
Criminología y drogodependencia: peritaje forense y delitos relacionados

PID_00270433

Agustín Madoz Gúrpide
Enrique Baca García

Tiempo mínimo de dedicación recomendado: 5 horas



Agustín Madoz Gúrpide

Médico especialista en Psiquiatría, Psicólogo y Criminólogo. Doctor en Medicina. Trabaja en el Hospital Universitario Ramón y Cajal, en Madrid. Es profesor asociado de la Universidad de Alcalá en Ciencias de la Salud, y profesor colaborador en la Universitat Oberta de Catalunya en el grado de Criminología. Entre sus campos de investigación y publicación figuran los relacionados con los trastornos por uso de sustancias.

Enrique Baca García

Jefe del Departamento de Psiquiatría de los Hospitales Universitarios Fundación Jiménez Díaz, Rey Juan Carlos, Infanta Elena y Central de Villalba. Es Profesor Titular de Psiquiatría de la Universidad Autónoma de Madrid y está acreditado como Catedrático por la ANECA desde 2013. Ha sido Associate Professor of Psychiatry en la Universidad de Columbia (Nueva York) entre los años 2008 y 2017.

El encargo y la creación de este recurso de aprendizaje UOC han sido coordinados por el profesor: Josep Maria Tamarit Sumalla (2020)

Primera edición: febrero 2020

Autoría: Agustín Madoz Gúrpide, Enrique Baca García

Licencia CC BY-NC-ND de esta edición, FUOC, 2020

Av. Tibidabo, 39-43, 08035 Barcelona

Realización editorial: FUOC



Los textos e imágenes publicados en esta obra están sujetos –excepto que se indique lo contrario– a una licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada (BY-NC-ND) v.3.0 España de Creative Commons. Podéis copiarlos, distribuirlos y transmitirlos públicamente siempre que citéis el autor y la fuente (FUOC. Fundación para la Universitat Oberta de Catalunya), no hagáis de ellos un uso comercial y ni obra derivada. La licencia completa se puede consultar en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/legalcode.es>

Índice

Introducción.....	5
Objetivos.....	7
1. Peritaje médico-psiquiátrico en el consumidor de drogas.....	9
1.1. Función de la Psiquiatría Forense	9
1.2. El peritaje psiquiátrico	10
1.2.1. Características del peritaje	12
1.2.2. Herramientas para el peritaje	13
2. El informe pericial.....	18
2.1. Estructura de un informe pericial	18
3. Valoración del riesgo de reincidencia, peligrosidad y peritaje.....	20
3.1. Valoración del riesgo de reincidencia	20
3.2. Peligrosidad	21
3.2.1. Estudios sobre peligrosidad en enfermos mentales	22
3.2.2. Peligrosidad y consumo de sustancias	25
3.2.3. Conclusiones sobre el consumo de sustancias y la peligrosidad	26
4. Drogodependencia y modificación de la responsabilidad penal.....	27
4.1. Aplicación de medidas de seguridad en sujetos drogodependientes	29
5. Delitos contra la salud pública: tráfico de drogas.....	31
5.1. Estadísticas en España	31
5.2. Perfiles del delincuente	33
5.3. Tráfico de sustancias según el Código Penal	33
5.3.1. Análisis penal del delito de tráfico de sustancias	35
5.4. Tráfico de sustancia y autoconsumo	35
5.5. Atenuantes y agravantes en el delito de tráfico de drogas	37
5.6. La Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana	38
5.7. Políticas de lucha contra la droga	38
6. Delitos contra la seguridad vial.....	40
6.1. ¿Cuándo se aplica el Código Penal y cuándo la Ley de Tráfico y Seguridad Vial?	41
6.2. Alcohol y sanción administrativa	42

6.2.1. ¿Qué sanciones prevé la ley para este tipo de delitos e infracciones contra la seguridad vial?	43
6.3. Detección de alcohol y otras sustancias. Acta de conductas externas observables y participación del facultativo	46
6.3.1. Sobre la negativa a someterse a la prueba de detección de alcohol y otras drogas	47
7. Sobre el tratamiento involuntario.....	48
Resumen.....	49
Ejercicios de autoevaluación.....	51
Solucionario.....	53
Glosario.....	54
Bibliografía.....	56

Introducción

El peritaje médico psiquiátrico es una herramienta esencial en el abordaje criminológico y legal del paciente dependiente de sustancias (Carrasco, 1999). Tiene por objeto establecer cuál es la relación del sujeto con las drogas y la influencia de estas en la conducta del mismo, tanto en el momento de la comisión del delito como en su historia personal pasada y reciente. La cuestión esencial que se le plantea al perito forense es explicar hasta qué punto el consumo de sustancias ha condicionado o condiciona la responsabilidad del sujeto, además de informar sobre el riesgo futuro de recaída, reincidencia o peligrosidad criminal (Carrasco y Maza, 1998). Un buen ejercicio de la peritación psiquiátrica exige una profunda formación médica psiquiátrica y legal, y una metodología adecuada al fin que se persigue dentro de la cual la historia clínica y la exploración psicopatológica juegan un papel fundamental.

El consumo de sustancias puede provocar alteraciones cognitivas en el sujeto consumidor (Tirapu-Ustárriz y otros, 2008; Bruijnen y otros, 2019), de manera puntual o sostenida, que condicionen su capacidad de comprensión y/o de volición, cuestionando por tanto su plena responsabilidad en los actos que cometiera. De estas repercusiones se derivan las posibilidades penales de modificación de la imputabilidad.

La conducción bajo los efectos de las sustancias psicotrópicas provoca alteraciones en las capacidades del sujeto que incrementa el riesgo de accidentes. Un porcentaje elevado de muertos y heridos en accidentes de circulación presentaban tasas elevadas de alcohol y/u otras sustancias psicoactivas en su organismo. Por ese motivo, se ha desarrollado una legislación completa sobre este tema, que se ha ido actualizando en los últimos años. Recientemente se ha complementado el control con la aparición de pruebas de detección de sustancias psicotrópicas en saliva. Conviene, no obstante, diferenciar aquellas situaciones en que el sujeto incumple el reglamento de circulación y es sancionable de manera administrativa, de aquellas otras en que el nivel de intoxicación y repercusión sobre su funcionalidad es tal que nos encontramos ante hechos delictivos sometidos al Código Penal.

La posesión de sustancias para el autoconsumo en nuestro país no está penalizada. Sin embargo, no siempre es fácil diferenciar en qué circunstancias nos encontramos ante posesión para tráfico de drogas (penado en el Código Penal) o para autoconsumo. La Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana establece sanciones administrativas a quien incumpla su reglamento, incluido el referido a las sustancias estupefacientes. El delito de tráfico de sustancias, sobre todo el realizado a gran escala, con frecuencia es cometido por sujetos

pertenecientes a organizaciones criminales. En estos casos, aparecen una serie de connotaciones penales y criminológicas diferentes del simple menudeo o trapicheo a pequeña escala.

Una cuestión habitualmente planteada en el caso de los sujetos dependientes de sustancias es la posibilidad de sometimiento involuntario a tratamiento. Dicha cuestión es objeto frecuente de debate tanto entre profesionales sanitarios como en la abogacía, además de surgir con frecuencia desde los familiares de los consumidores.

Objetivos

Con el estudio de este módulo y el trabajo en las actividades correspondientes, se deberán alcanzar los objetivos siguientes:

1. Conocer qué es un peritaje psiquiátrico forense y qué objetivos persigue.
2. Reconocer la metodología seguida, en especial la referida a la historia clínica y la exploración psicopatológica.
3. Adquirir conocimientos sobre otras pruebas complementarias para el correcto desarrollo de la labor del perito, en especial los test psicométricos y las analíticas toxicológicas.
4. Conocer la función del informe pericial, su estructura y contenidos.
5. Ser capaz de valorar críticamente el concepto de peligrosidad, y de manera especial, el papel del consumo de sustancias en el riesgo de la misma.
6. Adquirir conocimientos sobre el consumo de sustancia como modificadora de la responsabilidad criminal y de la imputabilidad penal.
7. Comprender las razones que explican el énfasis en el control del consumo de sustancias en quienes conducen vehículos, así como conocer el papel de las pruebas de detección de sustancias en aire espirado y/o saliva.
8. Saber diferenciar en qué circunstancias la conducción habiendo consumido sustancias psicotrópicas o alcohol es delito perseguible según el Código Penal y cuándo es una infracción administrativa según la Ley de Tráfico y Seguridad Vial.
9. Reconocer las diferencias criminológicas entre posesión de sustancia para tráfico de drogas y posesión para autoconsumo.
10. Analizar críticamente el objetivo último que persigue y las diferentes circunstancias que rodean al delito de tráfico de drogas.
11. Adquirir conocimientos sobre la Ley de Protección de Seguridad Ciudadana, su objetivo y su relación con el debate de la legalización de las sustancias.

1. Peritaje médico-psiquiátrico en el consumidor de drogas

Gisbert Calabuig (2004) define la peritación médico-legal como:

«Todas aquellas actuaciones periciales médicas mediante las cuales se asesora a la Administración de Justicia sobre algún punto de naturaleza biológica o médica».

La Psiquiatría Forense es la rama de la Psiquiatría encargada de los trastornos mentales en relación con los principios legales. Ante el desconocimiento del tribunal en la materia, y para evitar errores judiciales y condenas desproporcionadas, el juez precisa ser asesorado por personas especialistas (Esbec y Echeburúa, 2016).

Existen **diferentes definiciones**, más o menos acertadas, de lo que es la Psiquiatría Forense:

- Para algunos, es el uso instrumental de la Psiquiatría para fines legales en apoyo de la ley.
- Para otros, es la parte de la Psiquiatría que se encarga de sus pacientes en la interacción entre clínica psicopatológica y sistema legal.
- La Asociación Americana de Psiquiatría Legal define la Psiquiatría Forense como una subespecialidad de la Psiquiatría que incluye investigación y práctica clínica en todas aquellas áreas en las cuales la Psiquiatría se aplica a los asuntos legales.
- Para otros autores, es una especialidad de la Medicina Legal que se ocupa de los casos en que alguna persona, afectada de problemas de salud mental, precisa de una particular consideración ante la ley.

1.1. Función de la Psiquiatría Forense

Su función principal es asesorar a los jueces en lo relativo a las capacidades tanto cognitivas como volitivas del sujeto, y ayudar a determinar así su responsabilidad en sus actos y el grado de imputabilidad (Carraso y Maza, 1998, De Aguilar, 2017).

Esas capacidades de decidir y de consentir pueden estar modificadas por diferentes patologías, muchas de las cuales son psiquiátricas. Esta tarea es especialmente importante en el caso de la **dependencia a sustancias**, ya que en las mismas pueden verse alteradas tanto la capacidad de entender como la de actuar.

Así, los artículos 20 y siguientes del Código Penal (CP) enuncian que el consumo de sustancias o el encontrarse bajo los efectos de estas (síndrome de intoxicación, de abstinencia o dependencia) pueden ser causa de **modificación de la responsabilidad penal**. Asimismo, en la conducción bajo los efectos de alcohol o drogas, es importante aclarar no solo si hay niveles en sangre, saliva o aire espirado de la sustancia, sino si este consumo ha alterado y en qué grado las facultades del sujeto. Las medidas de seguridad, por otra parte, pueden ser una alternativa a las penas privativas de libertad si, tras evaluación psiquiátrica, se determina la adicción y la conveniencia de tratamiento rehabilitador (Quintero, 1996; Herrero Álvarez, 1997; Río Martín, 1997).

1.2. El peritaje psiquiátrico

Un perito psiquiátrico es una persona, en este caso un médico facultativo, con un especial conocimiento teórico y práctico de la Psiquiatría que informa a un juez mediante informe pericial.

1) ¿Quién puede realizar un peritaje psiquiátrico?

La prueba pericial en el ámbito judicial corresponde, en principio, a los miembros del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses, que dependen del Ministerio de Justicia (o de las comunidades autónomas que tienen las competencias traspasadas). A este Cuerpo se ingresa por oposición, no siendo necesaria otra titulación que la de licenciado en Medicina y Cirugía. En estas circunstancias, no es frecuente que dentro del Cuerpo de Médicos Forenses haya miembros que tengan cierta titulación o formación específica, respecto de las actividades que deben realizar. Ocurre así en el tema de Psiquiatría. Por ello, con frecuencia los tribunales de justicia recurren al Colegio de Médicos, donde existe un listado de médicos especialistas en Psiquiatría que ofrecen sus servicios como peritos. Muchos de ellos han completado su formación en esta área a través de títulos universitarios propios como expertos en Psiquiatría Forense, máster en Psiquiatría Forense..., si bien dicha subespecialidad no es necesaria. Cuando es el juez el que solicita perito, se elige mediante un proceso de insaculación de una lista oficial que se renueva anualmente. Cuando es la parte quien lo contrata, es libre de elegir a cualquier facultativo especialista en Psiquiatría que considere.

En el ámbito penal, todo reconocimiento pericial será llevado a cabo por dos peritos.

2) ¿Qué es un peritaje psiquiátrico?

Es el proceso (o prueba pericial) por el que el perito valora al acusado. Consecuencia de este peritaje es la redacción del informe pericial. Este es un informe redactado por el perito psiquiátrico cuya finalidad es asesorar al tribunal en aquellas cuestiones que este le plantea y que le son ajenas (Carrasco y Maza, 1998; Sánchez, 2007; Gisbert Calabuig, 2004).

3) ¿En qué terrenos participa el perito psiquiátrico?

Se puede solicitar un peritaje psiquiátrico desde los diferentes campos del derecho: civil, penal, canónico, militar, social... Los objetivos y cuestiones a responder varían de unos a otros.

4) ¿Sobre qué informa un perito psiquiátrico?

Las cuestiones que habitualmente se le plantean a un perito psiquiátrico tienen que ver, mayoritariamente, sobre:

- si el acusado padece o no una enfermedad,
- en base a qué se llegan a esas conclusiones, y
- en qué manera esa enfermedad puede condicionar la capacidad de conocer la voluntad de actuar del sujeto.

Al perito le corresponde auxiliar a la justicia en aquellas cuestiones que esta le plantee, pero no es su función decidir sobre la culpabilidad del sujeto, sino explicar de manera clara e inteligible al juez si el sujeto que ha valorado padece algún tipo de enfermedad y cómo condiciona esa enfermedad sus actos en general, y el acto concreto que se juzga en particular. Esto último es lo que se conoce como establecer el nexo causal entre la conducta delictiva y la presencia de patología (Esbec y Echeburúa, 2014). Un aspecto de especial importancia en el peritaje psiquiátrico es el temporal.

Ejemplo: la esquizofrenia

La esquizofrenia es una enfermedad crónica que el sujeto habitualmente padece desde edades tempranas (adolescencia y primera juventud). Esta enfermedad se caracteriza por episodios agudos de descompensación en que el sujeto pierde el contacto con la realidad. Durante estos episodios, habitualmente, el sujeto no es plenamente responsable de sus actos porque, bien la capacidad cognitiva bien la volitiva o bien ambas, se encuentran alteradas (por ejemplo, un esquizofrénico que oye voces que para él son reales en que le obligan, so pena de castigo a la familia, a cometer alguna conducta delictiva). Sin embargo, estas fases suelen, por lo general, ser recortadas en el tiempo. Entre fase y fase, el sujeto puede recuperarse hasta la normalidad, y de cualquier delito que cometa durante esa funcionalidad normal sería plenamente responsable; o puede recuperarse pero no del todo, apareciendo lo que se denomina deterioro cognitivo. En esas circunstancias el sujeto podría ser considerado semiimputable.

Ejemplos

Se puede solicitar un peritaje para valorar la nulidad de un matrimonio, para evaluar la responsabilidad penal del sujeto, para decidir si le corresponde una incapacidad laboral...

De igual manera, no es lo mismo que un sujeto cometa un delito durante un síndrome de abstinencia que en una fase de mantenimiento de su enfermedad con metadona; o en fases muy iniciales del consumo de cannabis en que, muy probablemente, no haya alteraciones de las capacidades cognitivas y volitivas.

Es, por tanto, esencial entender que el trabajo del perito psiquiátrico, en relación con el consumo de drogas, responde a conocer qué influencia tiene la dependencia en dos tiempos claramente diferenciados:

- en el momento de cometer el delito (y saber en qué medida ese consumo puntual condiciona el acto puntual), que sería un corte transversal, y
- de manera longitudinal, si existe historia de dependencia y cómo condiciona esta historia la capacidad funcional del sujeto.

1.2.1. Características del peritaje

Algunos aspectos esenciales diferencian el peritaje del acto médico habitual (tabla 1).

No existe **confidencialidad** en la solicitud de valoración. Esta diferencia es esencial. Toda relación médico-paciente está regida por el principio de confidencialidad. Solo unas pocas excepciones escapan de este principio, y el peritaje es una de ellas. Al sujeto hay que informarle de que aquello que cuente será transmitido al juez. El objetivo último del perito es la veracidad.

En el acto médico habitual, el facultativo adquiere una **responsabilidad** profesional para con su paciente. En el peritaje psiquiátrico, la responsabilidad se adquiere con la justicia de manera particular y con la sociedad de manera general.

En este sentido el peritaje ha de ser imparcial, no se compromete la relación terapéutica médico-paciente del acto médico normal, ni la alianza terapéutica.

El perito **no trata** al sujeto. A lo más, si lo requiere el juez, puede asesorar sobre qué tipo de tratamiento o recurso rehabilitador pudiera ser más apropiado para el sujeto dependiente de sustancias.

El sujeto sometido a un peritaje puede tratar de **engañar** al perito. Es frecuente la simulación y disimulación de cuadros clínicos en búsqueda de beneficio, que no es su salud sino la búsqueda de la menor sanción posible. Esta situación no es tan habitual en la práctica clínica cotidiana en que el principal objetivo del paciente es mejorar su salud.

El contexto en que se mueve el perito psiquiátrico es en principio ajeno a él, y puede resultarle complicado. Existen diferentes jurisdicciones, las cuestiones que se le plantean no son siempre de contenido clínico, algunas de ellas so-

¿Quién solicita la valoración?

A diferencia del acto médico normal en que es el propio sujeto quien solicita la consulta, el peritaje forense puede ser realizado a solicitud del juez (a instancia propia o a propuesta de las partes) para conocer mejor las repercusiones que una supuesta enfermedad tiene sobre el acto delictivo; o a solicitud de parte, generalmente la defensa que trata de mejorar las previsiones de penas para el sujeto dependiente.

brepasan incluso las funciones del perito. Ha de tratar, por otra parte, de que la información que llegue al juez sea fácilmente comprensible por este, en un lenguaje inteligible para personas ajenas al mundo de la medicina.

Tabla 1. Relación terapéutica frente a peritaje

	Relación terapéutica habitual	Peritaje
Alianza terapéutica	Sí	No
Objetivo	Tratamiento	Determinar la capacidad de conocer y querer, y la incidencia de la patología mental en el acto delictivo
Responsabilidad final	Con el paciente	Con la justicia y la sociedad
El fin último es ayudar al paciente	Sí	No
Confidencialidad	Sí	No
Solicitud de valoración	Paciente	Juez o las partes

1.2.2. Herramientas para el peritaje

Para realizar un correcto peritaje, el médico cuenta con diferentes herramientas. Solo una de ellas es en sí siempre necesaria, imprescindible e insustituible: la **historia clínica**. El resto pueden ser más o menos necesarias, complementarias o pertinentes en función del caso (De Aguilar, 2017).

La historia clínica es el documento en que se recogen los detalles tanto de lo que al sujeto le ocurre en el momento actual como de sus antecedentes médicos y personales, así como la evaluación de sus síntomas y signos. Consiste, por tanto, en la realización de una entrevista psiquiátrica detallada y de una exploración psicopatológica sistemática (tabla 2).

Existen una serie de diferencias que merece la pena destacar entre la historia clínica psiquiátrica y la historia clínica de las enfermedades físicas:

- En primer lugar, y aun cuando se está avanzando mucho en el conocimiento de las bases biológicas de la enfermedad psiquiátrica, para los trastornos mentales rara vez podemos identificar una causa concreta, no hay un virus o una bacteria causante. Ni siquiera una sustancia como la cocaína condiciona por sí sola la dependencia.
- En segundo lugar, la historia psiquiátrica se basa en la fenomenología descriptiva, en lo que el sujeto cuenta y el explorador avezado observa. No hay un contraste o criterio externo de validación, si bien es cierto que determinados análisis y pruebas dan información. El diagnóstico de una

infección urinaria se basa en una serie de síntomas (fiebre, dolor en la micción...) junto con el hallazgo de la bacteria causante en los medios de cultivos apropiados. En Salud Mental no existe ese contraste visible. Un hallazgo de un positivo a cannabis en una muestra de saliva no implica necesariamente una dependencia a la sustancia. Por otra parte, la mayor parte de las enfermedades físicas presentan síntomas (lo que el sujeto percibe, por ejemplo, escalofríos o sensación de temperatura elevada en la fiebre) y signos (que es la constatación objetiva, esto es y siguiendo con el ejemplo, temperatura elevada en el termómetro). En Psiquiatría abundan los síntomas, pero rara vez los signos. Así que el psiquiatra ha de observar especialmente cómo se presenta el sujeto, su apariencia, su lenguaje, el contenido del mismo... Es lo que se llama «exploración psicopatológica».

La información que se recoge en la historia clínica proviene tanto del sujeto como de sus familiares y allegados. En el peritaje psiquiátrico, con frecuencia se recurre además a informes previos, recomendaciones de los profesionales habituales, instrucciones previas... Es frecuente, en el caso de las toxicomanías, el empleo de **escalas que miden gravedad de la adicción** (Bobes y otros, 2007). Probablemente, el índice de severidad de la adicción (ASI, en sus siglas inglesas), en su versión europea (EuropASI), sea, dentro de estas escalas, el intento más sólido y solvente en nuestro entorno para estudiar la gravedad de la adicción de una manera global (alcohol y otras sustancias). Existen, además, diferentes escalas para medir la gravedad de la adicción de cada sustancia específica.

En cuanto a **instrumentos psicométricos**, se pueden clasificar en función de sus áreas y objetivos de valoración.

1) Algunas son de valoración psiquiátrica general, incluyendo las adicciones:

- Entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI) (Robins y otros, 1988).
- Entrevista clínica estructurada para el DSM-IV (SCID-I) y para el DSM5 (SCID-5-CV) (First y otros, 2015).
- Entrevista internacional neuropsiquiátrica (MINI) (Sheehan y otros, 1998)...

2) Otras están directamente centradas en el estudio de los problemas relacionados con el consumo y la gravedad de la dependencia:

- Índice de gravedad de la adicción, en su versión europea EuropASI (Kokkevi y Hartgers, 1995), que valora el estado médico general, la situación laboral y económica, el consumo de drogas, el consumo de alcohol, las repercusiones legales y familiares, el ambiente social y estado psicológico.
- Escala de gravedad de la dependencia (SDS) (Gossop y otros, 1995)...

3) Existen escalas específicas de valoración de la dependencia y del síndrome de abstinencia, así como de evaluación de la repercusión de la dependencia en diferentes áreas, como la calidad de vida (SF-36) (Alonso y otros, 1995).

4) Para el diagnóstico de patología psiquiátrica y de personalidad concomitante se pueden emplear también diferentes instrumentos y escalas; por ejemplo, entre muchas otras:

- escala de Hamilton para ansiedad,
- escala PANSS para valoración de sintomatología positiva y negativa de la esquizofrenia,
- cuestionario de Beck para la depresión,
- examen internacional de los trastornos de personalidad (Loranger, 1995),
- inventario NEO-PI revisado (Costa y McCrae, 2008) también para trastornos de personalidad.

A la hora de elegir una escala, habrá que procurar que tenga buena calidad psicométrica (validez y fiabilidad entre otras), formas adaptadas y validadas al castellano, y un refrendo de su utilidad por la comunidad científica. En cualquier caso, debe quedar claro que estos instrumentos sirven como complemento de una buena historia clínica y exploración psicopatológica, no teniendo utilidad su uso independiente.

Tabla 2. La historia clínica

Anamnesis	Exploración psicopatológica básica
<ul style="list-style-type: none"> • Datos de filiación e identificación del paciente • Motivo de peritaje y circunstancias • Situación clínica actual • Antecedentes personales médicos y psiquiátricos • Antecedentes familiares • Antecedentes biográficos: <ul style="list-style-type: none"> – Historia infanto-juvenil – Enfermedades – Socialización – Rendimiento académico – Relaciones familiares y sociales – Pubertad y maduración sexual – Infancia tardía y adolescencia 	<ul style="list-style-type: none"> • Nivel de conciencia o vigilia • Orientación temporo-espacial • Atención y concentración • Memoria • Percepción • Pensamiento (curso y contenido) • Lenguaje y habla • Psicomotricidad • Afectividad • Sueño • Conducta sexual • Conducta alimenticia • Capacidad de introspección

La historia clínica y la exploración psicopatológica se suelen complementar con **análisis** tanto generales como específicos para toxicomanías. En el caso de las drogodependencias, sobre todo si han empleado la vía intravenosa, conviene solicitar análisis especiales como:

- serología de VIH,
- hepatitis B y C,
- sífilis...

Asimismo, el profesional suele requerir diferentes pruebas de neuroimagen, como:

- tomografía axial computerizada (escáner),
- resonancia nuclear magnética y
- otras más avanzadas (neuroimagen funcional como el PET y el SPECT)...

Junto con ello, se suele emplear otros test y baterías psicométricas que permiten conocer aspectos diversos del individuo, como:

- test de personalidad y test de inteligencia,
- escalas de impulsividad, ansiedad, depresión...,
- medidas neuropsicológicas (memoria, atención, funciones ejecutivas...).

Los análisis de orina y sangre

En los controles de tráfico se utilizan, básicamente, dos tipos de dispositivos: los **alcoholímetros**, debidamente homologados, que miden concentración de alcohol en aire espirado; y los **test salivales** (que detectan consumo reciente, en las horas previas, de cannabis, cocaína, benzodiacepina, derivados opiáceos y estimulantes tipo anfetamina) (Staub y otros, 2001; Arroyo y otros, 2008; OEDT, 2009; Christophersen y otros, 2016; Logan y otros, 2018). Además de estas pruebas de cribado, los laboratorios médicos y forenses pueden objetivar el consumo de sustancias en diferentes fluidos corporales, como orina, sangre, sudor o saliva, diferenciando pruebas de detección y pruebas de confirmación. Su detectabilidad depende de factores diversos (Lizásoain y otros, 2001; Christophersen y otros, 2016):

- tipo y dosis de sustancia consumida,
- muestra biológica utilizada,
- frecuencia de uso,
- diferencias individuales en el metabolismo,
- tiempo transcurrido desde el consumo,
- método analítico...

La **detección en orina** es la más empleada por su comodidad y por su relación coste-eficacia (Linder y otros, 2000). Hay que tener en cuenta que no permite cuantificar el consumo, ni tipificar la vía ni el número de consumos, pero sí demostrar un uso reciente de la sustancia, aunque no necesariamente una intoxicación aguda (Fishbain y otros, 1999; Hersh y otros, 1999). Es de elección para monitorización, y como cribado (Schiller y otros, 2000). La **detección en sangre** es un procedimiento más invasivo, lento y costoso, que tiene validez sobre todo como instrumento de peritaje forense. Otras valoraciones como el análisis del pelo o el sudor son poco empleadas en la clínica diaria, incluso en detecciones habituales de sustancia con fines de peritaje, y están más indica-

Sustancias y accidentes de tráfico

El análisis conjunto de bases de datos sobre detección de sustancias y accidentes de tráfico (sobre todo si hay fallecimientos) es esencial no solo para el caso particular, sino para poder articular políticas públicas de prevención de accidentes de circulación (OEDT, 2009; DGT, 2015; Christophersen y otros, 2016; Bunn y otros, 2019).

das para estudios forenses. Son métodos más costosos y de gran sensibilidad, cuyos resultados pueden verse alterados por contaminación ambiental, uso de tintes...

2. El informe pericial

Un informe pericial es un documento escrito elaborado por un perito a requerimiento del juez o de las partes que trata de aportar conocimiento científico sobre alguna cuestión en particular. Dicho informe ha de ser razonado, adecuado y congruente con los conocimientos científicos actuales y con la clínica del sujeto.

Marco conceptual del informe pericial

¿Cuál es la cuestión psiquiátrica legal que se le plantea?

¿Qué criterios legales y psiquiátricos se emplearán para responder dicha pregunta?

¿Cuáles son las herramientas a disposición del perito para poder evaluar al sujeto y así contestar la cuestión planteada?

De toda la información clínica recogida, ¿cuál es pertinente para la cuestión planteada?

¿A qué conclusiones se llega respecto a dicha pregunta y cómo se argumentan las mismas sobre la base de los criterios legales y psiquiátricos expuestos?

2.1. Estructura de un informe pericial

Evidentemente, son varias las formas finales que puede alcanzar un informe pericial, pero todos ellos siguen más o menos una estructura similar. Tratan de responder a las preguntas que realiza el juez aportando, por un lado, argumentos clínicos teóricos, y por otro y sobre todo, valoración lo más objetiva posible del sujeto. Las conclusiones finales están basadas en la evaluación del sujeto a través de medios científicamente aceptados y apoyados en conocimientos teóricos actuales.

El informe pericial incluye:

- Identificación y credenciales del perito para el desarrollo de la función encomendada.
- Información sobre el caso señalando a quién se perita, a petición de qué parte, en qué procedimiento, y la aceptación del cargo.
- Objeto de la prueba pericial: en la que se resume lo que solicita el magistrado del perito y las especificaciones al respecto.
- Metodología del peritaje: qué pruebas se han empleado para llegar a las conclusiones. Fuentes de información. Incluye historia clínica completa, informes previos, análisis, test y escalas, pruebas de neuroimagen... y cualquier otra prueba que se haya realizado por considerarse de interés.
- Resultados de la exploración: historia clínica con antecedentes personales, familiares o datos de personalidad de relevancia para el procedimiento. También resultados analíticos, de pruebas de imagen, de test psicométricos...
- Consideraciones médico-legales: en ella se recogen los argumentos teóricos generales y las consideraciones prácticas del sujeto peritado que permiten alcanzar las conclusiones que luego se exponen:

- Parte doctrinal o teórica, donde se resumen los conocimientos principales en los que se soporta el peritaje.
- Consideraciones en el peritado: en que se trata de comprobar si el sujeto sometido a peritaje cumple y en qué manera los criterios establecidos en la parte doctrinal.
- Conclusiones: el perito resume y responde escuetamente a cada una de las preguntas que el juez realizó en el objeto de la prueba pericial.
- Fórmula final. Es la fórmula de ratificación y firma.

3. Valoración del riesgo de reincidencia, peligrosidad y peritaje

3.1. Valoración del riesgo de reincidencia

Otra de las tareas que puede encomendar el juez al perito es valorar el riesgo de reincidencia del sujeto (Petherick y otros, 2010, De Aguilar, 2017). Es esta una tarea especialmente complicada, en la que el perito debe basarse no solo en su capacidad diagnóstica, sino en un profundo conocimiento de la materia.

En ningún caso el perito puede predecir la conducta futura del sujeto. Su análisis ha de ser entendido como una valoración del riesgo de comisión de nuevos delitos, basándose para ello en una aproximación clínica y científica.

En cualquier caso, la valoración del riesgo de reincidencia cuenta con algunos problemas metodológicos que conviene señalar.

Cabría definir de entrada **qué se mide** cuando se habla por recidiva o reincidencia. En algunos casos, los autores se refieren a la comisión del mismo tipo de delito previo; en otras investigaciones, el autor solo cifra aquellas conductas que tienen consecuencias policiales; otras referencias recogen nuevas conductas delictivas autorreportadas por el sujeto...

Un segundo punto de interés es la **metodología** empleada para predecir dicho riesgo. Tradicionalmente, se había venido depositando la valoración del riesgo de reincidencia o peligrosidad del sujeto en la opinión personal y en el buen hacer clínico del perito. Sin embargo, hoy en día se sabe que la fiabilidad de este método es dudosa, y que esta buena praxis debe mejorarse con un acercamiento actuarial. Esta aproximación consiste en el empleo de determinados test (MMPI-2...) (Millon, 1987) y medidas, en su mayor parte psicométricas –escalas de riesgo como HRC-20 (Douglas y otros, 1999)–, que han demostrado capacidad predictiva de riesgo de reincidencia en conductas delictivas. Conviene conocer, no obstante, que no todas estas medidas tienen igual validez para las diferentes conductas delictivas. Hay que destacar, además, que la interpretación aislada de dichas pruebas no tiene validez alguna. Solo son interpretables en el conjunto del sujeto, su patología y su personalidad (Fazel y otros, 2012). Hoy en día se entiende que la aproximación más correcta es la llamada **actuarial ajustada o personalizada**. Puede ser entendida como el uso complementario de los otros dos métodos. Por un lado, las pruebas y test

aportan la previsión de un riesgo de delito o peligrosidad, pero este riesgo debe ser personalizado, individualizado en cada caso según las características del sujeto, su enfermedad, su entorno y situaciones concretas, y su personalidad.

Ejemplo

Una persona dependiente que, según las escalas, tuviera riesgo de reincidir en el delito de robo con violencia, pero que esté aquejado de un grado avanzado del SIDA que le impida levantarse de la cama, ve claramente disminuida su peligrosidad.

3.2. Peligrosidad

La Criminología tiene, entre sus objetos de estudio, la peligrosidad del sujeto. El sujeto dependiente, en cuanto que puede ser autor probable de un delito, puede ser considerado un **sujeto peligroso** (Esbec y Echeburúa, 2016). La aplicación de medidas de seguridad y la evaluación de la efectividad de un tratamiento están, en gran medida, condicionadas por la valoración de la peligrosidad de un sujeto.

El concepto de peligrosidad criminal no es en sí un término médico, sino más bien jurídico (Petherick y otros, 2010; De Aguilar, 2017). Hace referencia a la probabilidad de que un sujeto que ya ha realizado un hecho antijurídico realice nuevos delitos en el futuro. En el Derecho Penal español no cabe hablar de peligrosidad futura de una persona que no haya delinquirido, ya que no se puede condenar a nadie, ni aplicar medida alguna, en ausencia de delito tipificado. Lo realiza de forma exclusiva el juez para aplicar una medida de seguridad, apoyándose en la Psiquiatría y en los informes periciales para realizarlo. Científicamente hablando, no es posible predecir con absoluta certeza la conducta de un individuo; todo lo más se podrá aportar una valoración del riesgo futuro de delinquir, que es en lo que realmente consiste el concepto de peligrosidad, un juicio de probabilidades. La emisión de un informe sobre este particular es motivo frecuente de consulta a un perito psiquiatra.

Basado en sus diagnósticos y valoraciones médico-científicas, el perito aportará al juez una valoración de cuál es el riesgo de delinquir, reincidir o recaer del sujeto, pero no solo de una manera global, sino especificando si es posible bajo qué circunstancias esto es más probable y qué tipo de apoyo puede hacer menos factible dicho riesgo.

Al igual que ocurría con el riesgo de reincidencia, el mejor método para aproximarnos a la peligrosidad es el personalizado o actuarial ajustado, que básicamente trata de conjugar la experiencia del evaluador con la aplicación de pruebas objetivas y la contextualización del caso.

A la hora de valorar el riesgo de reincidencia y/o la peligrosidad de un individuo, es importante recoger bien los antecedentes previos del mismo –delitos o conductas violentas, personalidad previa, impulsividad, estilo de afrontamiento–.

tamiento, consumo de sustancias (Esbec y Echeburúa, 2016)...-, así como la anamnesis actualizada (estilo de crianza, violencia de familiares, ambiente social, datos psicobiográficos, rasgos de personalidad, enfermedades actuales y cronicidad de las mismas, afectación de funciones cognitivas, daño cerebral, uso de sustancias/medicamentos...). Esta información se puede completar con otros informes relacionados (de anteriores episodios de enfermedad, o de ingresos en prisión, o valoración psicosociales, test de personalidad...). Todo ello debe permitir establecer un diagnóstico de enfermedad mental si lo hubiera, con especial relevancia de la situación de dependencia de sustancias (cuáles son, cuál es el patrón de consumo, cómo afecta a su funcionamiento y personalidad...). Con esta información, el perito puede establecer una **presunción de riesgo**, que no será genérica sino que tratará de ser lo más concreta y contextualizada posible. Así, será importante señalar:

- si se puede considerar un sujeto de riesgo,
- cuál es el papel del consumo de sustancias en el mismo,
- en qué situación se encuentre respecto de la misma,
- si este riesgo se incrementa o si disminuye, en qué condiciones tanto internas como externas,
- cómo influye su personalidad y/u otra patología mental si la hubiere,
- la perspectiva de cronicidad y de qué depende...

Hay que destacar, antes de iniciar un análisis pormenorizado del tema, y como precaución a la hora de interpretar las conclusiones, que una de las grandes debilidades de los estudios científicos que tratan de profundizar en la peligrosidad del enfermo mental es la falta, en la mayoría de ellos, de un adecuado ajuste por variables sociales que pudieran explicar en parte este incremento de violencia (Chaimowitz, 2012). Es una realidad conocida que la enfermedad mental, y dentro de ella de manera especial la drogodependencia, se correlaciona con diferentes marcadores de marginalidad (desigualdades sociales, familias desestructuradas, menor nivel formativo y laboral...). Hasta dónde este mayor riesgo de criminalidad dependa de la enfermedad en sí o de los factores sociales es algo difícil de concluir.

3.2.1. Estudios sobre peligrosidad en enfermos mentales

Existe, de manera generalizada entre la población, la creencia de que el enfermo mental (y en particular el toxicómano) es más agresivo, y es más propenso al crimen y al comportamiento violento (Chaimowitz, 2012). Incluso se llega a afirmar que existe cierta predisposición a ello (que tiene una mayor connotación de origen genético y no contextual de la conducta violenta).

Contrariamente a esta opinión general, al menos en enfermos mentales graves (esquizofrenia, trastorno bipolar), no existe mayor incidencia de delitos que en el conjunto de la población (eso sí, con frecuencia son crímenes con mayor relevancia social). Diversos grupos han tratado de profundizar en este terreno estudiando muestras amplias y heterogéneas de pacientes frente a po-

blación sin antecedentes psiquiátricos (Nurco, 1987; Swanson y otros, 1990; Monahan, 1992; Mac Arthur Violence Risk Assessment Study 1998; Deitch y otros, 2000; Stroup y otros, 2003; Fazel y Danel, 2003; Boles y Mohito, 2003; Van Dorn y otros, 2012; Beaudette y Stewart, 2016). En general encuentra que, si bien no presentan mayores tasas de delitos –o si las hay, son levemente superiores a las de población sin enfermedad mental (Van Dorn y otros, 2012)–, sí tienen más frecuentemente delitos violentos. La violencia es más frecuente en los sujetos con antecedentes de enfermedad mental, y esta tiene lugar mayoritariamente en el contexto más cercano (hogar, familia, amigos).

No obstante, la información de que se dispone apunta a que la relación entre violencia y enfermedad mental no sería, en ningún caso, directa sino que estaría mediada por diferentes factores, lo que hace muy difícil estudiar el papel de cada uno de ellos. Por eso mismo, tampoco es posible aseverar que la enfermedad mental provoque violencia. Hay diferentes factores que median la relación enfermedad mental-violencia:

- factores históricos del sujeto como el haber sufrido abuso físico, el historial de violencia y detenciones, los antecedentes de arrestos en los padres...;
- factores clínicos como el consumo de sustancias;
- factores disposicionales como la edad y el género...;
- factores contextuales como el desempleo, el divorcio, la victimización...

En todo caso, se anticipa que el papel del abuso de sustancias es claramente relevante. Sin él, el riesgo de conducta violenta del enfermo mental grave tratado es prácticamente el de población no enferma (Varshney y otros, 2016).

Entre las enfermedades mentales graves, la **esquizofrenia**, el **trastorno bipolar** y el **síndrome orgánico cerebral** son los más relacionados con conductas violentas, sobre todo si no reciben tratamiento adecuado (Varshney y otros, 2016; Brucato y otros, 2018).

En general, el porcentaje de crímenes cometidos por enfermos mentales graves (no drogodependencia) es el mismo o, a lo sumo, levemente superior que el de la población sana, si bien es cierto que sus delitos suelen ser con más frecuencia crímenes violentos graves y de sangre, y socialmente más alarmantes. Este riesgo se incrementa por un lado si el sujeto abandona su tratamiento, pero sobre todo, si el paciente esquizofrénico además consume sustancias (la llamada comorbilidad o patología dual) (Lindvist y Allebeck, 1990; Wallace y otros, 2004; Swanson y otros, 2007).

Otra población que requiere especial atención es la de **trastornos de personalidad** (Vergel, 2001; Bolinches y otros, 2002), que según los estudios, también presenta alto riesgo de delitos violentos. Sin embargo, este factor hay que es-

tudiarlo con suma atención. Existen muchos tipos diversos de trastornos de personalidad y solo algunos de ellos pueden relacionarse con conductas violentas. Y en general, esos tipos de personalidad violenta suelen relacionarse con consumos de sustancias. De hecho, los efectos de un consumo continuado de sustancias pueden hacer que el sujeto parezca presentar un trastorno de personalidad cuando en realidad no lo tiene. Es por eso que hay que tener sumo cuidado cuando se valora este aspecto. Los trastornos psicopático, disocial, explosivo y narcisista de personalidad son los que más se relacionan con riesgo de comportamiento violento (Fridell y otros, 2008).

Según la literatura, el incremento de riesgo de peligrosidad en enfermedad mental prácticamente desaparece cuando se extrae la muestra que consume alcohol y/o sustancias (Pickard y Fazel, 2013).

Dicho de otra manera, es el consumo de alcohol y/o sustancias, tanto en población con antecedentes mentales (más marcadamente) como en población sin antecedentes, lo que condiciona mayoritariamente la violencia y la peligrosidad.

En resumen, las principales conclusiones que se extraen de los estudios sobre peligrosidad de los sujetos es que hay dos grandes factores que predicen conductas violentas futuras:

- Por un lado, los antecedentes de violencia previa (tanto la ideación violenta como el comportamiento previo violento predicen la conducta violenta futura) (Brucato y otros, 2018; Barlati y otros, 2019).
- De otra parte, el consumo de sustancias, especialmente el del alcohol, al que se considera el principal factor de predicción de peligrosidad y reincidencia (Friedman, 1998).

La suma de ambos factores incrementa en mucho el riesgo de reincidencia y de conducta violenta futura.

Un aspecto muy relevante es que las personas con enfermedad mental grave, más que riesgo de ejercer violencia, presentan un riesgo elevado de victimización, mayor que el de la población no enferma. La juventud, el consumo de sustancias y vivir en la calle incrementan el riesgo de victimización en esta población (Latalova y otros, 2014; Persson y otros, 2017). Como consecuencias de esta victimización, los propios sujetos son más propensos a ejercer violencia, además de que empeora su pronóstico clínico y su calidad de vida, ya que no reciben habitualmente el apoyo sanitario ni social necesario.

3.2.2. Peligrosidad y consumo de sustancias

En el metaanálisis de Bennett y otros (2008) se concluyó que el riesgo de cometer delitos se multiplica por entre 2,8 a 3,8 si la persona ha consumido alguna sustancia, en especial si estas son crack (incrementa el riesgo hasta 6 veces), heroína (lo multiplica aproximadamente 3 veces) o cocaína (alrededor de 2,5 veces). Cabe señalar, en contra de la percepción social, que también el cannabis se relaciona con mayor probabilidad de delito, aunque es cierto que de manera más moderada (1,5 veces) y probablemente referido a delitos no violentos.

Por sustancias:

1) Es el **alcohol** la droga que más frecuentemente se relaciona con delitos violentos (homicidios, agresiones sexuales...) (Pernanen, 1991), y también con la conducción temeraria (DGT, 2015; Jiménez-Mejías y otros, 2015), por encima de la creencia social de que son las drogas ilegales las más relacionadas. Está considerado el principal predictor de conducta violenta, y es la sustancia que más frecuentemente se ha relacionado con el delito de homicidio. Se ha citado el consumo de alcohol como factor de riesgo para la reincidencia. El efecto del alcohol se relaciona con su capacidad de desinhibición de las tendencias de agresividad del sujeto. Está su consumo muy asociado, además, al diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial, lo que incrementa aún más el riesgo.

2) La **cocaína**, aunque también se relaciona con delitos violentos (sobre todo en determinados contextos culturales por el uso de la forma crack, y también en crímenes relacionados con el narcotráfico), está más frecuentemente asociada a delitos contra la propiedad (para financiar el consumo). Tiene un efecto desinhibidor, disfórico, con una mayor impulsividad y alteración de la capacidad de juicio, en ocasiones además provocando cuadros psicóticos. El consumo concomitante de alcohol y cocaína favorece una mayor concentración en sangre de cocaína, y provoca en el organismo la formación de un compuesto llamado etilencocaína, que incrementa el riesgo de reincidencia en conductas violentas al aumentar la desinhibición y la impulsividad, además de favorecer cuadros psicopatológicos como la disforia o la paranoia.

3) La **heroína** y otros opiáceos se han relacionado, sobre todo, con delitos contra la propiedad para financiar el consumo (en sujetos con síndrome de abstinencia) y trapicheo (Nurco y otros, 1985).

Otros estimulantes, aunque con menor impacto en la cifra global, se comportan como la cocaína favoreciendo crímenes violentos. La politoxicomanía, en especial alcohol más psicoestimulante, potencia el efecto que por separado tiene cada una de las sustancias.

Ved también

Encontraréis más información en el módulo 2, apartado «Relación entre determinadas sustancias y delitos concretos».

En todo caso, hay que tener siempre en cuenta que resultaría simplista pensar que el mero hecho de consumir explica la peligrosidad de un individuo. Como ya queda dicho, muchos son los factores que se deben analizar para tratar de contextualizar el riesgo de un sujeto. Y por otra parte, como se vio en los módulos previos, los sujetos consumidores de sustancias suelen tener además otros factores de riesgo subyacentes (personalidad, estilo de afrontamiento, antecedentes de dificultades con el entorno familiar y contexto social marginal, problemas de conducta y en la escuela desde la infancia...) (Van der Put y otros, 2014; Szalavitz y Rigg, 2017).

Conclusiones relevantes

- A la hora de exponer el tema, hay que diferenciar claramente los delitos en general de los delitos violentos.
- La tasa de delitos cometidos por el enfermo mental grave como mucho es levemente superior al de la población no enferma.
- Sin embargo, cometen en proporción mayor número de delitos violentos y de sangre.
- Esta peligrosidad es aún mayor si el enfermo mental consume sustancias.
- El consumo de sustancias (incluido el alcohol) es el principal factor relacionado con la peligrosidad y con delitos violentos, tanto en población con enfermedad mental como sin ella.
- Los antecedentes previos de conducta violenta son también un importante marcador de pronóstico de peligrosidad en el futuro.
- Determinados diagnósticos de trastorno de personalidad también se relacionan con mayor riesgo de delitos violentos, aunque suele presentar concomitantemente consumo de sustancias.

3.2.3. Conclusiones sobre el consumo de sustancias y la peligrosidad

El consumo de sustancias por sí solo se asocia a un mayor riesgo de cometer delitos violentos en población con enfermedad mental y sin ella. Este riesgo es aún mayor si la persona padece algún trastorno mental previo.

Como analizábamos en las diferentes teorías criminógenas sobre la relación drogas-delito, no se puede concluir que el consumo de sustancias provoque el inicio de una carrera delictiva, pero lo que sí está confirmado es que prolonga y agrava carreras delictivas previas.

Es por ello que sea uno de los factores a considerar en toda valoración pericial, y su tratamiento y rehabilitación uno de los principales objetivos a tener en cuenta para limitar la peligrosidad del sujeto.

Ved también

Más información de teorías criminógenas sobre la relación drogas-delito en el módulo 2.

4. Drogodependencia y modificación de la responsabilidad penal

El cambio de mentalidad en el estudio de la enfermedad adictiva a drogas supone modificaciones en las perspectivas sanitarias, además de un viraje en el rumbo de las directrices de la legislación.

La repercusión de las drogas en el índice de delincuencia y el fracaso de anteriores fórmulas represivas de política criminal han abierto las puertas a una legislación más generosa con el problema global.

La aplicación del Código Penal del año 1995 y sus posteriores reformas (las más importantes, la de noviembre de 2003 LO 15/2003; junio de 2010 LO 5/2010, la de marzo de 2015 LO 1/2015; la última, la de marzo de 2019 LO 2/2019) supuso pocas novedades respecto a los códigos previos, a decir de los autores, algunas de ellas sin embargo de relevancia. Subyace en el espíritu de estas reformas una mayor tendencia hacia la defensa social y el principio de resocialización de los delincuentes toxicómanos.

De entrada, el Código Penal de 1995 supone **medidas más duras** en los delitos de **tráfico de drogas y delitos contra la propiedad**, que son a la sazón los más frecuentemente cometidos por los sujetos toxicómanos. En realidad, y a pesar de que las penas en sí fueron reducidas, la aplicación de las mismas supone mayor dureza al haber desaparecido las redenciones penitenciarias.

La **imputabilidad** queda definida como el fundamento de la culpabilidad y supone, por un lado, la capacidad de comprensión de lo ilícito o injusto, y de otra parte, la capacidad de actuar conforme a esta comprensión. A todo sujeto adulto frente al derecho actual se le supone la plena imputabilidad, es decir, no existe dato alguno que haga suponer la alteración de la capacidad volitiva ni cognitiva. Nos centraremos en esta exposición de manera sucinta en aquellos aspectos de la modificación de la responsabilidad penal que afecta a sujetos dependientes de sustancias.

La apreciación de circunstancias atenuantes que impliquen una modificación de dicha responsabilidad supone para el sujeto un beneficio en la duración de la condena, y, en función de la peligrosidad del mismo, la posibilidad de aplicación de medidas de seguridad (De Aguilar, 2017).

El Código Penal de 1995 (artículos 20 y 21), en lo relativo a la responsabilidad penal de los drogodependientes, mantiene un esquema que divide dicha responsabilidad en cinco niveles: plena imputabilidad, atenuación simple de

la responsabilidad, atenuación muy cualificada, exención incompleta de responsabilidad y exención total de responsabilidad o inimputabilidad (tabla 3) (Esbec y Echeburúa, 2016).

Tabla 3. Exenciones e inimputabilidad en el Código Penal

Categorías de imputabilidad	Artículo nuevo Código Penal	Posibilidad med. seguridad	Situación
Plena inimputabilidad	Supuesto base	No	Adicto del que no se conoce más circunstancia
Eximente incompleta	Art. 21.1	Sí	Intoxicación/abstinencia no plenas
Atenuación simple	Art. 21.2	Sí	Adicción grave
Atenuante Analógica	Art. 21.7	Dudosa	En desuso
Plena inimputabilidad	Art. 20	Sí	Intoxicación/abstinencia plenas

Así, de manera resumida, la intoxicación plena considerada como la situación en que el sujeto ha consumido en tal cantidad que no tiene capacidad de conocer/obrar sería **causa de eximente completa de responsabilidad**. No obstante, dicha figura no debiera ser mayoritariamente empleada porque el grado de intoxicación tendría que ser tal que hiciera poco probable la comisión del delito. En la mayor parte de los casos de dependencia se empleará la figura de la atenuación de responsabilidad, bien por hallarse el sujeto en estado de intoxicación o abstinencia tal que repercutiera sobre su capacidad cognoscitiva y/o volitiva pero no de manera plena; bien por demostrarse una adicción crónica que hubiera alterado la personalidad del sujeto y su responsabilidad plena.

No siempre la redacción del Código Penal, su lenguaje, coincide con la terminología médica, ni se adapta a la realidad clínica de las adicciones. Es por eso que las sentencias sucesivas, la llamada jurisprudencia, tratan de rellenar esos vacíos y asimilar en lo posible la realidad del sujeto adicto a lo demandado por el Código Penal.

La sentencia 817/2006 del Tribunal Supremo establece los criterios que deben cumplirse para que se aprecien alguna de estas modificaciones:

- Por un lado, tiene que haber un requisito biopatológico, esto es, que efectivamente el sujeto padezca una toxicomanía, bien por un cuadro de intoxicación grave, bien por una dependencia crónica.
- Junto con ello hará falta el criterio psicológico, esto es, que haya una modificación cierta de las capacidades cognitivas (inteligencia y voluntad).

- Además de esto, debe cumplirse un criterio cronológico o temporal, esto es, que en virtud de la toxicomanía haya alteración de las facultades cognitivas en el momento de cometerse el delito.
- Finalmente, la intensidad o influencia (requisito normativo) hará que sea valorado como eximente completa, incompleta o atenuante.

En resumen, el Tribunal Supremo establece que, para poder apreciar alguna variación de la plena imputabilidad, debe coincidir una dependencia en el sujeto, de tal intensidad que modifique las facultades superiores del mismo, justo en el momento de cometer el delito. Es lo que se conoce como criterio mixto (Esbec y Echeburúa, 2016). No es suficiente que se demuestre la toxicomanía, sino que debe certificarse una alteración de la cognición/volición motivada por la misma a la hora de la comisión del delito (Esbec y Echeburúa, 2014).

4.1. Aplicación de medidas de seguridad en sujetos drogodependientes

Se define medida de seguridad aquella consecuencia jurídica aplicable por el órgano jurisdiccional, en sustitución de una pena o conjuntamente con ella, a ciertos individuos (inimputables o semiimputables), autores de un hecho previsto como una infracción criminal que, por sus especiales características personales, fueren susceptibles de tratamiento terapéutico o reeducador, así como aquellas otras disposiciones que complementen o refuercen las referidas finalidades (Adam y Francès, 2014).

Dos fines se distinguen entre las medidas de seguridad (Bonfill y otros, 2013):

- la defensa social mediante el aseguramiento de sujetos plenamente responsables y peligrosos en cuanto riesgo de reincidencia;
- la medida de seguridad con finalidad curativa y de reeducación.

Predomina actualmente esta visión última, en el contexto del Código Penal actual y los principios de prevención especial.

La aplicación de medidas de seguridad en sujetos toxicómanos es frecuente, debido por una parte al reconocimiento de atenuantes modificadoras de la responsabilidad criminal, y de otra, a la conveniencia y necesidad de terapias que permitan su resocialización.

Dichas medidas podrán ser principalmente de dos tipos, privativas y no privativas de libertad. Entre las primeras, quedan incluidos el internamiento en centro psiquiátrico o centro de deshabitación, así como el internamiento en centro educativo especial. Entre las medidas no privativas, destaca la indicación obligada de tratamiento ambulatorio en dispositivos médicos o socio-sa-

nitarios. Estas últimas medidas vienen recogidas dentro del artículo 96, que cita como medidas no privativas de libertad la libertad vigilada (reforma del Código Penal por la LO 5/2010), que queda desarrollada en el artículo 106 donde se especifica:

«Artículo 106.1.k) la obligación de seguir tratamiento médico externo o de someterse a un control médico periódico.»

Es frecuente, de esta manera en la práctica clínica diaria, encontrarse ante pacientes que acuden a tratamiento en cumplimiento de alguna de estas disposiciones judiciales. La relación médico-paciente y la terapia en su conjunto adquieren así unas connotaciones especiales (imposición del tratamiento, limitación en el tiempo, obligatoriedad de informar periódicamente al juez...) que el profesional debe conocer y manejar para lograr el objetivo terapéutico. Dicha disposición por parte del profesional facilita un abordaje integral del paciente toxicómano, y del complejo mundo de la toxicomanía por extensión.

5. Delitos contra la salud pública: tráfico de drogas

El Código Penal de 1995 (CP) regula los llamados delitos contra la salud pública, entre ellos el tráfico de drogas, las sustancias estupefacientes y los psicotrópicos, y castiga con penas a quienes infringieran la norma. La Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana (LO 4/2015) establece sanciones administrativas (como infracciones graves) a quienes consuman sustancias ilegales en lugares públicos, a los que estén en posesión ilícita de las mismas, y a quienes realicen conductas tales como arrojar objetos de consumo al espacio público (art. 36.16). Incluso se prevé sanción a aquellos propietarios de establecimientos públicos que toleraran el consumo ilegal o el tráfico, o la falta de diligencia en orden a impedirlo (art. 36.19). Asimismo, el traslado de personas, en cualquier tipo de vehículo, con el objeto de facilitar el acceso a drogas (las llamadas «cundas»), siempre que no constituya delito, es también motivo de infracción grave (art. 36.17). No siempre están claros, no obstante, esos límites entre tráfico y autoconsumo (que como tal no está penado).

El **tráfico de sustancias**, y en menor medida su posesión ilícita y su consumo, son por tanto otro de los grandes apartados criminológicos en lo relacionado con las sustancias. Generan un importante número de detenciones, incautaciones, denuncias, penas y sanciones administrativas que repercuten en las estadísticas criminales.

El tráfico de drogas a gran escala se lleva a cabo a través de organizaciones criminales, y suele relacionarse con otro tipo de actividades delictivas del crimen organizado (Fernández, 2008), como ya se señaló en el módulo anterior (2). Quienes abogan por la legalización del consumo de sustancias entienden que facilitaría la desaparición del tráfico ilegal de las mismas, por lo que en el debate mencionado entre ambas opciones suele ser un factor prominente. Suscita, además, desde un punto de vista del Derecho y de la Criminología la confrontación entre derechos particulares del individuo y derechos sociales. El objetivo del articulado es proteger la salud pública de los efectos nocivos de ciertas sustancias dañinas. Estos y otros motivos justifican un análisis criminológico pormenorizado del tráfico de sustancias, de su regulación legal y de las políticas contra las drogas.

5.1. Estadísticas en España

En España, según datos del Ministerio del Interior (OEDA, 2018), en el año 2017 se produjeron 20.422 detenciones por delitos de tráfico de sustancias, y 376.271 denuncias por consumo o tenencia de drogas (según la LO 4/2015 de Protección Ciudadana). En ambos casos, el cannabis y sus derivados fue-

ron la droga principal motivo del tráfico o posesión (el 58 % y el 83 %, respectivamente); le siguen de cerca la cocaína (el 28 % de las detenciones por tráfico de sustancias). El total de detenciones por tráfico y el de denuncias por consumo/tenencia suponen un leve descenso respecto de estadísticas de años previos.

Ello supone, respecto de años previos, un **incremento de cantidad decomisada** de heroína, cocaína, marihuana, plantas de cannabis, un leve descenso en la de hachís, y mayores en las de anfetaminas (*speed*), y MDMA-éxtasis (tabla 4).

Tabla 4. Cantidad de droga decomisada en España 2017

Sustancia	Unidad de medida	Cantidad
Heroína	Kilogramos	524
Cocaína	Kilogramos	40.960
Hachís	Kilogramos	334.919
Plantas de cannabis	Número	1.124.674
MDMA	Pastillas	348.220
Anfetamina (<i>speed</i>)	Pastillas	198

A modo anecdótico, cabe señalar que en la medida que se desciende en la cantidad del decomiso incautada, desciende también la pureza de la droga. Es una señal de que hay un constante empobrecimiento de la calidad de la misma conforme va pasando de un nivel a otro en el mercado de distribución, hasta llegar al consumidor último. Así, por ejemplo, la pureza de la cocaína en los grandes decomisos en 2017 fue del 67,5 %. Posteriormente, y conforme se va «cortando» (que quiere decir en la jerga adulterarla con otras sustancias con el fin de obtener más dosis, y por tanto, más beneficio económico), cae su calidad. Así, ya la pureza del gramo es del 43,5 %, y de la dosis (generalmente micra), del 35,5 %. Igual ocurre en otras sustancias como la heroína, donde la pureza respectiva del kilo, el gramo y la dosis es del 39 %, 31,5 %, 22,5 %. No obstante, cabe señalar que no todas las sustancias siguen igual proceso de dilución. Así, en el año 2017, la heroína sufrió menos grado de dilución que la cocaína a lo largo de la cadena de distribución (OEDA, 2018).

En cuanto al **precio de las sustancias en la calle** hay variaciones generales a lo largo de los años, junto con diferencias locales marcadas por características del mercado, pero como datos de referencia, en 2017, el cálculo del precio era como media:

- 10,56 euros la unidad de éxtasis
- 6,04 euros el gramo de resina de hachís
- 5,16 el del gramo de la marihuana

- 57,06 euros el de heroína
- 59,30 el de la cocaína

Se observan tendencias dispares en los mismos. La heroína parece, en la serie de los últimos años, estar bajando de precio, mientras la cocaína estaría subiendo (OEDA, 2018).

5.2. Perfiles del delincuente

Como se señalaba en apartados previos, una parte del tráfico de sustancias se realiza a gran escala a través de **organizaciones criminales**, para las que el tráfico de sustancias es solo uno de los diversos crímenes habitualmente cometidos. A este nivel y en general no suelen participar sujetos toxicómanos.

Ved también

Ved los datos sobre organizaciones criminales en el módulo 2.

Existe, sin embargo, un gran número de detenciones e incautaciones por tráfico de sustancias en que las cantidades intervenidas son pequeñas o insignificantes. Se trata del **menudeo o pequeño tráfico**, en la que es más frecuente ver involucrados a sujetos adictos como manera de costear su dependencia. Suelen ocupar los escalafones más bajos en la pirámide del tráfico de sustancias y no forman parte de las organizaciones criminales, sino más bien del reparto a pequeña escala.

Otro perfil destacado es el de consumidores de cannabis y/o de drogas de diseño, a los que se les interviene cantidades para su autoconsumo. En España, estos dos últimos perfiles suelen coincidir: varones jóvenes de 19 a 40 años de edad y, en el segundo de los casos (denuncias administrativas), se concentran entre los 19 y los 25 años.

5.3. Tráfico de sustancias según el Código Penal

El Código Penal de 1995 (CP) (LO 10/1995 de 23 de noviembre), posteriormente modificado por la LO 15/2003, la LO 5/2010, la LO 1/2015, y la LO 2/2019, regula en el capítulo III del título XVII del libro segundo los llamados delitos contra la salud pública. Parte del conocimiento de los daños que para el individuo tiene el consumo de sustancias para presuponer que puede originar igualmente gran daño y perjuicio a la sociedad. El bien jurídico protegido es, por tanto, la salud colectiva y pública (Gómez Pozueta, 2017).

El delito de tráfico de sustancias, tal y como está reflejado en el Código Penal (art. 368), es un tanto inconcreto y su redacción resulta vaga en sus límites de aplicación, por lo que permite una interpretación muy amplia de su contenido.

«Los que ejecuten actos de cultivo, elaboración o tráfico, o de otro modo promuevan, favorezcan o faciliten el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, o las posean con aquellos fines, serán castigados con las penas de prisión de tres a seis años y multa del tanto al triplo del valor de la droga objeto del delito si se tratare de sustancias o productos que causen grave daño a la salud, y de prisión de uno a tres años y multa del tanto al duplo en los demás casos. No obstante lo dispuesto en el párrafo anterior, los tribunales podrán imponer la pena inferior en grado a las señaladas en atención a la escasa entidad del hecho y a las circunstancias personales del culpable. No se podrá hacer uso de esta facultad si concurriere alguna de las circunstancias a que se hace referencia en los artículos 369 bis y 370.»

No existe en el Código Penal una definición de lo que se considera droga. Se entiende en el sistema legal como drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas:

«Aquellas sustancias naturales o sintéticas cuya consumición repetida en dosis diversas provoca en las personas el deseo abrumador o necesidad de continuar consumiéndola, y la tendencia a aumentar la dosis así como la dependencia física u orgánica de los efectos de la sustancia que hace necesario su uso para evitar el síndrome de abstinencia.»

Otras veces se considera directamente droga a aquella sustancia incluida en los listados internacionales establecidos (Convención Única sobre Estupefacientes de 1961; Convención sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971; Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988).

Tal y como ha venido concretando la jurisprudencia, el delito de tráfico de drogas persigue toda aquella conducta que contribuya al ciclo de difusión de las sustancias psicotrópicas, y no tanto el mero consumo de la sustancia (sentencia del Tribunal Supremo 776/2005 de 22 de junio de 2005).

Se entiende, por tanto, en nuestro país como tráfico de drogas no solo el mercadeo con la sustancia sino cualquier acto que facilite o promueva el consumo ilegal de drogas o sustancias psicotrópicas. Se incluye así el cultivo, la elaboración, el comercio de precursores o la mera posesión que persiga favorecer o publicitar el consumo.

Se trata de un delito no de comisión, sino de peligro abstracto. Se penaliza la mera disposición al tráfico de sustancia sin necesidad de que este se lleve a cabo para considerarlo delito. No requiere en realidad del daño en sí para la salud pública, para considerarse delito, tan solo de la existencia de riesgo de ejecución. El mero acuerdo o contacto para el tráfico, la posesión de sustancia para dicho fin, la existencia de un aparataje utilizable en el tráfico, el almacenamiento, el transporte, la intermediación, la donación si tiene como fin promover el consumo, el mero hecho de ofrecer o invitar... son conductas punibles por delito contra la salud pública.

Drogas duras y drogas blandas, una terminología en desuso

Una peculiaridad a destacar es que dicho artículo diferencia sustancias capaces de generar grave daño (drogas duras: morfina y opiáceos, cocaína, anfetamina y derivados) para la salud de aquellas otras que no lo causan (drogas blandas: cannabis). No obstante, esta terminología ha ido cayendo en desuso ya que científicamente tal distinción hoy en día no es defendible.

5.3.1. Análisis penal del delito de tráfico de sustancias

Para que un sujeto sea considerado responsable de este tipo delictivo, se exige que el acusado tenga una relación directa o indirecta, mediata o inmediata, con la sustancia en la que quede clara la ejecución de cualquiera de las mencionadas conductas que favorecen el uso y la difusión de las drogas (Gómez Pozueta, 2017). Además, y sobre la voluntariedad del sujeto a cometer el delito, una serie de circunstancias permiten concluir que el mismo ha tenido lugar. No cabe delito si la sustancia que se transporta o promueve resulta no ser nociva, aun cuando el sujeto crea que sí lo es. Es necesario, por tanto, un análisis de lo decomisado y un informe pericial. Igual ocurre con la cantidad de la sustancia: si esta no pudiera *per se*, dada su insignificancia, suponer un daño para el organismo, no estaríamos ante un delito de tráfico (Mayán, 2007; Gómez Pozueta, 2017). Por otra parte, si el objetivo final no es la difusión de la sustancia sino el autoconsumo, ya no estaríamos hablando de este tipo de delito. Diferentes circunstancias pueden ayudar a aclarar este extremo en caso de duda (presencia de utensilios para pesar y cortar la sustancia, propia de los traficantes; la cantidad de sustancia intervenida; la constatación de una dependencia; la presencia o ausencia de importantes cantidades de dinero...).

Otro aspecto importante es que no cabe alegar el desconocimiento sobre lo que se estaba portando de manera escondida en maleta o incluso en el propio organismo («mulas»). De igual manera, los transportistas que llevaran oculto en sus camiones una carga, aun cuando fuera cierto que desconocieran exactamente el contenido, no quedan eximidos de responsabilidad, ya que el sobrepeso debiera alertarles de la posible presencia de carga ilegal.

5.4. Tráfico de sustancia y autoconsumo

Los mayores problemas, a la hora de interpretar este delito, se establecen entre el autoconsumo (o posesión de pequeñas cantidades para uso particular) y el tráfico de sustancias.

La posesión de dosis pequeñas dirigidas al autoconsumo no se considera tráfico de sustancia, salvo que dicho consumo fomente en otros sujetos la drogodependencia. Así, el consumo privado del sujeto en su intimidad no sería susceptible de considerarse tráfico, pero sí podría considerarse cuando un adicto consume, por ejemplo, en un entorno familiar donde hay menores observando.

Para evitar la excesiva subjetividad, la jurisprudencia ha ido limitando y concretando el delito tanto en sus aspectos cuantitativos como cualitativos, es decir, que la cantidad de sustancia y la calidad de la misma sean tales que realmente puedan suponer un peligro contra la salud pública.

Ejemplo: el criterio del Tribunal Supremo

El Tribunal Supremo basa varias sentencias en la tabla elaborada por el Instituto Nacional de Toxicología en 2001 sobre qué cantidades pueden alegarse como de consumo propio (no constitutivo de delito), basado en los cálculos de un consumidor diario para cinco días de consumo (heroína, 3 g; cocaína, 7,5 g; marihuana, 100 g; hachís, 25 g; LSD, 3 mg; anfetamina, 900 mg; MDMA, 1.440 mg), si bien no pueden ser entendidos como criterios estrictos.

En algunos casos, la delimitación entre consumo propio y tráfico de drogas no es del todo clara. El Tribunal basará su resolución en diferentes indicios, como (Aránguez Sánchez, 1999; STS, 2014):

- una cantidad exagerada para un consumo diario,
- la pertenencia o participación conocida en red de tráfico,
- la falta de credibilidad del detenido o contradicciones manifiestas,
- la cantidad de dinero intervenida,
- la variedad de sustancias que posea el sujeto,
- la falta de acreditación de la condición de consumidor drogodependiente...

Un particular tipo de consumo no penalizado como tráfico de sustancias es el llamado **consumo compartido** (Añón Calvete, 2015; Maraver Gómez, 2019). Se exige para esta consideración que sea un grupo de sujetos, más o menos estable y restringido, todos ellos dependientes consumados (no meros consumidores puntuales, ni siquiera consumidores habituales, pero aún no dependientes), quienes se reúnen en un lugar fuera de la vista de terceros, para un consumo inmediato, y donde la cantidad poseída es insignificante (STS, 2015). Es una acción esporádica, sin repercusión ni divulgación en el entorno. No obstante, este tipo de atenuantes abre un debate, sobre todo en determinado tipo de sustancias, como las drogas de diseño. Algunas sustancias son consideradas escasamente lesivas, aun cuando científicamente ha quedado demostrada su capacidad dañina. Por otra parte, el uso experimental de ciertas sustancias es potencialmente la puerta de entrada a un consumo habitual de esas mismas sustancias, o incluso de otras más perjudiciales para la salud. Cabe señalar, además, el daño que genera entre los adolescentes y jóvenes la percepción errónea de escasa nocividad de determinadas sustancias y de fácil accesibilidad a las mismas. Probablemente, lo que se debiera aceptar como atenuante en este tipo delictivo es el tráfico de cantidad insignificante por parte de sujetos dependientes que se han visto abocados a este delito por la propia dependencia, siempre y cuando no implique a menores ni disminuidos psíquicos, ni persiga como fin la difusión pública de las sustancias ni la búsqueda de futuro mercado para su actividad.

Durante años, han surgido dudas sobre cómo abordar las llamadas **entregas compasivas**, en que familiares o allegados de los dependientes facilitan gratuitamente a estos pequeñas cantidades para evitarles los sufrimientos de la abstinencia, siempre y cuando además no existiera riesgo de difusión pública de la sustancia. Se exige que el adicto tenga diagnóstico de dependencia; la cantidad ofrecida sea la mínima y ajustada al objetivo; y que fuera entregada

de manera privada y puntual (STS, 2004). Tampoco se considera tráfico de sustancias el hecho de que un toxicómano cobre en droga el pago de algún tipo de servicio prestado, siempre que esa sustancia sea destinada al autoconsumo.

5.5. Atenuantes y agravantes en el delito de tráfico de drogas

En general, se consideran atenuantes circunstancias como la dependencia de sustancias si esta es causante del tráfico de sustancias. En realidad, el Código Penal señala, tras la reforma de LO 5/2010:

«en atención a la escasa entidad del hecho y a las circunstancias personales del culpable» (art. 368, párrafo 2).

La jurisprudencia ha venido entendiendo por tanto como atenuante aquellas circunstancias personales como la dependencia, o aquellos casos en que la cantidad es mínima y está más relacionada con la financiación de la dependencia.

Parece de aplicación a:

- aquellos adictos que venden cantidades mínimas para financiarse el autoconsumo (Fernández Ros, 2011);
- aquellos que por la clínica de abstinencia se ven impulsados al menudeo para conseguir su dosis;
- sujetos cuyo estilo de vida muy marginal les aboca al tráfico de cantidades menores o insignificantes de sustancia.

Eso sí, esta misma reforma (arts. 369, 369 bis y 370) exige que no concurren otras circunstancias como la pertenencia a red organizada, la búsqueda intencionada del consumo para la comisión del delito, o la utilización de menores o disminuidos psíquicos en el tráfico de sustancias.

Entre los agravantes de responsabilidad se citan, entre otros (arts. 369, 369 bis y 370 del CP):

- el hecho de que el culpable fuera facultativo, autoridad, funcionario público, educador;
- la pertenencia a red de crimen organizado manifestada por importantes cantidades, negocios internacionales, blanqueo de dinero, empleo de medios de transporte como barcos o submarinos...;
- el uso de violencia;
- las sustancias se faciliten a menores de edad o a disminuidos psíquicos, o a sujetos en tratamiento por su dependencia;
- cantidades de notoria importancia;
- pertenencia a organización que emplee menores o disminuidos psíquicos para el tráfico;

- haya existido manipulación o adulteración de las sustancias con un incremento manifiesto del riesgo para la salud...

5.6. La Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana

La Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana, de 2015, señala que el **consumo de drogas en lugares públicos**, así como la **posesión ilícita de las mismas**, aun cuando no tuvieran como objeto el tráfico (en cuyo caso sería un delito según el CP), constituye una infracción administrativa grave (art. 36). Se incluye, en esta acepción, la posesión para autoconsumo, así como el abandono en lugar público de los instrumentos empleados en el consumo (jeringuilla). Dicha infracción grave es objeto de sanción administrativa (que puede ser una multa, la suspensión del permiso de conducir, la retirada de armas y la licencia de las mismas..., y siempre el decomiso de la sustancia) (art. 39). La multa puede oscilar entre los 601 y 30.000 €. Las infracciones administrativas graves prescribirán al año, a contar desde el día en que se produjo la infracción. En la disposición adicional quinta se prevé, para menores, que si el infractor se somete a tratamiento de deshabitación o rehabilitación o reeducación, puede suspenderse la multa.

Cabe destacar que, en la nueva Ley de Protección de Seguridad Ciudadana, el consumo de alcohol en lugares, establecimientos o vía pública se considera una infracción leve cuando perturbe gravemente la tranquilidad ciudadana (art. 37.17). Su multa por tanto irá de 100 a 600 euros, y la infracción prescribe a los seis meses de cometida.

5.7. Políticas de lucha contra la droga

Como ya se señaló en el módulo anterior, las actuales políticas evitan ser exclusivamente represivas, y complementan la presión policial contra el crimen organizado y el tráfico de drogas a escala media o grande, con programas de rehabilitación y reintegración del sujeto toxicómano, y con intervenciones en la comunidad.

Las últimas modificaciones del CP han supuesto un mayor respeto al **principio de proporcionalidad de las penas** (Corrêa de Carvalho, 2007). Con este tipo delictivo se corre el riesgo de penalizar por igual a grandes y a pequeños traficantes, a pertenecientes a redes organizadas y a sujetos dependientes que trapichean pequeñas cantidades para financiarse o directamente conseguir sustancia para su autoconsumo. Una de las garantías que se exige en un Estado democrático de derecho es que se cumpla el principio de proporcionalidad de las penas, que básicamente señala que las penas o medidas de seguridad deben hallarse en relación con la gravedad del delito o con la peligrosidad del sujeto respectivamente. Quintero Olivares (2005) señala que de tal principio

Ved también

Más información sobre las políticas de lucha contra la droga en el módulo 2.

se deriva la exigencia de que la pena sea proporcional al delito, y que el límite máximo de ese castigo no sea tan elevado que haga imposible la resocialización del sujeto.

El castigo ha de ser considerado necesario para conseguir el fin que se propone, y adecuado al mismo. La cantidad de sustancia, el precio previsto en el mercado, la ganancia para el reo, la utilización de la violencia... son factores que condicionan la pena.

6. Delitos contra la seguridad vial

Conducir habiendo tomado alcohol, drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotropas puede ser considerado un delito y, por tanto, susceptible de penas según el Código Penal, o una infracción administrativa muy grave castigado con sanción según la Ley de Tráfico y Seguridad Vial. En este sentido, ambas legislaciones se complementan. El hecho de una u otra consideración legal está determinado según las circunstancias que concurran.

Según la actual legislación, el superar las tasas máximas de alcohol permitidas o el conducir bajo los efectos del alcohol, las sustancias psicotropas, los estupefacientes o las drogas tóxicas puede considerarse susceptible tanto de sanción administrativa (infracción muy grave) como de sanción penal.

De esta última opción se encarga el Código Penal de 1995 (LO 10/1995 de 23 de noviembre), posteriormente modificado por las leyes orgánicas reformado por las LLOO 15/2003, 15/2007, 5/2010, 1/2015, y 2/2019.

El Código Penal y sus posteriores modificaciones, en lo relativo a los delitos contra la seguridad vial, contempla la conducción de vehículos de motor bajo la influencia de drogas tóxicas, estupefacientes, psicotropos o bebidas alcohólicas (art. 379); y la negativa a someterse a las pruebas establecidas para comprobar la presencia de las mismas (art 383). Supone, frente a anteriores códigos, la tipificación como delito de la tasa de alcoholemia objetivada y de la negativa a someterse a las pruebas de detección de consumo de alcohol y sustancias. Asimismo, incorporó los supuestos de conducción temeraria y el término «manifiesto desprecio» referido a la conducción. Las penas que se asignan a dichos delitos se vieron incrementadas respecto de anteriores legislaciones (Muñoz Garrido, 2010).

El Código Penal de 1995 se complementa, en relación con este tipo de supuestos y su sanción administrativa, con la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial (LTSV) (posteriormente corregida con la nueva Ley de Seguridad Vial de 23 de noviembre de 2009, que entró en vigor en mayo de 2010), y con el Reglamento General de Circulación (RGC) (arts. 20 y siguientes para el alcohol; arts. 27 y 28 para sustancias estupefacientes, psicotropos y drogas tóxicas). Esta legislación aborda la conducción bajo el alcohol y/u otras drogas como una infracción muy grave, susceptible de sanción administrativa (González, 2012).

Conducción de bicicletas

La Ley de Tráfico y Seguridad Vial, en su artículo 12, aplica también la prohibición a la conducción de bicicletas bajo los efectos de dichas sustancias, e incluso señala la obligación de someterse a pruebas de detección de alcohol a aquellos otros usuarios de la vía implicados en accidente de circulación.

6.1. ¿Cuándo se aplica el Código Penal y cuándo la Ley de Tráfico y Seguridad Vial?

Sometidos a esta doble legislación, pueden quedar dudas de cuándo aplicar un código u otro (González, 2012). Allí donde la legislación y los reglamentos que la desarrollan no hayan señalado específicamente los límites, la jurisprudencia es la encargada de concretarlos.

Cuando la tasa de alcoholemia supere el límite de 0,60 mg/l en aire espirado (1,2 gramos por litro en sangre), que es la que se entiende altera las capacidades para la conducción de manera clara y manifiesta, con independencia de la influencia sobre la capacidad de conducir, se considera delito, y está por tanto sometido al Código Penal (art. 379).

Por debajo de esas tasas, se considera delito y son de aplicación las penas del Código Penal si se superan las tasas permitidas de alcohol y existe una clara y manifiesta influencia del alcohol en la capacidad de conducción, o exista algún agravante expresamente tipificado como manifiesto desprecio o conducción temeraria. Podría incluso llegar a ser considerado delito, aun cuando no se realice la prueba de alcoholemia, si el sujeto presentara claros indicios de estar conduciendo bajo los efectos del alcohol.

Cabe señalar que la jurisprudencia entiende como «manifiesta influencia del alcohol en la capacidad de conducción» cuando las capacidades físicas y/o psíquicas del sujeto están alteradas de una manera indudable, de tal forma que se pueda afirmar que ha conducido de manera peligrosa para la seguridad vial.

En este sentido (Granado Travieso, 2012), la Instrucción 3/2006 de la Fiscalía General del Estado establece que:

«Por encima de la tasa de 0,4 mg/l en aire espirado, se ejercerá normalmente la acción penal en función de los signos de embriaguez y de las anomalías en la conducción. Aun cuando estas últimas no concurrieren, puede ejercitarse la acción penal en los casos de claros signos o síntomas, siempre con una adecuada valoración de las circunstancias. Por debajo de 0,40 mg/l en aire espirado y con idéntica ponderación, se hará solo de modo excepcional.»

Por tanto, en estas situaciones cobra especial importancia la recogida, por parte del agente de tráfico, del **parte de conductas observables**. Podría ocurrir incluso que el sujeto presentara tasas de alcohol en aire espirado inferiores a 0,4 mg/l, pero que dicha cantidad le alterara de manera notable y manifiesta la facultad, de tal forma que su conducción resultara peligrosa. En esos casos, podría ser de manera excepcional acusado de delito penal.

En el caso de la conducción bajo la influencia de drogas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas diferentes al alcohol, no se puede establecer por el momento una tasa de referencia, y por tanto es necesario demostrar que el

sujeto estaba conduciendo bajo el efecto claro e indudable de dichas sustancias para ser considerado delito, o exista algún agravante expresamente tipificado como manifiesto desprecio o conducción temeraria.

Diferentes conductas, signos y síntomas pueden sugerir que el sujeto está bajo los efectos del alcohol y/o de otras drogas tóxicas.

Algunos síntomas y signos que sugieren la influencia de sustancias

- El feto alcohólico.
- Los ojos brillantes.
- Un habla disártrica o pastosa.
- Tener problemas de equilibrio o dificultades de coordinación.
- Estar confuso o desorientado.
- Mostrarse eufórico, desinhibido o especialmente irritable.
- Reconocer abiertamente el consumo previo de las sustancias.
- Circular de manera imprudente, irregular.
- Conducir de manera zigzagueante, brusca o dando «volantazos».
- Ir en sentido contrario.
- Llevar una velocidad inadecuada.
- Invadir el carril contrario.
- Hacer caso omiso a las señales de tráfico...

6.2. Alcohol y sanción administrativa

Conviene recordar que la tasa de alcohol en sangre o alcoholemia no es uniforme en todos los sujetos que consuman exactamente lo mismo, sino que depende de diferentes variables como puedan ser:

- la edad,
- el género,
- el peso del sujeto,
- el tipo de alcohol,
- la velocidad de consumo,
- que se acompañe de ingesta de alimentos,
- la hora del día,
- factores genéticos,
- otros condicionantes personales.

A partir de una mínima cantidad de alcohol en sangre, son valorables alteraciones cognitivas que suponen un mayor riesgo de accidentes:

- reducción de campo visual,
- dificultad para valorar velocidad del vehículo,
- tiempo de respuesta incrementado,
- fallos en atención sostenida y atención dividida...

Asimismo, se producen alteraciones del equilibrio, dificultades de coordinación, mayor fatiga y somnolencia, errores en el proceso de toma de decisión, dificultad para acomodación de la vista, etc.

Para el alcohol (tabla 5), se considera superior a la permitida, y por tanto **infracción susceptible de sanción administrativa**, la tasa de alcohol en aire espirado superior a 0,25 miligramos por litro (alcohol en sangre superior a 0,5 gramos por litro); y para conductores profesionales la tasa de alcohol en aire espirado superior a 0,15 miligramos por litro (alcohol en sangre superior a 0,3 gramos por litro), siempre y cuando no se supere la tasa de 0,6 mg/l en aire espirado (1,2 g/l en sangre) y/o no se aprecien claras manifestaciones de estar conduciendo con las capacidades mermadas y bajo la influencia del alcohol (en dichas circunstancias, como ya queda previamente señalado, se considera delito).

Tabla 5. Límites de la tasa de alcohol

Tipo de conductor	Tasa en sangre	Tasa en aire
General	0,5 g/l	0,25 mg/l
Profesional	0,3 g/l	0,15 mg/l
Principiante (< 2 años)	0,3 g/l	0,15 mg/l
Ciclista	0,5 g/l	0,25 mg/l

6.2.1. ¿Qué sanciones prevé la ley para este tipo de delitos e infracciones contra la seguridad vial?

Difieren claramente en función de que se aplique el Código Penal (no hay que olvidar que entonces se habla ya de delitos) o la Ley de Tráfico y Seguridad Vial (en cuyo caso son sanciones administrativas por infracciones muy graves).

1) En el caso de sanciones administrativas

La última reforma de la Ley de Seguridad Vial de 2009 (Ley 18/2009) establece la pérdida de puntos del carnet de conducir en función de la siguiente tabla:

Tabla 6. Infracciones y sanciones de tráfico

Infracción	Puntos	Multa
Conducir con una tasa de alcohol superior a la reglamentariamente establecida: valores mg/l aire espirado, más de 0,50 (profesionales y titulares de permisos de conducción con menos de dos años de antigüedad más de 0,30 mg/l)	6	1.000 euros
Conducir con una tasa de alcohol superior a la reglamentariamente establecida: valores mg/l aire espirado, superior a 0,25 hasta 0,50 (profesionales y titulares de permisos de conducción con menos de dos años de antigüedad más de 0,15 hasta 0,30 mg/l)	4	500 euros
Conducir bajo los efectos de estupefacientes, psicotrópicos, estimulantes y otras sustancias de efectos análogos	6	500 euros
Incumplir la obligación de someterse a las pruebas de detección del grado de alcoholemia, de estupefacientes, psicotrópicos, estimulantes y otras sustancias de efectos análogos	6	1.000 euros
Conducir de forma temeraria, circular en sentido contrario al establecido o participar en carreras o competiciones no autorizadas	6	

2) En caso de considerarse delitos del Código Penal

La conducción bajo los efectos de estupefacientes, drogas tóxicas y psicótrópos con claros síntomas de afectación de las funciones o con temeridad y/o manifiesto desprecio, así como bajo los efectos del alcohol con tasa superior a 0,60 mg/l en aire espirado (1,2 gramos por litro en sangre) se considera un delito. La Ley Orgánica 15/2007, de 30 de noviembre (que modifica específicamente lo relativo a los delitos contra la seguridad vial del Código Penal de 1995) establece que las sanciones que corresponden a estos delitos pueden establecerse con:

- penas privativas de libertad (prisión de 3 a 6 meses)
- multa de 6 a 12 meses
- trabajos en beneficio de la comunidad de 31 a 90 días

Además, se acompañarán dichas penas con la privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores por tiempo superior a uno y hasta cuatro años. En el caso de alcoholemia superior a 1,2 gr por litro en sangre, no hace falta que se pruebe que el sujeto está influenciado por el alcohol. El mero hecho de superar dichas tasas en sí es punible y sancionable con las penas señaladas.

Las últimas modificaciones del CP (LO 2/2019) señalan que cabe la mayor sanción posible para aquellas conductas particularmente graves con resultado de muerte (homicidio imprudente), entre las que cita la conducción bajo influencias de alcohol, estupefacientes o sustancias psicotrópicas. En este caso, la pena de prisión puede ir hasta los cuatro años de cárcel.

Articulado del Código Penal (con las últimas reformas) en materia de circulación bajo la influencia de sustancias

Artículo 142

«1. El que por imprudencia grave causare la muerte de otro, será castigado, como reo de homicidio imprudente, con la pena de prisión de uno a cuatro años.

Si el homicidio imprudente se hubiera cometido utilizando un vehículo a motor o un ciclomotor, se impondrá asimismo la pena de privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores de uno a seis años. A los efectos de este apartado, se reputará en todo caso como imprudencia grave la conducción en la que la concurrencia de alguna de las circunstancias previstas en el artículo 379 determinara la producción del hecho.

...

2. El que por imprudencia menos grave causare la muerte de otro, será castigado con la pena de multa de tres meses a dieciocho meses.

Si el homicidio se hubiera cometido utilizando un vehículo a motor o un ciclomotor, se podrá imponer también la pena de privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores de tres a dieciocho meses. Se reputará imprudencia menos grave, cuando no sea calificada de grave, siempre que el hecho sea consecuencia de una infracción grave de las normas sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial, apreciada la entidad de esta por el juez o el tribunal.»

Artículo 379

«1. El que condujere un vehículo de motor o un ciclomotor a velocidad superior en sesenta kilómetros por hora en vía urbana o en ochenta kilómetros por hora en vía interurbana a la permitida reglamentariamente, será castigado con la pena de prisión de tres a seis meses o con la de multa de seis a doce meses o con la de trabajos en beneficio de la comunidad de treinta y uno a noventa días, y, en cualquier caso, con la de privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores por tiempo superior a uno y hasta cuatro años.

2. Con las mismas penas será castigado el que condujere un vehículo de motor o ciclomotor bajo la influencia de drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas o de bebidas alcohólicas. En todo caso será condenado con dichas penas el que condujere con una tasa de alcohol en aire espirado superior a 0,60 miligramos por litro o con una tasa de alcohol en sangre superior a 1,2 gramos por litro.»

Artículo 380

«1. El que condujere un vehículo a motor o un ciclomotor con temeridad manifiesta y pusiere en concreto peligro la vida o la integridad de las personas será castigado con las penas de prisión de seis meses a dos años y privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores por tiempo superior a uno y hasta seis años.

2. A los efectos del presente precepto se reputará manifiestamente temeraria la conducción en la que concurrieren las circunstancias previstas en el apartado primero y en el inciso segundo del apartado segundo del artículo anterior.»

Artículo 381

«1. Será castigado con las penas de prisión de dos a cinco años, multa de doce a veinticuatro meses y privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores durante un período de seis a diez años el que, con manifiesto desprecio por la vida de los demás, realizare la conducta descrita en el artículo anterior.

2. Cuando no se hubiere puesto en concreto peligro la vida o la integridad de las personas, las penas serán de prisión de uno a dos años, multa de seis a doce meses y privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores por el tiempo previsto en el párrafo anterior.»

Artículo 382

«Cuando con los actos sancionados en los artículos 379, 380 y 381 se ocasionare, además del riesgo prevenido, un resultado lesivo constitutivo de delito, cualquiera que sea su gravedad, los jueces o tribunales apreciarán tan solo la infracción más gravemente penada, aplicando la pena en su mitad superior y condenando, en todo caso, al resarcimiento de la responsabilidad civil que se hubiera originado.

Cuando el resultado lesivo concorra con un delito del artículo 381, se impondrá en todo caso la pena de privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores prevista en este precepto en su mitad superior.»

Artículo 382 bis

«1. El conductor de un vehículo a motor o de un ciclomotor que, fuera de los casos contemplados en el artículo 195, voluntariamente y sin que concorra riesgo propio o de terceros, abandone el lugar de los hechos tras causar un accidente en el que fallecieran una o varias personas o en el que se le causare lesión constitutiva de un delito del artículo 152.2, será castigado como autor de un delito de abandono del lugar del accidente.

2. Los hechos contemplados en este artículo que tuvieran su origen en una acción imprudente del conductor, serán castigados con la pena de prisión de seis meses a cuatro años y privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores de uno a cuatro años.

3. Si el origen de los hechos que dan lugar al abandono fuera fortuito le corresponderá una pena de tres a seis meses de prisión y privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores de seis meses a dos años.»

Artículo 383

«El conductor que, requerido por un agente de la autoridad, se negare a someterse a las pruebas legalmente establecidas para la comprobación de las tasas de alcoholemia y la presencia de las drogas tóxicas, estupefacientes y sustancias psicotrópicas a que se refieren

los artículos anteriores, será castigado con la penas de prisión de seis meses a un año y privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores por tiempo superior a uno y hasta cuatro años.»

La **negativa a someterse a las pruebas de detección** es también susceptible de ser considerada delito o sanción. El artículo 383 del CP establece que la negativa a someterse a pruebas de detección de alcohol en sangre es constitutivo de delito. No obstante, hay jurisprudencia que señala que esto es así siempre que el conductor esté implicado en accidente de tráfico o haya sospecha de conducción bajo la influencia del alcohol. La pena prevista, en caso de considerarse delito, es de prisión de seis meses a un año y la privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores, por tiempo superior a uno y hasta cuatro años (Muñoz Garrido, 2010).

La **conducción temeraria** actúa como agravante y se corresponde con mayores penas.

6.3. Detección de alcohol y otras sustancias. Acta de conductas externas observables y participación del facultativo

Dice la Ley que la detección de alcohol se realizará mediante alcoholímetros convenientemente homologados a través del aire espirado (Muñoz Garrido, 2011). Esta prueba será realizada por los agentes de tráfico. El usuario podrá, como confirmación o como contraanálisis, solicitar un análisis de orina o sangre a un laboratorio público o privado homologado.

Hasta la modificación por parte de la LO 5/2010 del Código Penal, las pruebas de drogas estaban reguladas administrativamente en los artículos 12 LTSV y 28 del RGC. Ahí se señala que se contrastará la sospecha con el reconocimiento médico del sujeto y con los análisis clínicos que el médico forense o personal facultativo estimen más adecuados (art. 28.1 a RGC). Sin embargo, desde la modificación señalada del Código Penal, se introduce una nueva regulación de las pruebas de tóxicos. Dicha legislación permite al agente de tráfico la **realización de test indiciarios salival**, de carácter obligatorio para el conductor. En caso de resultar positivo o de presentar el sujeto claras muestras de haber consumido dichas sustancias, queda obligado a facilitar saliva suficiente para ser analizada en laboratorios homologados, siempre con la garantía de la cadena de custodia. En este caso, ya no será necesaria la valoración por parte del médico forense. Debe acompañarse la recogida de muestras con la redacción de un acta de conductas externas observables. Un aspecto importante es que los test de detección de sustancias solo permiten registrar el uso de algunas de ellas. Muchas de las nuevas sustancias no son detectables mediante estos métodos (y algunas difícilmente incluso a través de análisis de sangre) (Soria, 2018).

Cuando un agente de tráfico sospeche que un individuo está conduciendo bajo los efectos del alcohol o de otra droga tóxica, deberá recoger un acta de conductas externas observables (Granado Travieso, 2012).

Esto es especialmente importante en el supuesto de conducción bajo los efectos de otras sustancias, y en el alcohol cuando el sujeto supere las tasas permitidas pero estas no sean mayores de 0,6 mg/l en aire espirado (1,2 g/l en sangre). En dichas circunstancias, es la apreciación de la repercusión sobre la capacidad de conducir la que determina la presencia o no del delito. Hay que tener en cuenta, en este sentido, que más que el consumo de una sustancia en sí, es el efecto que dicho consumo tiene sobre la capacidad de conducción lo que condiciona que sea considerado dicho consumo como infracción o como delito.

En último caso, si el usuario es valorado por personal médico desplazado al lugar de la infracción o si es trasladado a centro médico público o privado homologado, debe el facultativo dar cuenta de sus conclusiones y análisis al juez, a la Jefatura Central de Tráfico e incluso a las autoridades municipales competentes.

6.3.1. Sobre la negativa a someterse a la prueba de detección de alcohol y otras drogas

La negativa a someterse a la prueba de detección puede ser considerada tanto sanción administrativa muy grave como delito. Se exige, para que sea considerada delito y por tanto susceptible de penas, que dicha negativa sea absolutamente clara, rotunda, persistente, y que el sujeto haya entendido adecuadamente las consecuencias derivadas de negarse a dichos análisis. Los agentes de tráfico, por tanto, deben seguir un protocolo claro que asegure que el sujeto recibe la información adecuada y de manera inteligible tanto de lo que se le pide como de las consecuencias de la negativa a someterse a las pruebas. El sujeto ha de ser requerido por el agente de tráfico de manera expresa, formal, personal y directa, a someterse a las pruebas legalmente previstas. Y el individuo ha de negarse a realizar dichas pruebas de forma consciente y reiterada, sin dejar resquicio a la duda. No cabe, por otra parte, alegar que no existía sospecha alguna ni que no se hubiera realizado maniobra de riesgo en la conducción. El sujeto puede ser requerido a realizar dichas pruebas de manera aleatoria a través de los controles preventivos de detección de alcohol y sustancias. De hecho, y según la Ley de Tráfico y Seguridad Vial (art. 12), estarán obligados a someterse a las pruebas todos los conductores de vehículos y bicicletas, incluso el resto de usuarios de la vía (viandantes) si se hallan implicados en algún accidente de circulación.

7. Sobre el tratamiento involuntario

La posibilidad de obligar al sujeto dependiente a someterse a tratamiento ha sido motivo de importante debate. No obstante, el deterioro cognitivo y volitivo que el consumo de sustancias provoca en el consumidor no alcanza grado suficiente como para proceder a la incapacitación del paciente y su sometimiento involuntario a tratamiento. Solo en circunstancias puntuales y de manera recortada, por ejemplo en el caso de un episodio psicótico por el consumo, podrá ser internado en contra de su voluntad, si bien, y tras finalizar dicho episodio, el sujeto es nuevamente libre para decidir sobre su tratamiento.

Tan solo los sujetos afectados de patología dual grave (esquizofrenia sobre todo, junto con consumo de sustancias) o deterioros cognitivos muy marcados por enfermedades como el sida, son subsidiarios de incapacitación tras una valoración individual y la emisión del correspondiente informe pericial.

En el caso en que el sujeto haya cometido delito y se haya contemplado como atenuante su adicción, el juez podrá proponer como medida de seguridad el seguimiento de un programa terapéutico reglado en un centro habilitado, pero esta circunstancia no cabe ni debe ser entendida como un tratamiento involuntario.

Resumen

A lo largo de este módulo, el alumno ha podido profundizar en algunas cuestiones esenciales en relación con la drogodependencia desde el punto de vista criminológico.

Uno de los papeles primordiales que se atribuye a los médicos especialistas en Psiquiatría es asesorar al juez u órgano colegiado sobre el diagnóstico y las implicaciones que sobre la capacidad de decidir y actuar tiene el consumo de sustancias en un sujeto concreto. Para ello, el experto sigue una metodología exhaustiva que incluye como piedra base fundamental la historia clínica y la exploración psicopatológica. Se apoya además en otra serie de exploraciones complementarias como test, análisis de tóxicos...

De su valoración da cuenta a través del informe pericial, que tiene un formato diferenciado del informe clínico habitual. El tipo de relación que establece el profesional con el sujeto consumidor difiere claramente del que se da en las consultas habituales.

Suele ser motivo de peritaje en el caso de las toxicomanías el conocimiento del riesgo futuro de recaída tanto en el consumo como de reincidencia en el delito. En el apartado correspondiente, se ha repasado el estado actual del conocimiento sobre el tema. El consumo de sustancias, en especial del alcohol, es factor esencial para explicar los delitos violentos tanto en población con patología mental previa como, en menor medida, en personas sin antecedentes psiquiátricos.

Que el consumo de sustancias altera el funcionamiento normal del cerebro se estudió en el módulo anterior. Dichas alteraciones condicionan las capacidades cognitivas y volitivas del adicto, circunstancia que se expresa en diferentes terrenos. Uno de ellos es en el de la imputabilidad de los delitos que cometiera. El Código Penal establece que, bajo determinadas condiciones, la dependencia de sustancias puede ser un atenuante de responsabilidad, y como tal, objeto de aplicación de medidas de seguridad.

Otra área social y criminológica en que esas alteraciones cognitivas son evidentes es en la conducción de vehículos bajo el efecto de las sustancias tóxicas. Tanto el Código Penal como, complementariamente, la Ley de Tráfico y Seguridad Vial, establecen los límites de consumo, las vías para acreditar este y las consecuencias penales o administrativas, respectivamente, de las infracciones de los códigos.

El Código Penal, dentro de los delitos contra la salud pública, establece el del tráfico de drogas o sustancias tóxicas. Su redacción, de una manera amplia, da pie a revisar diferentes cuestiones relacionadas. Una de ellas es la de la posesión de sustancia para el autoconsumo en contraposición con la posesión para el tráfico. Se han repasado los diferentes perfiles de delincuentes, así como los criterios que permiten diferenciar en cuál de las dos situaciones nos encontramos. La Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana establece las sanciones administrativas por consumo de sustancias en vías públicas, entre otras infracciones.

Finalmente, se ha revisado el estado actual de la posibilidad de someter a tratamiento involuntario al sujeto drogodependiente, concluyéndose que por regla general este planteamiento no es factible. En todo caso, es deseable que sea el propio sujeto el que, con ayuda de familiares y profesionales, valore progresivamente la necesidad de someterse a tratamiento. Los indicadores de éxito terapéutico son claramente superiores bajo estas circunstancias.

Ejercicios de autoevaluación

1. Son funciones de la Psiquiatría Forense todas excepto:

- a) Asesorar al juez sobre la capacidad de un sujeto para comprender la realidad.
- b) Ayudar a determinar el grado de responsabilidad sobre sus actos.
- c) Establecer el diagnóstico psiquiátrico de un sujeto.
- d) Establecer y supervisar el programa de tratamiento rehabilitador si se establece como medida de seguridad.

2. Son elementos esenciales para un peritaje psiquiátrico:

- a) La historia clínica.
- b) Los análisis toxicológicos.
- c) Los test psicométricos.
- d) Todas las anteriores son correctas.

3. ¿En qué áreas del Derecho actúa el perito psiquiátrico?:

- a) Solo en Derecho Penal.
- b) En Derecho Penal y en Derecho Civil.
- c) En cualquier campo del Derecho.
- d) En cualquier campo del Derecho menos en el Militar.

4. ¿Qué característica diferencia el peritaje del acto médico normal?:

- a) La confidencialidad no es exigible en el acto médico normal.
- b) La responsabilidad en el peritaje se adquiere para con la Justicia.
- c) En el peritaje el médico diagnostica y trata al paciente.
- d) Todas las anteriores son falsas.

5. Sobre los análisis toxicológicos es falso lo siguiente:

- a) El análisis de pelo suele ser complicado y de utilidad en Medicina Forense.
- b) Varios positivos en análisis no implican dependencia de la sustancia.
- c) Un positivo en un análisis de control implica dependencia de la sustancia.
- d) Los test salivares son pruebas de cribado.

6. Sobre el consumo de sustancias y el riesgo de peligrosidad, cabe considerar lo siguiente:

- a) El cannabis es la droga que más se ha relacionado con crímenes violentos.
- b) Solo en población psiquiátrica el alcohol incrementa el riesgo de crímenes violentos.
- c) Por lo general, la población psiquiátrica comete más delitos que la población sin antecedentes psiquiátricos.
- d) La comorbilidad de patología psiquiátrica y consumo de sustancias empeora el pronóstico de peligrosidad.

7. En relación con los delitos de tráfico de drogas tóxicas, es correcto que:

- a) Cualquier posesión de sustancia es susceptible de ser perseguida conforme al Código Penal como delito de tráfico.
- b) La entrega compasiva se considera a efectos penales un delito de tráfico.
- c) La consideración de posesión para autoconsumo se establece por criterios concretos de cantidad de sustancia sin importar otros condicionantes.
- d) El uso compartido de sustancia que no persiga la difusión de la misma puede no ser considerado delito de tráfico de drogas.

8. Sobre la Ley de Protección de la Seguridad Ciudadana:

- a) Castiga con penas las infracciones como la posesión de sustancia.
- b) Se considera infracción grave el dejar jeringuillas en una vía pública.
- c) La posesión de sustancia para el autoconsumo impide su confiscación.

d) Se considera infracción muy grave el tráfico de sustancias estupefacientes en ambientes escolares.

9. Sobre las políticas de lucha contra las drogas:

- a) Son eminentemente represivas.
- b) Las penas han de ser proporcionales al delito cometido, pero no tan intensas como para evitar la resocialización.
- c) La redacción inicial del Código Penal de 1995 establecía claras diferencias de pena en función del tipo de droga y de la cantidad de la misma con que se traficara.
- d) Las penas son anulables si el sujeto se somete a tratamiento de rehabilitación de seis meses a un año.

10. Señalad la opción verdadera:

- a) Los test salivares permiten una detección cuantitativa de la sustancia consumida.
- b) El dar positivo en test salivar implica, en todo caso, una pena según el Código Penal.
- c) El dar positivo en test salivar implica una pena según el Código Penal si se demuestra claramente que el sujeto conducía con las capacidades alteradas por efecto de las sustancias.
- d) La negativa a someterse a test salivar necesariamente supone un juicio por delito según el Código Penal.

11. Señalad la opción falsa:

- a) Con independencia del efecto que produzca en el conductor, conducir con tasas de alcohol en aire espirado superiores a 0,8 mg/l es un delito del Código Penal.
- b) Tasas por debajo del 0,6 mg/l de alcohol en aire espirado en conductores no profesionales no noveles será considerado delito en función de la afectación sobre las capacidades de conducción, observables por diferentes conductas.
- c) Conductores profesionales con tasas de 0,2 mg/l de alcohol en aire espirado sin signos manifiestos de afectación de las capacidades para la conducción son sancionables con 4 puntos del carnet de conducir y 500 euros de multa.
- d) Conductores noveles con tasas de 0,2 mg/l de alcohol en aire espirado sin signos manifiestos de afectación de las capacidades para la conducción son sancionables con 6 puntos del carnet de conducir y 500 euros de multa.

Solucionario

Ejercicios de autoevaluación

1. d

2. a

3. c

4. b

5. c

6. d

7. d

8. b

9. b

10. c

11. d

Glosario

abstinencia *f* Sintomatología física y psíquica que se produce al interrumpir el consumo de una sustancia psicoactiva.

alcoholímetro *m* Dispositivo para medir la cantidad de alcohol presente en el aire espirado por una persona.

anamnesis *f* Conjunto de los datos clínicos relevantes y otros del historial de un paciente.

comorbilidad *f* Presentación en un mismo sujeto de al menos dos patologías diferentes.

confidencialidad *f* Cualidad de confidencial (que se hace o se dice en confianza o con seguridad recíproca entre dos o más personas; en el caso de la relación médico-paciente, incluye la obligación de no revelar el contenido de lo que se valore o hable durante el acto médico, salvo situaciones excepcionales ya previstas).

«**cortar la droga**» *v* Adulterar, diluir la misma con otras sustancias con el fin de obtener más dosis, y por tanto, más beneficio económico.

dependencia (de sustancia, o adicción a) *f* Que cumple los criterios establecidos por las clasificaciones internacionales. Básicamente, es el sujeto que hace uso de la sustancia de una manera continuada, que es incapaz de controlar su consumo y cuyo estilo de vida queda circunscrito a la consecución de las drogas.

disartria *f* Dificultad para el habla, dificultad para articular adecuadamente que se puede observar en intoxicaciones diversas.

disforia *f* Opuesto a euforia. Estado de ánimo caracterizado por la inestabilidad del humor, con ansiedad, irritabilidad, malestar y, en ocasiones, reacciones coléricas.

disimulación *f* Acción voluntaria de ocultar, encubrir alguna información, síntoma o padecimiento

droga *f* Sustancia exógena, de origen vegetal o sintético, dotada de actividad farmacológica, que tiene capacidad de modificar o alterar una o varias funciones del sujeto que las consume. En el mundo anglosajón, droga se refiere tanto a sustancias legales (fármacos incluidos) como ilegales.

drogodependencia *f* O toxicomanía, adicción a una sustancia.

eficacia *f* En Medicina, capacidad de lograr el efecto deseado.

eficiencia *f* En Medicina, capacidad de lograr el objetivo deseado al menor coste posible.

exploración psicopatológica *f* Conjunto de signos y síntomas del paciente que el especialista ha de explorar e interpretar.

fenomenología descriptiva *f* Línea de exploración que lleva a cabo el psiquiatra basándose en la descripción que el paciente hace sobre sus experiencias subjetivas.

fetor alcohólico *m* Hedor, olor desagradable a alcohol.

fiabilidad *f* En psicometría, es la estabilidad con la que un test mide lo que dice medir. Se dice que un test es fiable si, tras repetidas aplicaciones del test, las medidas resultantes son consistentes y estables.

jurisprudencia *f* Conjunto de las sentencias de los tribunales, y doctrina que contienen.

menudeo *m* Venta al por menor de sustancias; venta en pequeña escala, en el ámbito de la calle.

peritado *m* Sujeto sometido a peritaje.

perito *m* En Derecho, persona que, poseyendo determinados conocimientos científicos, artísticos, técnicos o prácticos, informa, bajo juramento, al juzgador sobre puntos litigiosos en cuanto se relacionan con su especial saber o experiencia.

policonsumo *m* Cuando el sujeto consume más de una sustancia, aun si una de ellas es la principal.

prueba de cribado *f* Prueba no excesivamente cara que se puede pasar a amplias muestras de población para detectar aquellos casos relevantes. Ha de ser eficiente, es decir, barata a la par que útil para detectar los casos en la población general.

pruebas de radioimagen *f pl* Técnicas exploratorias que permiten ver imágenes del órgano estudiado. Incluyen ecografía, rayos X, tomografía axial computerizada (también llamada *scanner* o TAC), resonancia nuclear magnética (RNM), pruebas funcionales... Pueden referirse a diferentes partes del cuerpo humano.

psicoestimulante *m* Sustancia o fármaco que incrementa el nivel de alerta o vigilancia del SNC.

serología *f* Medición de determinados marcadores en suero sanguíneo.

simulación *f* Acción voluntaria de fingir o imitar síntomas o enfermedades que en realidad no se padecen.

trastorno por consumo de sustancias *m* Se ha venido empleando como denominación común para los distintos trastornos que producen las sustancias. En la nueva versión DSM-5 se refiere tanto a la dependencia como al abuso de una determinada sustancia.

validez *f* En Psicometría, es la eficacia con la que un determinado test o prueba mide realmente lo que quiere medir.

Bibliografía

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

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

Añón Calvete, J. (2015). «Consumo compartido de drogas». *elderecho.com*. [en línea] <<https://elderecho.com/consumo-compartido-de-drogas>>.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Christophersen, A. S.; Mørland, J.; Stewart, K. et al. (2016). «International trends in alcohol and drug use among vehicle drivers». *Forensic Sci Rev* (vol. 28, n.º 1, págs. 37-66).

- Corrêa de Carvalho, J. T.** (2007). «El delito de tráfico de drogas y el principio de proporcionalidad». *Noticias Jurídicas*. [en línea] <<http://noticias.juridicas.com/conocimiento/articulos-doctrinales/4328-el-delito-de-trafico-de-drogas-y-el-principio-de-proporcionalidad/>>.
- Costa, P. T.; McCrae, R. R.** (2008). *NEO-PI-R (Revised Neo Personality Inventory)* Inventario de Personalidad NEO Revisado (adaptación española: Cordero, Pamos y Seisdedos).
- De Aguilar Gualda, S.** (2017). «La pericial psiquiátrica en el procedimiento penal». *Anales de derecho* (vol. 35, n.º 1). [en línea] <<http://revistas.um.es/analesderecho/article/view/261611>>.
- Deitch, D.; Koutsenok, I.; Ruiz, A.** (2000). «The relationship between crime and drugs: what we have learned in recent decades». *J Psychoactive Drugs*. (vol. 32, págs. 391-397).
- Dirección General de Tráfico** (2015). *Informe final. Alcohol, drogas y medicamentos en conductores de vehículos en España*. Proyecto DRUID. [en línea] <www.dgt.es/Galerias/seguridad-vial/investigacion/estudios-e-informes/2015/20150600.-Informe-2013-drogas-alcohol-y-medicamentos.pdf>.
- Douglas, K. S.; Ogloff, J.; Nicholls, T. L. et al.** (1999). «Assessing risk for violence among psychiatric patients: The HCR-20 violence risk assessment scheme and the Psychopathy Checklist: Screening Version». *J Consult Clin Psychol*. (vol. 67, n.º 6, págs. 917-930).
- Esbec, E.; Echeburúa, E.** (2014). «La prueba pericial en la jurisdicción penal en los consumidores de drogas y drogodependientes: una valoración integral». *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*. (vol. 14, págs. 189-215). ISSN: 1576-9941
- Esbec, E.; Echeburúa, E.** (2016). «Abuso de drogas y delincuencia: consideraciones para una valoración forense integral». *Adicciones*. (vol. 28, n.º 1, págs. 48-56).
- Fazel, S.; Danel, J.** (2002). «Serious mental disorder in 23000 prisoners: a systematic review of 62 surveys». *Lancet*. (vol. 359, n.º 9306, págs. 545-550).
- Fazel, S.; Singh, J. P.; Doll, H. et al.** (2012). «Use of risk assessment instruments to predict violence and antisocial behaviour in 73 samples involving 24.827 people: systematic review and meta-analysis». *BMJ* (vol. 24, n.º 345, e4692). doi: 10.1136/bmj.e4692.
- Fernández, J.** (2008). «Crimen organizado». *Noticias Jurídicas*. [en línea] <<http://noticias.juridicas.com/conocimiento/articulos-doctrinales/4409-crimen-organizado/>>.
- Fernández Ros, J. F.** (2011). «La venta al por menor del adicto a las drogas para autofinanciarse: el nuevo párrafo segundo del artículo 368 del Código Penal.» *Noticias Jurídicas*. [en línea] <<http://noticias.juridicas.com/conocimiento/articulos-doctrinales/4651-la-venta-al-por-menor-del-adicto-a-las-drogas-para-autofinanciarse-el-nuevo-parrafo-segundo-del-articulo-368-del-codigo-penal/>>.
- First, M. B.; Williams, J. B. W.; Karg, R. S. et al.** (2015). *Structured Clinical Interview for DSM-5: Research Version*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Fishbain, D. A.; Cutler, R. B.; Rosomoff, H. L. et al.** (1999). «Validity of self-reported drug use in chronic pain patients». *Clin J Pain* (vol. 15, n.º 3, págs. 184-191).
- Fridell, M.; Hesse, M.; Jaeger, M. M. et al.** (2008). «Antisocial personality disorder as a predictor of criminal behaviour in a longitudinal study of a cohort of abusers of several classes of drugs: Relation to type of substance and type of crime». *Addict Behav* (vol. 33, n.º 6, págs. 799-811).
- Friedman, A. S.** (1998). «Substance use/abuse as a predictor to illegal and violent behavior: A review of the relevant literature». *Aggress Violent Behav* (vol. 3, n.º 4, págs. 339-355).
- Gisbert Calabuig, J. A.** (2004). *Manual de Medicina Legal y Toxicológica* (6.ª ed.). Barcelona: Elsevier-Masson.
- Gómez Pozueta, C. J.** (2017). «El narcotráfico en la legislación penal española». *Noticias Jurídicas*. [en línea] <<http://noticias.juridicas.com/conocimiento/articulos-doctrinales/11719-el-narcotrafico-en-la-legislacion-penal-espanola/>>
- González Luque, J. C.** (2012). «New approaches for an old problem: driving under influence of drugs». *Rev Esp Med Legal* (vol. 38, n.º 3, págs. 87-88). [en línea] <<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-espanola-medicina-legal-285-articulo-nuevas-dimensiones-un-viejo-problema-S0377473212000600>>.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Maraver Gómez, M. (2019). «La doctrina del consumo compartido en el delito de tráfico de drogas». *Indret: Revista para el Análisis del Derecho* (n.º 2.) [en línea] <<http://www.indret.com/pdf/1457.pdf>>.

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

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

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

Muñoz Garrido, R. (2011). «La prueba de drogas en conductores (art. 379.2 CP) tras la Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, de reforma del Código Penal». *Noticias Jurídicas*. [en línea] <<http://noticias.juridicas.com/conocimiento/articulos-doctrinales/4691--la-prueba-de-drogas-en-conductores-art-379-2-cp-tras-la-ley-orgonica-5-2010-de-22-de-junio-de-reforma-del-codigo-penal/>>.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Sánchez Lizasaba, J. (2007). *El Peritaje Psiquiátrico*. [en línea] <www.sanliz.com/psiquiatria-forense/el-peritaje-psiquiatico/>.

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

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

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

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». *Clin Chem* (vol. 47, págs. 301-307).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Legislación

Ley 18/2009, de 23 de noviembre, por la que se modifica el texto articulado de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial, aprobado por el Real Decreto Legislativo 339/1990, de 2 de marzo, en materia sancionadora.

Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

Ley Orgánica 15/2007, de 30 de noviembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal en materia de seguridad vial.

Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal.

Ley Orgánica 2/2019, de 1 de marzo, de modificación de la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal, en materia de imprudencia en la conducción de vehículos a motor o ciclomotor y sanción del abandono del lugar del accidente.

Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo, de protección de la seguridad ciudadana. Real Decreto legislativo 339/1990, de 2 de marzo, por el que se aprueba el texto articulado de la Ley sobre Tráfico, Circulación de Vehículos a Motor y Seguridad Vial.

Real Decreto 1428/2003, de 21 de noviembre, por el que se aprueba el Reglamento General de Circulación para la aplicación y desarrollo del texto articulado de la Ley sobre tráfico, circulación de vehículos a motor y seguridad vial, aprobado por el Real Decreto Legislativo 339/1990, de 2 de marzo.

Sala Segunda de lo Penal del Tribunal Supremo. Sentencia 857/2004, de 28 de junio del Tribunal Supremo (2004).

Sala Segunda de lo Penal del Tribunal Supremo. Sentencia 817/2006, 26 de julio del Tribunal Supremo (2006).

Sala Segunda de lo Penal del Tribunal Supremo. Sentencia 285/2014, de 8 de abril del Tribunal Supremo (2014).

Sala Segunda de lo Penal del Tribunal Supremo. Sentencia 484/2015, de 7 de septiembre del Tribunal Supremo (2015).

