

Criminologia i drogodependència: peritatge forense i delictes relacionats

Agustín Madoz Gúrpide
Enrique Baca García

PID_00196550



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

Índex

Introducció.....	5
Objectius.....	7
1. Peritatge medicopsiquiàtric en el consumidor de drogues.....	9
1.1. Definicions	9
1.2. Funció de la psiquiatria forense	9
1.3. Característiques del peritatge	12
1.4. Les eines del perit	13
2. L'informe pericial.....	18
3. Valoració del risc de reincidència, perillositat i peritatge.....	20
3.1. Valoració del risc de reincidència	20
3.2. Perillositat	21
3.2.1. Estudis sobre perillositat en malalts mentals	21
3.2.2. Perillositat i consum de substàncies	23
4. Drogodependència i modificació de la responsabilitat penal	26
4.1. Aplicació de mesures de seguretat en subjectes drogodependents	27
5. Delictes contra la salut pública: tràfic de drogues.....	29
5.1. Estadístiques a Espanya	29
5.2. Perfils del delinqüent	30
5.3. Tràfic de substàncies segons el Codi penal	31
5.4. Anàlisi penal del delicte de tràfic de substàncies	32
5.5. Tràfic de substàncies i autoconsum	33
5.6. Atenuants i agreujants en el delicte de tràfic de drogues	34
5.7. La Llei sobre protecció de la seguretat ciutadana	35
5.8. Polítiques de lluita contra la droga	36
6. Delictes contra la seguretat viària.....	37
6.1. Quan s'aplica el Codi penal i quan la Llei de trànsit i seguretat viària	38
6.2. Sancions previstes per a delictes i infraccions contra la seguretat viària	39
6.3. La detecció d'alcohol i altres substàncies. L'acta de conductes externes observables i la participació del facultatiu	41
6.4. Sobre la negativa a sotmetre's a la prova de detecció d'alcohol i altres drogues	42

7. Sobre el tractament involuntari.....	44
Resum.....	45
Exercicis d'autoavaluació.....	47
Solucionari.....	49
Glossari.....	50
Bibliografia.....	52

Introducció

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

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

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

La possessió de substàncies per a l'autoconsum al nostre país no està penalitzada. No obstant això, no sempre és fàcil diferenciar en quines circumstàncies ens trobem davant possessió per al tràfic de drogues (penat en el Codi penal) o per a l'autoconsum. La Llei sobre protecció de la seguretat ciutadana estableix sancions administratives per a qui n'incompleixi el reglament, inclòs el que es refereix a les substàncies estupefaents. El delicte de tràfic de substàncies, sobretot el tràfic a gran escala, sovint és comès per subjectes que pertanyen a organitzacions criminals. En aquests casos apareixen una sèrie de connotacions penals i criminològiques diferents del simple tripijoc a petita escala.

Referències bibliogràfiques

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

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

Referència bibliogràfica

J. Tirapu-Ustárroz; M. Ríos-Lago; F. Mesta (2008). *Manual de Neuropsicología*. Barcelona: Viguera Editores.

Una qüestió que es planteja sovint en el cas dels subjectes dependents de substàncies és la possibilitat de submissió involuntària a tractament. Aquesta qüestió és objecte freqüent de debat, tant entre professionals sanitaris com en l'advocacia, i també sorgeix sovint des dels familiars dels consumidors.

Objectius

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

1. Peritatge medicopsiquiàtric en el consumidor de drogues

Gisbert Calabuig defineix el **peritatge medicolegal** de la manera següent:

“Todas aquellas actuaciones periciales médicas mediante las cuales se asesora a la administración de justicia sobre algún punto de naturaleza biológica o médica.”

J. A. Gisbert Calabuig (2004). *Manual de medicina legal y toxicológica* (6a. ed.) Barcelona: Elsevier-Masson.

1.1. Definicions

La **psiquiatria forense** és la branca de la psiquiatria encarregada dels trastorns mentals en relació amb els principis legals. El jutge necessita l'assessorament de professionals experts (**perits**) per a evitar errors judicials i condemnes desproporcionades.

Hi ha diferents definicions, més o menys encertades, del que és la psiquiatria forense. Per a alguns és l'ús instrumental de la psiquiatria per a finalitats legals com a suport de la llei; per a d'altres és la part de la psiquiatria que s'encarrega dels seus pacients en la interacció entre clínica psicopatològica i sistema legal. L'Associació Americana de Psiquiatria Legal defineix la psiquiatria forense com una subespecialitat de la psiquiatria que inclou investigació i pràctica clínica en totes les àrees en què la psiquiatria s'aplica als assumptes legals. Per a altres autors és una especialitat de la medicina legal que s'ocupa dels casos en què alguna persona, afectada per problemes de salut mental, requereix una consideració particular davant la llei.

1.2. Funció de la psiquiatria forense

La funció principal de la psiquiatria forense és assessorar els jutges quant a les capacitats tant cognoscitives com volitives del subjecte, i ajudar a determinar-ne així la responsabilitat en els seus actes i el grau d'imputabilitat (Carrasco i Maza).

Referència bibliogràfica

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

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

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

1) Què és un perit psiquiàtric?

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

2) Qui pot fer un peritatge psiquiàtric?

La prova pericial en l'àmbit judicial correspon en principi als membres del Cos Nacional de Metges Forenses, que depenen del Ministeri de Justícia (o de les comunitats autònomes que tenen les competències transferides). En aquest cas s'ingressa per oposició, i només es necessita el títol de llicenciat en Medicina i Cirurgia. Per aquest motiu, habitualment falten membres que tinguin una profunda formació en psiquiatria i amb freqüència els tribunals de justícia recorren al Col·legi de Metges, el qual disposa d'una llista de metges especialistes en psiquiatria que ofereixen els seus serveis com a perits. Molts han completat la seva formació en aquesta àrea amb títols universitaris propis com expert de Psiquiatria Forense, màster de Psiquiatria Forense, etc., si bé aquestes subespecialitats no són necessàries.

Quan és el jutge qui sol·licita un perit, es tria mitjançant un procés d'insaculació d'una llista oficial que es renova anualment. Quan és la part qui el contracta, és lliure de triar qualsevol facultatiu especialista en psiquiatria.

En l'àmbit penal, tot reconeixement pericial l'han de dur a terme dos perits.

3) Què és un peritatge psiquiàtric?

És un informe redactat pel perit psiquiàtric amb la finalitat d'assessorar el tribunal en les qüestions que aquest li planteja i que surten del seu àmbit (Carrasco i Maza, Gisbert Calabuig).

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).

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).

Referències bibliogràfiques

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

J. A. Gisbert Calabuig (2004). *Manual de medicina legal y toxicológica* (6a. ed.) Barcelona: Elsevier-Masson.

4) En quins camps participa el perit psiquiàtric?

Es pot sol·licitar un peritatge psiquiàtric des dels diferents camps del dret: civil, penal, canònic, militar, social, etc. Els objectius i les qüestions a què ha de respondre varien dels uns als altres. Així, es pot sol·licitar un peritatge per a valorar la nul·litat d'un matrimoni, per a avaluar la responsabilitat penal del subjecte, per a decidir si li correspon una incapacitat laboral, etc.

5) Sobre què informa un perit psiquiàtric?

Les qüestions que habitualment es plantegen a un perit psiquiàtric tenen a veure, majoritàriament, amb el següent: si l'acusat pateix una malaltia o no, en què es basa per arribar a aquestes conclusions i de quina manera aquesta malaltia pot condicionar la capacitat de conèixer o la voluntat d'actuar del subjecte. Correspon al perit auxiliar la justícia en les qüestions que aquesta li planteja; no és la seva funció decidir sobre la culpabilitat del subjecte, sinó explicar de manera clara i intel·ligible al jutge si el subjecte que ha valorat pateix algun tipus de malaltia i com aquesta malaltia en condiciona els actes en general i l'acte concret que es jutja en particular.

Un aspecte d'especial importància en el peritatge psiquiàtric és el temporal.

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

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

Per tant, és essencial entendre que la feina del perit psiquiàtric en relació amb el consum de drogues necessita saber quina influència té la dependència en dos temps clarament diferenciats:

- De manera transversal, en el moment de cometre el delictes (i saber en quina mesura aquest consum puntual condiciona l'acte puntual).
- De manera longitudinal, si hi ha història de dependència i com condiciona aquesta història la capacitat funcional del subjecte.

1.3. Característiques del peritatge

Alguns aspectes essencials diferencien el peritatge de l'acte mèdic habitual.

La primera diferència està relacionada amb **qui sol·licita la valoració**. A diferència de l'acte mèdic normal, en què és el mateix subjecte qui sol·licita la consulta, el peritatge forense es pot practicar perquè el demana el jutge (a instància pròpia o a proposta de les parts) per conèixer millor les repercussions que una pretesa malaltia té sobre l'acte delictiu; o perquè el demana una part, generalment la defensa, que intenta millorar les previsions de penes per al subjecte dependent.

D'altra banda, no hi ha **confidencialitat** en l'acte del peritatge, la qual cosa constitueix una diferència essencial. Tota relació entre metge i pacient està regida pel principi de confidencialitat. Només unes quantes excepcions escapen d'aquest principi, i el peritatge n'és una. Cal informar el subjecte que allò que expliqui es transmetrà al jutge. L'objectiu últim del perit és la veracitat.

En l'acte mèdic habitual, el facultatiu adquireix una responsabilitat professional envers el pacient. En el peritatge psiquiàtric, la **responsabilitat s'adquireix amb la justícia** en particular i amb la societat en general. En aquest sentit, el peritatge ha de ser imparcial, i no s'ha de comprometre ni la relació terapèutica entre metge i pacient de l'acte mèdic normal ni l'aliança terapèutica.

Una altra diferència és que **el perit no tracta el subjecte**. Com a màxim, si el jutge ho requereix, el pot assessorar sobre quin tipus de tractament o recurs rehabilitador pot ser més apropiat per al subjecte dependent de substàncies.

També pot passar que el subjecte sotmès a un peritatge intenti enganyar el perit. És freqüent simular i dissimular quadres clínics per a obtenir beneficis, que no consisteixen a millorar la salut sinó a cercar la sanció més lleu possible. Aquesta situació no és tan habitual en la pràctica clínica quotidiana, en què l'objectiu principal del pacient és millorar la salut.

En principi, el perit psiquiàtric es mou en un context que no és el seu i que li pot resultar complicat. Hi ha diferents jurisdiccions, les qüestions que se li plantegen no són sempre de contingut clínic i fins i tot algunes sobrepassen les funcions del perit. D'altra banda, ha de procurar que la informació que arriba al jutge la compregui fàcilment, per la qual cosa ha d'usar un llenguatge intel·ligible per a persones alienes al món de la medicina.

Taula I. Relació terapèutica enfront de peritatge

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

1.4. Les eines del perit

Per a dur a terme un peritatge correcte, el metge disposa de diferents eines. Només n'hi ha que sempre és necessària, imprescindible i insubstituïble: la **història clínica**. Les altres poden ser més o menys necessàries, complementàries o pertinents en funció del cas.

La **història clínica** és el document en què es recullen els detalls tant del que passa al subjecte en el moment actual com dels antecedents mèdics i personals, i també l'avaluació dels símptomes i signes. Per tant, consisteix en una **entrevista psiquiàtrica** minuciosa i en una **exploració psicopatològica** sistemàtica.

Hi ha una sèrie de **diferències** que val la pena destacar entre la **història clínica psiquiàtrica** i la **història clínica de les malalties físiques**. En primer lloc, i tot i que s'està avançant molt en el coneixement de les bases biològiques de la malaltia psiquiàtrica, per als trastorns mentals rars vegades podem identificar una causa concreta, no hi ha un virus o un bacteri causant. Ni tan sols una substància com la cocaïna condiona per si sola la dependència.

En segon lloc, la història psiquiàtrica es basa en la fenomenologia descriptiva, en el que el subjecte explica i l'explorador avesat observa. No hi ha un contrast o un criteri extern de validació, si bé és cert que determinades analítiques i proves donen informació.

El diagnòstic d'una infecció urinària es basa en una sèrie de símptomes (febre, dolor en la micció, etc.), juntament amb la troballa del bacteri causant en els medis de cultius apropiats. En salut mental no hi ha aquest contrast visible. La troballa d'un positiu per a cànnabis en una mostra de saliva no implica necessàriament una dependència de la substància.

D'altra banda, la majoria de les malalties físiques presenten símptomes (el que el subjecte percep, per exemple: esgarrifances o sensació de temperatura elevada quan té febre) i signes (que són la constatació objectiva, això és, i seguint amb l'exemple, temperatura elevada marcada en el termòmetre). En psiquiatria abunden els símptomes però escassegen els signes. Així que el psiquiatre ha d'estar especialment atent a com es presenta el subjecte, l'aparença, el llenguatge i el seu contingut, etc. És el que s'anomena *exploració psicopatològica*.

Taula II. Anamnesi

Anamnesi	
Dades de filiació i identificació del pacient	
Motiu de peritatge i circumstàncies	
Situació clínica actual	
Antecedents personals mèdics i psiquiàtrics	
Antecedents familiars	
Antecedents biogràfics	Història infantojuvenil Malalties Socialització Rendiment acadèmic Relacions familiars i socials Pubertat i maduració sexual Infància tardana i adolescència

Taula III. Explotació psicopatològica bàsica

Explotació psicopatològica bàsica
Nivell de consciència o vigília
Orientació temporoespacial
Atenció i concentració
Memòria
Percepció
Pensament (curs i contingut)
Llenguatge i parla
Psicomotricitat
Afectivitat
Son
Conducta sexual
Conducta alimentària
Capacitat d'introspecció

La informació que es recull en la història clínica prové tant del subjecte com dels familiars, persones properes, etc. Sovint en el peritatge psiquiàtric es recorre, a més, a informes o instruccions previs, recomanacions dels professionals habituals, etc.

En el cas de les toxicomanies, és freqüent l'ús d'escala **que mesuren la gravetat de l'addicció** (Bobes i altres). Probablement l'Índex de severitat de l'addicció (ASI en les sigles angleses) en la versió europea (EuropASI) és, dins d'aquestes escales, l'intent més sòlid i solvent en el nostre entorn per a estudiar la gravetat de l'addicció d'una manera global (alcohol i altres substàncies). A més, hi ha diferents escales per a mesurar la gravetat de l'addicció de cada substància específica.

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

Alguns són de **valoració psiquiàtrica general** i inclouen les addiccions; per exemple:

- Entrevista diagnòstica internacional composta (CIDI) (Robins i altres)
- Entrevista clínica estructurada pel DSM-IV (SCID-I)
- Entrevista internacional neuropsiquiàtrica (MINI) (Sheehan i altres)

Altres instruments se centren directament en l'**estudi dels problemes relacionats amb el consum i la gravetat de la dependència**; per exemple:

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

Referències bibliogràfiques

A. Kokkevi; C. Hartgers (1995). "European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence". *European Addiction Research* (núm. 1, pàg. 208-210).

M. Gossop; S. Darke; P. Griffiths; J. Hando; B. Powis; W. Hall; J. Strang (1995). "The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users". *Addiction* (núm. 90, pàg. 607-614).

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

Referència bibliogràfica

J. Bobes; M. T. Bascarán; M. T. Bobes-Bascarán; J. L. Carballo; E. M. Díaz Mesa; G. Flórez; M. P. García-Portilla; P. Sáiz (2008). *Valoración de la gravedad de la adicción: Aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos*. Socidrogalcohol. Monografía 2007. Disponible a www.pnsd.msc.es.

Referències bibliogràfiques

L. N. Robins; J. Wing; H. U. Wittchen i altres (1988). "The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiological instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures". *Archives of General Psychiatry* (núm. 45, pàg. 1069-1077).

D. V. Sheehan; Y. Lecrubier; K. H. Sheehan; P. Amorim; J. Janavs; E. Weiller; T. Hergueta; R. Baker; G. C. Dunbar (1998). "The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10". *Journal of Clinical Psychiatry* (vol. 59, núm. 20, pàg. 22-33).

Referència bibliogràfica

J. Alonso; L. Prieto; J. M. Anto (1995). "La versión española del SF-36 Health Survey (cuestionario de salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos". *Medicina Clínica* (núm. 104, pàg. 771-776).

Per al **diagnòstic de la patologia psiquiàtrica i de la personalitat concomitant** també es poden emprar diferents instruments i escales com per exemple:

- Escala de Hamilton per a l'ansietat
- Escala PANSS per a valorar la simptomatologia positiva i negativa de l'esquizofrènia
- Qüestionari de Beck per a la depressió
- Examen internacional dels trastorns de personalitat (Loranger)

A l'hora de triar una escala, cal procurar que tingui bones qualitats psicomètriques (validesa i fiabilitat, entre d'altres), formes adaptades i validades per al castellà i una ratificació de la seva utilitat per la comunitat científica. En qualsevol cas, ha de quedar clar que aquests instruments serveixen com a complement d'una bona història clínica i exploració psicopatològica, però no és útil utilitzar-los de manera independent.

La història clínica i l'exploració psicopatològica se solen complementar amb **analítiques** tant generals com específiques per a toxicomanies. En el cas de les drogodependències, sobretot si s'ha emprat la via intravenosa, convé sol·licitar analítiques especials com la serologia del VIH, hepatitis B i C, sífilis, etc. Així mateix, el professional sol requerir diferents proves de neuroimatge com la tomografia axial computeritzada (escàner), la ressonància nuclear magnètica i altres de més avançades (neuroimatge funcional com el PET i l'SPECT), etc. Juntament amb això, se solen emprar altres tests i bateries psicomètriques que permeten conèixer aspectes diversos de l'individu, com els tests de personalitat; els tests d'intel·ligència; les escales d'impulsivitat, ansietat, depressió, etc., i mesures neuropsicològiques (memòria, atenció, funcions executives, etc.).

En els controls de trànsit s'utilitzen bàsicament dos tipus de dispositius: els **alcoholímetres**, degudament homologats, que mesuren la concentració d'alcohol en aire espirat; i els **tests salivals**, que detecten el consum recent, en les hores prèvies, de cànnabis, cocaïna, benzodiazepina, derivats opiacis i estimulants del tipus de les amfetamines (Staub i altres).

A més d'aquestes **proves de cribatge**, els laboratoris mèdics i forenses poden objectivar el consum de substàncies en diferents fluids corporals, com l'orina, la sang, la suor, la saliva, etc., diferenciant **proves de detecció** i **proves de confirmació**. La detectabilitat depèn de factors diversos: tipus de substància i dosi consumida, mostra biològica utilitzada, freqüència d'ús, diferències individuals en el metabolisme, temps que ha transcorregut des del consum, mètode analític, etc. (Lizasoain i altres).

Referència bibliogràfica

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

Referència bibliogràfica

C. Staub; M. Marset; M. Mino; P. Mangin (2001). "Detection of acetylcodeine in urine as an indicator of illicit heroin use: method validation and results of a pilot study". *Clinical Chemistry* (núm. 47, pàg. 301-307).

Referència bibliogràfica

I. Lizasoain; M. A. Moro; P. Lorenzo (2001). "Cocaïna: aspectos farmacológicos. Monografía cocaïna". *Adicciones* (núm. 13, pàg. 36-46).

La **detecció en orina** és la que es fa servir més per la seva comoditat i per la seva relació cost-eficàcia (Linder i altres). Cal tenir en compte que no permet quantificar el consum ni tipificar la via ni el nombre de consums, però sí demostrar un consum recent encara que no necessàriament una intoxicació aguda (Fishbain i altres, Hersh i altres). És d'elecció per al monitoratge i com a criatge (Schiller i altres).

Referències bibliogràfiques

M. W. Linder; G. M. Bosse; M. T. Henderson; G. Midkiff; R. Valdes (2000). "Detection of cocaine metabolite in serum and urine: frequency and correlation with medical diagnosis". *Clinica Chimica Acta* (vol. 295, núm. 1-2, pàg. 179-185).

D. A. Fishbain; R. B. Cutler; H. L. Rosomoff; R. S. Rosomoff (1999). "Validity of self-reported drug use in chronic pain patients". *Clinical Journal of Pain* (vol. 15, núm. 3, pàg. 184-191).

D. Hersh; C. L. Mulgrew; J. Van Kirk; H. R. Kranzler (1999). "The validity of self-reported cocaine use in two groups of cocaine abusers". *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (vol. 67, núm. 1, pàg. 37-42).

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

La **detecció en sang** és un procediment més invasiu, lent i costós, que té validesa sobretot com a instrument de peritatge forense.

Altres valoracions com l'anàlisi del cabell, la suor, etc. no es fan servir gaire en la clínica diària, ni tan sols en deteccions habituals de substància amb finalitats de peritatge, i estan més indicades per a estudis forenses. Són mètodes més costosos i de gran sensibilitat, amb uns resultats que es poden veure alterats per la contaminació ambiental, l'ús de tints, etc.

2. L'informe pericial

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

Marc conceptual de l'informe pericial

- Quina és la qüestió psiquiàtrica legal que es planteja?
- Quins criteris legals i psiquiàtrics s'han d'emprar per a respondre a aquesta pregunta?
- Quines són les eines a disposició del perit per a poder avaluar el subjecte i així contestar la qüestió plantejada?
- De tota la informació clínica recollida, quina és pertinent per a la qüestió plantejada?
- A quines conclusions s'arriba sobre aquesta pregunta i com s'argumenten sobre la base dels criteris legals i psiquiàtrics exposats?

Les formes finals que pot assolir un informe pericial són, evidentment, diverses, però totes segueixen més o menys una **estructura** similar. Tracten de respondre a les preguntes que fa el jutge aportant, d'una banda, els arguments clínics teòrics i, d'una altra i sobretot, una valoració tan objectiva com sigui possible del subjecte. Les conclusions finals es basen en l'avaluació del subjecte per mitjans científicament acceptats i basats en coneixements teòrics actuals.

Aquesta estructura és la següent:

- Identificació i credencials del perit per a l'exercici de la funció encomanada.
- Informació sobre el cas: a qui es perita, a petició de quina part i en quin procediment, i també l'acceptació del càrrec.
- Objecte de la prova pericial: resum del que sol·licita el magistrat del perit i de les especificacions sobre aquest tema.
- Metodologia del peritatge: quines proves s'han emprat per a arribar a les conclusions. Fonts d'informació. Inclou la història clínica completa, informes previs, analítiques, tests i escales, proves de neuroimatge, etc., i qualsevol altra prova que s'hagi practicat perquè s'ha considerat d'interès.
- Resultats de l'exploració: història clínica amb antecedents personals i familiars, dades de personalitat, etc. que tinguin rellevància per al procediment.

- Consideracions medicolegals: els arguments teòrics generals i les consideracions pràctiques del subjecte peritat que permeten arribar a les conclusions que després s'exposen.
- Part doctrinal o teòrica: resum dels coneixements principals en què es basa el peritatge.
- Consideracions sobre el peritatge, amb les quals es tracta de comprovar si el subjecte sotmès a peritatge compleix i de quina manera els criteris que estableix la part doctrinal.
- Conclusions: el perit resumeix i respon breument a cadascuna de les preguntes que el jutge va fer sobre l'objecte de la prova pericial.

3. Valoració del risc de reincidència, perillositat i peritatge

3.1. Valoració del risc de reincidència

Una de les tasques que pot encomanar el jutge al perit és valorar el risc de reincidència del subjecte (Petherick i altres). Aquesta és una tasca especialment complicada, en la qual el perit no solament s'ha de basar en la seva capacitat diagnòstica, sinó també en un profund coneixement de la matèria. En cap cas el perit no pot predir la conducta futura del subjecte. La seva anàlisi s'ha d'entendre com una valoració del risc de comissió de nous delictes, i per a això s'ha de basar en una aproximació clínica i científica. En qualsevol cas, la valoració del risc de reincidència inclou alguns problemes metodològics que convé assenyalar.

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

Un segon punt d'interès és la **metodologia** emprada per a valorar aquest risc. Tradicionalment s'havia deixat la valoració del risc de reincidència o de la perillositat del subjecte en mans de l'opinió personal i l'habilitat clínica del perit. No obstant això, avui dia se sap que la fiabilitat d'aquest mètode és dubtosa, i que aquesta bona praxi s'ha de millorar amb un acostament actuarial. Aquesta aproximació consisteix en l'ús de determinats tests com l'MMPI-2, etc. (Millon); i mesures, la majoria psicomètriques, com les escales de risc, per exemple HRC-20 (Douglas i altres), que han demostrat una capacitat predictiva del risc de reincidència en conductes delictives.

No obstant això, convé saber que no totes aquestes mesures tenen la mateixa validesa per a les diferents conductes delictives. Cal destacar, a més, que la interpretació aïllada d'aquestes proves no té cap validesa: només són interpretables en el conjunt del subjecte, la seva patologia i la seva personalitat (Fazel i altres). Avui dia s'entén que l'aproximació més correcta és l'anomenada **actuarial ajustada** o **personalitzada**. Es pot entendre com l'ús complementari dels altres dos mètodes. D'una banda, les proves i els tests aporten la previsió d'un risc de delicte o de perillositat, però aquesta previsió de risc ha de ser personalitzada, individualitzada segons les característiques del subjecte, la seva malaltia i la seva personalitat.

Referència bibliogràfica

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

Referències bibliogràfiques

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

K. S. Douglas; J. Ogloff; T. L. Nicholls; I. Grant (1999, desembre). "Assessing risk for violence among psychiatric patients: The HCR-20 violence risk assessment scheme and the Psychopathy Checklist: Screening Version". *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (vol. 67, núm. 6, pàg. 917-930).

Referència bibliogràfica

S. Fazel; J. P. Singh; H. Doll; M. Grann (2012, juliol). "Use of risk assessment instruments to predict violence and antisocial behaviour in 73 samples involving 24.827 people: systematic review and meta-analysis". *BMJ*.

Així, per exemple, una persona dependent que segons les escales tingui risc de reincidir en el delictes de robatori amb violència, però que pateixi un grau avançat de la sida que li impedeixi aixecar-se del llit, veu clarament disminuïda la seva perillositat.

3.2. Perillositat

La criminologia té entre els seus objectes d'estudi la perillositat del subjecte. El subjecte dependent, en tant que pot ser autor d'un delictes, es pot considerar un subjecte perillós. L'aplicació de mesures de seguretat i l'avaluació de l'efectivitat d'un tractament estan condicionades en gran manera per la valoració de la perillositat d'un subjecte.

El concepte de **perillositat criminal** no és en si mateix un concepte mèdic, sinó més aviat jurídic (Petherick i altres). Des del punt de vista científic, no és possible predir amb absoluta certesa la conducta d'un individu, com a molt es pot aportar una valoració del risc futur de delinquir, que és allò en què realment consisteix el concepte de *perillositat*, un **judici de probabilitats**.

L'emissió d'un informe sobre aquesta qüestió és motiu freqüent de consulta a un perit psiquiatre. Basat en els seus diagnòstics i valoracions medicocientífiques, el perit ha d'aportar al jutge una valoració de quin és el risc de delinquir, reincidir o recaure del subjecte, però no solament d'una manera global, sinó que també ha d'especificar si és possible sota quines circumstàncies això és més probable i quin tipus de suport pot fer menys factible aquest risc.

Abans d'iniciar una anàlisi detallada del tema i com a precaució a l'hora d'interpretar les conclusions, cal destacar que un dels grans punts febles dels estudis científics que tracten d'aprofundir en la perillositat del malalt mental és la falta, en la majoria, d'un ajust adequat per variables socials que puguin explicar en part aquest increment de la violència (Chaimowitz). És una realitat coneguda que la malaltia mental, i dins d'aquesta especialment la drogodependència, es correlaciona amb diferents marcadors de marginalitat (desigualtats socials, famílies desestructurades, nivell formatiu i laboral més baix, etc.). Fins a quin punt aquest risc més elevat de criminalitat depèn de la malaltia en si mateixa o dels factors socials és una cosa difícil de concloure.

3.2.1. Estudis sobre perillositat en malalts mentals

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

Referència bibliogràfica

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

Referència bibliogràfica

G. Chaimowitz (2012, febrer). "The criminalization of people with mental illness". *Canadian Journal of Psychiatry* (vol. 57, núm. 2, pàg. 1-6).

Referència bibliogràfica

G. Chaimowitz (2012, febrer). "The criminalization of people with mental illness". *Canadian Journal of Psychiatry* (vol. 57, núm. 2, pàg. 1-6).

Contràriament a aquesta opinió general, almenys entre malalts mentals greus (esquizofrènia, trastorn bipolar, etc.) no hi ha una incidència més alta de delictes que entre el conjunt de la població (això sí, sovint són crims amb més rellevància social).

Encara més, sí que solen ser en una proporció més alta víctimes de delictes. Diversos grups han tractat d'aprofundir en aquest terreny estudiant mostres àmplies i heterogènies de pacients enfront de població sense antecedents psiquiàtrics (Nurco, Swanson i altres, Mac Arthur Research Network, Deitch i altres, Stroup i altres, Fazel i Danel, Boles i Miotto). En general, aquests estudis troben que si bé no representen una taxa més alta de delictes, sí que cometen més sovint delictes violents. La violència és més freqüent en els subjectes amb antecedents de malaltia mental i té lloc majoritàriament en el context més proper (llar, família, amics), però aquest increment de risc desapareix quan s'extreu la mostra que consumeix alcohol o substàncies.

Referències bibliogràfiques

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

J. W. Swanson; C. E. Holzer; V. K. Ganju; R. T. Jono (1990). "Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys (ECA)". *Hospital & Community Psychiatry* (núm. 41, pàg. 761-770).

Mac Arthur Research Network (1998). "Mac Arthur Violence Risk Assessment Study". *Archives of General Psychiatry* (núm. 55, pàg. 393-401).

<http://www.macarthur.virginia.edu/risk.html>

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).

T. S. Stroup; J. P. McEvoy; M. S. Swartz; M. J. Byerly; I. D. Glick; J. M. Canive; M. F. McGee; G. M. Simpson; M. C. Stevens; J. A. Lieberman (2003). "The National Institute of Mental Health Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) project: schizophrenia trial design and protocol development". *Schizophrenia Bulletin* (núm. 29, pàg. 15-31).

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

S. M. Boles; K. Miotto (2003). "Substance abuse and violence. A review of the literature". *Aggression and Violent Behavior* (núm. 8, pàg. 155-174).

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

En general, el percentatge de crims comesos per malalts mentals greus (esquizofrènia, trastorn bipolar, etc., però no drogodependència) és el mateix que el de la població sana o com a màxim lleument superior, si bé, com hem dit, és cert que els seus delictes solen ser amb més freqüència crims violents greus i de sang, i socialment més alarmants. Aquest risc s'incrementa molt si el pacient esquizofrènic consumeix, a més, substàncies. És l'anomenada **comorbiditat** o **patologia dual** (Lindqvist i Allebeck, Wallace i altres; Swanson i altres).

Una altra població que requereix especial atenció és la que pateix **trastorns de personalitat** (Vergel, Bolinches i altres), que segons els estudis, també presenta un risc alt de cometre delictes violents. No obstant això, cal estudiar aquest factor amb summa atenció. Hi ha molts tipus diferents de trastorns de personalitat i només alguns es poden relacionar amb conductes violentes. I, en general, aquests tipus de personalitat violenta es relacionen amb el consum de substàncies. De fet, els efectes d'un consum continuat de substàncies poden fer que el subjecte sembli que presenta un trastorn de personalitat quan en realitat no el té. Per això cal tenir molta cura quan es valora aquest aspecte. Els trastorns psicopàtics, dissociats, explosius i narcisistes de personalitat són els que més es relacionen amb el risc de comportament violent (Fridell i altres).

Referències bibliogràfiques

R. Vergel (2001). "Comorbilidad de trastornos de la personalidad en individuos con trastorno por uso de sustancias". *European Psychiatry* (núm. 8, pàg. 520-529).

F. Bolinches; P. de Vicente; M. Castellano; B. Pérez-Gálvez; G. Haro; J. Martínez-Raga i altres (2002). "Personalidades impulsivas y trastornos por uso de sustancias: algo más que un diagnóstico dual". *Trastornos Adictivos* (vol. 4, núm. 4, pàg. 216-22).

M. Fridell; M. Hesse; M. M. Jaeger; E. Külhorn (2008, juny). "Antisocial personality disorder as a predictor of criminal behaviour in a longitudinal study of a cohort of abusers of several classes of drugs: Relation to type of substance and type of crime". *Addictive Behaviors* (vol. 33, núm. 6, pàg. 799-811).

Les conclusions principals que s'extreuen dels estudis sobre la perillositat dels subjectes és que hi ha dos grans factors que prediuen conductes violentes futures:

- D'una banda, els antecedents de violència.
- De l'altra, el consum de substàncies, especialment d'alcohol, que es considera el factor principal de predicció de perillositat i reincidència (Friedman).

3.2.2. Perillositat i consum de substàncies

Una metaanàlisi recent (Bennett i altres) ha conclòs que el risc de cometre delictes es multiplica entre 2,8 i 3,8 si la persona ha consumit alguna substància, especialment si és crack o (*crack*) (incrementa el risc fins a 6 vegades), heroïna (el multiplica aproximadament per 3) o cocaïna (prop de 2,5 vegades). Cal as-

Referències bibliogràfiques

P. Lindqvist; P. Allebeck (1990). "Schizophrenia and assaultive behaviour: the role of alcohol and drug abuse". *Acta Psychiatrica Scandinavica* (núm. 82, pàg. 101-195).

C. Wallace; P. E. Mullen; P. D. Burgess i altres (2004). "Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders". *American Journal of Psychiatry* (núm. 161, pàg. 716-727).

J. W. Swanson; R. A. Van Dorn; M. S. Swartz; A. Smith; E. B. Elbogen; J. Monahan (2007). "Alternative Pathways to Violence in Persons with Schizophrenia: The Role of Childhood Antisocial Behavior Problems". *Law and Human Behavior*. Disponible a www.springerlink.com.

Referència bibliogràfica

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

Referència bibliogràfica

T. Bennett; K. Holloway; D. Farrington (2008). "The Statistical Association between Drug Misuse and Crime: A Meta-Analysis". *Aggression and Violent Behavior* (núm. 13, pàg.107-118).

senyalar, en contra de la percepció social, que també el cànnabis es relaciona amb una probabilitat més elevada de cometre un delicte, encara que és cert que de manera més moderada (1,5 vegades) i probablement referit a delictes no violents.

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

La **cocaïna**, encara que també es relaciona amb delictes violents (sobretot en determinats contextos culturals per l'ús de la forma de crac, i també en crims relacionats amb el narcotràfic), s'associa amb més freqüència a delictes contra la propietat (per a finançar-ne el consum). Té un efecte desinhibidor, disfòric, provoca més impulsivitat i alteració de la capacitat de judici, i de vegades provoca a més quadres psicòtics. El consum concomitant d'alcohol i cocaïna afavoreix una concentració en sang més elevada de cocaïna i provoca en l'organisme la formació d'un compost anomenat *etilè de cocaïna*, que incrementa el risc de reincidència en conductes violentes en augmentar la desinhibició i la impulsivitat, a més d'afavorir quadres psicopatològics com la disfòria, la paranoia, etc.

L'**heroïna** i altres opiàcis s'han relacionat sobretot amb delictes contra la propietat per a finançar-ne el consum (en subjectes amb síndrome d'abstinència) i el tripijoc (Nurco i altres).

Altres estimulants, encara que amb menys impacte en la xifra global, es comporten com la cocaïna i afavoreixen crims violents. La politoxicomania, especialment d'alcohol més psicoestimulant, potencia l'efecte que té cada substància per separat.

Referència bibliogràfica

K. Pernanen (1991). *Alcohol in human violence*. Nova York: Guildford Press.

Referència bibliogràfica

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

A tall de resum podem assenyalar el següent:

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

Com a conclusions sobre el consum de substàncies i la perillositat cal esmentar:

- El consum de substàncies per si sol s'associa a un risc més elevat de cometre delictes violents en població amb una malaltia mental i sense. Aquest risc és encara més gran si la persona pateix algun trastorn mental previ.
- Com hem analitzat en les diferents teories criminògenes sobre la relació entre drogues i delictes, no es pot concloure que el consum de substàncies provoqui l'inici d'una carrera delictiva, però el que sí està confirmat és que perllonga i agreuja carreres delictives prèvies.
- Per aquest motiu aquest consum és un dels factors que s'ha de considerar en una valoració pericial, i el seu tractament i rehabilitació un dels objectius principals que s'han de tenir en compte per a limitar la perillositat del subjecte.

Vegeu també

Hem vist aquestes teories en el mòdul "Criminologia i drogodependència: qüestions actuals".

4. Drogodependència i modificació de la responsabilitat penal

El canvi de mentalitat en l'estudi de la malaltia addictiva de drogues comporta modificacions en les perspectives sanitàries, a més d'un viratge en el rumb de les directrius de la legislació. La repercussió de les drogues en l'índex de delinqüència i el fracàs de fórmules repressives anteriors de política criminal han obert les portes a una legislació més generosa amb el problema global.

L'aplicació del nou Codi penal de l'any 1995 i les reformes posteriors (la més important, la del novembre de 2010, Llei orgànica 5/2010) van portar segons els autors poques novetats, tot i que algunes eren de rellevància.

En l'esperit d'aquestes reformes hi ha una tendència més acusada a la defensa social i el principi de resocialització dels delinqüents toxicòmans.

D'entrada, el Codi penal de 1995 representa mesures més dures en els delictes de tràfic de drogues i delictes contra la propietat, que aleshores eren els que cometien els subjectes toxicòmans amb més freqüència. En realitat, i malgrat que les penes es van ser reduir, la seva aplicació representa més duresa perquè han desaparegut les redempcions penitenciàries.

La **imputabilitat** queda definida com el fonament de la culpabilitat i implica, d'una banda, la capacitat de comprensió del que és il·lícit o injust i, de l'altra, la capacitat d'actuar conforme a aquesta comprensió.

A tot subjecte adult davant del dret actual se li suposa la plena imputabilitat, és a dir, no hi ha cap dada que faci suposar l'alteració de la capacitat volitiva o cognitiva. En aquesta exposició ens centrarem de manera succinta en els aspectes de la modificació de la responsabilitat penal que afecten subjectes dependents de substàncies.

L'apreciació de circumstàncies atenuants que impliquin una modificació d'aquesta responsabilitat representa per al subjecte un benefici en la durada de la condemna i, en funció de la seva perillositat, la possibilitat d'aplicació de mesures de seguretat.

El Codi penal de 1995 (articles 20 i 21), quant a la **responsabilitat penal dels drogodependents**, manté un esquema que divideix aquesta responsabilitat en cinc nivells:

- Plena imputabilitat
- Atenuació simple de la responsabilitat
- Atenuació molt qualificada
- Exempció incompleta de responsabilitat
- Exempció total de responsabilitat o inimputabilitat

Taula IV. Exempcions i inimputabilitat en el nou Codi penal

Categories d'imputabilitat	Article nou Codi penal	Possibilitat mesures seguretat	Situació
Plena imputabilitat	Supòsit base.	No.	Addicte de qui no es coneixen més circumstàncies.
Eximent incomplet	Art. 21.1.	Sí.	Intoxicació/abstinència no plenes.
Atenuació simple	Art. 21.2.	Sí.	Addicció greu.
Atenuant analògic	Art. 21.6.	Dubtosa.	En desús.
Plena inimputabilitat	Art. 20.	Sí.	Intoxicació/abstinència plenes

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

La redacció del Codi penal, el seu llenguatge, no sempre coincideix amb la terminologia mèdica ni s'adapta a la realitat clínica de les addiccions. Per això les sentències successives, l'anomenada *jurisprudència*, tracten d'omplir aquests buits i assimilar en tant que sigui possible la realitat del subjecte addicte al que demana el Codi penal.

4.1. Aplicació de mesures de seguretat en subjectes drogodependents

Una **mesura de seguretat** és la conseqüència jurídica aplicable per l'òrgan jurisdiccional, en substitució d'una pena o conjuntament amb aquesta, a certs individus (inimputables o semiimputables), autors d'un fet previst com una infracció criminal que, per les seves característiques personals especials, són susceptibles de tractament terapèutic o reeducador; i també les altres disposicions que complementin o reforcin les finalitats esmentades.

Entre les mesures de seguretat dues finalitats es distingeixen:

- La **defensa social** mitjançant l'assegurament de subjectes plenament responsables i perillosos quant al risc de reincidència.
- La mesura de seguretat amb **finalitat curativa i de reeducació**.

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

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

- Mesures privatives de llibertat, com l'internament en un centre psiquiàtric o centre de deshabitació, i també l'internament en un centre educatiu especial.
- Mesures no privatives de llibertat, entre les quals sobresurt la **indicació obligada de tractament ambulatori** en dispositius mèdics o socio-sanitaris.

Aquestes últimes mesures estan recollides dins de l'article 96.3, que esmenta com a mesures no privatives de llibertat la llibertat vigilada (reforma del Codi penal per la Llei orgànica 5/2010), que desplega l'article 106: especifica (art. 106.1.k) "l'obligació de seguir un tractament mèdic extern, o de sotmetre's a un control mèdic periòdic".

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

5. Delictes contra la salut pública: tràfic de drogues

El Codi penal de 1995 regula els anomenats **delictes contra la salut pública**, entre els quals el tràfic de drogues, substàncies estupefaents i psicotròpics; i castiga amb penes els qui infringeixen la norma. La Llei sobre protecció de la seguretat ciutadana (LO 1/1992) estableix **sancions administratives** per als qui consumeixen substàncies il·legals en llocs públics, per als qui n'estan en possessió il·lícita i per als qui duen a terme conductes com llançar objectes de consum a l'espai públic. **No obstant això, aquests límits entre el tràfic i l'autoconsum** (que com a tal no està penat) **no sempre són clars**.

Per tant, el **tràfic de substàncies** i, en menor mesura, la **possessió il·lícita** i el **consum**, són un altre dels grans apartats criminològics relacionats amb les substàncies. Generen un important nombre de detencions, confiscacions, denúncies, penes i sancions administratives que repercuteixen en les estadístiques criminals. El tràfic de drogues a gran escala es duu a terme per mitjà d'organitzacions criminals, i se sol relacionar amb un altre tipus d'activitats delictives del crim organitzat (Fernández), com ja s'ha assenyalat.

Els qui advoquen per la legalització del consum de substàncies entenen que facilitaria la desaparició del tràfic il·legal. Des d'un punt de vista del dret i de la criminologia, suscita a més la confrontació entre **drets particulars de l'individu i drets socials**. L'objectiu de l'articulat és protegir la salut pública dels efectes nocius de certes substàncies nocives. Aquests i altres motius justifiquen una anàlisi criminològica detallada del tràfic de substàncies, de la seva regulació legal i de les polítiques contra les drogues.

5.1. Estadístiques a Espanya

Segons dades del Ministeri de l'Interior a Espanya, l'any 2010 es van produir 17.878 detencions per delictes de tràfic de substàncies (Codi penal) i 319.474 denúncies per consum o tinença de substàncies il·legals (sancions administratives segons la Llei orgànica 1/1992, de seguretat ciutadana). En tots dos casos, el cànnabis i els seus derivats van ser les drogues principals motiu del tràfic o possessió (50,3% i 83,5%, respectivament), i les segueix de prop la cocaïna (34,5% i 11,3%, respectivament).

Taula V. Quantitat de droga decomissada a Espanya el 2010

Substància	Unitat de mesura	Quantitat
Heroïna	Quilograms	233
Cocaïna	Quilograms	25.241
Cànnabis	Quilograms	384.315

Vegeu també

Hem estudiat el tràfic a gran escala de les organitzacions criminals en el mòdul "Criminologia i drogodependència: qüestions actuals".

Referència bibliogràfica

J. Fernández (2008). "Crimen organizado". *Noticias Jurídicas*. Disponible a noticias.juridicas.com.

Vegeu també

Es remet l'estudiant a altres xifres de tràfic de substàncies a gran escala en el mòdul "Criminologia i drogodependència: qüestions actuals".

Substància	Unitat de mesura	Quantitat
MDMA	Pastilles	634.628

Taula VI. Nombre de decomissos per substància el 2010

Substància	Nre. de decomissos
Al·lucinògens	659
Cànnabis	290.785
Cocaïna	42.986
Sedants	2.521
Estimulants	4.729
Opiacis	10.143
Altres	318

Descens de la qualitat

Cal assenyalar que en la mesura que es descendeix en la quantitat del decomís confiscat, també descendeix la puresa de la droga. És un senyal que hi ha un empobriment constant de la qualitat a mesura que va passant d'un nivell a un altre en el mercat de distribució fins a arribar al consumidor final. Així, per exemple, la puresa de la cocaïna en els grans decomissos el 2010 va ser del 71%. Posteriorment i a mesura que es va tallant (*tallar*, en l'argot, vol dir adulterar-la amb altres substàncies amb la finalitat d'obtenir-ne més dosis i, per tant, més benefici econòmic), la qualitat cau. Així, la puresa del gram és del 45,5% i la de la dosi (generalment micra), del 36,5%.

5.2. Perfils del delinqüent

Com ja hem assenyalat, una part del tràfic de substàncies té lloc a gran escala per mitjà d'organitzacions criminals per a les quals aquesta activitat és només un dels diversos crims que cometen habitualment. En general no solen participar subjectes toxicòmans a aquest nivell.

No obstant això, hi ha un gran nombre de detencions i confiscacions per tràfic de substàncies en què les quantitats que s'intervenien són petites o insignificants: es tracta del **tripijoc** o **petit tràfic**. Amb més freqüència hi estan involucrats subjectes addictes per a pagar la seva dependència. Solen ocupar els escalafons més baixos en la piràmide del tràfic de substàncies i no formen part de les organitzacions criminals, sinó més aviat del repartiment a petita escala.

Un altre perfil destacat és el de consumidors de cànnabis i de drogues de disseny, als quals s'intervenien quantitats per a l'autoconsum. A Espanya aquests dos últims perfils solen coincidir, homes joves de dinou a quaranta anys d'edat, que en el segon dels casos (denúncies administratives) es concentren entre els dinou i els vint-i-cinc anys.

5.3. Tràfic de substàncies segons el Codi penal

El Codi penal de 1995 (LO 10/1995, de 23 de novembre), posteriorment modificat per la Llei orgànica 15/2003 i la Llei orgànica 5/2010, en el capítol III del títol XVII del llibre segon regula els anomenats **delictes contra la salut pública**. Parteix del coneixement dels danys que per a l'individu té el consum de substàncies per a pressuposar que igualment pot originar un gran dany i perjudici a la societat. Per tant, el bé jurídic protegit és la salut col·lectiva i pública.

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

“Els qui executin actes de conreu, elaboració o tràfic, o d'una altra manera promoguin, afavoreixin o facilitin el consum il·legal de drogues tòxiques, estupefaents o substàncies psicòtropes, o en posseïxin amb aquells fins, han de ser castigats amb les penes de presó de tres a sis anys i multa del tant al triple del valor de la droga objecte del delicte si es tracta de substàncies o productes que causen greu perjudici a la salut, i de presó d'un a tres anys i multa del tant al doble en els altres casos.

No obstant el que disposa el paràgraf anterior, els tribunals poden imposar la pena inferior en grau a les assenyalades en atenció a l'escassa entitat del fet i a les circumstàncies personals del culpable. No es pot fer ús d'aquesta facultat si es dona alguna de les circumstàncies a què es fa referència en els articles 369 bis i 370.”

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

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

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

Tal com ha concretat la jurisprudència en els últims anys, el delicte de tràfic de drogues inclou qualsevol conducta que contribueixi al cicle de difusió de les substàncies psicotròpiques, i no tant el simple consum de la substància (sentència del Tribunal Suprem 776/2005 de 22 de juny de 2005).

Per tant, al nostre país s'entén com a tràfic de drogues no solament el mercadeig amb la substància, sinó qualsevol acte que faciliti o promogui el consum il·legal de drogues o substàncies psicotròpiques. S'inclou així el cultiu, l'elaboració, el comerç de precursors o la simple possessió que persegueixi afavorir-ne el consum o donar-hi publicitat.

No es tracta d'un delicte de comissió, sinó de perill abstracte. Es penalitza la simple disposició al tràfic de substàncies sense necessitat que aquest es dugui a terme per a considerar-lo delicte. En realitat, per a considerar el dany per a la salut pública delicte no cal que s'hagi produït, tan sols cal la presència del risc d'execució. El mer acord o contacte per al tràfic, la possessió de substància amb aquesta finalitat, l'existència d'aparells utilitzables en el tràfic, l'emmagatzematge, el transport, la intermediació, la donació si té com a fi promoure el consum, el simple fet d'oferir o convidar, etc. són conductes punibles com a delictes contra la salut pública.

Terminologia en desús

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

5.4. Anàlisi penal del delicte de tràfic de substàncies

Perquè un subjecte sigui considerat responsable d'aquest tipus delictiu, s'exigeix que l'acusat tingui una relació directa o indirecta, mediata o immediata, amb la substància en la qual quedi clar que ha executat qualsevol de les conductes esmentades que afavoreixen l'ús i difusió de les drogues. A més, i sobre la voluntarietat del subjecte a l'hora de cometre el delicte, una sèrie de circumstàncies permeten concloure que ha tingut lloc. No hi ha delicte si la substància que es transporta o promou no és nociva, encara que el subjecte cregui que sí que ho és. Per tant, cal analitzar el que s'ha decomissat i un informe pericial. Passa el mateix amb la quantitat de la substància: si per la seva insignificança no pot provocar *per se* un dany per a l'organisme, no seríem davant un delicte de tràfic.

D'altra banda, si l'objectiu final no és la difusió de la substància sinó l'autoconsum, ja no parlaríem d'aquest tipus de delicte. Diferents circumstàncies poden ajudar a aclarir aquest extrem en cas de dubte; entre d'altres:

- La presència d'utensilis per a pesar i tallar la substància, pròpia dels traficants.
- La quantitat de substància intervinguda.
- La constatació d'una dependència.
- La presència o absència de quantitats importants de diners.

Un altre aspecte important és que no cal al·legar el desconeixement sobre el que es porta amagat en una maleta o fins i tot al propi organisme (muler). De la mateixa manera, els transportistes que porten ocult als camions una càrrega, encara que sigui cert que en desconeixien exactament el contingut, no queden exempts de responsabilitat, ja que el sobrepès els hauria hagut d'alertar de la possible presència de càrrega il·legal.

5.5. Tràfic de substàncies i autoconsum

Els problemes principals a l'hora d'interpretar aquest delictes apareixen entre l'autoconsum (o possessió de petites quantitats per a ús particular) i el tràfic de substàncies. La possessió de dosis petites dirigides a l'autoconsum no es considera tràfic de substàncies, tret que aquest consum fomenti en altres subjectes la drogodependència. Així, el consum privat del subjecte en la intimitat no seria susceptible de considerar-se tràfic, però sí que s'hi podria considerar si un addicte consumeix, per exemple, en un entorn familiar en què hi ha menors observant.

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

Així, el Tribunal Suprem basa diverses sentències en la taula elaborada per l'Institut Nacional de Toxicologia el 2001 sobre quines quantitats es poden al·legar com a quantitats de consum propi (no constitutives de delictes), basada en els càlculs d'un consumidor diari per a cinc dies de consum:

- Heroïna, 3 g
- Cocaïna, 7,5 g
- Marihuana, 100 g
- Haixix, 25 g
- LSD, 3 mg
- Amfetamina, 900 mg
- MDMA, 1.440 mg

No obstant això, aquestes dades no es poden entendre com a criteris estrictes.

En alguns casos la delimitació entre consum propi i tràfic de drogues no és del tot clara. El tribunal ha de basar la seva resolució en diferents indicis, com una quantitat exagerada per a un consum diari, la pertinença o participació coneguda en una xarxa de tràfic, la falta de credibilitat del detingut o contradiccions manifestes, la quantitat de diners intervinguda, la varietat de substàncies que posseeixi el subjecte, la falta d'acreditació de la condició de consumidor drogodependent, etc. (Aránguez Sánchez).

Referència bibliogràfica

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

Un tipus particular de consum no penalitzat com a tràfic de substàncies és l'anomenat **consum compartit** (Montero la Rubia). Per a aquesta consideració s'exigeix que sigui un grup de subjectes, més o menys estable i restringit, tots dependents consumats (no simples consumidors puntuals ni tan sols consumidors habituals però encara no dependents), que es reuneixi en un lloc fora de la vista de tercers per a un consum immediat i en el qual la quantitat posseïda sigui insignificant. És una acció esporàdica, sense repercussió ni divulgació en l'entorn.

No obstant això, aquest tipus d'atenuants obre un debat especialment sobre un determinat tipus de substàncies com les drogues de disseny. Algunes substàncies es consideren escassament lesives tot i que científicament n'ha quedat demostrada la capacitat nociva. D'altra banda, l'ús experimental de certes substàncies és potencialment la porta d'entrada a un consum habitual d'aquestes mateixes substàncies o fins i tot d'altres de més perjudicials per a la salut. Cal assenyalar, a més, el dany que genera entre els adolescents i joves la percepció errònia que determinades substàncies són poc nocives i que és fàcil accedir-hi. Probablement el que s'hauria d'acceptar com a atenuant en aquest tipus delictiu és el tràfic de quantitats insignificants per part de subjectes dependents que s'han vist abocats a aquest delicte per la dependència mateixa, sempre que no impliqui ni menors ni disminuïts psíquics, ni persegueixi com a finalitat la difusió pública de les substàncies ni un futur mercat per a la seva activitat.

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

Tampoc no es considera tràfic de substàncies que un toxicòman cobri en droga el pagament d'algun tipus de servei prestat, sempre que aquesta substància es destini a l'autoconsum.

5.6. Atenuants i agreujants en el delicte de tràfic de drogues

En general es consideren **atenuants** circumstàncies com la dependència de substàncies si aquesta és causant del tràfic de substàncies. En realitat, després de la reforma de la Llei orgànica 5/2010, el Codi penal assenyala, "en atenció a l'escassa entitat del fet i a les circumstàncies personals del culpable". Per tant, la jurisprudència ha entès com a atenuant les circumstàncies personals com la dependència o els casos en què la quantitat és mínima i està més relacionada amb el finançament de la dependència.

Referència bibliogràfica

F. J. Montero la Rubia (2005). "Supuestos de atipicidad en el tráfico de drogas". *Noticias Jurídicas*. Disponible a noticias.juridicas.com.

Sembla que és aplicable als addictes que venen quantitats mínimes per finançar-se l'autoconsum (Fernández Ros) o als que per la clínica d'abstinència es veuen impulsats al tripijoc per a aconseguir la seva dosi; i fins i tot a subjectes amb un estil de vida molt marginal que els aboca al tràfic de quantitats menors o insignificants de substància. Això sí, aquesta mateixa reforma (paràgraf 2 de l'article 369) exigeix que no es donin altres circumstàncies com la pertinença a una xarxa organitzada, la cerca intencionada del consum per a la comissió del delictes o la utilització de menors o disminuïts psíquics en el tràfic de substàncies.

Entre els **agreujants** de la responsabilitat s'esmenten, entre d'altres (articles 369, 369 bis i 370 del Codi penal):

- El fet que el culpable sigui un facultatiu, autoritat, funcionari públic o educador.
- La pertinença a una xarxa de crim organitzat que es manifesti per quantitats importants, negocis internacionals, blanqueig de diners, ús de mitjans de transport com vaixells o submarins, etc.
- L'ús de violència.
- El fet que les substàncies es proporcionin a menors d'edat o a disminuïts psíquics, o a subjectes en tractament per la dependència.
- Les quantitats d'importància notòria.
- La pertinença a una organització que utilitzi menors o disminuïts psíquics per al tràfic.
- El fet que s'hagin manipulat o adulterat les substàncies amb un increment manifest del risc per a la salut.

5.7. La Llei sobre protecció de la seguretat ciutadana

La Llei sobre protecció de la seguretat ciutadana, de 1992, assenyalava que el **consum de drogues en llocs públics** i la **tinença il·lícita**, encara que no estigués destinada al tràfic (en aquest cas seria un delictes segons el Codi penal), constitueixen una infracció administrativa greu (article 25). S'inclou en aquesta accepció la possessió per a l'autoconsum i l'abandó en un lloc públic dels instruments emprats en el consum (xeringa).

Aquesta infracció greu és objecte de sanció administrativa, que pot consistir en una multa, la suspensió del permís de conduir, la retirada d'armes i la llicència, etc., i sempre en el decomís de la substància (article 28). La multa pot oscil·lar entre 300 i 30.000 euros. També es preveu que, si l'infractor se sotmet a un

Referència bibliogràfica

J. F. Fernández Ros (2011). "La venta al por menor del adicto a las drogas para autofinanciarse: el nuevo párrafo segundo del artículo 368 del Código Penal". *Noticias Jurídicas*. Disponible a noticias.juridicas.com.

tractament de deshabitació en un centre homologat en la forma i pel temps determinats (habitualment de sis mesos a un any), es pot suspendre la multa (article 25).

5.8. Polítiques de lluita contra la droga

Com ja s'ha assenyalat, les polítiques actuals eviten ser exclusivament represives i complementen la pressió policial contra el crim organitzat i el tràfic de drogues a escala mitjana o gran amb programes de rehabilitació i reintegració del subjecte toxicòman, i també amb intervencions en la comunitat.

Les últimes modificacions del Codi penal respecten més el **principi de proporcionalitat de les penes**. Amb aquest tipus delictiu es corre el risc de penalitzar de la mateixa manera grans i petits traficants, subjectes pertanyents a xarxes organitzades i subjectes dependents que fan tripijocs amb petites quantitats per a finançar-se o directament per a aconseguir substància per a l'autoconsum. Una de les garanties que s'exigeixen en un estat democràtic de dret és que es compleixi el principi de proporcionalitat de les penes, que bàsicament assenyalava que les penes o mesures de seguretat s'han de trobar en relació amb la gravetat del delictiu o amb la perillositat del subjecte.

Quintero Olivares assenyalava que d'aquest principi es deriva l'exigència que la pena sigui proporcional al delictiu, i que el límit màxim d'aquest càstig no sigui tan elevat que faci impossible la resocialització del subjecte. El càstig s'ha de considerar necessari per a aconseguir la finalitat que es proposa i s'hi ha d'adequar. La quantitat de substància, el preu previst en el mercat, el guany per al reu, la utilització de la violència, etc. són factors que condicionen la pena.

Vegeu també

Hem vist aquests aspectes en el mòdul "Criminologia i drogodependència: qüestions actuals".

Referència bibliogràfica

G. Quintero Olivares (2005). *Parte general de derecho penal*. Cizur Menor (Navarra): Thomson/Aranzadi.

6. Delictes contra la seguretat viària

Conduir havent pres alcohol, drogues tòxiques, estupefaents o substàncies psicòtropes es pot considerar susceptible tant de **sanció administrativa** (infracció molt greu) segons la Llei de trànsit i seguretat viària, com de **sanció penal** segons el Codi penal de 1995 (LO 10/1995 de 23 de novembre), posteriorment modificat per les lleis orgàniques 15/2003, 15/2007 i 5/2010. En aquest sentit, les dues legislacions es complementen. Es té en compte una consideració legal o l'altra segons les circumstàncies que es donin, com veurem a continuació.

El Codi penal i les modificacions posteriors, quant als delictes contra la seguretat viària, representen la **tipificació com a delicte** de la conducció de vehicles de motor sota la influència de drogues tòxiques, estupefaents, psicòtrops o begudes alcohòliques (article 379), i de la negativa a sotmetre's a les proves establertes per a comprovar-ne la presència (article 383). Així mateix, es van incorporar el supòsit de conducció temerària i el terme *menyspreu manifest* referit a la conducció. Les penes que s'assignen a aquests delictes es van incrementar respecte a legislacions anteriors (Muñoz Garrido).

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

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

Referència bibliogràfica

R. Muñoz Garrido (2010). "Delitos contra la seguridad vial: conducción bajo la influencia de drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas (art. 379.2 Código Penal) y negativa a someterse a las pruebas legalmente establecidas para su detección". *Noticias Jurídicas*. Disponible a noticias.juridicas.com

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

Sotmesos a aquesta doble legislació, poden quedar dubtes sobre quan cal aplicar un codi o un altre. On la legislació i els reglaments que la despleguen no n'hagin assenyalat els límits específicament, la jurisprudència és l'encarregada de concretar-los.

Quan la taxa d'alcoholèmia superi el límit de 0,60 mg/l en aire espirat o 1,2 g/l en sang –que és la quantitat que s'entén que altera les capacitats per a la conducció de manera clara i manifesta–, amb independència de la influència sobre la capacitat de conduir, es considera **delicte**, i per tant està sotmès al Codi penal. Fins i tot es pot arribar a considerar delicte, encara que no es faci la prova d'alcoholèmia, si el subjecte presenta indicis clars de conduir sota els efectes de l'alcohol.

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

En aquest sentit, la Instrucció 3/2006 de la Fiscalia General de l'Estat estableix el següent:

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

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

En el cas de la conducció sota la influència de drogues, estupefaents i substàncies psicotròpiques diferents de l'alcohol, de moment no es pot establir una taxa de referència, i per tant cal demostrar que el subjecte estava conduint sota l'efecte clar i indubtable d'aquestes substàncies per a ser considerat delicte, o que hi hagi algun agreujant tipificat expressament com a menyspreu manifest o conducció temerària.

Diferents conductes, signes i símptomes poden suggerir que el subjecte està sota els efectes de l'alcohol o d'altres drogues tòxiques. Així, símptomes i signes com la fetor alcohòlica; els ulls brillants; una parla disàrtrica o pastosa; tenir problemes d'equilibri o dificultats de coordinació; estar confús o desorientat; mostrar-se eufòric, desinhibit o especialment irritable; reconèixer obertament el consum previ de les substàncies, etc. suggereixen la influència d'aquestes substàncies. També ho són conductes com circular de manera imprudent o irregular; conduir fent ziga-zagues, de manera brusca o fent cops de volant; anar en sentit contrari; anar a una velocitat inadequada; envair el carril contrari; fer cas omís dels senyals de trànsit; etc.

Es considera superior a la permesa i, per tant, **infracció susceptible de sanció administrativa**, la taxa d'alcohol en aire espirat superior a 0,25 mg/l (alcohol en sang superior a 0,5 g/l); i per a conductors professionals, la taxa d'alcohol en aire espirat superior a 0,15 mg/l (alcohol en sang superior a 0,3 g/l), sempre que no se superi la taxa de 0,6 mg/l en aire espirat (1,2 g/l en sang) o no s'apreciïn manifestacions clares de conduir amb les capacitats disminuïdes i sota la influència de l'alcohol (en aquestes circumstàncies, com ja hem assenyalat prèviament, es considera delicte).

Taula VII. Límits de la taxa d'alcohol

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

6.2. Sancions previstes per a delictes i infraccions contra la seguretat viària

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

En el cas de **sancions administratives**, l'última reforma de la Llei de seguretat viària de 2009 (Llei 18/2009) estableix la pèrdua de punts del permís de conduir en funció de la taula següent:

Taula VIII. Infraccions i sancions de trànsit

Infracció	Punts	Multa
Conduir amb una taxa d'alcohol superior a l'establerta reglamentàriament. Valors en mg/l d'aire espirat: més de 0,50 (professionals i titulars de permisos de conducció amb menys de dos anys d'antiguitat, més de 0,30 mg/l).	6	500 euros

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

Es consideren **delictes** la conducció sota els efectes d'estupefaents, drogues tòxiques i psicòtrops amb símptomes clars d'afectació de les funcions o amb temeritat o menyspreu manifest, i també sota els efectes de l'alcohol amb una taxa superior a 0,60 mg/l en aire espirat (1,2 g/l en sang).

La Llei orgànica 15/2007, de 30 de novembre, que modifica específicament la matèria relativa als delictes contra la seguretat viària del Codi penal de 1995, estableix que les sancions que corresponen a aquests delictes es poden establir amb penes privatives de llibertat (presó de 3 a 6 mesos), amb la de multa de 6 a 12 mesos, o amb la de treballs en benefici de la comunitat de 31 a 90 dies. A més, aquestes penes s'acompanyen amb la privació del dret a conduir vehicles de motor i ciclomotors per un temps superior a 1 i fins a 4 anys. En el cas d'una taxa d'alcoholèmia superior a 1,2 g/l en sang, no fa falta que es provi que el subjecte està influenciat per l'alcohol. El simple fet de superar aquestes taxes és punible i sancionable amb les penes assenyalades.

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

Article 379

1. El qui condueixi un vehicle de motor o un ciclomotor a velocitat superior en seixanta quilòmetres per hora en una via urbana o en vuitanta quilòmetres per hora en una via interurbana a la permesa per reglament ha de ser castigat amb la pena de presó de tres a sis mesos o amb la de multa de sis a dotze mesos o amb la de treballs en benefici de la comunitat de trenta-un a noranta dies i, en qualsevol cas, amb la privació del dret a conduir vehicles de motor i ciclomotors per un temps superior a un i fins a quatre anys.

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

Article 380

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

2. Als efectes del present precepte, es reputa manifestament temerària la conducció en què concorrin les circumstàncies que preveuen l'apartat primer i l'incís segon de l'apartat segon de l'article anterior.

Article 381

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

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

Article 382

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

La negativa a sotmetre's a les proves de detecció també és susceptible de ser considerada delictes o sanció, i com a tal pot comportar la pena de presó de sis mesos a un any, i la privació del dret a conduir vehicles de motor i ciclomotors, per un temps superior a un any i fins a quatre anys (Muñoz Garrido).

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

6.3. La detecció d'alcohol i altres substàncies. L'acta de conductes externes observables i la participació del facultatiu

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

Fins a la modificació del Codi penal que va dur a terme la Llei orgànica 5/2010, les proves de drogues estaven regulades administrativament en els articles 12 LTSV i 28 RGC. Aquí s'assenyala que s'ha de contrastar la sospita amb el reconeixement mèdic del subjecte i amb les anàlisis clíniques que el metge forense o personal facultatiu estimin més adequades (article 28.1.a RGC).

No obstant això, des d'aquesta modificació, s'introdueix una nova regulació de les proves de tòxics. Aquesta legislació permet a l'agent de trànsit practicar tests indicaris salivals, de caràcter obligatori per al conductor. En cas que resulti positiu o que el subjecte doni mostres clares d'haver consumit substàncies, queda obligat a facilitar prou saliva per a ser analitzada en laboratoris ho-

Referència bibliogràfica

R. Muñoz Garrido (2010). "Delitos contra la seguridad vial: conducción bajo la influencia de drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas (art. 379.2 Código penal) y negativa a someterse a las pruebas legalmente establecidas para su detección". *Noticias Jurídicas*. Disponible a noticias.juridicas.com.

Referència bibliogràfica

R. Muñoz Garrido (2011). "La prueba de drogas en conductores (art. 379.2 Código penal) tras la Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, de reforma del Código penal". *Noticias Jurídicas*. Disponible a noticias.juridicas.com.

mologats, sempre amb la garantia de la cadena de custòdia. En aquest cas, la valoració del metge forense ja no és necessària. S'ha d'acompanyar la recollida de mostres amb la redacció d'una **acta de conductes externes observables**.

Així, quan un agent de trànsit sospita que un individu condueix sota els efectes de l'alcohol o d'una altra droga tòxica, ha de recollir una acta de conductes externes observables (Granado Travieso). Això és especialment important en el supòsit de conducció sota els efectes d'altres substàncies, i en l'alcohol quan el subjecte supera les taxes permeses però aquestes no són superiors a 0,6 mg/l en aire espirat (1,2 g/l en sang). En aquestes circumstàncies és l'apreciació de la repercussió sobre la capacitat de conduir la que determina la presència del delictes o no.

En aquest sentit, cal tenir en compte que més que el consum d'una substància en si mateix és l'efecte que aquest consum té sobre la capacitat de conducció el que condiciona que sigui considerat com a infracció o com a delictes.

Referència bibliogràfica

M. L. Granado Travieso (2012). "Los delitos contra la seguridad vial y el atestado policial". *Noticias Jurídicas*. Disponible a noticias.juridicas.com.

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

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

La negativa a sotmetre's a la prova de detecció tant es pot considerar que mereix una sanció administrativa molt greu com que és un delictes. Perquè es consideri delictes, i per tant sigui susceptible de penes, s'exigeix que aquesta negativa sigui absolutament clara, rotunda, persistent i que el subjecte hagi entès adequadament les conseqüències derivades de negar-se a aquestes anàlisis. Per tant, els agents de trànsit han de seguir un protocol clar que assegurí que el subjecte rep la informació adequada i de manera intel·ligible tant del que se li demana com de les conseqüències de la negativa a sotmetre's a les proves. El subjecte ha de ser requerit per l'agent de trànsit de manera expressa, formal, personal i directa a sotmetre's a les proves previstes legalment. I l'individu s'ha de negar a realitzar aquestes proves de manera conscient i reiterada, sense deixar cap mena de dubte.

D'altra banda, no es pot al·legar que no hi havia cap sospita ni que no s'havia fet cap maniobra de risc en la conducció. El subjecte pot ser requerit a realitzar aquestes proves de manera aleatòria mitjançant els controls preventius de detecció d'alcohol i de substàncies. De fet, i segons la Llei de trànsit i seguretat

viària (article 12), estan obligats a sotmetre's a les proves tots els conductors de vehicles i bicicletes, i fins i tot la resta d'usuaris de la via (vianants) si estan implicats en algun accident de circulació.

7. Sobre el tractament involuntari

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

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

Si el subjecte comet un delicte i la seva addicció s'ha previst com a atenuant, el jutge pot proposar com a mesura de seguretat el seguiment d'un programa terapèutic reglat en un centre habilitat, però aquesta circumstància no es pot entendre ni s'ha d'entendre com un tractament involuntari.

Resum

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

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

De la seva valoració ret compte mitjançant l'informe pericial, que té un format diferenciat de l'informe clínic habitual. El tipus de relació que el professional estableix amb el subjecte consumidor difereix clarament del que hi ha en les consultes habituals.

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

El fet que el consum de substàncies altera el funcionament normal del cervell s'ha estudiat en el mòdul "Criminologia i drogodependència: qüestions actuals". Aquestes alteracions condicionen les capacitats cognitives i volitives de l'addicte, circumstància que s'expressa en diferents terrenys. Un d'aquests és el de la imputabilitat dels delictes que hagi comès. El Codi penal estableix que, sota determinades condicions, la dependència de substàncies pot ser un atenuant de la responsabilitat i, com a tal, objecte d'aplicació de mesures de seguretat.

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

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

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

Exercicis d'autoavaluació

1. Són funcions de la psiquiatria forense totes excepte...

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

2. Són elements essencials per a un peritatge psiquiàtric...

- a) la història clínica.
- b) les analítiques toxicològiques.
- c) els tests psicomètrics.
- d) Totes les respostes anteriors són correctes.

3. En quines àrees del dret actua el perit psiquiàtric?

- a) Només en el dret penal.
- b) En el dret penal i en el dret civil.
- c) En qualsevol camp del dret.
- d) En qualsevol camp del dret menys en el militar.

4. Quin característica diferència el peritatge de l'acte mèdic normal?

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

5. Sobre les anàlisis toxicològiques és fals que...

- a) l'anàlisi del cabell sol ser complicada i d'utilitat en medicina forense.
- b) diversos positius en analítiques no impliquen dependència de la substància.
- c) un positiu en una analítica de control implica dependència de la substància.
- d) els tests de saliva són proves de criatge.

6. Sobre el consum de substàncies i el risc de perillositat,...

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

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

- a) qualsevol possessió de substància és susceptible de ser perseguida conforme al Codi penal com a delicte de tràfic.
- b) el lliurament compassiu es considera a efectes penals un delicte de tràfic.
- c) la consideració de possessió per a autoconsum s'estableix per criteris concrets de quantitat de substància sense que importin altres condicionants.
- d) l'ús compartit de substància que no en persegueixi la difusió pot no ser considerat delicte de tràfic de drogues.

8. La Llei sobre protecció de la seguretat ciutadana...

- a) castiga amb penes les infraccions com la possessió de substància.
- b) considera infracció greu deixar xeringues en una via pública.
- c) considera que la possessió de substàncies per a l'autoconsum n'impedeix la confiscació.
- d) considera infracció molt greu el tràfic de substàncies estupefaents en ambients escolars.

9. Quina d'aquestes afirmacions és certa pel que fa a les polítiques de lluita contra les drogues?

- a) Són eminentment repressives.

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

10. Assenyaleu l'opció vertadera:

- a)** Els tests salivars permeten una detecció quantitativa de la substància consumida.
- b)** Donar positiu en un test salivar implica en tot cas una pena segons el Codi penal.
- c)** Donar positiu en un test salivar només implica una pena segons el Codi penal si es demostra clarament que el subjecte conduïa amb les capacitats alterades per efecte de les substàncies.
- d)** La negativa a sotmetre's a un test salivar comporta necessàriament un judici per delictes segons el Codi penal.

11. Assenyaleu l'opció falsa:

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

Solucionari

Exercicis d'autoavaluació

1. d

2. a

3. c

4. b

5. c

6. d

7. d

8. b

9. b

10. c

11. d

Glossari

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

addicció a una 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, malgrat els efectes negatius clars que provoca aquest estil de vida.

sin. **dependència d'una substància**

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

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

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

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

dependència d'una substància *f* sin. **addicció a una substància**

disàrtria *f* Dificultat per a parlar i per a articular adequadament que es pot observar en intoxicacions diverses.

disfòria *f* Estat d'ànim caracteritzat per la inestabilitat de l'humor, amb ansietat, irritabilitat, malestar i, de vegades, reaccions colèriques.

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

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

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

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

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

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

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

fetor alcohòlica *f* Pudor, olor desagradable d'alcohol.

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

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

perit -a *m i f* En dret, persona que, tenint determinats coneixements científics, artístics, tècnics o pràctics, informa sota jurament el jutjador sobre punts litigiosos quan estan relacionats amb el seu saber o experiència especials.

peritat -ada *m i f* Subjecte sotmès a peritatge.

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

prova de cribatge *f* Prova no excessivament cara que es pot passar a àmplies mostres de població per a detectar els casos rellevants. Han de ser eficients, és a dir, econòmiques i útils per a detectar els casos en la població general.

prova de radioimatge *f* Tècnica exploratòria que permet veure imatges de l'òrgan estudiat. Inclou ecografia, rajos X, tomogràfica axial computeritzada (també anomenada *escàner* o TAC), ressonància nuclear magnètica (RNM), proves funcionals, etc. Es pot referir a diferents parts del cos humà.

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

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

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

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

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

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

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

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 refereix tant a la dependència com a l'abús d'una determinada substància.

tripijoc *m* Venda al detall de substàncies; venda en petita escala, a nivell de carrer.

validesa *f* Terme que en psicometria designa l'eficàcia amb la qual un determinat test o prova mesura realment el que vol mesurar.

Bibliografia

Alonso, J.; Prieto, L.; Anto, J. M. (1995). "La versión española del SF-36 Health Survey (Cuestionario de Salud SF-36): un instrumento para la medida de los resultados clínicos". *Medicina Clínica* (núm. 104, pàg. 771-776).

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

Bennett, T.; Holloway, K.; Farrington D. (2008). "The Statistical Association between Drug Misuse and Crime: A Meta-Analysis". *Aggression and Violent Behavior* (núm. 13, pàg.107-118).

Bobes, J.; Bascarán, M. T.; Bobes-Bascarán, M. T.; Carballo, J. L.; Díaz Mesa, E. M.; Flórez, G.; García-Portilla, M. P.; Sáiz, P. (2008). "Valoración de la gravedad de la adicción: aplicación a la gestión clínica y monitorización de los tratamientos". *Socidrogalcohol. Monografía 2007*. <<http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/ValoracionGravedadAdiccion.pdf>>

Boles, S. M.; Miotto, K. (2003). "Substance abuse and violence. A review of the literature". *Aggression and Violent Behavior* (núm. 8, pàg. 155-174).

Bolinches, F.; Vicente, P. de; Castellano, M.; Pérez-Gálvez, B.; Haro, G.; Martínez-Raga, J. i altres (2002). "Personalidades impulsivas y trastornos por uso de sustancias: algo más que un diagnóstico dual". *Trastornos Adictivos* (vol. 4, núm. 4, pàg. 216-22).

Fridell, M.; Hesse, M.; Jaeger, M. M.; Kühorn, E. (2008, juny). "Antisocial personality disorder as a predictor of criminal behaviour in a longitudinal study of a cohort of abusers of several classes of drugs: Relation to type of substance and type of crime". *Addictive Behaviors* (vol. 33, núm. 6, pàg. 799-811).

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

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

Chaimowitz, G. (2012, febrer). "The criminalization of people with mental illness". *Canadian Journal of Psychiatry* (vol. 57, núm. 2, pàg. 1-6).

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

Douglas, K. S.; Ogloff, J.; Nicholls, T. L.; Grant, I. (1999, desembre). "Assessing risk for violence among psychiatric patients: The HCR-20 violence risk assessment scheme and the Psychopathy Checklist: Screening Version". *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (vol. 67, núm. 6, pàg. 917-930).

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

Fazel, S.; Singh, J. P.; Doll, H.; Grann, M. (2012, juliol). "Use of risk assessment instruments to predict violence and antisocial behaviour in 73 samples involving 24.827 people: systematic review and meta-analysis". *BMJ*.

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

Fernández Ros, J. F. (2011). "La venta al por menor del adicto a las drogas para autofinanciarse: el nuevo párrafo segundo del artículo 368 del Código penal". *Noticias Jurídicas*. <<http://noticias.juridicas.com/articulos/55-Derecho%20Penal/201104-81364257985224654.html>>

Fishbain, D. A.; Cutler, R. B.; Rosomoff, H. L.; Rosomoff, R. S. (1999). "Validity of self-reported drug use in chronic pain patients". *Clinical Journal of Pain* (vol. 15, núm.3, pàg. 184-191).

Fridell, M.; Hesse, M.; Jaeger, M. M.; Kühorn, E. (2008, juny). "Antisocial personality disorder as a predictor of criminal behaviour in a longitudinal study of a cohort of abusers of

several classes of drugs: Relation to type of substance and type of crime". *Addictive Behaviors* (vol. 33, núm. 6, pàg. 799-811).

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

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

Gossop, M.; Darke, S.; Griffiths, P.; Hando, J.; Powis, B.; Hall, W.; Strang, J. (1995). "The Severity of Dependence Scale (SDS): psychometric properties of the SDS in English and Australian samples of heroin, cocaine and amphetamine users". *Addiction* (núm. 90, pàg. 607-614).

Granado Travieso, M. L. (2012). "Los delitos contra la seguridad vial y el atestado policial". *Noticias Jurídicas*. <<http://noticias.juridicas.com/articulos/55-Derecho%20Penal/20120511-los-delitos-contra-la-seguridad-vial-y-el-atestado-policial.html>>

Herrero Álvarez, S. (1997). "Repercusiones prácticas del nuevo código penal en el tratamiento de los delincuentes toxicómanos". *Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología* (núm. 1, pàg. 53-59).

Hersh, D.; Mulgrew, C. L.; Van Kirk, J.; Kranzler, H. R. (1999). "The validity of self-reported cocaine use in two groups of cocaine abusers". *Journal of Consulting and Clinical Psychology* (vol. 67, núm. 1, pàg. 37-42).

Kokkevi, A.; Hartgers, C. (1995). "European adaptation of a multidimensional assessment instrument for drug and alcohol dependence". *European Addiction Research* (núm. 1, pàg. 208-210).

Linder, M. W.; Bosse, G. M.; Henderson, M. T.; Midkiff, G.; Valdes, R. (2000). "Detection of cocaine metabolite in serum and urine: frequency and correlation with medical diagnosis". *Clinica Chimica Acta* (vol. 295, núm. 1-2, pàg. 179-185).

Lindqvist, P.; Allebeck, P. (1990). "Schizophrenia and assaultive behaviour: the role of alcohol and drug abuse". *Acta Psychiatrica Scandinavica* (núm. 82, pàg. 101-195).

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

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

Mac Arthur Research Network (1998). "Mac Arthur Violence Risk Assessment Study". *Archives of General Psychiatry* (núm. 55, pàg. 393-401). <<http://www.macarthur.virginia.edu/risk.html>>

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

Ministerio del Interior (2011). *Anuario Estadístico del 2010*. Madrid: Catálogo de Publicaciones de la Administración General del Estado. <<http://publicacionesoficiales.boe.es>>

Monahan, J. (1992). "Mental disorder and violent behavior". *American Psychologist* (núm. 47, pàg. 511-521).

Montero la Rubia, F. J. (2005). "Supuestos de atipicidad en el tráfico de drogas". *Noticias Jurídicas*. <<http://noticias.juridicas.com/articulos/55-Derecho%20Penal/200502-645515911053390.html>>

Muñoz Garrido, R. (2010). "Delitos contra la seguridad vial: conducción bajo la influencia de drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas (art. 379.2 Código penal) y negativa a someterse a las pruebas legalmente establecidas para su detección". *Noticias Jurídicas*. <<http://noticias.juridicas.com/articulos/55-Derecho%20Penal/201006-23354346485.html>>

Muñoz Garrido, R. (2011). "La prueba de drogas en conductores (art. 379.2 Código penal) tras la Ley orgánica 5/2010, de 22 de junio, de reforma del Código penal". *Noticias Jurídicas*. <<http://noticias.juridicas.com/articulos/55-Derecho%20Penal/201109-281357985422153.html>>

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

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

Pernanen, K. (1991). *Alcohol in human violence*. Nova York: Guildford Press.

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

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

Quintero Olivares, G. (2005). *Parte general de derecho penal*. Cizur Menor (Navarra): Thomson/Aranzadi.

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

Robins, L. N.; Wing, J.; Wittchen, H. U. i altres (1988). "The Composite International Diagnostic Interview: an epidemiological instrument suitable for use in conjunction with different diagnostic systems and in different cultures". *Archives of General Psychiatry* (núm. 45, pàg. 1069-1077).

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

Sheehan, D. V.; Lecrubier, Y.; Sheehan, K. H.; Amorim, P.; Janavs, J.; Weiller, E.; Hergueta, T.; Baker, R.; Dunbar, G. C. (1998). "The Mini-International Neuropsychiatric Interview (M.I.N.I.): The development and validation of a structured diagnostic psychiatric interview for DSM-IV and ICD-10". *Journal of Clinical Psychiatry* (vol. 59, núm. 20, pàg. 22-33).

Staub, C.; Marset, M.; Mino, M.; Mangin, P. (2001). "Detection of acetylcodeine in urine as an indicator of illicit heroin use: method validation and results of a pilot study". *Clinical Chemistry* (núm. 47, pàg. 301-307).

Stroup, T. S.; McEvoy, J. P.; Swartz, M. S.; Byerly, M. J.; Glick, I. D.; Canive, J. M.; McGee, M. F.; Simpson, G. M.; Stevens, M. C.; Lieberman, J. A. (2003). "The National Institute of Mental Health Clinical Antipsychotic Trials of Intervention Effectiveness (CATIE) project: schizophrenia trial design and protocol development". *Schizophrenia Bulletin* (núm. 29, pàg. 15-31).

Swanson, J. W.; Holzer, C. E.; Ganju, V. K.; Jono, R. T. (1990). "Violence and psychiatric disorder in the community: evidence from the Epidemiologic Catchment Area Surveys (ECA)". *Hospital & Community Psychiatry* (núm. 41, pàg. 761-770).

Swanson, J. W.; Van Dorn, R. A.; Swartz, M. S.; Smith, A.; Elbogen, E. B.; Monahan, J. (2007). "Alternative Pathways to Violence in Persons with Schizophrenia: The Role of Childhood Antisocial Behavior Problems". *Law and Human Behavior*. <<http://www.springerlink.com/content/c718739702076675/>>

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

Vergel, R. (2001). "Comorbilidad de trastornos de la personalidad en individuos con trastorno por uso de sustancias". *European Psychiatry* (núm. 8, pàg. 520-529).

Wallace, C.; Mullen, P. E.; Burgess, P. D. i altres (2004). "Criminal offending in schizophrenia over a 25-year period marked by deinstitutionalization and increasing prevalence of comorbid substance use disorders". *American Journal of Psychiatry* (núm. 161, pàg. 716-727).

Legislació: Codi penal, Llei sobre protecció de la seguretat ciutadana, Llei de trànsit i seguretat viària, i modificacions

Llei orgànica 10/1995, de 23 de novembre, del codi penal.

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

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

Llei orgànica 1/1992, de 21 de febrer, sobre protecció de la seguretat ciutadana.

Llei orgànica 15/2003, de 25 de novembre, per la qual es modifica la llei orgànica 10/1995, de 23 de novembre, del codi penal.

Reial decret legislatiu 339/1990, de 2 de març, pel qual s'aprova el text articulat de la llei sobre trànsit, circulació de vehicles de motor i seguretat viària.

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

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

