

# Criminología y drogodependencia: peritaje forense y delitos relacionados

Agustín Madoz Gúrpide  
Enrique Baca García

PID\_00196565



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

<b>Introducción.....</b>	<b>5</b>
<b>Objetivos.....</b>	<b>7</b>
<b>1. Peritaje médico-psiquiátrico en el consumidor de drogas.....</b>	<b>9</b>
1.1. Definiciones .....	9
1.2. Función de la psiquiatría forense .....	9
1.3. Características del peritaje .....	12
1.4. Las herramientas del perito .....	13
<b>2. El informe pericial.....</b>	<b>18</b>
<b>3. Valoración del riesgo de reincidencia, peligrosidad y peritaje.....</b>	<b>20</b>
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 .....	24
<b>4. Drogodependencia y modificación de la responsabilidad penal.....</b>	<b>26</b>
4.1. Aplicación de medidas de seguridad en sujetos drogodependientes .....	28
<b>5. Delitos contra la salud pública: tráfico de drogas.....</b>	<b>30</b>
5.1. Estadísticas en España .....	30
5.2. Perfiles del delincuente .....	31
5.3. Tráfico de sustancias según el Código penal .....	32
5.4. Análisis penal del delito de tráfico de sustancias .....	33
5.5. Tráfico de sustancia y autoconsumo .....	34
5.6. Atenuantes y agravantes en el delito de tráfico de drogas .....	36
5.7. La Ley de protección de la seguridad ciudadana .....	37
5.8. Políticas de lucha contra la droga .....	37
<b>6. Delitos contra la seguridad vial.....</b>	<b>38</b>
6.1. Cuándo se aplica el Código penal y cuándo la Ley de tráfico y seguridad vial .....	39
6.2. Sanciones previstas para delitos e infracciones contra la seguridad vial .....	40

6.3. La detección de alcohol y otras sustancias. El acta de conductas externas observables y la participación del facultativo .....	42
6.4. Sobre la negativa a someterse a la prueba de detección de alcohol y otras drogas .....	43
<b>7. Sobre el tratamiento involuntario.....</b>	<b>45</b>
<b>Resumen.....</b>	<b>46</b>
<b>Ejercicios de autoevaluación.....</b>	<b>49</b>
<b>Solucionario.....</b>	<b>51</b>
<b>Glosario.....</b>	<b>52</b>
<b>Bibliografía.....</b>	<b>54</b>

## Introducción

El peritaje médico psiquiátrico es una herramienta esencial en el abordaje criminológico y legal del paciente dependiente de sustancias (Carrasco). Tiene por objeto establecer cuál es la relación del sujeto con las drogas y la influencia de estas en su conducta, 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). Un buen ejercicio de la peritación psiquiátrica exige una profunda formación médico-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-Ustárroz y otros), de manera puntual o sostenida, y que condicionen su capacidad de comprensión y/o de volición, lo que por lo tanto cuestiona su plena responsabilidad en los actos que cometa. 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 incrementan el riesgo de accidentes. Un porcentaje elevado de muertos y heridos en accidentes de circulación presentaba tasas elevadas de alcohol y/u otras sustancias psicoactivas en su organismo. Por este motivo se ha desarrollado una legislación completa sobre el 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 las que el sujeto incumple el reglamento de circulación y es sancionable de manera administrativa de aquellas otras en las 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 que se lleva a cabo a gran escala, con frecuencia es cometido por sujetos

### Referencias bibliográficas

- J. J. Carrasco (1999). "Exigencias del peritaje forense. El caso de los drogodependientes". Ponencia en el VI Encuentro Nacional sobre Drogodependencias y su Enfoque Comunitario. Chiclana de la Frontera, Cádiz.
- J. J. Carrasco; J. M. Maza Martín (1998). *Manual de Psiquiatría Legal y Forense*. Madrid: Ed. La Ley Actualidad.

### Referencia bibliográfica

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

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. Esta 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

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 a la exploración psicopatológica.
3. Adquirir conocimientos sobre otras pruebas complementarias para el correcto desarrollo de la labor del perito, de manera especial los tests psicométricos y las analíticas toxicológicas.
4. Conocer la función del informe pericial, su estructura y contenidos.
5. Ser capaces 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 sustancias como modificador 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 tras haber 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 el 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 define la **peritación medicolegal** como:

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

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

## 1.1. Definiciones

La **psiquiatría forense** es la rama de la psiquiatría encargada de los trastornos mentales en relación con los principios legales. El juez precisa ser asesorado por profesionales expertos (**peritos**) para evitar errores judiciales y condenas desproporcionadas.

Encontramos diferentes definiciones, más o menos acertadas, sobre lo que es la psiquiatría forense. Para algunos, se trata del 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 los que alguna persona, afectada por problemas de salud mental, precisa de una particular consideración ante la ley.

## 1.2. Función de la psiquiatría forense

La función principal de la psiquiatría forense 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 (Carrasco y Maza).

### Referencia bibliográfica

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

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

De este modo, los artículos 20 y siguientes del Código penal enuncian que el consumo de sustancias o el hecho de encontrarse bajo los efectos de las mismas (síndrome de abstinencia) 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, Herrero Álvarez, Ríos Martín).

### 1) ¿Qué es un perito psiquiátrico?

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

### 2) ¿Quién puede llevar a cabo 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 transferidas). A este cuerpo se ingresa por oposición, y no es necesario más título que el de licenciado en Medicina y Cirugía. Por este motivo, habitualmente carece de miembros que tengan una profunda formación en psiquiatría y con frecuencia los tribunales de Justicia recurren al Colegio de Médicos, en el que existe un listado de médicos especialistas en psiquiatría que ofrecen sus servicios como peritos. Muchos de ellos han completado su formación en esta área mediante títulos universitarios propios como expertos en Psiquiatría Forense, máster en Psiquiatría Forense, etc., si bien esta subespecialidad no es necesaria.

Cuando es el juez quien solicita perito, se elige mediante un proceso de insculación 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.

### 3) ¿Qué es un peritaje psiquiátrico?

Se trata de un informe redactado por el perito psiquiátrico cuya finalidad consiste en asesorar al tribunal en aquellas cuestiones que este le plantea y que le son ajenas (Carrasco y Maza, Gisbert Calabuig).

## Referencias bibliográficas

- S. Herrero Álvarez (1997). "Repercusiones prácticas del nuevo código penal en el tratamiento de los delincuentes toxicómanos". *Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología* (núm. 1, págs. 53-59).
- G. Quintero Olivares (1996). "Nuevo planteamiento penal de la alteración mental y la drogodependencia". *Adicciones* (núm. 8, págs. 1-4).
- J. C. Ríos Martín (1997). "Alternativas a la prisión en el Código Penal de 1995". *Revista Española de Psiquiatría Forense, Psicología Forense y Criminología* (núm. 1, págs. 76-87).

### Referencias bibliográficas

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

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

#### 4) ¿En qué terrenos participa el perito psiquiátrico?

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

#### 5) ¿Sobre qué informa un perito psiquiátrico?

Las cuestiones que habitualmente se le plantean a un perito psiquiátrico tienen que ver, mayoritariamente, con el hecho de que el acusado padezca o no una enfermedad, a partir de qué aspectos se llega a estas conclusiones y de qué manera esta enfermedad puede condicionar la capacidad de conocer y/o la voluntad de actuar del sujeto. Al perito le corresponde auxiliar a la Justicia en aquellas cuestiones que esta le plantee; 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 esta enfermedad sus actos en general y el acto concreto que se juzga en particular.

Un aspecto de especial importancia en el peritaje psiquiátrico es el temporal.

La esquizofrenia, por ejemplo, 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 los 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, se encuentran alteradas (por ejemplo, un esquizofrénico que oye voces que para él son reales y que le obligan, so pena de castigo a la familia, a cometer alguna conducta delictiva). Sin embargo, estas fases, por lo general, suelen ser recortadas en el tiempo. Entre fase y fase el sujeto puede recuperarse hasta la normalidad, y sería plenamente responsable de cualquier delito que cometiese durante esta funcionalidad normal; o puede recuperarse pero no del todo, y entonces aparecería lo que se denomina deterioro cognitivo. En estas circunstancias, el sujeto podría ser considerado semiimputable.

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

Resulta esencial, por tanto, 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:

- De manera transversal, en el momento de cometer el delito (y saber en qué medida este consumo puntual condiciona el acto puntual).
- De manera longitudinal, si existe historia de dependencia y cómo condiciona esta historia las capacidades funcionales del sujeto.

### 1.3. Características del peritaje

Algunos aspectos esenciales diferencian el peritaje del acto médico habitual.

La primera diferencia estriba en **quién solicita la valoración**. A diferencia del acto médico normal, en el que es el propio sujeto quien solicita la consulta, el peritaje forense puede llevarse a cabo 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.

No hay, por otro lado, **confidencialidad** en el acto del peritaje, lo que constituye una diferencia 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 las mismas. Es necesario informar al sujeto 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 hacia 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 y no se compromete la relación terapéutica médico-paciente del acto médico normal, ni la alianza terapéutica.

Otra diferencia es que **el perito no trata al sujeto** (como mucho, si lo requiere el juez, puede asesorar sobre qué tipo de tratamiento o recurso rehabilitador podría 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 busca de un beneficio que no es la salud, sino la obtención de la menor sanción posible. Esta situación no es tan habitual en la práctica clínica cotidiana, en la que el principal objetivo del paciente es mejorar su salud.

El contexto en el que se mueve el perito psiquiátrico es en principio ajeno a él y puede resultarle complicado. Hay diferentes jurisdicciones, las cuestiones que se le plantean no son siempre de contenido clínico y algunas de las mismas sobrepasan, incluso, las funciones del perito. Por otra parte, debe intentar que la información que llegue al juez sea fácilmente comprensible por este, por lo que tiene que usar un lenguaje inteligible para personas ajenas al mundo de la medicina.

Tabla I. Relación terapéutica frente a peritaje

	<b>Relación terapéutica habitual</b>	<b>Peritaje</b>
<b>Alianza terapéutica</b>	Sí.	No.
<b>Objetivo</b>	Tratamiento.	Determinar la capacidad de conocer y querer, así como la incidencia de la patología mental en el acto delictivo.
<b>Responsabilidad final</b>	Con el paciente.	Con la justicia y la sociedad.
<b>Fin último de ayudar al paciente</b>	Sí.	No.
<b>Confidencialidad</b>	Sí.	No.
<b>Solicitud de valoración</b>	El paciente.	El juez o las partes.

#### 1.4. Las herramientas del perito

Para llevar a cabo un correcto peritaje, el médico cuenta con diferentes herramientas. Solo una de las mismas es en sí misma siempre necesaria, imprescindible e insustituible: la **historia clínica**. El resto pueden ser más o menos necesarias, complementarias o pertinentes en función del caso.

La **historia clínica** es el documento en el que se incluyen 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 una **entrevista psiquiátrica** detallada y una **exploración psicopatológica** sistemática.

Encontramos 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 trastor-

nos 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 determinadas analíticas y pruebas dan información.

El diagnóstico de una infección urinaria se basa en una serie de síntomas (fiebre, dolor en la micción, etc.) junto con el hallazgo de la bacteria causante en los medios de cultivo apropiados. En salud mental no se encuentra este 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 mayoría de las enfermedades físicas presentan síntomas (lo que el sujeto percibe: por ejemplo, escalofríos o sensación de temperatura elevada en la fiebre) y signos (la constatación objetiva; es decir, y siguiendo con el ejemplo, temperatura elevada en el termómetro). En psiquiatría abundan los síntomas, pero escasean los signos. De este modo, el psiquiatra ha de estar especialmente atento a cómo se presenta el sujeto, su apariencia, su lenguaje, el contenido del mismo, etc. Se trata de lo que se denomina *exploración psicopatológica*.

Tabla II. Anamnesis

<b>Anamnesis</b>	
Datos de filiación e identificación del paciente	
Motivo de peritaje y circunstancias	
Situación clínica actual	
Antecedentes personales médicos y psiquiátricos	
Antecedentes familiares	
Antecedentes biográficos	Historia infanto juvenil Enfermedades Socialización Rendimiento académico Relaciones familiares y sociales Pubertad y maduración sexual Infancia tardía y adolescencia

Tabla III. Explotación psicopatológica básica

### Explotación psicopatológica básica

Nivel de conciencia o vigilia  
 Orientación temporoespacial  
 Atención y concentración  
 Memoria  
 Percepción  
 Pensamiento (curso y contenido)  
 Lenguaje y habla  
 Psicomotricidad  
 Afectividad  
 Sueño  
 Conducta sexual  
 Conducta alimenticia  
 Capacidad de introspección

La información que se incluye en la historia clínica proviene tanto del sujeto como de sus familiares, allegados, etc. En el peritaje psiquiátrico con frecuencia se recurre, además, a informes o instrucciones previos, recomendaciones de los profesionales habituales, etc.

Es frecuente, en el caso de las toxicomanías, el empleo de **escalas que miden gravedad de la adicción** (Bobes y otros). Probablemente, el índice de severidad de la adicción (ASI en sus siglas inglesas) sea en su versión europea (EuroASI), 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). Encontramos, además, diferentes escalas para medir la gravedad de la adicción de cada sustancia específica.

En lo que respecta a los **instrumentos psicométricos**, se pueden clasificar en función de sus áreas y objetivos de valoración.

Algunos son de **valoración psiquiátrica general** e incluyen las adicciones; por ejemplo:

- Entrevista diagnóstica internacional compuesta (CIDI) (Robins y otros).
- Entrevista clínica estructurada para el DSM-IV (SCID-I).
- Entrevista internacional neuropsiquiátrica (MINI) (Sheehan y otros).

Otros están directamente centrados en el **estudio de los problemas relacionados con el consumo y la gravedad de la dependencia**; por ejemplo:

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

### Referencia bibliográfica

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

### Referencias bibliográficas

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

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

### Referencias bibliográficas

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

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

Encontramos 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).

Para el **diagnóstico de patología psiquiátrica y de personalidad concomitante** se pueden emplear también diferentes instrumentos y escalas, como por ejemplo:

- 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).

A la hora de elegir una escala, habrá que procurar que tenga buenas cualidades psicométricas (validez y fiabilidad, entre otras), formas adaptadas y validadas al español 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, y su uso no tiene utilidad independiente.

La historia clínica y la exploración psicopatológica se suelen complementar con **analíticas** tanto generales como específicas para toxicomanías. En el caso de las drogodependencias, sobre todo si han empleado la vía intravenosa, conviene solicitar analíticas especiales como serología de VIH, hepatitis B y C, sífilis, etc. Asimismo, el profesional suele requerir diferentes pruebas de neuroimagen como la tomografía axial computarizada (escáner), la resonancia nuclear magnética y otras más avanzadas (neuroimagen funcional como la PET y la SPECT), etc. Junto con esto, se suelen emplear otros tests y baterías psicométricas que permiten conocer distintos aspectos del individuo, como los tests de personalidad y de inteligencia; escalas de impulsividad, ansiedad, depresión, etc.; medidas neuropsicológicas (memoria, atención o funciones ejecutivas), etc.

### Referencia bibliográfica

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

### Referencia bibliográfica

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



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).

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, saliva, etc. mediante **pruebas de detección** y **pruebas de confirmación**. Su detectabilidad depende de distintos factores: tipo y dosis de sustancia consumida, muestra biológica utilizada, frecuencia de uso, diferencias individuales en el metabolismo, tiempo transcurrido desde el consumo, método analítico, etc. (Lizásoain y otros).

La **detección en orina** es la más empleada por su comodidad y por su relación coste-eficacia (Linder y otros). Hay que tener en cuenta que no permite cuantificar el consumo ni tipificar la vía ni el número de consumos, pero sí demostrar un consumo reciente aunque no necesariamente una intoxicación aguda (Fishbain y otros, Hersh y otros). Es de elección para monitorización y como cribado (Schiller y otros).

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, el sudor, etc. son poco empleadas en la clínica diaria, incluso en detecciones habituales de sustancia con fines de peritaje, y están más indicadas para estudios forenses. Son métodos más costosos y de gran sensibilidad, cuyos resultados pueden verse alterados por contaminación ambiental, uso de tintes, etc.

#### Referencia bibliográfica

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

#### Referencia bibliográfica

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

#### Referencias bibliográficas

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

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

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

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

## 2. El informe pericial

El **informe pericial** es un documento escrito y elaborado por un perito a requerimiento del juez o de las partes y que trata de aportar conocimiento científico sobre alguna cuestión en particular. 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 esta pregunta?
- ¿Cuáles son las herramientas a disposición del perito para evaluar al sujeto y contestar así la cuestión planteada?
- De toda la información clínica reunida, ¿cuál es pertinente para la cuestión planteada?
- ¿A qué conclusiones se llega respecto a esta pregunta y cómo se argumentan las mismas según los criterios legales y psiquiátricos expuestos?

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

Esta estructura es la siguiente.

- 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 y en qué procedimiento, así como 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, analíticas, test y escalas, pruebas de neuroimagen y cualquier otra prueba que se haya llevado a cabo por considerarse de interés.

- Resultados de la exploración: historia clínica con antecedentes personales, familiares, datos de personalidad, etc. que tengan relevancia para el procedimiento.
  - Consideraciones medicolegales. Aquí se incluyen los argumentos teóricos generales y las consideraciones prácticas del sujeto peritado que permiten alcanzar las conclusiones que luego se exponen.
  - Parte doctrinal o teórica, en la que se resumen los conocimientos principales en los que se apoya el peritaje.
- Consideraciones en el peritado, con las que se trata de comprobar si el sujeto sometido a peritaje cumple y de qué manera los criterios establecidos en la parte doctrinal.
- Conclusiones: el perito resume y responde de manera escueta a cada una de las preguntas que el juez efectuó en el objeto de la prueba pericial.

### 3. Valoración del riesgo de reincidencia, peligrosidad y peritaje

#### 3.1. Valoración del riesgo de reincidencia

Una de las tareas que puede encomendar el juez al perito consiste en valorar el riesgo de reincidencia del sujeto (Petherick y otros). Esta es 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, de modo que debe basarse 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 de **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; y otras referencias incluyen nuevas conductas delictivas autorreportadas por el sujeto.

Un segundo punto de interés es la **metodología** empleada para predecir este riesgo. Tradicionalmente, se había depositado la valoración del riesgo de reincidencia o peligrosidad del sujeto en la opinión personal y el buen hacer clínico del perito. Sin embargo, hoy 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 tests (por ejemplo, el MMPI-2) (Millon) y medidas en su mayor parte psicométricas (escalas de riesgo como la HRC-20) (Douglas y otros), 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 estas pruebas no tiene validez alguna: solo son interpretables en el conjunto del sujeto, su patología y su personalidad (Fazel y otros). Hoy día, se entiende que la aproximación más correcta es la denominada **actuarial ajustada** o **personalizada**, que puede entenderse como el uso complementario de los otros dos métodos. Por un lado, las pruebas y los test aportan la previsión de un riesgo de delito o peligrosidad, pero este riesgo debe ser personalizado e individualizado en cada caso según las características del sujeto, su enfermedad y su personalidad.

#### Referencia bibliográfica

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

#### Referencias bibliográficas

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

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

#### Referencia bibliográfica

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

De este modo, por ejemplo, una persona dependiente que según las escalas tuviera riesgo de reincidir en el delito de robo con violencia, pero que esté aquejada de un grado avanzado de 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. Al sujeto dependiente, en la medida en que puede ser autor probable de un delito, se le puede considerar un sujeto peligroso. 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). Hablando desde el punto de vista científico, no es posible predecir con absoluta certeza la conducta de un individuo. Como mucho, 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. A partir de sus diagnósticos y valoraciones médicas 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 resulta posible, bajo qué circunstancias esto es más probable y qué tipo de apoyo puede hacer menos factible este riesgo.

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 los mismos, de un adecuado ajuste por variables sociales que pudieran explicar en parte este incremento de violencia (Chaimowitz). Se conoce que la enfermedad mental –y dentro de la misma, de manera especial, la drogodependencia– se correlaciona con diferentes marcadores de marginalidad (desigualdades sociales, familias desestructuradas, menor nivel formativo y laboral, etc.). Hasta dónde este mayor riesgo de criminalidad depende de la enfermedad en sí misma o de los factores sociales es algo difícil de concluir.

#### Referencia bibliográfica

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

#### Referencia bibliográfica

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

### 3.2.1. Estudios sobre peligrosidad en enfermos mentales

De manera generalizada, se ha extendido entre la población la creencia de que el enfermo mental (y en particular el toxicómano) es más agresivo y más propenso al crimen y al comportamiento violento (Chaimowitz). Incluso se llega a afirmar que hay cierta predisposición a esto (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, etc.) no se produce mayor incidencia de delitos que en el conjunto de la población (pero con frecuencia sí son crímenes con mayor relevancia social).

Es más, sí suelen ser en mayor proporción víctimas de delitos. Distintos grupos han tratado de profundizar en este terreno, estudiando muestras amplias y heterogéneas de pacientes frente a población sin antecedentes psiquiátricos (Nurco, Swanson y otros, Mac Arthur Research Network, Deitch y otros, Stroup y otros, Fazel y Danel, Boles y Miotto). En general, estos estudios encuentran que, si bien no presentan mayor tasa de delitos, sí cometen con más frecuencia delitos violentos. La violencia es más frecuente en los sujetos con antecedentes de enfermedad mental y tiene lugar de manera mayoritaria en el contexto más cercano (hogar, familia, amigos). Sin embargo, este incremento de riesgo desaparece cuando se extrae la muestra que consume alcohol y/o sustancias.

#### Referencias bibliográficas

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

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

S. Fazel; J. Danel (2002). "Serious mental disorder in 23.000 prisoners: a systematic review of 62 surveys". *Lancet* (núm. 16, vol. 359, 9.306, págs. 545-550).

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

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

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

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

#### Referencia bibliográfica

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

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

En general, el porcentaje de crímenes cometidos por enfermos mentales graves (esquizofrenia, trastorno bipolar, etc., pero no drogodependencia) es el mismo o, a lo sumo, levemente superior que el de la población sana, si bien, como hemos dicho, es cierto que sus delitos suelen ser con más frecuencia crímenes violentos graves y de sangre, y socialmente más alarmantes. Este riesgo se incrementa mucho si además el paciente esquizofrénico consume sustancias (la denominada **comorbilidad** o **patología dual**) (Lindqvist y Allebeck, Wallace y otros; Swanson y otros).

Otra población que requiere especial atención es la de **trastornos de personalidad** (Vergel, Bolinches y otros), que según los estudios también presenta alto riesgo de delitos violentos. Sin embargo, este factor hay que estudiarlo con suma atención. Hay muchos tipos de trastornos de personalidad y solo algunos pueden relacionarse con conductas violentas. En general, estos tipos de personalidad violenta suelen relacionarse con consumos de sustancias. De hecho, los efectos de un consumo continuado de sustancias pueden hacer que parezca que el sujeto presenta un trastorno de personalidad, cuando en realidad no lo tiene. Por este motivo, hay que tener sumo cuidado cuando se valora este aspecto. Los trastornos psicopáticos, disociales, explosivos y narcisistas de personalidad son los que más se relacionan con riesgo de comportamiento violento (Fridell y otros).

### Referencias bibliográficas

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

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

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

### Referencias bibliográficas

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

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

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

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.
- Por el otro el consumo de sustancias, especialmente el alcohol, que se considera el principal factor de predicción de peligrosidad y reincidencia (Friedman).

### 3.2.2. Peligrosidad y consumo de sustancias

Un reciente metaanálisis (Bennett y otros) ha concluido que el riesgo de cometer delitos se multiplica por una cifra que oscila de 2,8 a 3,8 si la persona ha consumido alguna sustancia, en especial si se trata de *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 en lo que respecta a delitos no violentos.

Por sustancias, es el **alcohol** la droga que con más frecuencia se relaciona con delitos violentos (homicidios, agresiones sexuales, etc.) (Pernanen) y también con la conducción temeraria, por encima de la creencia social de que las drogas ilegales son las más relacionadas. El alcohol se considera 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 agresivas del sujeto. Su consumo está muy asociado, además, al diagnóstico de trastorno de personalidad antisocial, lo que incrementa aún más el riesgo.

Aunque la **cocaína** también se relaciona con delitos violentos (sobre todo en determinados contextos culturales por el uso de la forma *crack*, así como 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, y además en ocasiones provoca 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 denominado etilencocaína, el cual incrementa el riesgo de reincidencia en conductas violentas al aumentar la desinhibición y la impulsividad, además de favorecer cuadros psicopatológicos como la disforia, la paranoia, etc.

#### Referencia bibliográfica

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

#### Referencia bibliográfica

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

#### Referencia bibliográfica

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



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 con trapicheo (Nurco y otros).

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

A modo de resumen, podemos señalar lo siguiente.

- 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 es como mucho levemente superior a la de la población no enferma.
- Sin embargo, cometen en mayor proporción 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 la misma.
- Determinados diagnósticos de trastorno de personalidad también se relacionan con mayor riesgo de delitos violentos, aunque suelen presentar concomitancia con consumo de sustancias.

Como conclusiones sobre el consumo de sustancias y la peligrosidad, podemos mencionar las siguientes.

- El consumo de sustancias por sí solo se asocia con un mayor riesgo de cometer delitos violentos en población con enfermedad mental y sin la misma. 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.
- Por este motivo, este consumo es uno de los factores que debemos considerar en toda valoración pericial, y su tratamiento y rehabilitación son los principales objetivos que hay que tener en cuenta para limitar la peligrosidad del sujeto.

#### Referencia bibliográfica

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

#### Ved también

Hemos visto estas teorías en el módulo "Criminología y drogodependencia: cuestiones actuales".

## 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 nuevo Código penal del año 1995 y sus posteriores reformas (la más importante, la de noviembre del 2010, LO 5/2010) supusieron pocas novedades por parte de los autores, algunas de estas, 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 en definitiva 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, por otro, la capacidad de actuar conforme a esta comprensión.

Frente al derecho actual, a todo sujeto adulto se le supone la plena imputabilidad, es decir, no hay dato alguno que permita suponer la alteración de la capacidad volitiva ni cognitiva. En esta exposición, nos centraremos de manera sucinta en aquellos aspectos de la modificación de la responsabilidad penal que afectan a sujetos dependientes de sustancias.

La apreciación de circunstancias atenuantes que impliquen una modificación de esta 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.

El Código penal de 1995 (artículos 20 y 21) mantiene en lo que respecta a la **responsabilidad penal de los drogodependientes** un esquema que divide esta responsabilidad en cinco ámbitos:

- Plena imputabilidad.
- Atenuación simple de la responsabilidad.
- Atenuación muy cualificada.
- Exención incompleta de responsabilidad.
- Exención total de responsabilidad o inimputabilidad.

Tabla IV. Exenciones e inimputabilidad en el nuevo Código penal

<b>Categorías de Imputabilidad</b>	<b>Artículo nuevo Código penal</b>	<b>Posibilidad medidas seguridad</b>	<b>Situación</b>
<b>Plena Imputabilidad</b>	Supuesto base.	No.	Adicto del que no se conoce más circunstancia.
<b>Eximente incompleta</b>	Art. 21.1.	Sí.	Intoxicación/abstinencia no plenas.
<b>Atenuación simple</b>	Art. 21.2.	Sí.	Adicción grave.
<b>Atenuante analógica</b>	Art. 21.6.	Dudosa.	En desuso.
<b>Plena inimputabilidad</b>	Art. 20.	Sí.	Intoxicación/abstinencia plenas.

De este modo, de manera resumida, la intoxicación plena considerada como la situación en la que el sujeto ha consumido en tal cantidad que no tiene capacidad de conocer/obrar sería causa de eximente completa de responsabilidad. No obstante esta figura no debería ser mayoritariamente empleada, pues 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. Por este motivo, las sentencias sucesivas –la denominada jurisprudencia– tratan de rellenar estos vacíos y asimilar en lo posible la realidad del sujeto adicto a lo demandado por el Código penal.

#### 4.1. Aplicación de medidas de seguridad en sujetos drogodependientes

Una **medida de seguridad** es aquella consecuencia jurídica aplicable por el órgano jurisdiccional, en sustitución de una pena o de manera conjunta con la misma, a ciertos individuos (inimputables o semiimputables) autores de un hecho previsto como una infracción criminal que, por sus especiales características personales, fuesen susceptibles de tratamiento terapéutico o reeducador; así como aquellas otras disposiciones que complementen o refuercen las referidas finalidades.

Distinguimos dos fines entre las medidas de seguridad.

- La **defensa social** mediante el aseguramiento de sujetos plenamente responsables y peligrosos en lo que respecta al riesgo de reincidencia.
- La medida de seguridad con **finalidad curativa y de reeducación**.

Actualmente, predomina esta última visión en el contexto del nuevo Código penal 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, por otra, a la conveniencia y necesidad de terapias que permitan su resocialización. Estas medidas podrán ser principalmente de dos tipos.

- Medidas privativas de libertad, como el internamiento en centro psiquiátrico o centro de deshabitación, así como el internamiento en centro educativo especial.
- Medidas no privativas de libertad, entre las que destaca la **indicación obligada de tratamiento ambulatorio** en dispositivos médicos o sociosanitarios.

Estas últimas medidas están incluidas en el artículo 96.3. Este cita como medida no privativa de libertad la libertad vigilada (reforma del Código penal por la LO 5/2010), que queda desarrollada en el artículo 106, en el que se especifica (artículo 106.1.k) “la obligación de seguir tratamiento médico externo o de someterse a un control médico periódico”.

De este modo, es frecuente 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, de este modo, unas connotaciones especiales (imposición del tratamiento, limitación en el tiempo, obligatoriedad de informar periódicamente al juez, etc.) que el profesional debe conocer y manejar para lograr el objetivo

terapéutico. Esta disposición por parte del profesional facilita un abordaje integral del paciente toxicómano y, por extensión, del complejo mundo de la toxicomanía.

## 5. Delitos contra la salud pública: tráfico de drogas

El Código penal de 1995 regula los denominados **delitos contra la salud pública**, entre estos el tráfico de drogas, sustancias estupefacientes y psicotrópicos; y castiga con penas a quienes infringieran la norma. La Ley sobre protección de la seguridad ciudadana (LO 1/1992) establece **sanciones administrativas** a quienes consuman sustancias ilegales en lugares públicos, a los que estén en posesión ilícita de las mismas y a quienes lleven a cabo conductas tales como arrojar objetos de consumo al espacio público. **No obstante, no siempre están claros estos límites entre tráfico y autoconsumo** (que como tal no está penado).

Por lo tanto, el **tráfico de sustancias** y, en menor medida, su **posesión ilícita** y su **consumo** constituyen otro de los grandes apartados criminológicos en lo que respecta a 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 se suele relacionar con otro tipo de actividades delictivas del crimen organizado (Fernández), como ya se ha señalado.

Quienes abogan por la legalización del consumo de sustancias entienden que facilitaría la desaparición del tráfico ilegal de las mismas. Desde un punto de vista del derecho y de la criminología, suscita además 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, en el año 2010 se produjeron 17.878 detenciones por delitos de tráfico de sustancias (Código penal), y 319.474 denuncias por consumo o tenencia de sustancias ilegales (sanciones administrativas según la LO 1/1992 de seguridad ciudadana). En los dos casos, el cannabis y sus derivados fueron la droga principal motivo del tráfico o posesión (50,3% y 83,5%, respectivamente), y le sigue de cerca la cocaína (34,5% y 11,3%, respectivamente).

Tabla V. Cantidad de droga decomisada en España en el 2010

Sustancia	Unidad de medida	Cantidad
Heroína	Kilogramos	233
Cocaína	Kilogramos	25.241

#### Ved también

Hemos estudiado el tráfico a gran escala de las organizaciones criminales en el módulo "Criminología y drogodependencia: cuestiones actuales".

#### Referencia bibliográfica

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

#### Ved también

Os indicamos otras cifras de tráfico de sustancias a gran escala en el módulo "Criminología y drogodependencia: cuestiones actuales".

Sustancia	Unidad de medida	Cantidad
Cannabis	Kilogramos	384.315
MDMA	Pastillas	634.628

Tabla VI. Número de decomisos por sustancia en el 2010

Sustancia	Nº de decomisos
Alucinógenos	659
Cannabis	290.785
Cocaína	42.986
Sedantes	2.521
Estimulantes	4.729
Opiáceos	10.143
Otras	318

### Merma de la calidad

Cabe señalar que en la medida en que se descende en la cantidad incautada del decomiso, descende 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. De este modo, por ejemplo, la pureza de la cocaína en los grandes decomisos en el 2010 fue del 71%. Posteriormente, y conforme se va *cortando* (lo que en la jerga significa adulterar la droga con otras sustancias para obtener más dosis y, por tanto, más beneficio económico), cae su calidad. De esta manera, la pureza del gramo es del 45,5% y la de la dosis (generalmente micra), del 36,5%.

## 5.2. Perfiles del delincuente

Como ya hemos señalado, una parte del tráfico de sustancias se lleva a cabo a gran escala a través de organizaciones criminales para las que esta actividad es solo uno de los diferentes crímenes habitualmente cometidos. En este ámbito, y en general, no suelen participar sujetos toxicómanos.

Sin embargo, encontramos un gran número de detenciones e incautaciones por tráfico de sustancias en las que las cantidades intervenidas son pequeñas o insignificantes. Se trata del **menudeo** o **pequeño tráfico**, en el 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, que 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 (LO 10/1995 de 23 de noviembre), posteriormente modificado por LO 15/2003 y LO 5/2010, regula en el capítulo III del título XVII del libro segundo los denominados **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 lo tanto, la salud colectiva y pública.

El delito de tráfico de sustancias, tal y como se refleja en el Código penal (artículo 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 encontramos en el Código penal una definición de lo que se considera droga. En el sistema legal, se entiende 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 en los últimos años, 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 del 2005).

Por lo tanto, en nuestro país se entiende 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 de este modo 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 para la salud pública en sí para considerarse delito, sino tan solo de la existencia de riesgo de ejecución. El mero acuerdo o contacto para el tráfico, la posesión de sustancia para este 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, etc. son conductas punibles por delito contra la salud pública.

#### **Terminología en desuso**

Una peculiaridad que hay que destacar es que este artículo diferencia sustancias capaces de generar grave daño para la salud (drogas duras: morfina y opiáceos, cocaína, anfetamina y derivados) 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 día no es defendible.

#### **5.4. 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. Además, y en lo que respecta a 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 dada su insignificancia esta no pudiera *per se* suponer un daño para el organismo, no estaríamos ante un delito de tráfico.

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; entre otras:

- La presencia de utensilios para pesar y cortar la sustancia, propios 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 llevando de manera escondida en la maleta o incluso en el propio organismo (“muleros”). De igual manera, los transportistas que lleven oculta en sus camiones una carga, aun cuando fuera cierto que desconocieran exactamente el contenido, no quedan eximidos de responsabilidad ya que el sobrepeso debería alertarles de la posible presencia de carga ilegal.

### **5.5. 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 este consumo fomente en otros sujetos la drogodependencia. De este modo, el consumo privado del sujeto en su intimidad no sería susceptible de considerarse tráfico, pero sí 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.

De este modo, el Tribunal Supremo basa varias sentencias en la tabla elaborada por el Instituto Nacional de Toxicología en el 2001 sobre qué cantidades pueden alegarse como de consumo propio (no constitutivo de delito), según 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.

Estos datos, sin embargo, no pueden entenderse como criterios estrictos.

En algunos casos, la delimitación entre consumo propio y tráfico de drogas no está del todo clara. El Tribunal basará su resolución en diferentes indicios, como 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, etc. (Aránguez Sánchez).

Un particular tipo de consumo no penalizado como tráfico de sustancias es el denominado **consumo compartido** (Montero La Rubia). Para esta consideración, se exige que se trate de 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), los cuales se reúnen en un lugar fuera de la vista de terceros para un consumo inmediato y en el que la cantidad poseída es insignificante. Se trata de una acción esporádica, sin repercusión ni divulgación en el entorno.

Este tipo de atenuantes, no obstante, abre un debate sobre todo en determinados tipos 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 estas 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 cantidades insignificantes 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 denominadas **entregas compasivas**, en las que familiares o allegados de los dependientes facilitan de manera gratuita 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 y que la cantidad ofrecida sea la mínima y ajustada al objetivo y que fuera entregada de manera privada y puntual.

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 esta sustancia sea destinada al autoconsumo.

#### Referencia bibliográfica

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

#### Referencia bibliográfica

F. J. Montero La Rubia (2005). "Supuestos de atipicidad en el tráfico de drogas". *Noticias Jurídicas*. Disponible en [noticias.juridicas.com](http://noticias.juridicas.com).

## 5.6. 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 la LO 5/2010, “en atención a la escasa entidad del hecho y a las circunstancias personales del culpable”. La jurisprudencia ha venido entendiendo por tanto como atenuante aquellas circunstancias personales como la dependencia o aquellos casos en los 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) o a aquellos que por la clínica de abstinencia se ven impulsados al menudeo para conseguir su dosis; e incluso a sujetos cuyo estilo de vida muy marginal les aboca al tráfico de cantidades menores o insignificantes de sustancia. Sin embargo, esta misma reforma (párrafo 2 del artículo 369) 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 Código penal), los siguientes.

- El hecho de que el culpable fuera facultativo, autoridad, funcionario público o 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, etc.
- El uso de violencia.
- El hecho de que las sustancias se faciliten a menores de edad o a disminuidos psíquicos, o a sujetos en tratamiento por su dependencia.
- Las cantidades de notoria importancia.
- La pertenencia a organización que emplee a menores o disminuidos psíquicos para el tráfico.
- El hecho de que haya existido manipulación o adulteración de las sustancias con un incremento manifiesto del riesgo para la salud.

### Referencia bibliográfica

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

## 5.7. La Ley de protección de la seguridad ciudadana

La Ley sobre protección de la seguridad ciudadana, de 1992, 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 (caso en el que sería un delito según el Código penal), constituyen una infracción administrativa grave (art. 25). Se incluye en esta acepción la posesión para autoconsumo, así como el abandono en lugar público de los instrumentos empleados en el consumo (jeringuilla).

Esta 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. 28). La multa puede oscilar entre 300 y 30.000 euros. Se prevé también que si el infractor se somete a tratamiento de deshabitación en centro homologado en forma y tiempo determinados (habitualmente, de seis meses a un año), puede suspenderse la multa (art. 25).

## 5.8. Políticas de lucha contra la droga

Como ya se ha señalado, 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, así como con intervenciones en la comunidad.

Las últimas modificaciones del Código penal han supuesto un mayor respeto al **principio de proporcionalidad de las penas**. Con este tipo delictivo se corre el riesgo de penalizar por igual a grandes y a pequeños traficantes, a sujetos pertenecientes a redes organizadas y a sujetos dependientes que trapichean con pequeñas cantidades para financiarse o directamente conseguir sustancia para su autoconsumo. Una de las garantías que se exigen en un Estado democrático de derecho es que se cumpla el principio de proporcionalidad de las penas, el cual 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 señala que de este principio se deriva la exigencia de que la pena sea proporcional al delito, y que el límite máximo de este 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, etc. son factores que condicionan la pena.

### Ved también

Hemos visto estos aspectos en el módulo "Criminología y drogodependencia: cuestiones actuales".

### Referencia bibliográfica

G. Quintero Olivares (2005). *Parte General de Derecho Penal*. Cizur Menor (Navarra): Thomson/Aranzadi.

## 6. Delitos contra la seguridad vial

Conducir habiendo tomado alcohol, drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas puede considerarse susceptible tanto de **sanción administrativa** (infracción muy grave) según la Ley de tráfico y seguridad vial como de **sanción penal** según el Código penal de 1995 (LO 10/1995 de 23 de noviembre), posteriormente modificado por las leyes orgánicas 15/2003, 15/2007 y 5/2010. En este sentido, las dos legislaciones se complementan. El hecho de que se utilice una u otra consideración legal está determinado según las circunstancias que concurran, como veremos a continuación.

En lo que respecta a los delitos contra la seguridad vial, el Código penal y sus posteriores modificaciones suponen la **tipificación como delito** de la conducción de vehículos de motor bajo la influencia de drogas tóxicas, estupefacientes, psicotrópicos o bebidas alcohólicas (art. 379), así como de la negativa a someterse a las pruebas establecidas para comprobar la presencia de las mismas (art. 383). Asimismo, se incorporaron los supuestos de conducción temeraria y el término *manifiesto desprecio* referido a la conducción. Las penas que se asignan a estos delitos se vieron incrementadas respecto a anteriores legislaciones (Muñoz Garrido).

### Referencia bibliográfica

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

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 del 2009 que entró en vigor en mayo del 2010) y con el Reglamento General de Circulación (RGC) (artículos 20 y siguientes para el alcohol; artículos 27 y 28 para sustancias estupefacientes, psicotrópicos y drogas tóxicas). Esta legislación aborda la conducción bajo el consumo de alcohol y/u otras drogas como una infracción muy grave, susceptible de sanción administrativa.

La Ley de tráfico y seguridad vial, en su artículo 12, aplica también la prohibición a la conducción de bicicletas bajo los efectos de estas sustancias, e incluso señala la obligación de someterse a pruebas de detección de alcohol a aquellos otros usuarios de la vía implicados en accidentes 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. Allí donde la legislación y los reglamentos que la desarrollan no hayan señalado de manera específica los límites, la jurisprudencia es la encargada de concretarlos.

El hecho de que 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 cantidad que se entiende que altera las capacidades para la conducción de manera clara y manifiesta– se considera **delito** con independencia de la influencia sobre la capacidad de conducir, y está por tanto sometido al Código penal. Podría incluso llegar a ser considerado delito aun cuando no se lleve a cabo 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” el hecho de que las capacidades físicas y/o psíquicas del sujeto estén alteradas de una manera indudable, de tal modo que se pueda afirmar que ha conducido de manera peligrosa para la seguridad vial.

En este sentido, la Instrucción 3/2006 de la Fiscalía General del Estado establece lo siguiente:

“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 concurren, 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 recolección, 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 alterase de manera notable y manifiesta su facultad de tal modo que su conducción resultara peligrosa. En estos 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 lo tanto es necesario demostrar que el sujeto estaba conduciendo bajo el efecto claro e indudable de estas sustancias para que esta conducción se considere delito, o que se produzca 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. De este modo, síntomas y signos como el hedor 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, o reconocer abiertamente el consumo previo de las sustancias sugieren la influencia de las mismas. También lo son conductas como circular de manera imprudente o irregular, conducir de manera zigzagueante, brusca o dando golpes de volante, ir en sentido contrario, llevar una velocidad inadecuada, invadir el carril contrario, hacer caso omiso a las señales de tráfico, etc.

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 estas circunstancias, como ya hemos señalado, se considera delito).

Tabla VII. 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

## 6.2. Sanciones previstas para 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 (caso en el que se trata de sanciones administrativas por infracciones muy graves).



En el caso de **sanciones administrativas**, la última reforma de la Ley de seguridad vial del 2009 (Ley 18/2009) establece la pérdida de puntos del carné de conducir en función de la tabla siguiente.

Tabla VIII. 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	500 euros
Conducir con una tasa de alcohol superior a la reglamentariamente establecida. Valores mg/l aire espirado: de 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.	4	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	
Conducir de manera temeraria, circular en sentido contrario al establecido o participar en carreras o competiciones no autorizadas.	6	

Se considera **delito** la conducción bajo los efectos de estupefacientes, drogas tóxicas y psicotrópicos 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).

La Ley orgánica 15/2007, de 30 de noviembre, que modifica de manera específica 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), con la de multa de 6 a 12 meses o con la de trabajos en beneficio de la comunidad de 31 a 90 días. Además, estas penas se acompañarán de la privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores por tiempo superior a 1 y hasta 4 años. En el caso de alcoholemia superior a 1,2 g por litro en sangre, no es necesario que se pruebe que el sujeto está influenciado por el alcohol. El mero hecho de superar estas tasas en sí es punible y sancionable con las penas señaladas.

#### **Articulado del Código penal (con las reformas posteriores) en materia de circulación bajo la influencia de sustancias**

##### **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 a 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, a 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 periodo 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.

La negativa a someterse a las pruebas de detección es también susceptible de ser considerada delito o sanción, y como tal puede suponer la pena 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).

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

### 6.3. La detección de alcohol y otras sustancias. El acta de conductas externas observables y la participación del facultativo

Según la Ley, la detección de alcohol se llevará a cabo mediante **alcoholímetros** convenientemente homologados a través del aire espirado (Muñoz Garrido). Esta prueba la efectuarán los agentes de tráfico. El usuario podrá, como confirmación o como contraanálisis, solicitar una analítica 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 RGC. En los mismos, 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).

#### Referencia bibliográfica

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

#### Referencia bibliográfica

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

Sin embargo, desde esta modificación, se introduce una nueva regulación de las pruebas de tóxicos. Esta legislación permite al agente de tráfico la práctica de tests indiciarios salivales, de carácter obligatorio para el conductor. En caso de que este test resulte positivo o de que el sujeto presente claras muestras de haber consumido 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. La recolección de muestras debe acompañarse con la redacción de un **acta de conductas externas observables**.

De este modo, cuando un agente de tráfico sospeche que un individuo está conduciendo bajo los efectos del alcohol o de otra droga tóxica, deberá elaborar un acta de conductas externas observables (Granado Travieso). Esto resulta especialmente importante en el supuesto de conducción bajo los efectos de otras sustancias, y en el caso del 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 estas circunstancias la apreciación de la repercusión sobre la capacidad de conducir es 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 este consumo tiene sobre la capacidad de conducción lo que condiciona la consideración como infracción o como delito.

#### Referencia bibliográfica

M. L. Granado Travieso (2012). "Los delitos contra la seguridad vial y el atestado policial". *Noticias Jurídicas*. Disponible en [noticias.juridicas.com](http://noticias.juridicas.com).

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

#### **6.4. 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 considerarse tanto sanción administrativa muy grave como delito. Se exige, para que se considere delito y sea por tanto susceptible de penas, que esta negativa sea absolutamente clara, rotunda y persistente y que el sujeto haya entendido de manera adecuada las consecuencias derivadas de negarse a estos 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 debe ser requerido por el agente de tráfico de manera expresa, formal,

personal y directa a someterse a las pruebas legalmente previstas, y tiene que negarse a efectuar estas pruebas de manera 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 efectuado maniobra de riesgo en la conducción. El sujeto puede ser requerido a efectuar estas pruebas de manera aleatoria mediante los controles preventivos de detección de alcohol y sustancias. De hecho, y según la Ley de tráfico y seguridad vial (artículo 12), estarán obligados a someterse a las pruebas todos los conductores de vehículos y bicicletas, e incluso el resto de los 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 tras finalizar este 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 susceptibles 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, habéis podido profundizar en algunas cuestiones esenciales en relación con la drogodependencia desde el punto de vista criminológico.

Uno de los papeles esenciales que se atribuyen a los médicos especialistas en psiquiatría es asesorar al juez u órgano colegiado respecto al diagnóstico y las implicaciones que sobre la capacidad de decidir y actuar tiene el consumo de sustancias en un sujeto concreto. Para esto, 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 tests, analíticas de tóxicos, etc.

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.

El hecho de que el consumo de sustancias altera el funcionamiento normal del cerebro se estudió en el módulo “Criminología y drogodependencia: cuestiones actuales”. Estas alteraciones condicionan las capacidades cognitivas y volitivas del adicto, circunstancia que se expresa en diferentes terrenos, y uno de estos es el de la imputabilidad de los delitos que cometa. El Código penal establece que, bajo determinadas condiciones, la dependencia de sustancias puede ser una atenuante de responsabilidad y, como tal, objeto de aplicación de medidas de seguridad.

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 estas 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.

Otra área social y criminológica en la que estas alteraciones cognitivas son evidentes es la conducción de vehículos bajo el efecto de las sustancias tóxicas. Tanto el Código penal como de manera complementaria la Ley de tráfico y seguridad vial establecen los límites de consumo, las vías para acreditarlo y las consecuencias penales o administrativas de las infracciones de los códigos.

Finalmente se ha revisado el estado actual de la posibilidad de someter a tratamiento involuntario al sujeto drogodependiente, y se ha concluido que, por regla general, este planteamiento no es factible. En todo caso, resulta deseable que sea el propio sujeto el que con ayuda de familiares y profesionales valore de manera progresiva la necesidad de someterse a tratamiento. Los indicadores de éxito terapéutico son claramente superiores a partir de 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 de un sujeto.
- c) establecer el diagnóstico psiquiátrico de un sujeto.
- d) establecer y supervisar el programa de tratamiento rehabilitador si se dispone como medida de seguridad.

2. ¿Qué es esencial para un peritaje psiquiátrico?

- a) La historia clínica.
- b) Las analíticas toxicológicas.
- c) Los tests 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 con la Justicia.
- c) En el peritaje, el médico diagnostica y trata al paciente.
- d) Todas las anteriores son falsas.

5. En lo que respecta a los análisis toxicológicos, ¿cuál de estas opciones es falsa?

- a) El análisis de pelo suele ser complicado y de utilidad en medicina forense.
- b) Varios positivos en analíticas no implican dependencia de la sustancia.
- c) Un positivo en una analítica de control implica dependencia de la sustancia.
- d) Los tests salivales son pruebas de cribado.

6. En lo que respecta al consumo de sustancias y el riesgo de peligrosidad,...

- 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, ¿cuál de estas afirmaciones es correcta?

- 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. ¿Cuál de estas afirmaciones es cierta con respecto a la Ley de protección de la seguridad ciudadana?

- a) Castiga con penas las infracciones como la posesión de sustancia.
- b) Se considera infracción grave 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. ¿Cuál de estas afirmaciones es cierta con respecto a 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 la 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 tests salivales permiten una detección cuantitativa de la sustancia consumida.
- b) Dar positivo en test salival implica en todo caso una pena según el Código penal.
- c) Dar positivo en test salival solo 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 salival supone necesariamente 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 de 0,6 mg/l de alcohol en aire espirado en conductores no profesionales y no noveles se considerarán 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.

**adicción a una sustancia** *f* Conjunto de cambios cognitivos, conductuales y fisiológicos que se producen en el sujeto por el consumo repetido de la droga, y que hacen que toda su vida esté guiada por la búsqueda de la sustancia y su consumo, aun cuando hay claros efectos negativos de este estilo de vida.

sin. **dependencia de una sustancia**

**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, hable, etc. durante el acto médico salvo situaciones excepcionales ya previstas).

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

**dependencia de una sustancia** *f* sin. **adicción a una sustancia**

**disartria** *f* Dificultad para el habla y para articular de manera adecuada que se puede observar en distintas intoxicaciones.

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

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

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

**drogodependencia** *f* Adicción a una sustancia.

sin. **toxicomanía**

**eficacia** *f* Término que se utiliza en medicina para referirse a la capacidad de lograr el efecto deseado.

**eficiencia** *f* Término que se utiliza en medicina para referirse a la 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 de sus experiencias subjetivas.

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

**fiabilidad** *f* Término que se utiliza en psicometría para referirse a la estabilidad con la que un test mide lo que dice medir. Se dice que un test es fiable si, tras repetidas aplicaciones del mismo, 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 un ámbito de calle.

**peritado -a** *m y f* Sujeto sometido a peritaje.

**perito -a** *m y f* Término que se utiliza en derecho para referirse a la persona que posee determinados conocimientos científicos, artísticos, técnicos o prácticos y que informa bajo

juramento al juzgador sobre puntos litigiosos en la medida en que se relacionan con su especial saber o experiencia.

**policonsumo** *m* Estado que se produce cuando el sujeto consume más de una sustancia, aun si una de estas 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. Debe 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 computarizada (también denominada scanner o TAC), resonancia nuclear magnética (RNM), pruebas funcionales, etc. Pueden referirse a diferentes partes del cuerpo humano.

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

**reducción de daños** *f* Programa terapéutico que no persigue como objetivo la abstinencia de consumo, sino reducir los efectos negativos que para el sujeto y/o la sociedad tiene este consumo.

sin. **reducción de riesgos**

sin. **reducción de riesgos y daño**

**reducción de riesgos** *f* sin. **reducción de daños**

**reducción de riesgos y daño** *f* sin. **reducción de daños**

**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.

**toxicomanía** *f* sin. **drogodependencia**

**trastorno por consumo de sustancias** *m* Denominación común para los distintos trastornos que producen las sustancias. En la nueva versión *DSM-V*, se referirá tanto a la dependencia como al abuso de una determinada sustancia.

**validez** *f* Término usado en psicometría para referirse a la eficacia con la que un determinado test o prueba mide realmente lo que quiere medir.

## Bibliografía

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

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

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

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

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

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

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

**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. Chiclana de la Frontera, Cádiz.

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

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

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

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

**Fazel, S.; Danel, J.** (2002). "Serious mental disorder in 23.000 prisoners: a systematic review of 62 surveys". *Lancet* (núm. 16, vol. 359, 9.306, págs. 545-550).

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Muñoz Garrido, R.** (2011). "La prueba de drogas en conductores (art. 379.2 Código Penal) tras la Ley Orgánica 5/2010, de 22 de junio, de reforma del Código Pe-

nal". *Noticias Jurídicas*. Disponible en: [http://noticias.juridicas.com/articulos/55- Derecho%20Penal/201109-281357985422153.html](http://noticias.juridicas.com/articulos/55-Derecho%20Penal/201109-281357985422153.html).

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

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

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

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

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

**Quintero Olivares, G.** (2005). *Parte General de Derecho Penal*. Cizur Menor (Navarra): Thomson/Aranzadi.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Legislación: Código penal, Ley de protección de la seguridad ciudadana, Ley de tráfico y seguridad vial y modificaciones**

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 1/1992, de 21 de febrero, sobre protección de la seguridad ciudadana.

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.

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.

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.

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

