicològics estableixen una possible base científica al concepte jurídic d'atenuació *de la imputabilitat*.

El tràfic de substàncies és un aspecte criminològic conegut des de fa temps, amb una dificultat creixent tant per la modernització de les tecnologies a disposició del traficant com per l'aparició de noves rutes i nous vehicles de transport, per la complexitat més gran de les organitzacions criminals, i per la concomitància inherent amb altres delictes (blanqueig de capital, pràctiques de corrupció, etc.).

Periòdicament en els mitjans de comunicació reapareix el vell debat sobre la legalització o il·legalització del consum de substàncies. En els últims anys aquesta qüestió ha quedat reservada per a determinades substàncies (cànnabis espe-

cialment). En un últim apartat es plantegen a l'estudiant els punts clau de cada posicionament i s'apunta cap a una realitat menys dràstica que els extrems, com és la regularització del consum.

## Objectius

1. Conèixer l'evolució històrica de l'ús de substàncies i els factors que n'expliquen l'expansió del consum a l'últim segle.
2. Adquirir coneixements crítics sobre la relació droga-delicte, les teories més importants i els aspectes essencials de cada una.
3. Reconèixer la tipologia delictiva associada a l'ús de drogues, quin perfil de subjecte s'associa a cada una i quin és l'impacte en l'estadística criminològica.
4. Conèixer els principals factors associats a la delinqüència relacionada amb drogues i les polítiques recomanades per a minimitzar-ne l'impacte del consum.
5. Conèixer les bases biològiques cerebrals de la dependència i el dany neuropsicològic que provoca el consum continuat, com a base per a interpretar la modificació de la imputabilitat.
6. Adquirir coneixements sobre la situació actual del tràfic de substàncies i la seva relació amb altres tipus delictius.
7. Ser capaç de valorar críticament els diferents punts clau en què es basa el debat de la legalització del consum de substàncies, i reconèixer el model de regularització i les seves implicacions mèdiques i criminològiques.





# 1. Història de les drogues i factors de consum

## 1.1. Història de les drogues

Segons afirma Francisco Alonso Fernández:

“Desde que el universo está habitado por seres pensantes y sufrientes se consumen drogas para eliminar los sufrimientos físicos y los padecimientos psicológicos y para estimular el desarrollo del pensamiento y de los sentimientos.”

Francisco Alonso Fernández (1980). “Drogodependencias”. A: *Actas del IX Congreso Internacional sobre prevención y tratamiento de las drogodependencias* (pàg. 20). Madrid.

Les **drogues** són un **fenomen universal** que acompanya l’home al llarg de la seva existència. Per un motiu o altre, històricament, l’home sempre ha sentit la necessitat d’utilitzar drogues, tant plantes com productes químics o qualsevol altra substància catalogada com a tal que pugui proporcionar una fugida de la realitat, serveixi per a fer front a problemes diversos, o simplement amb finalitats magicoreligioses (Martínez Pérez i González de Pablo).

Ja en els jeroglífics egipcis es feia esment del suc extret de l’**opi** per a ser utilitzat com a analgèsic i calmant, tant per mitjà de pomades com per via rectal i oral. Es creu que les plantacions de cascall trobades al sud d’Espanya, a Grècia, al nord-oest d’Àfrica, a Egipte i a Mesopotàmia probablement constitueixen les més antigues del planeta. L’opi extret de les plantes recollides en aquestes regions té característicament una concentració més alta de morfina que la d’altres zones com l’orient. Homer, a l’*Odissea*, ja n’esmentava els beneficis com una cosa que “fa oblidar qualsevol pena” (Escohotado).

El cultiu del **cànem** es remet a la Xina, on s’han trobat les primeres restes d’aquesta fibra (datables cap al 4000 aC). Un mil·lenni més tard la podem trobar al Turquestan. El cànem també va ser molt emprat a l’Índia amb finalitats mèdiques per a tractar oftàlmia, febre, insomni, tos seca i disenteria.

Els estimulants purs basats en drogues com la **cafeïna** i **cocaïna** són igualment coneguts i emprats des de l’antiguitat. El consum de cocaïna, en forma de fulles de l’arbust de coca, es coneix des de fa més de 5.000 anys, en pobles indígenes d’Amèrica (Andes). S’utilitzava per a mitigar el mal de muntanya, el cansament i la gana, però també associat a rituals religiosos i a usos mèdics com a analgèsic local. Al mateix temps, els monjos franciscans que acompanyaven Hernán Cortés relataven que els asteques practicaven el que ells van considerar una comunió demoníaca, i així informaven del fet d’ingerir el fong *teonana catl* (“carn de déu”) i del consum del peiot (Ganzenmüller i altres).

### Referència bibliogràfica

J. Martínez Pérez; A. González de Pablo (1987). “Las drogas en la Antigüedad”. *Historia 16* (núm. 133, pàg. 32-40).

### Referència bibliogràfica

Antonio Escohotado (1994). *Las Drogas - De los orígenes a la prohibición*. Madrid: Alianza Cien.

### Referència bibliogràfica

C. Ganzenmüller; J. F. Frigola; J. Escudero (1997). *Drogas, sustancias psicotrópicas y estupefacientes. Delitos contra la salud pública II*. Barcelona: Editorial Bosch.

Durant el període d'apogeu grec, cap droga no va tenir una popularitat comparable a la de l'opi. La planta del cascall era considerada símbol de fecunditat, però sobretot era utilitzada amb finalitats mèdiques. El tractat hipocràtic sobre la histèria (trastorn que els grecs atribuïen a "sufocacions uterines") recomana l'opi com a tractament. Un altre ús històric ha estat el de component essencial (fins a un 40%) dels antidòts per a verins, tan temuts en aquells temps. Malgrat el que s'ha dit, aquest ús afable de diverses drogues no significa que els grecs ignoressin un "problema de toxicomania" com avui el definim. No obstant això, en aquells temps la perillositat social i individual relacionada amb les drogues es va concentrar especialment en l'alcohol, concretament en el vi, i no en altres drogues.

També en el món romà, Discòrides, a *Matèria mèdica* (el tractat farmacològic més influent de l'antiguitat), descriu l'opi com una cosa que "elimina totalment el dolor, mitiga la tos, refrena els fluxos estomacals i s'aplica als qui no poden dormir". L'any 312, un cens revela que hi ha 793 botigues dedicades a vendre l'opi a la ciutat de Roma, i que el seu volum de negoci representa el 15% de tota la recaptació fiscal. Nerva, Trajà i Caracal·la van ser alguns dels que van emprar opi pur en teràpia agònica i com a eutanàsic. El mateix van fer incomptables ciutadans romans, ja que això es considerava una prova de grandesa moral.

Aquest consum generalitzat no crea problemes d'ordre públic o privat. Els consumidors d'opi no existeixen ni com a casos clínics ni com a marginats socials. El costum de prendre aquesta droga no es distingeix de qualsevol altre costum i per aquest motiu no hi ha en llatí una expressió equivalent a *opiòman*, si bé hi ha almenys una dotzena de paraules per a designar l'alcohòlic.

Aquesta visió neutra sobre les drogues i el seu autoconsum es va enfonsar durant la cristianització de l'Imperi Romà. El saber pagà, especialment el relatiu a les drogues, es considera contaminat de bruixeria, i així serà titllat cap al segle X, quan l'Església i l'Imperi són una unitat sense fissures: emprar drogues amb finalitats terapèutiques pot ser sinònim d'heretgia. El droguer es considera un mag i la màgia està prohibida i perseguida.

A diferència de la cultura grecoromana, que com a euforitzant general emprava el vi, la cultura àrab se servirà de l'opi, recomanable "per al trànsit de la segona a la tercera edat i per a suportar les penes d'aquesta última". Prenent com a nucli productor les plantacions turques i iranians, la ràpida expansió de l'Islam dissemina l'opi des de Gibraltar fins a Malàisia en pastilles, que de vegades porten el segell *mash Allah* ('present de Déu'). Igual que passarà a occident, cal distingir almenys dos períodes referents a l'ús de drogues en l'Islam. Hi ha una primera fase que coincideix amb l'apogeu àrab i en la qual es considerava la droga com una cosa neutra; progressivament, s'obre pas un fonamentalisme religiós més fort que comportarà que el tractament de l'assumpte de la droga sigui bastant diferent.

A Europa, en gran manera a causa de la Inquisició, per a la qual droga, luxúria i bruixeria van unides, es condemna i prohibeix qualsevol tipus de substància. Així, l'ús de drogues diferents de l'alcohol és castigat amb tortura i pena capital.

Fins al Renaixement no es torna a plantejar l'ús terapèutic de les drogues. A mitjan segle XVIII es fa esment de fàrmacs fabricats amb opi, que són utilitzats per les cases reials europees. Des d'aquest segle i fins al final del XIX, a causa de la gran demanda d'aquest producte, empreses angleses i holandeses s'encarregaran de transportar-lo des de la Xina i l'Índia, i el comercialitzaran per tot Europa. D'aquesta manera, el tràfic de drogues es va tornar un negoci molt rendible i va arribar a ser causa de conflicte bèl·lic.

El consum de derivats opiacis assoleix al segle XX una extensió i crea una alarma social desconeguda fins a llavors (Huertas García-Alejo). Es va produir una confluència de factors socials, individuals i econòmics que van propiciar aquesta epidèmia (Blanken i altres). S'estudien dos períodes importants de pandèmia, una en acabar la Segona Guerra Mundial, l'altra a la dècada dels seixanta i setanta. Al mateix temps apareixen les primeres lleis restrictives de l'ús, es comença a pensar en la possibilitat de l'addicció no com un vici sinó com una malaltia, i als anys seixanta es generalitza l'ús terapèutic de la metadona (Dole i altres). La preocupació per aquest consum impulsa les investigacions mèdiques i el 1973 es descriuen els primers receptors cerebrals opioïdes, la qual cosa facilita l'avenç en la comprensió del problema addictiu i en la proposta de tractaments adequats. El model inicial va evolucionant amb noves aportacions: teoria de les noxes externes, de l'automedicació, conceptes com *desintoxicació* enfront de *deshabituació*, síndrome d'abstinència condicionat de Wilker (1973) (Khantzian i Treece, Casteneda i altres, Ambrosio), etc. A l'epidèmia del consum d'heroïna segueix la de la cocaïna, i gairebé al mateix temps, la de les drogues de disseny.

### Referències bibliogràfiques

- R. Huertas García-Alejo (1987). "Búsqueda de paraísos y evasión de realidades: la droga en el siglo XIX". *Historia* 16 (núm. 133, pàg. 65-74).
- A. J. Blanken; E. H. Adams; J. Durell (1985). "Drug abuse: implications and trends". *Psychiatric medicine* (vol. 3, núm. 3, pàg. 299-317).
- V. P. Dole; M. E. Nyswander; M. J. Kreek (1966). "Narcotic blockade". *Archives of Internal Medicine* (vol. 118, núm. 4, pàg. 304-309).
- E. J. Khantzian; C. Treece (1985). "DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic addicts. Recent findings". *Archives of General Psychiatry* (vol. 42, núm. 11, pàg. 1067-1071).
- R. Casteneda; M. Galanter; H. Franco (1989). "Self-medication among addicts with primary psychiatric disorders". *Comprehensive Psychiatry* (vol. 30, núm. 1, pàg. 80-83).
- E. Ambrosio (2001). "Modelos animales con naltrexona". A: E. Ochoa Mangado (ed.). *Antagonistas opiáceos en las dependencias. Clínica de la Naltrexona*. Barcelona: Ars Medica / Psiquiatría Editores SL.

El 1859, de la planta de la coca es va aïllar la **cocaïna**, i des de llavors es va incloure en diversos productes legals (vi, begudes refrescants, etc.) i en la farmacopea. L'aparició de quadres paranoides i la constatació de l'addicció que generava i del seu ús compulsiu va provocar que el 1914 fos il·legalitzat als Estats Units, i als anys posteriors a la resta de països (Madoz-Gúrpide i Ochoa Mangado).

La història de consum de les **drogues de disseny** o **síntesi** s'inicia als anys seixanta quan es torna a sintetitzar la molècula MDMA (3,4-metilendioximetanfetamina) (Merck, Shulgin, Kalant) i s'utilitza com a droga psicoactiva. El seu efecte era psicoestimulant, però a més produïa una sensació d'acostament als altres, amb un desig més intens de contacte amb els altres i més empatia (Prada i Álvarez, McElrath i McEvoy). El terme *drogues de disseny* el va encunyar als anys seixanta Gary Henderson, farmacèutic de la Universitat de Califòrnia: incorpora el doble sentit de drogues que es podien fabricar en laboratoris clandestins i dissenyar a la mida del consumidor per a imitar els efectes d'altres drogues el tràfic de les quals era delictiu, i el de drogues que per la seva novetat estructural no estaven registrades com a il·legals, i així s'evitava la persecució penal.

L'epidèmia actual d'utilització de pastilles de drogues de síntesi en el mercat il·legal sembla que s'inicia el 1985 o 1986 a Eivissa, associada a locals de música *acid*. Des d'aquest moment s'han associat a festes (*raves*, festivals *techno*, *after*s) i músiques electròniques de cadència repetitiva (*acid*, *house*, *techno*, *dance*), encara que posteriorment s'ha popularitzat entre la joventut dins dels consums normalitzats del cap de setmana, en ambients festius i en companyia d'amics. Els seus efectes tòxics van fer que la Drug Enforcement Agency (DEA) n'aconegués la prohibició el 1985 i que fos inclosa en les llistes de substàncies sota control el 1986.

El **cànnabis** s'estableix com una de les substàncies més consumides, especialment entre poblacions adolescents i joves.

Aquests fenòmens, inicialment circumscrits a l'entorn occidental nord-americà i europeu, en els últims anys s'han estès cap a països orientals i africans, amb les seves pròpies particularitats. Noves substàncies, anomenades **emergents**, apareixen en el context actual del consum de substàncies en un món cada vegada més globalitzat. La legislació actualitza la llista de substàncies sotmeses a fiscalització internacional segons diferents convenis internacionals als quals s'han subscrit la majoria de països de les Nacions Unides (Convenció Única sobre Estupefaents de 1961; Convenció sobre Substàncies Psicòtropes de 1971; Convenció de les Nacions Unides contra el Tràfic Il·lícit d'Estupefaents i Substàncies Psicòtropes de 1988). Al mateix temps, es desenvolupen polítiques restrictives d'ús, que posteriorment es van completant amb polítiques sanitàries de rehabilitació i de reducció de danys.

### Referència bibliogràfica

A. Madoz-Gúrpide; E. Ochoa Mangado (2011). "A review of the physiopathology and treatment of cocaine abuse". A: Xi Chun Fang; Lili Yue (editors). *Cocaine abuse: pharmacology, treatment and relapse prevention*. Nova York: Nova Publisher.

### Referències bibliogràfiques

- E. Merck (1914). "Merck MDMA Patent". *German Patent Office*.
- A. T. Shulgin (1986). "The background and chemistry of MDMA". *Journal of Psychoactive Drugs* (vol. 18, núm. 4, pàg. 291-304).
- H. Kalant (2001). "The pharmacology and toxicology of «ecstasy» (MDMA) and related drugs". *Canadian Medical Association Journal* (vol. 165, núm. 7, pàg. 917-928).
- C. Prada; F. J. Álvarez (1996). "MDMA o éxtasis: aspectos farmacológicos, toxicológicos y clínicos". *Medicina Clínica* (vol. 107, núm. 14, pàg. 549-555).
- K. McElrath; K. McEvoy (2001). "Fact, fiction, and function: mythmaking and the social construction of ecstasy use". *Substance Use & Misuse* (vol. 36, núm. 1-2, pàg. 1-22).

Espanya, que per les peculiaritats històriques havia quedat relativament apartada de la dinàmica de consum occidental durant les primeres dècades del segle XX, veu com als anys setanta i vuitanta es produeix una epidèmia en l'addicció a opiacis (Sánchez-Carbonell i altres), la qual cosa porta al desenvolupament el 1985 del Pla nacional sobre drogues. El problema s'agreuja molt severament amb l'expansió del virus de la sida. Es generalitzen llavors programes de manteniment amb agonistes opiacis, i també programes de reducció de riscos i dany.

L'estatus actual del problema de les drogues, lluny almenys sobre el paper de la concepció que criminalitzava i marginava el subjecte addicte, d'una banda, dona cabuda a una aproximació mèdica que entén la toxicomania com una malaltia susceptible de tractament i, d'altra banda, genera una política d'acord amb el plantejament multidisciplinari i globalitzador que necessita l'addicció (Winger i altres).

Les implicacions del consum abusiu arriben a tants àmbits de la societat que la ingerència i intervenció de l'estat és una mesura prioritària, segons alguns autors, no solament amb l'aplicació d'una política repressiva per mitjà del dret penal, sinó també amb una política preventiva educativa que sigui capaç de controlar aquest consum, especialment en el col·lectiu dels joves. En els últims anys es debat si una legalització del consum podria ser beneficiosa per a aturar el problema.

## 1.2. Factors actuals de consum

Com a causa d'aquest fenomen d'impacte social es fa al·lusió a una diversitat de factors. La història d'aquests últims segles, caracteritzada pel pas d'una societat agrària a una altra de caràcter industrial, va portar un procés d'urbanització que va provocar una greu crisi de valors morals tradicionals. Aquest fet ha portat un canvi en l'estructura social i familiar fomentat en gran manera per la falta de comunicació interpersonal, i ha generat inestabilitat en el seu nucli.

En els últims anys s'ha produït una sèrie de transformacions econòmiques que han provocat l'entrada precipitada en una societat de consum de la qual és difícil defensar-se. Com a negoci, la droga també ha viscut en aquesta societat de consum l'auge que li correspon (Madoz-Gúrpide).

També hi ha altres factors que agreugen el problema com l'atur juvenil, el desencantament polític, la propaganda, la facilitat de l'accés i disponibilitat d'algunes drogues. Tots aquests fets concomitants amb corrents culturals que, especialment a l'inici dels seixanta, van vincular el consum de la droga a la llibertat i van actuar com a causants de l'augment del consum. A les dècades

### Referència bibliogràfica

J. Sánchez-Carbonell; B. Brigos; J. Camí (1989). "Evolución de una muestra de heroínómanos dos años después del inicio del tratamiento (proyecto EMETYST)". *Medicina Clínica* (núm. 92, pàg. 135-139).

### Referència bibliogràfica

G. Winger; F. Hofmann; J. Woods (1992). *A handbook on drug and alcohol abuse. The biomedical aspects*. Nova York: Oxford University Press.

### Referència bibliogràfica

A. Madoz-Gúrpide (2002). *Efectividad del tratamiento con naltrexona en la dependencia de opiáceos. Factores pronósticos*. Madrid: Agencia Antidroga.

posteriors, el consum de les drogues anomenades *il·legals* va incrementar tant que es va convertir en una xacra social fins aleshores desconeguda pel que fa a l'amplitud i a la gravetat.

Considerades com un factor més que afavoreix el consum, les **motivacions individuals** són molt variades i complexes:

- La cerca d'experiències plaents o insòlites.
- La curiositat.
- L'emoció i el risc que representa consumir una droga.
- El desig d'escapar de problemes personals o socials.
- L'ànsia d'autoconeixement i comunicació i d'evasió.
- El mimetisme induït per les relacions d'amistat o la convivència.
- Com a forma de protesta o rebel·lia (la il·legalitat de la droga, la prohibició, pot ser un atractiu en si mateix).
- Com a manera de buscar l'espiritualitat.
- Per una manca de metes atractives de vida cap a les quals orientar el desenvolupament personal, etc.

Fins i tot un canvi en la vida que impliqui un estrès pot crear situacions que impulsin l'individu cap a un rol nou més exigent amb ell mateix que desencadeni un consum de drogues. Investigacions neuropsicològiques recents han demostrat que hi ha almenys tres factors o desencadenants que poden afavorir el consum de substàncies (Kalivas i Volkow). A més, cadascun d'aquests factors tenen la seva pròpia via cerebral d'acció. Es tracta de l'estrès, del consum de la mateixa substància com a tal, i de la presència de factors condicionats.

Encara que no com a factor únic, un ambient alterat durant la infància, rebuig, maltractaments, discussions i violència entre els pares poden influir negativament en la formació del drogoaddicte. El paper de l'escola i de l'educació en general també ha de ser analitzat. La indiferència i l'apatia que generen el fracàs escolar, en una societat en la qual l'èxit és imprescindible, porta l'adolescent a inserir-se dins d'altres grups desplaçats i marginats.

#### Referència bibliogràfica

P. W. Kalivas; N. D. Volkow (2005). "The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice". *American Journal of Psychiatry* (vol. 162, núm. 8, pàg. 1403-13).

Des de l'àmbit de l'epidemiologia psiquiàtrica, Lenn Murrelle (2000) adverteix adequadament de la contemplació actual de l'abús de substàncies com una realitat en la qual genètica i ambient influeixen.

Així, es considera l'**addicció** com el resultat final d'una xarxa complexa de **factors genètics** que interactuen amb la **família** i l'**ambient social** al llarg de la infància i l'adolescència del subjecte, i que el situen en un ambient de marginalitat en què delinqüència i consum tenen cabuda.

Sorgeix així una conducta socialment desviada en subjectes amb un desenvolupament personal i psicològic obstaculitzat, amb dèficits crònics en habilitats socials o educatives i amb alteracions emocionals i cognitives greus (en aquesta població, la prevalença de comorbiditat psiquiàtrica és alta) (Fernández i Llorente).

Així i a tall d'exemple, s'indica que l'associació amb iguals delinqüents, la falta de cohesió familiar, el fet que germans o pares consumeixin substàncies, la conflictivitat familiar, la criminalitat i la presència de drogues al veïnat, etc. són alguns dels factors ambientals associats al risc d'abús de substàncies. Això també ha estat corroborat per estudis en el nostre medi (Arias i altres, Ochoa i altres).

#### Referència bibliogràfica

L. Murrelle (2000). "Interacción ambiente-genética en la etiología del abuso de sustancias psicoactivas". Conferència en el I Congrés Virtual de Psiquiatria, 1 de febrer - 15 de març de 2000.

#### Referència bibliogràfica

C. Fernández; J. M. Llorente (1996). "Evaluación cognitivo-conductual de heroinómanos en comunidad terapéutica". *Adicciones* (vol. 8, núm. 2, pàg. 161-176).

#### Referències bibliogràfiques

F. Arias; E. Ochoa; J. J. Arechederra; M. J. García (1996). "Problemática legal en dependientes de opiáceos en tratamiento con naltrexona". *Psiquiatría Pública* (vol. 8, núm. 5, pàg. 271-278).

E. Ochoa; A. Madoz-Gúrpi-de; E. Baca-García; A. Cerverino; N. Vicente (1999, maig). "Characteristics of heroine addicts with brothers also addicts". American Psychiatric Association Annual Meeting. Washington.

## 2. Criminologia i drogodependència

La criminologia té com a objecte no solament el delictes i la desviació social, sinó també la delinqüència, el control i la resposta social a aquesta, i la conducta perillosa individual i social, i la seva anàlisi i l'estudi de les seves causes. En aquest sentit és fàcil comprendre que les drogues són una de les àrees que més genuïnament impliquen la criminologia.

És cert que la relació entre consum de substàncies i delictes és un fet inqüestionable. Però no convé generalitzar: ni tots els addictes delinqueixen ni molt menys tots els que delinqueixen (ni tan sols en delictes relacionats amb drogues) són consumidors de substàncies.

### 2.1. Limitacions metodològiques dels estudis sobre el tema

Hi ha nombrosos problemes metodològics i conceptuals (Observatori Europeu de les Drogues i les Toxicomanies) que fan difícil aclarir bé el binomi toxicomania-delinquència (Herrero). Manca unanimitat a l'hora de definir el concepte de *delinqüència* relacionat amb la droga. A més, la majoria dels estudis provenen de països del món anglosaxó i se centren en poblacions de la presó, detinguts o usuaris de drogues en tractament, la qual cosa dificulta l'extrapolació de les conclusions i l'obtenció de dades consistents.

Com en altres àrees de la criminologia, les dades conegudes són una part petita de la xifra real. S'entén per *xifra negra* el nombre de delictes que s'han comès i dels quals la justícia no ha tingut coneixement i no ha pogut trobar el responsable. És la diferència entre la xifra de delictes real i la xifra de delictes coneguts. La xifra negra relacionada amb la drogodependència es pressuposa elevada. Varia, a més, en funció del tipus de delictes de què parlem.

### 2.2. Impacte de les drogues en les xifres de delinqüència

És difícil calibrar l'impacte exacte de les drogues en la delinqüència. Les xifres que ofereixen les diferents institucions nacionals i internacionals només permeten una estimació aproximada de la delinqüència relacionada amb les drogodependències (Observatori Europeu de les Drogues i les Toxicomanies). Des del punt de vista de la metodologia hi ha problemes clars a l'hora de recollir i interpretar les xifres. No tots els països manegen les mateixes variables de mesura, ni la legislació és la mateixa. No és el mateix ser un país productor de substàncies que un consumidor. No tots parteixen ni del mateix desenvolupament

#### Referències bibliogràfiques

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2007). "Drogas en el punto de mira. Drogas y delincuencia: una relación compleja". Disponible a [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu).

C. Herrero Herrero (1997). *Criminología (Parte General y Especial)*. Madrid: Ed. Dykinson.

#### Referència bibliogràfica

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2007). "Drogas en el punto de mira. Drogas y delincuencia: una relación compleja". Disponible a [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu).



lupament social ni de la mateixa situació econòmica. En qualsevol cas, el que resulta evident és que la relació entre drogues i delinqüència és molt important i això afecta les estadístiques de diferents tipus de delictes.

A tall d'exemple, es calcula que al nostre país prop del 70% dels presos és drogodependent. Estudis en països desenvolupats amb un sistema de monitoratge destaquen que en les anàlisis de fins a un 60% dels detinguts recents s'aprecien restes de substàncies.

Segons informacions del Ministeri de l'Interior i de la Fiscalia General en les memòries sobre dades de l'any 2010:

- Sobre delictes de tràfic de substàncies: s'han produït un total de 17.878 detencions (50,34% de cannàbics, el 34,55% de cocaïna, el 7,16% d'opiacis i el 4,56% d'estimulants com l'MDMA). El perfil general dels detinguts per tràfic de droga és el d'un home (83,97%) espanyol (60,18%).
- Sobre infraccions de la Llei orgànica 1/1992 de seguretat ciutadana: 319.474 denúncies (83,54% per possessió o consum de cannàbics, 11,51% per cocaïnics, 2,85% per opiacis i 1,21% per estimulants inclòs l'MDMA). El perfil tipus és el d'un home (95,16%) espanyol (87,74%) d'entre dinou i vint-i-cinc anys (45,92%).
- Quant al nombre total de decomisos, se n'han produït 352.141.
- La Fiscalia Especial Antidroga ha incoat aquell mateix any 26.392 procediments per tràfic de droga (sense discriminar entre tràfic comès per organitzacions criminals i el simple tripijoc).
- Es calcula que més del 40% de les sentències es refereixen a delictes relacionats amb les drogues.
- Si ens centrem en subjectes que són a la presó per aplicació del Codi penal, el 39% compleix condemna per delictes "contra el patrimoni i l'ordre socioeconòmic" i el 27,8% per delictes "contra la salut pública". Tots dos delictes representen el 66,8% del total de delictes.

Taula I. Decomisos, detencions per tràfic de substàncies i detencions per infracció de la Llei orgànica 1/1992 de seguretat pública

Substància	decomisos	Tràfic de substàncies	LO 1/1992
Cocaïna (kg)	25.241	7.606	36.945
Cànnabis (kg)	384.315	7.990	179.538
MDMA-èxtasi (unitats)	634.628	624	1.215
Heroïna (kg)	233	1.518	8.980
LSD (unitats)	6.867	64	127

Nota: MDMA-èxtasi i *speed* són les úniques que ha experimentat un repunt en quantitat decomissada respecte a anys previs.

Substància	decomissos	Tràfic de substàncies	LO 1/1992
Speed (kg)	282	381	1.971

Nota: MDMA-èxtasi i speed són les úniques que ha experimentat un repunt en quantitat decomissada respecte a anys previs.

### 2.3. Teories sobre la relació droga-delinquència

La relació entre droga i delinquència no és ni senzilla ni fàcilment explicable (Nurco, Deitch i altres).

Clàssicament s'han defensat tres posicions principals:

- Que la delinquència antecedeixi i provoqui el consum de substàncies.
- Que la drogodependència empenyi el subjecte a delinquir.
- Que no hi hagi cap relació causal entre totes dues i que siguin realitats que comparteixen una sèrie de factors comuns.

Per a les dues primeres opcions, droga i delinquència se succeeixen l'una a l'altra. La tercera, més complexa i, probablement, més correcta, diu que drogues i delictes estan influïts per tota una altra sèrie de variables i comparteixen una causa comuna i un estil de vida desviat. Encara hi ha una quarta opció que afirma que una de les conductes provoca l'inici de l'altra, que al seu torn realimenta la primera (Neuman, Herrero).

Si alguna cosa sabem avui dia és que **probablement cap d'aquestes opcions no és completament certa ni cap no es pot descartar plenament**. Dependrà de cada subjecte que una sigui més o menys encertada. Fins i tot per a un mateix subjecte, aquesta relació entre *droga* i *delinquència* és variable en el temps, i la teoria explicativa que avui no és vàlida demà sí que ho pot ser. També sembla clar que més enllà de la iniciació, és més probable que la presència de drogues causi una carrera delictiva més intensa i perllongada que al revés. Això té la seva lògica, ja que el consum fa que el subjecte entri en contacte amb traficants i delinqüents que es mouen entorn de les drogues, i d'aquesta manera pot ser que es vegi implicat en delictes.

#### 2.3.1. Primera hipòtesi: la droga genera delinquència

Respecte a la hipòtesi que la droga genera delinquència, Herrero Herrero afirma:

#### Referències bibliogràfiques

D. N. Nurco (1987). "Drug addiction and crime: a complicated issue". *British Journal of Addiction* (núm. 82, pàg. 7-9).

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

#### Referències bibliogràfiques

E. Neuman (1984). *Droga y Criminología*. Mèxic: Editorial Siglo XXI.

C. Herrero Herrero (1997). *Criminología (Parte General y Especial)*. Madrid: Ed. Dykinson.

“Esta hipótesis, de acuerdo con la gran variedad de trabajos existentes, no puede ser afirmada con generalidad. Todo depende del tipo de sustancia a la que se es adicto y la población estudiada.”

C. Herrero Herrero (1997). *Criminología (Parte General y Especial)*. Madrid: Ed. Dykinson.

Així, dir que totes les substàncies incloses en el concepte de *droga* són desencadenants d'una carrera delictiva seria una observació poc precisa.

Una gran part dels autors, especialment en l'àmbit de la doctrina penalista, sosté la tesi que entre les dues variables o fenòmens hi ha una relació de causalitat, en el sentit que la droga, el fet de consumir-ne o de dependre'n, porta gairebé de manera necessària a la comissió de fets delictius. Les persones drogodependents es veurien obligades a recórrer a l'activitat delictiva per a sufragar-ne el consum (Nurco i altres). A més, aquesta criminalització de la venda de drogues obliga el toxicòman a moure's en un ambient de marginació i delinqüència, la qual cosa facilita el pas a l'acte delictiu. Finalment, les drogues tenen uns efectes farmacològics i psicològics que provoquen l'alliberament d'impulsos i la disminució de l'autocontrol, la qual cosa facilita que es cometin fets delictius. Hi ha posicions d'altres autors que també recorden el paper de la síndrome d'abstinència com a reforçador negatiu que indueix un impuls irrefrenable de cometre delictes.

La veritat és que la posició dominant és la que sosté que la relació entre la intoxicació per drogues i actes delictius no és tan directa com de vegades s'afirma. Així, Neuman adverteix que el contacte amb les drogues contribueix a crear o subratllar desordres de conducta i degradació creixent de la personalitat. Però d'això no se segueix que les drogues i els seus efectes químics facin de l'home un delinqüent. Un psicòpata o un asocial pot desenvolupar l'agressivitat amb la droga, però ja constitueix un perill sense aquesta. El que es pot admetre és la possibilitat que, sota la tirania de la drogodependència, el subjecte toxicòman acudeixi al delictes com a recurs desesperat, però difícilment es podrà aguantar la teoria que la carrera criminal s'instal·la des de l'addicció.

### 2.3.2. Segona hipòtesi: la delinqüència comporta drogodependència

El plantejament d'aquesta hipòtesi té més suport empíric gràcies als resultats que s'han obtingut en molts estudis sobre aquest tema dins i fora d'Espanya. Alguns autors, tot i que no consideren que la delinqüència genera necessàriament el consum de drogues, han formulat la hipòtesi que la delinqüència com a forma de vida porta al consum de drogues il·legals. Malgrat considerar que el mecanisme d'influència pot ser complex, s'apunta al fet que molts toxicòmans provenen de la subcultura delictiva. D'aquesta manera acceptem que tinguessin més contacte amb subjectes consumidors. Els diners que provenen d'aquestes activitats i el reclutament de consumidors per part de traficants faciliten molt aquesta iniciació.

#### Referència bibliogràfica

D. N. Nurco; J. C. Ball; J. W. Shaffer; T. E. Hanlon (1985). "The criminality of narcotic addicts". *The Journal of Nervous and Mental Disease* (núm. 173, pàg. 94-102).

#### Referència bibliogràfica

E. Neuman (1984). *Droga y Criminología*. Mèxic: Editorial Siglo XXI.

No obstant això, la pràctica totalitat dels estudis no es van fer per a determinar si una variable en causa l'altra, sinó més aviat per a determinar quina d'aquestes s'esdevé primer. La conclusió reflecteix clarament que la relació de causalitat entre les conductes delictives i el consum de drogues és complexa i diferent segons els subjectes. Tanmateix, no és menys cert que una part considerable de delinqüents són abans delinqüents que drogoaddictes (Herrero).

### **2.3.3. Tercera hipòtesi: la correlació entre drogoaddicció i delinqüència deriva de la incidència de factors comuns**

Aquesta tercera hipòtesi és una alternativa a les hipòtesis anteriors, i en l'actualitat és la més acceptada i compartida, com ho demostren els estudis que s'han fet a aquest efecte (Rodríguez i altres).

Els investigadors creuen que hi ha una correlació entre els factors que porten al consum de drogues i a la vida antisocial. En general, s'afirma que quan l'escola i la família fracassen en la transmissió d'actituds, normes i hàbits d'acord amb les expectatives de la comunitat, l'adolescent immers en grups o ambients marginals aprèn la subcultura d'aquests, en què el consum de substàncies i els actes delictius són freqüents. Es destaca en gran manera la influència que la colla exerceix en l'adolescent respecte a la utilització de substàncies. En aquesta consideració hi ha, com a denominadors comuns, una llar trencada i una relació familiar anòmala –per una tècnica educativa extrema o bé massa permissiva, per la pèrdua d'un dels pares o per la falta de comunicació.

Quant a les variables individuals, es destaca l'al·lusió freqüent a una personalitat amb trets que predisposen al consum de drogues. La mateixa al·lusió es fa al dèficit significatiu en el funcionament cognitiu en heroïnòmans i delinqüents, que es pot donar, per exemple, en forma de rigidesa cognitiva, falta de previsió de conseqüències a llarg termini, habilitats escasses per a solucionar problemes interpersonals, immaduresa afectiva, egocentrisme o falta d'empatia, dèficit d'autocontrol, habilitat per a mentir i baixa autoestima.

### **2.4. Criminologia i enfocament biopsicosocial de la drogodependència: variables relacionades**

Probablement, d'aquestes tres grans teories, la tercera és la més aplicable a la realitat. S'han descrit una sèrie de circumstàncies personals, biològiques, socials, culturals, etc., que són comunes a les condicions de drogodependència i delinqüència i per mitjà de les quals interactuen, i que no solament condicionen l'inici de la relació entre delinqüència i drogues, sinó també i sobretot el conjunt de la carrera delictiva i de dependència de substàncies.

#### **Referència bibliogràfica**

C. Herrero Herrero (1997). *Criminología (Parte General y Especial)*. Madrid: Ed. Dykinson.

#### **Referència bibliogràfica**

F. J. Rodríguez; S. Paíno; F. J. Herrero; L. M. González (1997). "Drogodependencia y delito. Una muestra penitenciaria". *Psicothema* (vol. 9, núm. 3, pàg. 587-598).

L'enfocament actual de la drogodependència, anomenat *biopsicosocial*, inclou factors psicològics i biològics com a condicionants no solament del consum de substàncies sinó també del risc de cometre delictes.

Se sap que hi ha una certa **vulnerabilitat biològica** a la dependència que fa que determinats subjectes siguin més propensos a desenvolupar una addicció. Igualment, **trets de personalitat** i de desenvolupament personal fan més fàcil aquest problema, de la mateixa manera que condicionen la carrera delictiva. Entre aquests s'esmenta el gènere, els trets de personalitat impulsius, la cerca de sensacions, els trets dependents i immadurs de la personalitat, etc. (Petherick i altres).

Al costat d'aquestes variables, val la pena aturar-se en aquelles de contingut més **social** o **cultural** que exerceixen un pes important. De l'estudi de les repercussions de la delinqüència relacionada amb drogues en la comunitat local (escala microsocia), es poden treure conclusions interessants sobre factors socials que condicionen la relació entre *droga* i *delinqüència* (JIFE, Epstein i altres). Encara que relacionada amb la delinqüència a escala macro (tràfic de substàncies per mitjà d'organitzacions criminals internacionals), la delinqüència a escala microsocia manté algunes diferències importants que convé considerar. La violència relacionada amb drogues com a característica d'un entorn comunitari o localitat concrets és un fet particularment present en països com el Brasil, Colòmbia, Mèxic i altres de l'àrea centreamericana (càrtels, bandes, etc.), on el percentatge de delictes comesos per consumidors i el percentatge de consumidors que delinqueixen és excepcionalment elevat. En els entorns locals on les drogues i la delinqüència són presents, aquestes comunitats viuen sota l'amenaça constant de la violència i dels delictes (JIFE). En aquest entorn particular es poden estudiar de manera clara les repercussions de les variables socials i culturals (i no solament les de caràcter biològic i psicològic): les desigualtats socials, la marginació social, les taxes de desocupació i la falta d'alternatives econòmiques, la inseguretat social, els efectes aïllats de programes repressius policials, el paper de la cultura i de la subcultura, etc. (CIPC).

En general s'accepta que poblacions marginals amb taxes d'atur elevades i amb privacions són el caldo de cultiu per a la implantació de bandes de tràfic de droga violentes. No obstant això, altres factors com la implantació de subsidis de prestació per desocupació, programes de suport socials, alternatives legals per a guanyar diners, implantació d'ONG i d'associacions veïnals, etc. poden contrarestar aquesta tendència a l'increment de la violència per drogues. Passa el mateix si la repressió policial i penal s'acompanya d'alternatives de tractament i rehabilitació (està estudiat que mesures exclusivament repressores, lluny de millorar, empitjoren les taxes de conductes violentes) (Observatori Europeu de les Drogues i les Toxicomanies).

#### Referència bibliogràfica

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

#### Referències bibliogràfiques

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) (2004). *Informe 2003*. Naciones Unidas. Disponible a [www.incb.org](http://www.incb.org) (publicat també en castellà).

J. Epstein; H. Bang; G. Botvin (2007). "Which psychosocial factors moderate or directly affect substance use in inner-city adolescents?". *Addictive Behaviors* (núm. 32, pàg. 700-730).

Centro Internacional para la Prevención de la Criminalidad (CIPC) (2010). *Informe Internacional. Prevención de la criminalidad y seguridad cotidiana: tendencias y perspectivas*. Disponible a [www.crimeprevention-intl.org](http://www.crimeprevention-intl.org).

#### Referència bibliogràfica

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2007). "Drogas y delincuencia: una relación compleja". [www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_44774\\_ES\\_Dif16ES.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44774_ES_Dif16ES.pdf).

D'aquest tipus d'estudis s'han obtingut una sèrie de **variables que condicionen la relació entre delinqüència i drogues**:

- Entorn: desigualtats socials, situació socioeconòmica, desocupació, etc.
- Familiars: desestructuració del nucli familiar, separació primerenca, absència de figura paterna, violència en la llar, etc.
- Tendències socials: cap a iguals delinqüents, permissivitat de l'entorn per al consum i la violència, etc.
- Factors personals: pertinença a una minoria, abandó i fracàs escolar, etc.
- Factors psicopatològics: antecedents de conductes dissocials, trets psicopàtics, trastorns del control d'impulsos, etc.
- Antecedents de consum: iniciació primerenca, venda de drogues, etc.
- Antecedents familiars: d'alcoholisme i consum de substàncies, psicopatia en els pares, etc.
- Disponibilitat de substàncies i armes.

Les variables assenyalades no solament es relacionen amb l'inici de la drogodependència i la delinqüència, sinó també amb el seu manteniment. Aquest perfil de subjecte tendeix a pertànyer a xarxes socials que potencien i reforcen el desenvolupament de models de conducta desviats.

D'altra banda, cal destacar que en molts casos les conductes delictives i el procés mateix de consum de substàncies reverteixen per si mateixes. Els subjectes més vulnerables des del punt de vista biològic, psicològic i sobretot social són els que perpetuen les conductes desviades i arriben a desenvolupar tant una addicció com conductes delictives.

## **2.5. Tipus de delictes relacionats amb drogues**

Des del punt de vista del delictes i de la criminologia (Herrero, Observatori Europeu de les Drogues i les Toxicomanies), amb el terme **delinqüència relacionada amb la droga** ens referim almenys a **quatre grans tipus de delictes**:

- **Delictes induïts pel consum de substàncies.** Els que comet el subjecte sota els efectes d'aquestes. Són relativament poc freqüents. Es donen en subjectes consumidors, sobretot d'alcohol (en segon lloc de cocaïna i en tercer d'altres psicoestimulants). És molt menys freqüent amb drogues com l'heroïna (excepte en casos greus d'abstinència) o el cànnabis, que actua com a sedant. El mecanisme últim és l'increment de l'agressivitat i la desinhibició conductual que la substància provoca en l'organisme. En alguns subjectes, a més, es produeix de manera específica un quadre psicopatològic greu (per exemple, un brot psicòtic en què el subjecte creu que el segueixen i l'observen per fer-li mal) que provoca una reacció agressiva.
- **Delictes funcionals o amb finalitats econòmiques.** Els que comet el subjecte per finançar-se el consum de substàncies. Propis de subjectes que busquen compulsivament la substància. En general són petits delictes no violents, com robatoris amb intimidació, sostraccions d'objectes, exercici de la prostitució (si la legislació del país la considera delicte), petit tripijoc, etc. Sovint les víctimes són amics o familiars. És el delicte que més es redueix amb programes adequats de tractament, i un mesurador del seu èxit.
- **Delictes sistemàtics.** Els delictes que es relacionen amb el tràfic de substàncies en els mercats il·legals, rars vegades comesos per subjectes dependents. Aquí s'emmarquen assassinats entre traficants, blanqueig de diners i altres de delinqüència econòmica, relació amb altres tràfics il·legals (armes, prostitució, etc.). En aquest cas, la violència compleix un paper d'intimidació, serveix per a cobrar deutes i controlar territoris, i provoca enfrontaments entre bandes. En països amb poc respecte pels drets humans, també s'inclouen la connivència amb el govern per a finançar guerres, la corrupció, etc. En aquestes situacions no queda clara la relació entre drogues i delicte sistemàtic. Molt probablement les drogues només formen part d'estratègies més àmplies i de mercats il·legals d'un altre tipus de béns.
- **Delictes contra la legislació sobre drogues.** Inclouen el consum en llocs públics, la possessió il·legal de substàncies, la petita producció i la importació, el blanqueig de capitals, etc. També se solen incloure en aquest apartat la majoria dels delictes relacionats amb la conducció sota els efectes de l'alcohol i de drogues. Són els més nombrosos i requereixen una bona part dels recursos policials i judicials. No es tracta de delictes per les característiques intrínseques de les substàncies, sinó pel fet que estan classificats com a tals en el codi legal.

### Referències bibliogràfiques

C. Herrero Herrero (1997). *Criminología (Parte General y Especial)*. Madrid: Ed. Dykinson.

Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (2007). "Drogas en el punto de mira. Drogas y delincuencia: una relación compleja". Disponible a [www.emcdda.europa.eu](http://www.emcdda.europa.eu).

Els tres primers tipus de delictes, de caràcter violent, constitueixen el que Goldstein va denominar *marc conceptual tripartit* per explicar la relació entre droga i delinqüència, i és el model més acceptat en l'actualitat (JIFE, Valenzuela i Larroulet).

En la valoració de la relació entre consum de drogues i comportament delictiu cal diferenciar no solament el tipus de droga consumida, sinó també la dosi i la forma d'administració, i l'estat del subjecte en relació amb la droga: intoxicació, síndrome d'abstinència, dependència psíquica i trastorns psicopatològics associats al consum.

## 2.6. Criminologia i perillositat

El subjecte dependent, en tant que és autor probable d'un delictes, es pot considerar un subjecte perillós. De l'estudi de la perillositat també se n'ocupa la criminologia.

L'alcohol és la droga que més sovint es relaciona amb delictes violents, i és un factor de risc per a la reincidència. La cocaïna es relaciona preferentment amb delictes menors per al finançament de l'addicció, igual que l'heroïna (Nurco i altres).

## 2.7. Risc de victimització en poblacions consumidores

Un altre dels aspectes de la drogodependència que afecta la criminologia és el risc més elevat de victimització que acompanya l'ús de substàncies. Aquest risc no se circumscriu a persones víctimes de delictes comesos per subjectes consumidors, sinó que s'ha comprovat que aquests mateixos estan sotmesos a un risc més elevat de victimització. Això és així, en primer lloc, perquè sota l'efecte de la substància el subjecte pot veure alterada la seva capacitat d'interpretar correctament la realitat i d'actuar en conseqüència. A més, sobretot si és una dona, veu incrementat el risc de patir agressions sexuals. La participació en actes violents, tant si són baralles físiques com delictes de sang en relació amb el tràfic de drogues, també incrementa el risc de victimització (JIFE).

### Referències bibliogràfiques

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) (2004). *Informe 2003*. Naciones Unidas. Disponible a [www.incb.org](http://www.incb.org) (publicat també en castellà).

E. Valenzuela; P. Larroulet (2010). "La relación droga y delito: una estimación de la fracción atribuible". *Estudios Públicos* (núm. 119). Disponible a [dialnet.unirioja.es](http://dialnet.unirioja.es).

### Vegeu també

Per aprofundir en l'estudi criminològic de la perillositat, vegeu el mòdul "Criminologia i drogodependència: peritatge forense i delictes relacionats".

### Referència bibliogràfica

D. N. Nurco; J. C. Ball; J. W. Shaffer; T. E. Hanlon (1985). "The criminality of narcotic addicts". *The Journal of Nervous and Mental Disease* (núm. 173, pàg. 94-102).



## 2.8. Propostes d'actuació i polítiques sobre drogues

Els avenços científics en la concepció de l'addicció com a malaltia del cervell no solament han facilitat un enfocament terapèutic sanitari més adequat i coherent, sinó també una modificació en les línies estratègiques de les polítiques contra la droga, incloent-hi el tractament penal i criminològic (Quintero, Herrero Álvarez).

A més, hi han contribuït la constatació del fracàs de polítiques estrictament repressives i policials, i l'alt cost social.

En l'àmbit judicial tradicional, els legisladors han emprat fórmules de contingut repressiu en les lleis, patrimoni d'una concepció simplificada de la delinqüència generada per subjectes addictes, que menyspreava la importància social i política d'un problema semblant. El fracàs d'aquest corrent i l'acceptació de la gran problemàtica criminògena que origina la toxicomania (Ríos Martín) –al costat dels problemes sanitaris i socials– han obert les portes a una legislació més receptiva al problema global (Herrero, Espinosa, Carrasco i Maza).

### Referències bibliogràfiques

- J. C. Ríos Martín (1997). "Alternativas a la prisión en el Código Penal de 1995". *Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología* (núm. 1, pàg. 76-87).
- C. Herrero Herrero (1997). *Criminología (Parte general y especial)*. Madrid: Ed. Dykinson.
- J. Espinosa Iborra (1997). "El tratamiento penal del enfermo mental en el nuevo código". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* (núm. 64, pàg. 607-625).
- J. J. Carrasco; J. M. Maza Martín (1998). *Manual de psiquiatría legal y forense*. Madrid: Ed. La Ley Actualidad.

Per la seva banda, la criminologia moderna ha ampliat també el nombre de factors a l'hora d'explicar el delicte. Tradicionalment, l'atenció se centrava en el delinqüent i la seva relació amb l'estat, una visió que queda complementada amb el contingut que sobre la víctima i la societat s'ofereix des d'aquesta ciència. Així, la criminologia adverteix que, si bé és cert que les drogues s'han utilitzat invariablement al llarg de la història com a medicines, amb finalitats magicoreligioses o com a mera manera d'alienar-se de la realitat, no ha estat fins al segle xx i, especialment, en el món occidental quan de manera emergent s'ha plantejat la necessitat d'advertir sobre les conseqüències socials que impliquen. Aquesta alarma, que s'explica pel complex món que envolta l'ús de les drogues (marginalitat, conflictivitat familiar, delinqüència a petita i gran escala –Hanlon i altres–, despesa sanitària, desestructuració personal, etc.), s'ha vist incrementada de manera especial en els últims anys per l'aparició de l'epidèmia del VIH, un dels canals de propagació de la qual és l'abús de drogues per via intravenosa.

### Referències bibliogràfiques

- G. Quintero Olivares (1996). "Nuevo planteamiento penal de la alteración mental y la drogodependencia". *Adicciones* (núm. 8, pàg. 1-4).
- S. Herrero Álvarez (1997). "Repercusiones prácticas del nuevo código penal en el tratamiento de los delincuentes toxicómanos". *Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología* (núm. 1, pàg. 53-59).

### Referència bibliogràfica

- T. E. Hanlon; D. N. Nurco; T. W. Kinlock; K. R. Duszynski (1990). "Trends in criminal activity and drug use over an addiction career". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* (vol. 16, núm. 3-4, pàg. 223-238).

Els organismes internacionals com l'**Oficina de les Nacions Unides contra la Droga i el Crim** (UNODC), el **Centre Internacional per a la Prevenció de la Criminalitat** (CIPC) i la **Junta Internacional de Fiscalització d'Estupefaents** (JIFE) reconeixen obertament que les polítiques restrictives del consum de substàncies han afavorit la creació d'un mercat negre que genera un nombre elevat de delictes (especialment violents). A més, en no estar plenament consensuades les polítiques, la reducció de la producció o la distribució en unes àrees, porta sovint a l'increment del problema en les veïnes, o al consum de substàncies alternatives. Aplicar polítiques purament repressives i policials fa que una gran part dels recursos disponibles es desplacin cap a aquestes mesures, i que es restin d'enfocaments més preventius, rehabilitadors i terapèutics. En l'àmbit microsocial i individual, enfocaments exclusivament restrictius provoquen un increment de la marginalitat de subjectes i comunitats ja castigats i socialment desfavorits per si mateixos.

Aquests organismes proposen combatre la violència relacionada amb les drogues no solament disminuint l'oferta amb un augment del control policial i de polítiques restrictives, sinó sobretot amb un enfocament integral (amb un èmfasi especial en l'àmbit microsocial i comunitari, i en la correcció de les desigualtats socials).

Aquest enfocament ha d'incloure:

- Millora en la coordinació entre les diferents entitats (nacionals, internacionals i locals) implicades.
- Polítiques de reducció de l'oferta de substàncies, control del tràfic de substàncies, organització criminal i blanqueig de capitals (macrosocial).
- Polítiques de desenvolupament socioeconòmic, especialment la promoció de cultius alternatius sostenibles i econòmicament rendibles per a les comunitats i països productors de substàncies.
- Programes de justícia restaurativa, basats en la comunitat, i amb un paper rellevant de les víctimes i de les mesures en benefici de la comunitat.
- Polítiques comunitàries i locals de desenvolupament integral.
- Desenvolupament de programes de benestar social.
- Programes terapèutics i de resocialització del subjecte consumidor.
- Programes de reducció de danys.

## Referències bibliogràfiques

United Nations Office on Drugs and Crime (2012). *World Drug Report 2012*. United Nations Publication Sales No. E.12.XI.1.

Centro Internacional para la Prevención de la Criminalidad (CIPC) (2010). *Informe internacional. Prevención de la criminalidad y seguridad cotidiana: tendencias y perspectivas*. Disponible a [www.crime-prevention-intl.org](http://www.crime-prevention-intl.org).

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) (2012). *Informe 2011*. Naciones Unidas. Disponible a [www.incb.org](http://www.incb.org).

- Programes dirigits a perfils de subjectes especialment vulnerables.
- Tractament adequat del problema de la drogodependència en els mitjans de comunicació.

Se suggereix fer un èmfasi especial en **polítiques adreçades a nens, adolescents i joves**:

- Polítiques preventives per a nens, adolescents i joves.
- Programes d'intervenció en famílies desestructurades i amb menors en risc d'exclusió social.
- Programes de formació per a pares, educadors i monitors.
- Programes de suport social i comunitaris encaminats a afavorir entorns sans de desenvolupament de nens i adolescents.
- Programes d'ocupació del temps lliure.
- Programes terapèutics específics per a població adolescent i joves.

## **2.9. Conclusions**

La resposta a la relació entre delinqüència i droga ha de ser per força complexa. Des d'un punt de vista criminològic, aquesta relació no té únicament implicacions teòriques, sinó també sobretot de política pública i de gestió de recursos i planificació d'intervencions socials. Per tant, és essencial millorar la metodologia d'investigació i plantejar noves aproximacions que permetin aclarir millor la relació entre els dos termes del binomi.

Un enfocament centrat en subgrups de poblacions (o encara millor en individus) es presumeix més interessant, per a aquesta finalitat, que una aproximació global i general al problema. El marc metodològic que tracti d'explicar la relació ha de ser ric en les seves fonts (biològiques, socials, culturals, etc.). A més, aclarir aquestes qüestions ajudarà a avaluar adequadament els diferents tractaments i les mesures proposades per a combatre les toxicomanies. Això permetrà controlar millor l'oferta de substàncies, aconseguir més eficiència en els tractaments proposats tant penals (mesures de seguretat) com mèdics, i disminuir el nombre de delictes i la reincidència dels subjectes.

### 3. Neurobiologia i neuropsicologia de la dependència de substàncies: base biològica de la inimputabilitat?

#### 3.1. Generalitats de l'estructura cerebral

D'una manera molt simplificada, el cervell està compost bàsicament de neurones. Aquestes cèl·lules es divideixen en un cos o soma, un axó que acaba en les terminacions axonals, i unes prolongacions anomenades *dendrites*. La connexió entre dues neurones (anomenada *sinapsi*) es produeix entre els terminals axonals d'una i les dendrites de la següent. La tasca fonamental d'una neurona és rebre estímuls i transmetre impulsos nerviosos, això és, transmetre informació entre les neurones i entre altres tipus de cèl·lules (glàndules, músculs, etc.).

Les neurones s'activen mitjançant les dendrites. Una vegada activades, generen un estímulo elèctric que recorre la neurona passant pel soma i dirigint-se cap a l'axó. En arribar a les terminacions de l'axó, l'estímulo elèctric provoca que unes substàncies que hi havia emmagatzemades en aquestes terminacions (i que es diuen *neurotransmissors*) s'alliberin a l'espai intersinàptic, una mena de magma que queda entre l'axó d'una neurona i les dendrites de la neurona següent (o espai sinàptic). Aquests neurotransmissors (per exemple, la dopamina, la serotonina, la noradrenalina, etc.) flueixen pel magma de l'espai intersinàptic fins a arribar als receptors de les dendrites de la neurona següent, on el procés torna a començar. Per la seva banda, els neurotransmissors, després d'haver contactat amb els receptors durant uns mil·lisegons, es tornen a alliberar a l'espai intersinàptic i són novament capturats i emmagatzemats a la primera neurona, a l'espera de l'impuls elèctric següent per al seu alliberament. En tots aquests processos intervenen receptors i bombes de recaptació que hi ha tant en la neurona presinàptica com en la postsinàptica.

Al cervell, grups especialitzats de neurones s'organitzen i ordenen de tal manera que arriben a constituir xarxes o circuits neuronals. Connecten una regió del cervell amb una altra i s'encarreguen de desenvolupar funcions concretes. Són com autopistes entre dues o més ciutats per on la transmissió elèctrica és especialment eficaç i té una finalitat. Aquestes xarxes neuronals o circuits són especialment importants perquè en depèn el funcionament correcte de diferents funcions i capacitats, especialment les anomenades *funcions superiors*, que constitueixen l'essència de l'ésser humà. Cadascun d'aquests circuits té a més un determinat "to" de neurotransmissors, és a dir, són vies on algun

dels neurotransmissors és especialment rellevant. Es parla així de circuits dopaminèrgics, serotoninèrgics, etc., si bé cal entendre que no tenen un sol tipus de neurotransmissors i de receptors.

### 3.2. Circuit de recompensa

Des de fa uns quants anys se sap que hi ha un circuit especialment relacionat amb l'addicció. Es denomina **circuit de recompensa** (o *circuit del plaer*) i recorre des de l'àrea tegmental ventral fins al nucli accumbens (com d'altres que esmentarem, són dues zones o àrees del cervell especialment denses en neurones organitzades i encarregades de funcions concretes), i d'aquí va a parts de la zona prefrontal del cervell. És un circuit molt primitiu, que existeix en els éssers vius del regne animal des de fa milers d'anys i que tots ells comparteixen en una versió més o menys evolucionada. Té una funció essencial, perpetuar les conductes que permeten la supervivència de l'individu i de l'espècie. Alimentar-se, copular, etc. són accions que s'han de repetir per a garantir la supervivència. Per a això, el cervell les acompanya d'un alliberament massiu, entre d'altres, del neurotransmissor dopamina en el circuit de recompensa. Aquest alliberament de dopamina genera la sensació de plaer que fa que l'acció tendeixi a repetir-se.

Totes les drogues de consum activen aquest circuit de recompensa. Algunes, com la cocaïna o les amfetamines, provoquen directament l'alliberament de dopamina. D'altres actuen de manera indirecta, per mitjà de connexions diverses que acaben igualment amb l'alliberament de dopamina al nucli accumbens.

Les substàncies d'abús activen amb tanta intensitat aquest circuit que el subjecte tendeix a repetir conductes d'addicció ("aprèn conductes addictives") fins i tot amb més força que les de reproducció o alimentació. El subjecte s'inicia en el consum perquè provoca una sensació plaent intensa i repetida. A més, aquest benefici va acompanyat dels efectes negatius que l'abstinència provoca a la substància (per tant, el subjecte també consumeix perquè, si no ho fa, no solament no aconsegueix plaer, sinó que apareix un malestar sever). Encara més, amb el pas del temps les modificacions són de tal intensitat que la simple presència d'estímul condicionats o clau és capaç de produir el mateix efecte d'alliberament de neurotransmissors. Consums repetits acaben produint canvis en el sistema, com modificacions en el nombre de receptors, en la quantitat de neurotransmissors alliberats, etc., canvis que no sempre es corregeixen malgrat l'abstinència continuada.

### 3.3. Models actuals de l'addicció

En els últims anys s'ha vist, a més, que el cervell del subjecte addicte pateix altres modificacions en altres àrees i circuits diferents del de recompensa (Kalivas i Volkow). Sembla que aquestes alteracions són especialment rellevants en els circuits que van de l'àrea prefrontal al nucli accumbens, i que afecten un altre tipus de neurotransmissió diferent de la dopaminèrgica, que és la glutamatèrgica. Aquests canvis serien els culpables que a poc a poc el subjecte perdi el control sobre les conductes de consum, i que més que d'un hàbit impulsiu en què encara és possible cert control parlem d'una **compulsió al consum** (impuls al qual el subjecte no es pot oposar).

Altres danys demostrats també a l'àrea prefrontal (que és la zona del cervell que ens distingeix de la resta d'animals i que gestiona tota la resta de funcions del cervell; és, per així dir-ho, el gran director d'orquestra del cervell) són els causants que el subjecte tingui afectades capacitats tan bàsiques com l'atenció, la memòria de treball, les funcions executives (que són les que ens permeten adaptar-nos a qualsevol canvi mínim), etc.

El realment essencial d'aquestes bases cerebrals de l'addicció és que demostren que en la drogodependència intervenen canvis en el cervell, que genera alteracions i lesions cerebrals, i que la vulnerabilitat a la recaiguda també té una base orgànica. Això és, l'addicció no és un vici sinó una malaltia.

Com en tota malaltia, hi ha subjectes més predisposats que d'altres a patir-la. Encara que, d'altra banda, és cert que la decisió inicial de consumir per primera vegada procedeix de la voluntat del subjecte.

En el món de la criminologia i del dret penal, aquest aspecte és essencial. Reconèixer que hi ha una base física per a l'addicció i una repercussió també física en el cervell del consumidor dóna suport als qui entenen que la capacitat de conèixer i d'actuar, la capacitat d'actuar lliurement i responsablement, estan disminuïdes en els subjectes drogodependents i, per tant, cal aplicar-los els atenuants en la valoració de la imputabilitat dels seus actes. En criminologia permet comprendre millor el delictes i un punt de vista més resocialitzador i rehabilitador dels criminals toxicòmans.

#### Referència bibliogràfica

P. W. Kalivas; N. D. Volkow (2005). "The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice". *American Journal of Psychiatry* (vol. 162, núm. 8, pàg. 1403-13).

## 4. Tràfic de substàncies. Aspectes criminològics

### 4.1. Crim organitzat i tràfic de substàncies a gran escala

De Fazio (Herrero) va distingir, dins dels delictes relacionats amb drogues, els que són a gran escala i que es deriven de la producció de drogues i el tràfic de substàncies. Aquests delictes rarament són comesos per subjectes toxicòmans. Comprenen poderoses màfies i societats organitzades, en molts casos amb imbricacions en el món de la política i les finances, que sovint requereixen la cooperació internacional per al seu control. Aquests tipus de delictes se solen relacionar amb uns altres: homicidi, robatori de vehicles, falsificació de documents, blanqueig de diners, pràctiques de corrupció, etc.

Hi ha diferents definicions de **crim organitzat** (Fernández). A Espanya el Codi penal el cataloga (article 515) com una associació il·lícita en tant que “tinguin per objecte cometre algun delicte o, després de constituïdes, promoguin la comissió d’un delicte, així com les que tinguin per objecte cometre o promoure la comissió de faltes de forma organitzada, coordinada i reiterada”.

La jurisprudència ha assenyalat una sèrie de requisits que ha de complir una organització criminal: pluralitat de persones que s’associen, amb una certa complexitat en l’organització, de manera continuada (no passatgera) per cometre una determinada activitat que és delictiva.

Per tant, el delicte d’associació il·lícita es consuma des del moment en què s’associen per a la comissió del delicte, sense ser necessari que el consumin. Una part essencial de l’organització criminal és l’existència d’una jerarquia entre els membres amb un repartiment de funcions entre ells. Cada membre de l’organització pot ser imputat per associació il·lícita, i també en cadascun dels delictes de l’organització en què hagi participat.

La policia, seguint la definició que en va donar la Interpol el 1998, considera que un crim és organitzat si es compleixen sis d’onze criteris. D’aquests, quatre són obligats:

- Que consti d’un grup format per més de tres persones.
- Que perduri en el temps.
- Que cometi un delicte greu.

#### Referència bibliogràfica

C. Herrero Herrero (1997). *Criminología (Parte general y especial)*. Madrid: Ed. Dykinson.

#### Referència bibliogràfica

J. Fernández (2008). “Crimen organizado”. *Noticias Jurídicas*. Disponible a [noticias.juridicas.com](http://noticias.juridicas.com).

- Que obtingui de la seva activitat algun tipus de benefici (pot ser poder, influència, etc.).

Els altres dos criteris han de ser alguns dels següents:

- Que hi hagi repartiment de tasques.
- Que hi hagi jerarquia interna.
- Que s'utilitzi violència o intimidació.
- Que tingui una implantació internacional.
- Que participi del blanqueig de diners.
- Que compti amb empreses tapadora.
- Que es beneficiï de la corrupció.

No és infreqüent que l'organització criminal sorgeixi amb un determinat objectiu, a partir del qual van apareixent altres activitats i interessos delictius que es poden acabar convertint en el principal. Entre els delictes associats al crim organitzat hi ha el narcotràfic; la corrupció; el blanqueig de capitals; el crim per Internet; el tràfic i explotació d'éssers humans; els delictes contra la propietat intel·lectual i industrial i el frau de l'IVA; la falsificació de l'euro i de documents, etc.

La complexitat dels grups criminals varia en funció de la implantació nacional i internacional, dels objectius delictius, de la pressió policial, etc. El tràfic de droga, per exemple, necessita una trama important i una jerarquia que controli la producció, el trànsit i el repartiment al país de destinació, a més d'un entramat que permeti blanquejar els diners. Cada vegada més apareixen organitzacions criminals menors i locals que s'especialitzen en part del treball logístic i que són "subcontractades" per organitzacions més grans per a aquests fins.

Segons dades del Fons Monetari Internacional (FMI, Fernández):

- El producte de tota la delinqüència mundial supera el bilió de dòlars anuals, la qual cosa representa el 20% del comerç mundial.
- Més de mig milió de persones formen part de trames de crim organitzat.
- Entre 0,6 i 1,5 bilions de dòlars no declarats surten o circulen per paradisos fiscals cada any.
- Les xifres dineràries que mou el blanqueig de capitals representen entre el 2% i el 5% del PIB mundial.
- Els beneficis anuals del tràfic de droga representen entre el 8% i el 10% del comerç mundial.

#### Referències bibliogràfiques

Fondo Monetario Internacional (FMI) (2001). *Financial system abuse, financial crime and money laundering*. Disponible a [www.imf.org](http://www.imf.org).

J. Fernández (2008). "Crimen organizado". *Noticias Jurídicas*. Disponible a [noticias.juridicas.com](http://noticias.juridicas.com).



- Segons l'ONU, el tràfic de droga mou 216.000 milions d'euros anuals a tot el món.
- La Interpol i la UNODC calculen que el mercat il·lícit de cocaïna a escala mundial té un valor de més de 80.000 milions de dòlars.

## 4.2. Noves polítiques en la lluita contra el crim organitzat

Actualment, les polítiques internacionals de disminució de la criminalitat no se centren exclusivament en polítiques repressives (CIPC). Juntament amb la millora de la capacitat operativa de les forces de seguretat i la millor coordinació i cooperació internacional, s'estableixen com a polítiques de base atacar l'economia del crim organitzat i promoure l'associació entre el sector públic i el privat, sobretot per a la prevenció de la corrupció. Políticament, es propugnen canvis legislatius que afavoreixin aquestes mesures, i també campanyes de sensibilització social. Aquestes iniciatives, de tipus macrosocial, s'han d'implementar amb altres d'enfocades a la comunitat. Es tracta de millorar l'avaluació de l'impacte del crim organitzat en l'àmbit local i d'enfortir la resiliència d'aquestes comunitats. A més d'això, es proposen plans de desenvolupament comunitari i social, i programes de rehabilitació.

Un dels objectius de les noves polítiques contra el crim organitzat és fomentar la resistència des de les comunitats, i al mateix temps millorar la governabilitat local i nacional. Es tracta d'evitar que àrees i fins i tot països sencers quedin a la mercè dels traficants de drogues, que exerceixen el control per mitjà de vincles corruptes amb l'administració (UNODC, CIPC).

Delictes com el blanqueig de diners són fàcils de dur a terme per als càrtels de les drogues. L'absència d'aplicació de la legislació internacional incrementa la sensació d'impunitat davant aquest tipus d'organitzacions.

## 4.3. Tràfic de droga: dades epidemiològiques

Es calcula que la pressió internacional aconsegueix confiscar prop del 50% de la cocaïna que es produeix al món i aproximadament la quarta part de l'heroïna. No hi ha dades estimades sobre el cànnabis i drogues de síntesi.

En la primera dècada del segle XXI la UNODC va calcular el següent:

### Referència bibliogràfica

Centro Internacional para la Prevención de la Criminalidad (CIPC) (2010). *Informe Internacional. Prevención de la criminalidad y seguridad cotidiana: tendencias y perspectivas*. Disponible a [www.crime-prevention-intl.org](http://www.crime-prevention-intl.org).

### Referències bibliogràfiques

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) (2009). *La delincuencia organizada y la amenaza que supone para la sociedad. Cómo hacer frente a una preocupante consecuencia de la fiscalización de drogas*. Disponible a [www.unodc.org](http://www.unodc.org).

- El volum del mercat mundial de les drogues oscil·la entre 215.000 i 320.000 milions de dòlars a l'any. Comparativament, Suècia (la vintena economia mundial) maneja un PIB de 358.000 milions de dòlars. Supera el mercat legal de tabac, vi, cafè, etc.
- El comerç mundial d'heroïna mou prop de 57.000 milions de dòlars (només 2.000 milions van a les mans dels conreadors). Es barreja amb delictes com la corrupció, el blanqueig de diners, activitats terroristes, etc.
- La cocaïna representa una quarta part del total del mercat mundial de drogues, amb uns 80.000 milions de dòlars anuals. Es calcula que una tona de cocaïna té un preu majorista d'entre 50 i 70 milions.

#### Referència bibliogràfica

Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) (2009). *La delincuencia organizada y la amenaza que supone para la sociedad. Cómo hacer frente a una preocupante consecuencia de la fiscalización de drogas.* Disponible a [www.unodc.org](http://www.unodc.org).

Un dels elements més alarmants de les organitzacions que es dediquen al tràfic de drogues és que aprofiten zones de desenvolupament social escàs i gran inseguretat i inestabilitat política, on duen a terme pràctiques corruptes sobre les empreses i l'administració. D'aquesta manera, juntament amb la violència que practiquen, adquireixen un gran poder, la qual cosa els permet fer-se amb àrees de producció i amb el control de les rutes de tràfic. Sovint, a més, financen la insurrecció en aquestes zones, de manera que aconseguen espantar el turisme i els inversors legals. Així perpetuen els problemes socials de les zones sota el seu control i mantenen en les seves mans la gestió d'aquestes àrees (UNODC).

#### **4.4. Països productors i països consumidors: les rutes de tràfic de substàncies**

##### **4.4.1. Europa**

Juntament amb els països d'Amèrica del Nord, Europa és el consumidor principal de substàncies, amb una certa diferenciació geogràfica. Així, mentre que a l'Europa oriental es consumeixen sobretot opiacis i cocaïna, als països més occidentals són el cànnabis, la cocaïna i les drogues de disseny les substàncies que es consumeixen més.

Europa és el segon mercat mundial de cocaïna (gairebé un terç del consum global d'aquesta substància té lloc als països europeus, sobretot de la zona occidental i central). Tradicionalment, la cocaïna, procedent d'Amèrica del Sud, arribava a Europa per mar a través d'Espanya i dels Països Baixos. En els últims temps s'han diversificat les rutes d'entrada, dirigint-se una bona part del mercat a la ruta dels Balcans, tant la septentrional com, sobretot, la meridional (països de l'exrepública Iugoslava). Una altra via que resta estable és la coneguda com a *ruta de la seda* (Àsia central). Preocupa la incorporació al crim organitzat de màfies i grups d'exmilitars de la zona dels Balcans per la preparació que tenen i els mètodes violents que practiquen.

Un altre assumpte alarmant és l'auge que està tenint en alguns països de l'Europa central i occidental el cultiu de cànnabis d'interior (domèstic inicialment, però últimament ja a escala industrial) i l'aparició de xarxes de tràfic d'aquesta substància. Tant és així que alguns països més permissius estan revisant la seva política respecte a aquesta droga.

Europa és una àrea productora de drogues de síntesi, sobretot Bèlgica, els Països Baixos i Polònia, però també Alemanya, Lituània i la Gran Bretanya. Part de la seva producció es deriva cap al mercat exterior.

I és també una zona experimental quant a substàncies emergents. El 2010 es van detectar unes quaranta substàncies emergents no subjectes inicialment a fiscalització internacional (mefedrona). El Regne Unit és país d'origen de les principals confiscacions de cat que arriben a Amèrica del Nord.

#### **4.4.2. Amèrica del Nord**

Constituïda pel Canadà, els Estats Units d'Amèrica i Mèxic, és un punt clau, juntament amb Europa, per a entendre el mercat mundial de substàncies. Aquests tres països presenten nivells elevats de producció, síntesi, tràfic i consum de drogues il·lícites, i són el mercat principal de les drogues en consum (el 70% de confiscacions de cànnabis al món, el 70% de les d'èxtasis i el 45% de les de metamfetamines van tenir lloc en aquesta àrea; el 99% dels laboratoris de metamfetamina desmantellats al món es trobaven en aquesta zona). Als Estats Units es calcula que l'impacte econòmic de les drogues l'any 2007 va ser de 193.000 milions de dòlars. A Mèxic, i només per a despeses relacionades amb seguretat, el govern ha pressupostat per al 2012 fins a 10.700 milions de dòlars. I al Canadà s'ha calculat que l'ús de drogues il·lícites representa per al país un cost de 9.000 milions de dòlars anuals.

El cànnabis és la substància més consumida en aquesta zona. Gran part d'aquest mercat es cobreix amb cultiu local o de l'àrea (el que es produeix a Mèxic i al Canadà és exportat en gran part als Estats Units). Preocupa especialment l'auge de la producció de cànnabis en interiors als Estats Units i el Canadà, ja que s'obté una substància més potent i ha donat lloc a nous circuits de tràfic il·legal intern.

La cocaïna continua essent un problema de primer ordre, si bé en els últims anys ha disminuït lleument tant el seu ús com les confiscacions a la zona. Cal destacar la implantació que grups criminals asiàtics per al tràfic de cocaïna cap al Canadà, i també de bandes de motoristes.

Els Estats Units continuen consumint bona part de l'heroïna produïda al món, sobretot la que procedeix de l'Afganistan i de Colòmbia, encara que també una bona part de la de Mèxic, que produeix gairebé un 10% del total de la producció mundial d'aquesta substància. Al Canadà arriba l'heroïna de l'Afganistan

moguda per organitzacions criminals iranianes, pakistaneses i hindús amb implantació al país. La ruta s'inicia a l'Afganistan i recorre l'Índia, el Pakistan, Turquia i l'Iran.

Quant a derivats de l'amfetamina, la majoria es produeix a Mèxic, si bé és cert que el nombre de laboratoris il·legals és més elevat als Estats Units. Se solen emprar per al consum local.

#### **4.4.3. Amèrica del Sud**

Els països d'Amèrica del Sud són principalment productors de cocaïna i en menor mesura de cànnabis. L'increment de la pressió en alguns països com Colòmbia ha portat un descens de la producció de cocaïna, que s'ha desplaçat a altres països de la zona com el Perú i Bolívia. Per al seu moviment s'empren embarcacions submergibles i semisubmergibles. Colòmbia exporta gairebé tota la seva producció a l'estranger (Europa sobretot). El Perú i Bolívia dirigeixen part de la producció al mercat regional (països d'Amèrica del Sud).

El 10% de les confiscacions d'herba de cànnabis al món va tenir lloc a Amèrica del Sud. El Paraguai és el productor principal d'una substància que se sol emprar localment o per a exportar a països de l'entorn. La producció de cascall és baixa en comparació del total mundial. Des de fa pocs anys s'han detectat intents de fabricació d'èxtasi i metamfetamines.

#### **4.4.4. Àsia occidental**

Així com Amèrica del Sud és el productor principal de cocaïna, l'Àsia occidental (especialment l'Afganistan i algunes zones del Pakistan) ho és d'opi (dues tercers parts de la superfície mundial de cultiu de cascall són en aquests països).

En aquesta regió també proliferen els cultius de cànnabis (l'Afganistan és el país del món que produeix més resina de cànnabis). També el Líban és un país amb una producció important. A més, s'ha notificat que la cocaïna i les amfetamines, fins ara pràcticament irrelevants en el total del tràfic de substàncies a la zona, guanyen pes en els últims anys.

En aquesta regió del món s'ha relacionat la producció de drogues amb la inestabilitat política i la inseguretat de la zona.

#### **4.4.5. Àfrica**

Àfrica ha passat a ser en els últims anys un continent en què la producció i, sobretot, el tràfic de substàncies han aconseguit dades alarmants. Majoritàriament això es deu a un increment de les àrees d'inseguretat i inestabilitat, amb

governos i empreses corruptes, i amb desigualtats en el desenvolupament manifestes. El tràfic de drogues és una via de finançament de milícies, exèrcits, organitzacions terroristes, etc., i es barreja amb altres activitats delictives.

Pel que fa al consum, el cànnabis és amb diferència la substància que més s'utilitza al continent africà, però en els últims anys s'ha vist un increment de l'ús de la cocaïna i de l'heroïna. Alguns països concrets també han vist augmentar el nombre d'usuaris de drogues de disseny. Certes substàncies "autòctones" com el cat o *khat* són d'ús habitual en determinades àrees.

El cànnabis és la substància més produïda, consumida i traficada a l'Àfrica (resina sobretot al Marroc i herba a tota la zona occidental). Es destina sobretot a Europa i a l'Àfrica del nord.

A tall d'exemple, el 2010 al Marroc es van confiscar 118 tones de resina de cànnabis, i el 2009, a Algèria, aproximadament 75 tones. Països com Egipte i Líbia van veure incrementar la seva producció.

En total el 2009 es van confiscar 640 tones d'herba de cànnabis a Àfrica, la qual cosa representa aproximadament l'11% de les confiscacions mundials d'aquest producte.

Al continent africà, amb prou feines hi ha producció de cocaïna, però en els últims anys preocupa que se n'ha incrementat el tràfic, des d'Amèrica del Sud i cap a Europa. Sembla que el descens de confiscacions que s'ha observat en algunes zones en les últimes estadístiques té a veure amb una modificació de mètodes per al tràfic (a través de l'Àfrica occidental en contenidors marítims).

Algunes zones concretes d'Egipte i la península del Sinaí mantenen plantacions de cascall (opi). A més s'ha vist que Àfrica també és un continent de tràfic d'heroïna, de l'Afganistan i altres països asiàtics, a través de l'Àfrica oriental, Nigèria i Sud-àfrica, per a arribar a Europa i Amèrica del Nord, principalment a partir de l'Àfrica occidental.

També en els últims anys hi ha severes sospites que Àfrica es convertirà en centre de producció d'estimulants de tipus amfetamínic (Àfrica occidental), que es deriven cap a l'Àsia oriental (Japó, Corea, etc.), i de distribució de drogues de disseny (Nigèria). La metaqualona (droga de síntesi) es produeix a gran escala a Sud-àfrica i es destina principalment al consum local. Aquest augment de l'ús també s'acompanya d'un increment de la importació d'èxtasi des d'Europa. S'aprofiten sobretot vols de càrrega i postals.

Localment es produeix i es consumeix una gran quantitat de cat. Preocupa l'ús que fan les organitzacions criminals de les vies de tràfic d'aquesta substància per a introduir altres estupefaents.

#### 4.4.6. Amèrica Central i Carib

La pressió sobre càrtels mexicans i colombians ha fet que gran part de les seves operacions es desplacin a aquesta zona del món, amb un increment inquietant de la inseguretat a la zona (violència, segrestos, corrupció, etc.). Per a això s'han valgut de la pobresa, la falta de perspectives laborals i les desigualtats socials dels països de l'àrea.

Una característica d'aquests països és el ràpid increment de la delinqüència organitzada tant a escala internacional com local (es calculen més de 900 *maras* o bandes juvenils amb uns 70.000 membres en total, que actuen amb extrema violència). Són països productors d'herbes de cànnabis (sobretot Jamaica, exportador principal de la regió), però preocupa el paper d'aquesta àrea geogràfica en el tràfic de substàncies des d'Amèrica del Sud als països del nord del continent. És punt d'escala de la cocaïna que arriba als Estats Units i al Canadà per Mèxic (es calcula que el valor de la cocaïna que passa per aquests països representa un 5% del seu PIB). Es continua traficant principalment aprofitant el mar, amb llanxes i planadores, i també amb aparells submarins o semisubmergibles de fabricació casolana, difícilment detectables i fàcilment destruïbles pels narcotraficants en cas de necessitat. Últimament s'ha advertit un augment en l'ús d'avionetes i mitjans terrestres. Països com la República Dominicana es fan servir com a trànsit no solament per a Amèrica del Nord-, sinó també Europa, mitjançant els seus vols.

S'ha comunicat un increment en la fabricació d'estimulants tipus amfetamina, però encara no representa ni l'1% de les confiscacions mundials d'aquest tipus de substàncies.

#### 4.4.7. Àsia oriental i sud-oriental

En països com Myanmar, Tailàndia i la República Popular de Laos s'ha vist un increment en el cultiu de cascall i en la producció d'opi. S'ha relacionat clarament amb el lucre que es vincula a aquest comerç i amb el fet que es tracta de zones amb gran inseguretat i desenvolupament escàs. No solament s'ha vist incrementar la producció, sinó també el tràfic dirigit per grups criminals de l'Àfrica occidental i iranians.

Està sorgint un mercat important de drogues de síntesi i emergents (ketamina) en alguns països com Indonèsia, tant per la producció com, inquietantment, pel consum. El tràfic de cocaïna per aquesta zona del planeta encara és mínim, però d'aquí poc temps es podria convertir en un problema important tenint en compte el desenvolupament que segueixen països com la Xina, Indonèsia, el Japó, etc. El cànnabis es produeix i es consumeix de manera habitual a diversos països de l'entorn. Preocupa sobre manera el tràfic il·legal de benzodiazepines.

#### **4.4.8. Àsia meridional**

L'Índia, el Nepal, Sri Lanka, etc. tenen una llarga tradició en el cultiu de cànnabis. Com en països de l'entorn més oriental, també aquí preocupa l'increment de tràfic de drogues i preparats farmacèutics de dispensació amb recepta.

L'Índia manté àrees importants de cultiu de cascull. Bona part de la seva producció d'opi queda per a l'ús local, però una altra part s'exporta a països de l'entorn proper. De moment la cocaïna és una substància de tràfic escàs. Comencen a notificar-se les primeres troballes de producció de drogues de disseny de tipus amfetamínic.

#### **4.4.9. Oceania**

Els països d'Oceania, sobretot Austràlia i Nova Zelanda, segueixen els patrons de consum més occidentals. El cànnabis continua essent la droga més consumida i confiscada al continent. Bona part del que es consumeix procedeix del cultiu domèstic, molt generalitzat a Austràlia. La major part de la cocaïna que arriba a Oceania (i que s'ha incrementat) procedeix d'Amèrica del Sud. També preocupa l'increment de la producció i el consum d'estimulants de tipus amfetamina, i també de l'ús amb finalitats no mèdiques de preparats farmacèutics.

## 5. Legalització enfront d'il·legalització de les drogues: la regularització del consum

### 5.1. Legalització enfront d'il·legalització: una revisió actual d'una qüestió antiga

Un debat que tradicionalment acompanya el consum de substàncies és la conveniència de permetre el lliure accés a les drogues sense cap restricció. En realitat, el gros del debat ha estat **més ideològic que basat en evidències empíriques** (Ponce de León).

El posicionament **favorable a la legalització** va sorgir des de posicions contraculturals, si bé alguns autors assenyalen que en realitat són ideologies neoliberals les que qüestionen les restriccions al consum. Un tercer bloc d'opinió és el que planteja la qüestió des de la reacció a les conseqüències socials que la il·legalitat comporta, sobretot després de l'experiència de l'epidèmia de l'heroïna.

Per la seva banda, s'han acusat els **contraris a la legalització** de partir de posicions conservadores, o bé des de la interpretació que el consum és un vici, i bé des de posicionaments paternalistes en les quals l'usuari queda relegat a un paper passiu i sotmès a la droga.

Probablement hauríem de diferenciar d'entrada dos nivells de debat i situar cada un en el seu àmbit:

- Hi ha una primera aproximació, poc científica, fins i tot poc ideològica, amb el suport de l'"opinió pública i retòriques socials" i amplificada pels mitjans de comunicació, consistent a presentar dues postures radicals, legalització enfront d'il·legalització, estrictes i sustentades cada una en ideologies, en el millor dels casos, amb una base empírica o científica escassa. Per la seva pròpia definició aquest nivell està condemnat a mantenir-se immutable, i en realitat aporta poc a la visió criminològica de les drogodependències.
- Una segona aproximació, basada en dades reals, demostrables, permet un debat fructífer i aporta solucions per a diferents aspectes de la drogodependència. És aquesta línia la que ha permès l'aparició d'un concepte intermedi entre els pols extrems, que seria el de **consum regulat de substàncies**.

#### Referència bibliogràfica

A. Ponce de León (2011). "Legalización de drogas. Un debate ideologizado". *Bien Común* (vol. 16, núm. 193, pàg. 18-21). Disponible a [fundacionpreciado.org.mx](http://fundacionpreciado.org.mx).



## 5.2. Arguments a favor i en contra de la legalització: una anàlisi crítica

Els defensors de la legalització argumenten, entre altres qüestions:

- Que per sobre de tot hi ha la llibertat personal per al consum.
- Que una legalització plena faria desaparèixer el mercat il·legal i la criminalitat associada, al mateix temps que permetria un control sobre la qualitat de la substància.
- Que la delinqüència del consumidor també disminuiria, ja que en un mercat legal el preu de les substàncies seria més baix.
- Que les substàncies tenen efectes farmacològics i beneficiosos.
- Que els riscos associats a aquestes substàncies (especialment a algunes) han estat exagerats.

Per la seva banda, els qui defensen la il·legalitat estricta pressuposen:

- Que el consum de substàncies sempre és nociu per al subjecte.
- Que la legalització exposaria els joves a un factor de risc especialment nociu.
- Que la dependència és en realitat un vici i no una malaltia.
- Que més llibertat de consum portaria com a conseqüència una extensió del problema i un increment de la delinqüència associada i de la patologia mèdica relacionada.

### Referències bibliogràfiques

- A. Ponce de León (2011). "Legalización de drogas. Un debate ideologizado". *Bien Común* (vol. 16, núm. 193, pàg. 18-21). Disponible a [fundacionpreciado.org.mx](http://fundacionpreciado.org.mx).
- D. Comas Arnau (2011). "Regularización de las drogas: el falso debate de la legalización". *Athenai* (núm. 55). Disponible a [padib.caib.es](http://padib.caib.es).
- G. Ochoa Vargas (2000). "Legalización de las drogas". Disponible a [www.hiperactivos.com](http://www.hiperactivos.com).

En aquesta lluita de posicions, els mateixos organismes internacionals (UNODC, JIFE) han reconegut que les seves **polítiques estrictament restrictives** sobre l'ús de substàncies (que són les que inicialment es van plantejar) **van comportar una sèrie de perjudicis**, i que l'objectiu final d'"un món sense drogues el 2008" no es pot aconseguir.

Entre les repercussions negatives que enumeren s'esmenten la creació d'un mercat il·legal i l'aparició i sofisticació de les organitzacions criminals. Aquest mercat il·legal és prou potent per a desplaçar la producció de les substàncies des d'àrees geogràfiques o països excessivament pressionats per la política restrictiva cap a altres països (generalment més desfavorits) on la producció és més rendible i és més fàcil escapar de la pressió internacional. A més, el mercat de substàncies fa que si la pressió sobre una és especialment intensa i la seva oferta es veu reduïda, apareguin noves substàncies alternatives que satisfacin la demanda. Finalment, la pressió policial ha estat més eficaç en la baula més feble, el consumidor o el petit traficant, que en les organitzacions criminals. Això ha fet que poblacions per si mateixes socialment desfavorides hagin quedat relegades a un estil de vida encara més marginal. I aquestes poblacions excessivament marginades tenen un accés encara més difícil als recursos terapèutics. En aquesta mateixa línia, mantenir una política restrictiva i policial representa un cost econòmic i en recursos important, que es resta dels necessaris per a donar una bona assistència de salut pública.

Prosseguint amb aquest exercici d'anàlisi crítica de la realitat, altres autors han fet llum sobre els arguments proposats.

El problema de la **delinqüència dedicada al tràfic de drogues** a gran escala no afecta per igual tots els països. Les polítiques restrictives han provocat la creació d'un mercat il·legal, però les polítiques de legalització no comportarien necessàriament la desaparició del problema.

D'entrada, com acabem de dir, aquest problema no afecta de la mateixa manera tots els països. Concerneix especialment els països productors, generalment en vies de desenvolupament, on la producció de substància és una explotació rendible per a l'autòcton i on la legislació i el nivell de control polític i policial són escassos. Està demostrat que la modificació de condicions en un país repercuteix en altres països i, de la mateixa manera, la pressió sobre determinades substàncies (fins i tot la seva legalització) pot provocar l'aparició de noves substàncies.

Val la pena assenyalar, a més, que programes de dispensació d'heroïna, en què el consumidor rep aquesta substància de manera legal, ha fet disminuir però no desaparèixer el consum il·legal de substància i la delinqüència associada (una part dels usuaris d'aquests programes, que solen pertànyer a una població molt marginal, continuen fent consums puntuals de substància il·legal obtinguda en el mercat negre, si bé amb menys freqüència). Altres programes de

## Referències bibliogràfiques

- Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC) (2009). *La delincuencia organizada y la amenaza que supone para la sociedad. Cómo hacer frente a una preocupante consecuencia de la fiscalización de drogas*. Disponible a [www.unodc.org](http://www.unodc.org).
- Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) (2012). *Informe 2011*. Naciones Unidas. Disponible a [www.incb.org](http://www.incb.org).

reducció de dany amb prou feines han repercutit en el tràfic il·legal d'heroïna, ja que hi continua havent una demanda per part de determinats perfils de subjectes marginals.

En qualsevol cas, una política de legalització del consum o del tràfic necessitaria la **coordinació internacional** que **aplicaqués globalment** la normativa sobre aquest tema; en cas contrari, amb uns països amb consum legalitzat i altres d'il·legalitzat, el problema del crim organitzat no decreixeria. Com que el nivell diferent de desenvolupament i les diferències socials i de valors culturals entre els països, això sembla especialment complicat.

Pel que fa a la **delinqüència directament vinculada amb el consum i l'usuari**, no està demostrat, com s'ha explicat, que la droga en si mateixa generi delinqüència entre aquests. Per tant, no es pot esperar que legalitzar-ne el comerç eviti la delinqüència associada a aquest nivell.

#### Vegeu també

Hem vist aquests aspectes en l'apartat "Teories sobre la relació droga-delinqüència".

Fins i tot, i en relació amb el consum de cànnabis, es va pretendre que Holanda havia disminuït la seva criminalitat després de la legalització del consum. En realitat, Holanda mai no va tenir unes taxes de criminalitat elevades prèvies a la legalització i, a més, és (o era) un país bàsicament consumidor. Com altres països europeus fins ara eminentment consumidors (Espanya, Anglaterra, etc.), està veient incrementar la producció local de cànnabis i de drogues de síntesi, situació que genera un increment dels problemes relacionats (delinqüència, patologies mèdiques, etc.) i una revisió de les seves polítiques contra les drogues.

Hi ha una altra dada relacionada amb drogues i delinqüència que val la pena destacar. El principal factor demostrat de criminalitat té a veure amb les **desigualtats socials**, més que amb la producció o el consum de substàncies en si mateix. Aquest factor no quedaria neutralitzat per una legalització plena.

Una altra de les posicions sostingudes és la visió general que la substància que pugui tenir **propietats terapèutiques** ha de ser liberalitzada per al seu consum. La gran majoria dels medicaments de la farmacopea procedeixen de plantes, les quals abans es depuren. Això passa també amb les substàncies il·legals. Els principis actius potencialment beneficiosos (cal tenir en compte que a la planta natural se solen trobar diferents principis actius, alguns de beneficiosos, altres de perjudicials, uns quants de neutres) són aïllats, estudiats i depurats per a l'ús farmacològic. És conegut, per exemple, l'ús dels derivats mòrfics per a l'analgèsia, com a antitussígens, antidiarreïcs, etc. I ha passat i passa el mateix amb altres substàncies, com el cànnabis, els principis actius del qual potencialment beneficiosos s'estan estudiant i utilitzant per a diferents patologies (control de vòmits, pal·liatius del dolor, etc.) de manera controlada i regularitzada.

L'experiència de les últimes dècades ha ensenyat que, en general, inicialment les drogues es consideraven no nocives per a la salut, però que el pas del temps i el consum generalitzat les ha anat situant com a factors de risc important

per a diverses patologies mèdiques. L'heroïna va aparèixer precisament per a contrarestar l'addicció a la morfina. La cocaïna es va presentar en societat com una substància que no generava dependència i no causava danys greus, contràriament al que passava amb l'heroïna. El pas dels anys va demostrar que genera una greu dependència, que el dany per a l'organisme és fins i tot més gran que amb l'heroïna tant físic com psíquic, i que la delinqüència associada es va incrementar de manera exponencial. Una cosa similar està passant amb el cànnabis. En les noves revisions de les classificacions internacionals s'accepta que genera dependència i abstinència, i és una droga clarament relacionada amb patologies tan greus com l'esquizofrènia. Les drogues de síntesi complien en teoria el requisit de proveir de sensacions plaents sense provocar cap dany. Avui és ben coneguda la seva neurotoxicitat i s'han descrit morts relacionades amb el seu consum.

La **comparació amb el consum d'alcohol i de tabac**, drogues legals que generen un important impacte en la salut i la mortalitat, cal analitzar-la amb molta cura. Durant un temps i en determinats entorns, l'alcohol va estar prohibit i va ser objecte de mercat il·lícit. La legalització no va comportar un decrement de la dependència (és la substància que més nombre de dependents i bevadors problemàtics genera), encara que sí un descens en el mercat il·legal, que d'altra banda aviat va substituir aquesta substància per d'altres. Tant l'alcohol com el tabac (que malgrat ser legal continua essent objecte d'un important tràfic il·legal) tenen una característica que els diferencia de les drogues il·legals, i aquesta és l'**alarma social**. En general són consums socialment acceptats, les complicacions principals dels quals recauen habitualment sobre el mateix consumidor i no són tan disruptius per a la vida del subjecte ni li generen un estil de vida marginal. No estan, en tot cas, exempts de complicacions: l'alcohol s'ha assenyalat com la causa principal de crims violents i d'accidents de trànsit; d'altra banda, alcohol i tabac són la base d'un bon nombre de patologies evitables i representen una gran despesa en matèria econòmica i laboral. La legalització no ha corregit aquests problemes.

D'altra banda, desconeixem per exemple les taxes de delinqüència que podrien aparèixer davant una plena liberalització d'altres drogues com la cocaïna o el cànnabis.

Alguns defensen que una permissivitat excessiva en el consum pot generar una taxa més alta de dependents. D'altres al·leguen que el control de l'oferta no ha limitat l'extensió del problema, la qual cosa es presentaria com una mostra clara del fracàs de polítiques restrictives. És cert que hi ha un recorregut o carrera addictiva que en gran manera té a veure amb la disponibilitat de les substàncies i l'edat del subjecte. La major part dels usuaris joves s'inicien amb el tabac, l'alcohol i el cànnabis. Posteriorment passen a experimentar amb drogues de disseny i psicoestimulants, més endavant amb cocaïna, i uns pocs consumiran més tard heroïna. Està demostrat que el consum de cànnabis és la porta d'entrada al món de les drogues i que afavoreix el pas al consum d'altres substàncies. No obstant això, també se sap que probablement el cànnabis és la

substància que genera menys dependència. En realitat, una bona part d'usuaris adolescents i joves experimenten durant un temps amb cànnabis i drogues de síntesi, i després abandonen el consum de substàncies. Altres substàncies com l'heroïna i la cocaïna sí que generen dependències més marcades.

També s'intueix que la demanda de substàncies no sembla dependre exclusivament de l'oferta. Dit d'una altra manera, l'excés d'oferta (com podria ser la legalització) genera un increment en el nombre d'usuaris, però aquest és limitat i moltes vegades experimental amb abandó posterior. S'ha comprovat a més que, com s'esperava, la població jove és més sensible al preu de la substància que poblacions més adultes, la qual cosa permetria un cert control d'oferta per mitjà del preu de la substància.

Experiències permissives amb altres substàncies, com el cànnabis, en països de l'entorn occidental van acabar fracassant per l'increment important de dependents i l'efecte crida que van tenir. En el cas de l'alcohol i del tabac, el consum lliure no va disminuir la prevalença d'ús en la població, sinó que la va incrementar.

En qualsevol cas, des dels organismes internacionals dedicats a les drogues s'advoca per un doble vessant de la política contra l'ús de substància: reduir tant l'**oferta** com la **demanda** de substàncies il·legals.

Un dels arguments esgrimits a favor de la legalització és que faria desaparèixer la sensació de transgressió i de risc associat al consum, que suposadament hi ha al darrere en molts joves en el moment d'iniciar-se en l'ús de substàncies. Segons al·leguen, sense aquesta aura s'espera que l'adolescent presti menys atenció a la substància i s'hi senti menys atret. No obstant això, avui dia no es pot sostenir que sigui això el que genera en si mateix el greu problema de les dependències. És veritat que pot afavorir un consum puntual, experimental. Però se sap que molts altres factors influeixen en l'inici i sobretot en el desenvolupament de la dependència. I queda per demostrar que la legalització comportaria efectivament la pèrdua d'aquesta etiqueta de transgressió de límits o d'experimentació amb el que està prohibit. L'alcohol i el tabac no ho han aconseguit.

### 5.3. La regularització com a alternativa al debat

El que inicialment es va plantejar com un debat ideològic sobre la legalització/il·legalització de les drogues en general, avui ha quedat pràcticament restringit al consum del cànnabis en particular.

Com acabem d'explicar, les polítiques de lluita contra la droga, dirigides des d'institucions internacionals i coordinades entre els diferents països membres, se centren a reduir l'oferta de substància i la demanda per part dels usuaris.

La reducció de l'**oferta** se centra a limitar i penalitzar el tràfic de substàncies, tant a gran escala (crim organitzat) com petita, dins de la proporcionalitat de la pena que exigeix el dret.

Els programes encaminats a disminuir la **demanda** s'articulen a prevenir-ne més el consum, incidint especialment en poblacions molt vulnerables, i a afavorir la recuperació i resocialització dels subjectes consumidors. Superant l'antic debat sobre la legalització de les drogues, la realitat actual és la **regularització** del consum.

Des de fa anys hi ha els **programes de reducció del dany**, que no tenen com a objectiu principal l'abstinència, sinó evitar en tant que sigui possible els danys col·laterals del consum, en població especialment marginal. En el cas de la dependència de l'heroïna, que és on tenen més predicament, aquests programes inclouen el consum permès, regulat i en condicions higièniques de la mateixa heroïna, fins i tot dispensada des de l'administració sanitària. Una altra alternativa terapèutica d'ús majoritari són els **programes de manteniment amb mòrfics** (metadona, buprenorfina, etc.), la qual cosa també en representa un consum regulat. D'aquesta manera es busca un cert tipus de consum apartat de l'estil marginal propi del consum lliure.

D'altra banda, la legislació actual no penalitza l'autoconsum de substàncies, ni la possessió si és per a ús propi (o compartit en determinades situacions). Des de fa anys la farmacopea inclou derivats mòrfics amb prescripció mèdica i s'investiga (i en alguns països, s'autoritza) l'ús de cànnabis en les circumstàncies en què ha demostrat eficàcia, sota un control i prescripció sanitaris.

Paradoxalment, el que s'ha produït en els últims anys és un control més gran, per part de l'administració, de l'ús de les drogues legals, alcohol i tabac. En el primer cas en relació amb la conducció de vehicles sota els efectes de substàncies, i en el segon amb la prohibició de fumar en llocs públics pel risc que representa per a la salut dels no fumadors. En tots dos casos aquestes mesures restrictives s'han centrat també a prevenir el consum en poblacions adolescents i joves.

Així en els últims anys i per al cas dels usuaris, les polítiques sobre drogues han adoptat una posició de **regularització** de l'ús, permetent-ne l'ús amb més freqüència com a consum terapèutic i en programes de tractament de dependència.

Les polítiques purament restrictives i de penalització del consum han anat perdent pes en la majoria de països, i han passat a la situació actual d'un ús particular permès, amb sancions no penals sinó administratives si s'incompleixen certes normes. En el cas del cànnabis, per exemple, la regulació com a tal no s'estableix d'una manera tan clara com amb l'heroïna, però sí que hi ha més tolerància a l'ús particular i una certa tendència a la condescendència a l'hora d'aplicar penes i sancions.

Cal destacar que probablement la cocaïna queda una mica al marge d'aquestes tendències, en gran manera per la falta de substitutius eficaços i pel perfil de consum. És difícil establir una regulació eficaç sense disposar d'aquest tipus de suports, si bé el consum particular no està penat, ni tampoc la possessió per a l'autoconsum. Sí que evidentment es persegueix tant el tràfic a gran escala com el tripijoc, i està estrictament legislada la conducció sota els efectes de la substància.

Convé assenyalar, encara que sigui de manera col·lateral en la qüestió del debat entre la legalització i la il·legalització, el problema que planteja actualment la producció de cànnabis a petita escala. La proporció de substància psicoactiva i la potència de la seva acció depenen en gran manera del tipus de cultiu, a més de la planta en si mateixa. En els últims anys la tendència prèvia d'importar la substància bàsicament del nord d'Àfrica ha deixat pas a una producció cada vegada més gran de cànnabis en petites plantacions, fins i tot domèstiques, en països consumidors (Espanya, Holanda, etc.). Això ha representat l'arribada al mercat de droga més activa (que, per tant, causa problemes físics i psíquics més greus) i l'aparició de nous problemes amb la distribució i el tràfic de la substància. Per aquest motiu, determinats països que fins ara eren més permissius amb el consum públic intenten limitar l'ús i l'expansió de la substància.

## Resum

Aquest mòdul ha abordat el problema de la drogodependència des del punt de vista criminològic i ha revisat tant aspectes clàssics com d'altres de més actuals.

El coneixement de la història de les drogues i el seu ús per la humanitat és clau per a entendre que és un part essencial de la seva història, molt imbricada en aspectes culturals (i contraculturals), amb unes línies de separació no sempre clares entre l'ús terapèutic i l'ús en l'oci, i que sovint la seva valoració està influïda per aspectes ideològics. A més, s'han repassat els factors que han pogut provocar l'ús epidèmic de les substàncies a l'últim segle, amb aportacions socials però també biològiques i psicològiques. L'aparició d'una legislació internacional sobre l'ús de substàncies ha condicionat les últimes dècades d'ús.

Per a la criminologia, el problema de les drogues i la dependència sempre ha estat en primera línia d'estudi, no solament per l'impacte que les drogues representen en l'estadística criminològica, sinó també per la necessitat d'implementar mesures polítiques d'afrontament eficaces. No queda clar quina relació causal hi ha entre drogues i crim, si bé en els últims anys s'albiren possibles punts de relació entre tots dos.

Cal destacar que no tots els delictes relacionats amb drogues són deguts a subjectes usuaris de substàncies; al contrari, els més lucratius i violents rares vegades s'hi relacionen. En els últims anys els organismes internacionals encarregats de promoure polítiques d'actuació han modificat tant els seus objectius com les línies de treball, advocant no solament per la repressió policial, sinó també per polítiques socials i preventives en les comunitats de base, i per programes de rehabilitació per a subjectes addictes.

En aquest sentit, el crim organitzat representa una gran xacra mundial que ha trobat en les drogues un material de tràfic idoni. Les petites organitzacions centrades exclusivament en les substàncies han deixat pas a grans bandes internacionals, d'extrema complexitat i amb objectes de tràfic variats (armes, immigrants, etc.), capaces de desestabilitzar països i àrees geogràfiques senceres.

En els últims anys s'ha avançat molt en la comprensió del funcionament del cervell en general i de les bases cerebrals de la dependència de substàncies en particular. Aquestes troballes permetran tractaments futurs més eficaços. Des del punt de vista penal i criminològic, la constatació del funcionament de les substàncies sobre el cervell i del dany neuropsicològic que produeixen reforça la idea de l'addicció com a patologia en què les capacitats cognitiva i volitiva es poden veure afectades.



L'antic debat entre legalització i il·legalització de substàncies ha deixat pas a un plantejament més realista que avança cap a la regularització del seu ús. S'han revisat de manera crítica les posicions enfrontades i els raonaments que esgrimeixen cada una.



## Exercicis d'autoavaluació

1. Assenyaleu la resposta correcta:

- a) Les polítiques actuals busquen sobretot disminuir l'oferta de drogues.
- b) Les polítiques actuals persegueixen una disminució de la demanda de substàncies.
- c) Les dues opcions són excloents.
- d) Tant a com a b són certes.

2. D'entre les opcions següents, quina és la més correcta?

- a) Està demostrat que legalitzar les drogues representa un descens de delictes associats.
- b) S'ha demostrat que la legalització de certes substàncies no sempre ha eliminat el mercat negre.
- c) Està demostrat que il·legalitzar les drogues comportaria un augment exagerat del nombre de subjectes dependents.
- d) No és clar que una legalització de les drogues milloraria el control de l'oferta i la qualitat d'aquestes.

3. Assenyaleu l'opció falsa:

- a) El nucli accumbens, l'àrea tegmental ventral i l'àrea prefrontal són parts del circuit de recompensa.
- b) El circuit de recompensa explica tant l'inici i el manteniment de l'addicció com el risc de recaiguda.
- c) La dopamina és el neurotransmissor més important d'aquest circuit.
- d) El circuit de recompensa existeix en tots els animals i l'objectiu és la perpetuació de l'espècie i de l'individu.

4. Sobre els delictes relacionats amb drogues, assenyaleu l'opció correcta:

- a) Tots són executats per subjectes addictes o si més no, usuaris.
- b) Els que cometen els usuaris d'heroïna sota l'efecte de la substància solen ser d'una gran violència i agressivitat.
- c) Els relacionats amb el finançament de les drogues per part dels usuaris no solen ser especialment violents.
- d) No val la pena distingir tipus de delictes, ja que no hi ha característiques diferencials entre ells.

5. Sobre la perillositat dels subjectes drogodependents,...

- a) el consum de substàncies explica gran part de la perillositat, però només en el grup de subjectes dependents, no en la població no dependent.
- b) el cànnabis i l'heroïna provoquen un gran nombre de delictes violents.
- c) l'alcohol és la principal droga implicada, tant en dependents com en no dependents, en actes delictius violents.
- d) el risc de perillositat no és més elevat en població dependent amb antecedents de patologia psiquiàtrica que en dependents sense aquests antecedents.

6. Quant al tràfic de droga, és fals...

- a) que tots els països són per igual productors i consumidors.
- b) que Europa i Amèrica del Nord són les àrees de consum principals.
- c) que Àfrica va guanyant rellevància no sols com a productor sinó sobretot com a continent de pas de substàncies.
- d) que la major part de la producció mundial d'heroïna és a l'Afganistan.

7. Sobre les causes i les conseqüències del tràfic de drogues als països productors, és cert...

- a) que en general són àrees inestables i amb gran desigualtat social.
- b) que el tràfic de drogues és lucratiu sobretot per als traficants, no tant per al conrador.
- c) que el tràfic de drogues sol portar com a conseqüència un empitjorament en els nivells de desenvolupament social, violència, pràctiques corruptes, etc.
- d) Totes les respostes anteriors són certes.

8. Les noves recomanacions de polítiques contra la droga fetes des dels organismes internacionals busquen...

- a) exclusivament eradicar el cultiu de substàncies.
- b) fomentar la resiliència de les comunitats locals i el seu desenvolupament social.
- c) fomentar mesures de prevenció en grups vulnerables i millorar la cooperació internacional.
- d) Les respostes *b* i *c* són correctes.

9. Entre els factors individuals que expliquen l'epidèmia actual de consum de substàncies s'han esmentat tots els següents excepte...

- a) l'aparició d'una societat industrial i urbana.
- b) els trets de personalitat de cerca de sensacions i trets evitatius de la realitat.
- c) la criança en una llar desestructurada i el fracàs escolar.
- d) la pertinença a un grup d'iguals consumidors.

10. En relació amb les drogues, són objecte d'estudi de la criminologia...

- a) el delictes i la desviació social que les drogues generen.
- b) el control i la resposta social a aquest delictes.
- c) l'anàlisi de les relacions entre criminologia i drogues.
- d) Totes les respostes anteriors són vertaderes.

## **Solucionari**

### **Exercicis d'autoavaluació**

1. **d**

2. **b**

3. **b** S'ha vist que el circuit de recompensa és clau sobretot per a l'inici de l'addicció, però sembla que el manteniment i sobretot la vulnerabilitat a la recaiguda té més a veure amb alteracions glutamatèrgiques al lòbul prefrontal.

4. **c**

5. **c**

6. **a**

7. **d**

8. **d**

9. **a** Es tracta de factors individuals, i la industrialització i la vida urbana són factors socials.

10. **d**

## Glossari

**capacitat cognitiva** *f* Capacitat superior que diferencia l'ésser humà de la resta d'espècies animals i que en últim terme li permet raonar i adaptar-se a l'ambient. Inclou des de funcions més bàsiques com l'atenció, la memòria, etc. fins a altres de més sofisticades com són les funcions executives.

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

**correlació** *f* Relació sobre la qual, estadísticament, es diu que dues variables correlacionen quan la modificació d'una provoca un canvi en l'altra, i viceversa.

**dependència (de substància)** *f* Conjunt de canvis cognitius, conductuals i fisiològics que es produeixen en el subjecte pel consum repetit de la droga, que fa que tota la seva vida estigui guiada per la cerca de la substància i el seu consum, tot i que aquest estil de vida provoca efectes negatius clars.

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

**drogodependència** *f* Addicció a una substància.  
sin. **toxicomania**

**enfocament biopsicosocial** *m* Model mèdic que té en compte variables biològiques (incloses les genètiques), socials i psicològiques, i la interacció entre elles com a manera d'explicar una determinada patologia o conducta.

**escala microsocial** *m* Entorn comunitari o local, per contraposició al macrosocial (que es relaciona amb àrees geogràfiques grans o transnacionals).

**funció executiva** *f* Capacitat que permet al subjecte afrontar amb èxit situacions noves de presentació recent i per a les quals no ha après una resposta. Inclou la capacitat de planificar, d'inhibir estímuls distractors, de posar en marxa un pla i de modificar-lo si apareixen noves informacions, de verificar el desenvolupament i els èxits o fracassos aconseguits, i d'aprendre dels errors, entre altres.

**igual** *m* Individu o grup d'individus que, en epidemiologia, comparteixen amb el subjecte objecte d'estudi característiques socials similars. Per exemple, els iguals d'un adolescent són altres adolescents del seu mateix context amb els quals es relaciona i comparteix variables socials comunes (mateix entorn social, situació escolar, etc.).

**justícia restaurativa** *f* Conjunt de programes de justícia que estan basats en la comunitat, en els quals les víctimes i les mesures en benefici de la comunitat tenen un paper principal.

**metaanàlisi** *f* Metodologia d'anàlisi estadística que consisteix a analitzar conjuntament les mostres i els resultats provinents de diferents estudis publicats per autors diversos, de manera estructurada i en funció de determinats criteris. Busca aconseguir mostres més grans en les quals es puguin comprovar les hipòtesis de treball.

**neurona** *f* Cèl·lula pròpia del sistema nerviós. Consta d'un cos o soma, un axó i unes prolongacions anomenades *dendrites*.

**neuropsicologia** *f* branca de la psicologia que estudia com les diferents patologies afecten el cervell: en quin lloc del cervell s'origina un trastorn mental determinat, quins són els circuits involucrats i com afecta les funcions cognitives i conductuals.

**neurotransmissor** *m* Substància que, segregada per una neurona, activa la següent mitjançant la unió al receptor.

**perillositat criminal** *f* Valoració del risc de delinquir, reincidir o recaure del subjecte en un delictes.

**policonsum** *m* Consum de més d'una substància, encara que una sigui la principal.

**prevalença anual** *f* Terme epidemiològic que assenyala el percentatge d'una població determinada que ha patit l'esdeveniment en l'últim any.

**psicòpata** *m i f* Terme per a designar, de manera genèrica, la personalitat antisocial, caracteritzada per un judici de la realitat conservat i una fredor emocional que fa el subjecte indiferent als afectes dels altres. És una persona capaç de captar bé la realitat, fins i tot de

descriure els sentiments de l'altre, però sense que li ressonin afectivament. No és capaç de posar-se a la pell de l'altre, encara que comprèn la situació adequadament. No s'ha de confondre amb el terme *psicòtic*.

**psicòtic -a** *m i f* Persona que pateix una malaltia mental o procés tal que en determinats moments li produeix una alteració del judici de la realitat i assumeix com a certes i veritables vivències que no ho són.

**rave** *f* Festa al ritme de música electrònica de cadència repetitiva, en què es va popularitzar el consum de drogues de disseny.

**receptor** *m* Element bàsic integrat en la neurona que rep els neurotransmissors, i s'activa i en transmetre la informació a l'interior de la neurona. Intervé entre l'interior i l'exterior de la neurona.

**reducció de danys** *f* Programa terapèutic que no té com a objectiu l'abstinència de consum sinó reduir els efectes negatius que aquest consum té per al subjecte o la societat.

sin. **reducció de riscos**

sin. **reducció de riscos i dany**

**reducció de riscos** *f* sin. **reducció de danys**

**reducció de riscos i dany** *f* sin. **reducció de danys**

**regulació (d'un consum)** *f* Procés pel qual l'ús d'una determinada substància està controlat per les normes o reglaments d'una institució o administració.

**resiliència** *f* Capacitat humana d'assumir amb flexibilitat situacions límit i de sobrepassar-s'hi.

**toxicomania** *f* sin. **drogodependència**

**trastorn per consum de substàncies** *m* Denominació comuna per als diferents trastorns que produeixen les substàncies. En la nova versió DSM-V es referirà tant a la dependència com a l'abús d'una determinada substància.

**usuari -ària (de substàncies)** *m i f* Persona que fa ús de substàncies, de manera puntual o sostinguda. S'ha de diferenciar del dependent de substàncies.

**victimització** *f* Procés pel qual una persona passa a ser víctima d'un delictes determinat.

**vulnerabilitat** *f* Terme que, en medicina, designa una major probabilitat de dany en un subjecte que en altres a causa de factors socials, biològics, econòmics, etc.

**xifra negra** *f* En criminologia, diferència entre la xifra de delictes real i la xifra de delictes coneguts. Engloba aquells delictes realitzats dels quals la Justícia no ha tingut coneixement i no ha pogut trobar responsable de la seva comissió.

## Bibliografia

**Alonso Fernández, Francisco** (1980). "Drogodependencias". A: *Actas del IX Congreso Internacional sobre prevención y tratamiento de las drogodependencias* Madrid (pàg. 20).

**Ambrosio, E.** (2001). "Modelos animales con naltrexona". A: E. Ochoa Mangado (ed.). *Antagonistas opiáceos en las dependencias. Clínica de la Naltrexona*. Barcelona: Ars Medica / Psiquiatría Editores.

**Arias, F.; Ochoa, E.; Arechederra, J. J.; García, M. J.** (1996). "Problemática legal en dependientes de opiáceos en tratamiento con naltrexona". *Psiquiatría Pública* (vol. 8, núm. 5, pàg. 271-278).

**Blanken, A. J.; Adams, E. H.; Durell, J.** (1985). "Drug abuse: implications and trends". *Psychiatric Medicine* (vol. 3, núm. 3, pàg. 299-317).

**Carrasco, J. J.; Maza Martín, J. M.** (1998). *Manual de psiquiatría legal y forense*. Madrid: Ed. La Ley Actualidad.

**Casteneda, R.; Galanter, M.; Franco, H.** (1989). "Self-medication among addicts with primary psychiatric disorders". *Comprehensive Psychiatry* (vol. 30, núm. 1, pàg. 80-83).

**Centro de Estudios Jurídicos. Ministerio de Justicia** (2011). *Memooria de la Fiscalía General del Estado 2010*. <[http://www.fiscal.es/ficheros/memorias/484/1022/MEMFIS10\\_completo\\_con\\_botones.PDF](http://www.fiscal.es/ficheros/memorias/484/1022/MEMFIS10_completo_con_botones.PDF)>

**Centro Internacional para la Prevención de la Criminalidad (CIPC)** (2010). *Informe Internacional. Prevención de la criminalidad y seguridad cotidiana: tendencias y perspectivas*. <[http://www.crime-prevention-intl.org/fileadmin/user\\_upload/Publicacions/prevencion\\_de\\_la\\_criminalidad\\_y\\_la\\_seguridad\\_cotidiana\\_ESP\\_01.pdf](http://www.crime-prevention-intl.org/fileadmin/user_upload/Publicacions/prevencion_de_la_criminalidad_y_la_seguridad_cotidiana_ESP_01.pdf)>

**Comas Arnau, D.** (2011). "Regularización de las drogas: el falso debate de la legalización". *Athenai* (núm. 55). <<http://padib.caib.es/sacmicrofront/archivopub.do?ctrl=MCRST352ZI124591&id=124591>>

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

**Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.** (2012). *Legislación española sobre drogas*. <[http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/legisla/pdf/LegisInternacional\\_Cronologico\\_marzo\\_2012.pdf](http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/legisla/pdf/LegisInternacional_Cronologico_marzo_2012.pdf)>

**Dole, V. P.; Nyswander, M. E.; Kreek, M. J.** (1966). "Narcotic blockade". *Archives of Internal Medicine* (vol. 118, núm. 4, pàg. 304-309).

**Epstein, J.; Bang, H.; Botvin, G.** (2007). "Which psychosocial factors moderate or directly affect substance use inner-city adolescents?". *Addictive Behaviors* (núm. 32, pàg. 700-730).

**Escohotado, Antonio** (1994). *Las Drogas - De los orígenes a la prohibición*. Madrid: Alianza Cien.

**Espinosa Iborra, J.** (1997). "El tratamiento penal del enfermo mental en el nuevo Código". *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría* (núm. 64, pàg. 607-625).

**Fernández, C.; Llorente, J. M.** (1996). "Evaluación cognitivo-conductual de heroinómanos en comunidad terapéutica". *Adicciones* (vol. 8, 2, pàg. 161-176).

**Fernández, J.** (2008). "Crimen Organizado". *Noticias Jurídicas*. <<http://noticias.juridicas.com/articulos/55-Derecho%20Penal/200810-98765412359874.html>>

**Fondo Monetario Internacional (FMI)** (2001). *Financial system abuse, financial crime and money laundering*. <<http://www.imf.org/external/np/ml/2001/eng/021201.pdf>>

**Ganzenmüller, C.; Frigola, J. F.; Escudero, J.** (1997). *Drogas, sustancias psicotrópicas y estupefacientes. Delitos contra la salud pública II*. Barcelona: Editorial Bosch.

**Hanlon, T. E.; Nurco, D. N.; Kinlock, T. W.; Duszynski, K. R.** (1990). "Trends in criminal activity and drug use over an addiction career". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* (vol. 16, núm. 3-4, pàg. 223-238).



**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* (núm. 1, pàg. 53-59).

**Herrero Herrero, C.** (1997). *Criminología (parte general y especial)*. Madrid: Ed. Dykinson.

**Huertas García-Alejo, R.** (1987). "Búsqueda de paraísos y evasión de realidades: la droga en el siglo XIX". *Historia 16* (núm. 133, pàg. 65-74).

**Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE)** (2004). *Informe 2003*. Naciones Unidas. <<http://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2003.html>> (Publicat també en castellà).

**Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE)** (2012). *Informe 2011*. Naciones Unidas. <<http://www.incb.org/incb/en/publications/annual-reports/annual-report-2011.html>>

**Kalant, H.** (2001). "The pharmacology and toxicology of «ecstasy» (MDMA) and related drugs". *Canadian Medical Association Journal* (vol. 165, núm. 7, pàg. 917-928).

**Kalivas, P. W.; Volkow, N. D.** (2005). "The neural basis of addiction: a pathology of motivation and choice". *American Journal of Psychiatry* (vol. 162, núm. 8, pàg. 1403-13).

**Khantzian, E. J.; Treece, C.** (1985). "DSM-III psychiatric diagnosis of narcotic addicts. Recent findings". *Archives of General Psychiatry* (vol. 42, núm. 11, pàg. 1067-1071).

**Madoz-Gúrpide, A.** (2002). *Efectividad del tratamiento con naltrexona en la dependencia de opiáceos. Factores pronósticos*. Madrid: Agencia Antidroga.

**Madoz-Gúrpide, A.; Ochoa Mangado, E.** (2011). "A review of the physiopathology and treatment of cocaine abuse". A: Xi Chun Fang; Lili Yue (editors). *Cocaine abuse: pharmacology, treatment and relapse prevention*. Nova York: Nova Publisher.

**Martínez Pérez, J.; González de Pablo, A.** (1987). "Las drogas en la Antigüedad". *Historia 16* (núm. 133, pàg. 32-40).

**McElrath, K.; McEvoy, K.** (2001). "Fact, fiction, and function: mythmaking and the social construction of ecstasy use". *Substance Use & Misuse*, (vol. 36, núm. 1-2, pàg. 1-22).

**Merck, E.** (1914). "Merck MDMA Patent". *German Patent Office*.

**Ministerio del Interior** (2011). *Anuario Estadístico del Ministerio del Interior 2010*. <<http://www.interior.gob.es/file/53/53112/53112.pdf>>

**Murrelle, L.** (2000). "Interacción ambiente-genética en la etiología del abuso de sustancias psicoactivas". Conferència en el I Congrés Virtual de Psiquiatria, 1 de febrer - 15 de març de 2000.

**Neuman, E.** (1984). *Droga y Criminología*. Mèxic: Editorial Siglo XXI.

**Nurco, D. N.** (1987). "Drug addiction and crime: a complicated issue". *British Journal of Addiction* (núm. 82, pàg. 7-9).

**Nurco, D. N.; Ball, J. C.; Shaffer, J. W.; Hanlon, T. E.** (1985). "The criminality of narcotic addicts". *The Journal of Nervous and Mental Disease* (núm. 173, pàg. 94-102).

**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 Europeo de las Drogas y las Toxicomanías** (2007). "Drogas en el punto de mira. Drogas y delincuencia: una relación compleja". <[http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_44774\\_ES\\_Dif16ES.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_44774_ES_Dif16ES.pdf)>

**Ochoa, E.; Madoz-Gúrpide, A.; Baca-García, E.; Ceverino, A.; Vicente, N.** (1999, maig). "Characteristics of heroine addicts with brothers also addicts". A: *American Psychiatric Association Annual Meeting*. Washington.

**Ochoa Vargas, G.** (2000). "Legalización de las drogas". <<http://www.hiperactivos.com/legalizar.shtml>>

**Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC)** (2009). *La delincuencia organizada y la amenaza que supone para la socie-*

dad. *Cómo hacer frente a una preocupante consecuencia de la fiscalización de drogas*. <<http://www.unodc.org/documents/commissions/CND-Uploads/CND-52-RelatedFiles/CND-52-Documents/CND52-ECN72009-ECN152009-CRP4-S.pdf>>

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

**Ponce de León, A.** (2011). "Legalización de drogas. Un debate ideologizado". *Bien Común* (vol. 16, núm. 193, pàg. 18-21). <[http://www.fundacionpreciado.org.mx/biencomun/bc193/Bc\\_193.pdf](http://www.fundacionpreciado.org.mx/biencomun/bc193/Bc_193.pdf)>

**Prada, C.; Álvarez, F. J.** (1996). "MDMA o éxtasis: aspectos farmacológicos, toxicológicos y clínicos". *Medicina Clínica* (vol. 107, núm. 14, pàg. 549-555).

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

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

**Rodríguez, F. J.; Paíno, S.; Herrero, F. J.; González, L. M.** (1997). "Drogodependencia y delito. Una muestra penitenciaria". *Psicothema* (vol. 9, núm. 3, pàg. 587-598).

**Sánchez-Carbonell, J.; Brigos, B.; Camí, J.** (1989). "Evolución de una muestra de heroínómanos dos años después del inicio del tratamiento (proyecto EMETYST)". *Medicina Clínica* (núm. 92, pàg. 135-139).

**Shulgin, A. T.** (1986). "The background and chemistry of MDMA". *Journal of Psychoactive Drugs* (vol. 18, núm. 4, pàg. 291-304).

**Valenzuela, E.; Larroulet, P.** (2010). "La relación droga y delito: una estimación de la fracción atribuible". *Estudios Públicos* (núm. 119). <<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=3705738>>

**Winger, G.; Hofmann, F.; Woods, J.** (1992). *A handbook on drug and alcohol abuse. The biomedical aspects*. Nova York: Oxford University Press.