



Àmbit social i criminològic

CENTRE D'ESTUDIS JURÍDICS  
I FORMACIÓ ESPECIALITZADA

Ausiàs March, 40  
08010 Barcelona  
TEL. 93 207 31 14  
FAX: 93 207 67 47

 Generalitat de Catalunya  
Departament de Justícia

D O C U M E N T S D E T R E B A L L

## INVESTIGACIÓ

(Ajuts a la investigació, 2006)

# **Estudi de la influència dels tractaments mèdics i psicoterapèutics en la disminució del delictes en població addicta a drogues**

## Autores

Amparo Arroyo Fernández  
M<sup>a</sup> Jesús E. Leal Bazán  
Teresa Marrón Moya

**Any 2007**

D O C U M E N T S D E T R E B A L L

INVESTIGACIÓ

(Ajuts a la investigació, 2006)

**Estudi de la influència  
dels tractaments mèdics i  
psicoterapèutics  
en la disminució del delictes  
en població addicta a drogues**

Autores

Amparo Arroyo Fernández  
M<sup>a</sup> Jesús E. Leal Bazán  
Teresa Marrón Moya

**Any 2007**

El Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada ha editat aquesta recerca respectant el text original dels autors, que en són responsables de la correcció lingüística.

Les idees i opinions expressades en la recerca són de responsabilitat exclusiva dels autors, i no s'identifiquen necessàriament amb les del Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada.

**Avis legal**

Els continguts d'aquesta investigació estan subjectes a una llicència de Reconeixement-NoComercial-SenseObraDerivada 2.5 Espanya de Creative Commons, el text complet de la qual es troba disponible a <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/legalcode.ca>. Així, doncs, se'n permet còpia, distribució i comunicació pública sempre que se citi l'autor del text i la font (Generalitat de Catalunya. Departament de Justícia. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada), tal com consta en la citació recomanada inclosa a cada article. No se'n poden fer usos comercials ni obres derivades.

Resum en català:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/2.5/es/deed.ca>

## **Les autores**

La Dra. Amparo Arroyo Fernández és Cap de Servei de Laboratori de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya. Metgessa Forense de Barcelona ciutat. Especialista en Medicina Legal i Forense. Llicenciada en Farmàcia.

La Dra. M<sup>a</sup> Jesús E. Leal Bazán és metgessa del Centre Penitenciari de Joves de Barcelona. Especialista en Medicina Familiar i Comunitària. Màster en Drogodependències i Sida. Experta en Psicopatologia i Psiquiatria.

La Dra. Teresa Marrón Moya és metgessa Forense de Barcelona ciutat. Institut de Medicina Legal de Catalunya. Especialista en Medicina Legal i Forense. Màster en Drogodependències i Sida. Experta en Psicopatologia i Psiquiatria. Màster en Valoració de Dany Corporal.



# Índex

1. Introducció.....	7
2. Marc conceptual i teòric dels tractaments a drogodependents.....	9
3. Hipòtesis.....	12
4. Objectius de l'estudi .....	12
4.1. Objectius generals.....	12
4.2. Objectius específics .....	13
5. Característiques generals del Centre Penitenciari de Joves (CPJ) de Barcelona i de l' Institut de Medicina Legal de Catalunya (IMLC). .....	14
5.1. Centre Penitenciari de Joves.....	14
5.2. Institut de Medicina Legal de Catalunya.....	16
6. Material i mètodes .....	18
6.1. Mètodes.....	18
6.2. Anàlisi de dades .....	19
7. Resultats .....	21
7.1. Perfil socio-demogràfic .....	22
7.1.1. Sexe .....	22
7.1.2. Edat .....	23
7.1.3. Nacionalitat.....	25
C. P. Joves .....	25
Jutjats Barcelona .....	25
Total .....	25
7.1.4. Estat civil .....	25
7.1.5. Nivell d'estudis.....	26
7.1.6. Professió .....	27
7.2. Història de drogoaddicció .....	27
Heroïna.....	28
Cocaïna .....	28
7.3. VIH, VHC i VHB.....	32
7.4. Delictes.....	33
7.5. Tractaments rebuts per drogoaddicció i repercussió als pacients, al seu entorn i a la societat .....	34
7.6. Associació de variables i grau de significació (Prova de chi- quadrat).....	41

8. Discussió .....	45
9. Conclusions i propostes .....	58
10. Bibliografia.....	59
10.1. Altra bibliografia relacionada amb el tema .....	66
11. Annexes .....	68
Annex 1 – protocol de recollida de dades .....	69
Annex 2 .....	72
Relació de taules.....	73

# 1. Introducció

Les drogues d'abús, objecte de la temàtica d'estudi es poden definir com aquells productes químics il·lícits, a vegades lícits, que produeixen un efecte farmacològic desitjat de manera impròpia i que dóna lloc a un patró d'ús patològic amb deteriorament de l'activitat social o laboral i on el trastorn que produeix té una durada mínima d'un any (1).

A partir dels canvis econòmics i socials de l'estat espanyol en la dècada dels 70 apareixen noves substàncies i patrons de consum de drogues que evolucionen a substàncies conegudes com són l'alcohol, el cànnabis, la cocaïna a les quals s'addicionen altres noves com les drogues de síntesis (2,3).

Segons les dades de l'Observatori Espanyol de Drogues, hi ha una disminució del consum d'heroïna i creixen els problemes associats al consum de cocaïna. Així mateix es detecta un creixement de l'abús i dependència al cànnabis i un consum de noves substàncies com el gamma-hidroxibutirat -GHB- i la ketamina (4). Referent als hipnosedants s'objectiva l'augment de problemes relacionats amb aquests productes, especialment les benzodiazepines, amb desviacions importants i autoconsum en població addicta a drogues. Actualment hi ha menys estudis sobre l'ús desviat d'aquests medicaments ansiolítics, especialment en individus que han patit arrestos o detencions (5,6). Al nostre entorn geogràfic el Pla de Salut a Catalunya 2002-2010 destaca la magnitud del problema i fa una aproximació a la dimensió epidemiològica de l'ús de drogues no institucionalitzades, d'acord amb diferents indicadors.

Segons aquestes dades es confirma el fort creixement de problemes associats a l'ús de la cocaïna, el creixement de l'ús del cànnabis i la demanda d'atenció per part dels consumidors d'opiacis malgrat l'estabilització o disminució del seu consum (7).

En l'àmbit judicial existeix una relació constatada entre drogoaddicció i delicte, fet que succeeix en la majoria dels països (8,9,10). Moltes vegades els



delinqüents són reincidents i condemnats per fets que estan en relació amb l'obtenció i consum de substàncies tòxiques. Els addictes a drogues han iniciat amb freqüència algun programa de desintoxicació o han sol·licitat suport mèdic o psicològic com són actualment els programes de manteniment amb metadona (11,12) i altres teràpies substitutives (13). Alguns treballs recents aporten resultats de la relació entre població jove delinqüent i l'abús de substàncies deduït de programes terapèutics de seguiment a adolescents (14).

Es reconeix el factor de risc que suposa l'abús de substàncies en la recidiva a la comissió de delictes. Països com Canadà han elaborat programes de teràpia multisistèmica a fi d'analitzar les diferents variables que influeixen en aquests comportaments i intenten desenvolupar futures intervencions que siguin efectives entre la joventut amb aquesta problemàtica (15). La implicació criminal als adolescents i la seva relació amb l'abús de substàncies també s'ha estudiat en USA entre subjectes joves que segueixen programes establerts (16) i entre joves que ingressen en correccionals per aquests comportaments (17).

No hi ha molts treballs sobre el consum de tòxics en la població detinguda als jutjats de guàrdia que, després de passar a disposició judicial, pot ser posada en llibertat (el que impedirà el seu seguiment) o pot ser enviada a la presó. En població arrestada alguns autors han estudiat el consum de tòxics i les alteracions psicològiques derivades (18) o l'avaluació de possibles tractaments en addictes a cocaïna (19).

## 2. Marc conceptual i teòric dels tractaments a drogodependents

Es troba contemplat en tots els països desenvolupats. *The office of national Drug Control Policy* d'Estats Units determina l'estat de tractament dels drogoaddictes mitjançant avaluació de les capacitats públiques i privades de cada estat, capacitats disponibles i capacitats utilitzades en la realitat, el grau que es disposa de tractament en cada estat, el nombre de consumidors que podrien beneficiar-se del tractament de la drogoaddicció i els factors que limiten la disponibilitat dels serveis de tractament i els remeis administratius o legislatius proposats per a posar el tractament a la seva disposició.

Una de les fonts de dades (20) ([www.whitehousedrugpolicy.gov](http://www.whitehousedrugpolicy.gov)) de l'Estratègia Nacional per al control de drogues és la Survey of inmates of Local Jails on entre altres qüestions valora el tractament de la drogoaddicció. La Survey of inmates in Federal Correctional Facilities and Survey of inmates in State Correctional Facilities proporcionen els antecedents previs de tractament per alcoholisme i drogues.

La UFDS (*Uniform Facility Data Set*), mesura la ubicació, l'abast i característiques dels centres de tractament i taxes d'utilització. Altres bases de dades com la *National Drug Treatment Requirements* informen a l'Oficina de Gestió i Pressupost sobre els seus objectius relacionats amb l'assistència de drogoaddictes als centres de tractament i el progrés realitzat dintre dels seus objectius (21) (consultat el 28-11-06): Disponible en: <http://www.ncjrs.gov/ondcppubs/policy/strategy/apendice.html>.

Des de mitjans dels 70 les investigacions científiques indiquen que quan reben tractament per a la drogoaddicció, molts dels delinqüents que abusen de drogues canvien les seves actituds, creences i comportaments cap a l'abús de la droga, eviten les recaigudes i s'aparten d'una vida d'abús de substàncies i criminalitat. Si bé és veritat que pot ser necessari exercir pressió legal sobre els addictes perquè entrin i continuïn el tractament, una vegada dintre del programa, molts assoleixen eventualment incorporar-se a un procés de tractament continu. Els estudis demostren que el tractament pot disminuir les

taxes d'abús de droga en un 50% i l'activitat criminal en un 80% i les detencions en un 64%. Basat en una revisió d'aquesta i altra literatura científica sobre l'abús de drogues i comportament criminal en el 2006, el NIDA va publicar els "principles Of Drug Abuse Treatment for Criminal Justice Populations", es tracta de 13 principis que les investigacions científiques han demostrat que són capaços d'ajudar a les organitzacions de justícia penal a dissenyar programes de tractament. Entre altres, aquests principis relacionats amb el tractament indiquen que la recuperació requereix un tractament eficaç seguit del maneig del problema a llarg termini. El tractament ha de durar el temps suficient per a produir un canvi conductual important. Els serveis s'han d'ajustar a les necessitats individuals, part important del tractament eficaç per a l'abús de drogues en les poblacions penitenciàries. Ha d'existir planificació i supervisió dels tractaments. La planificació del tractament per a drogodependents que viuen o reingressen a la comunitat han d'incloure estratègies per a prevenir i tractar problemes mèdics crònics i greus com el VIH (virus de la immunodeficiència humana), hepatitis B i C i la tuberculosi (22). (Infofacts sept 2006).

La CICAD (Comissió Interamericana pel control de l'Abús de Drogues) als seus documents exposa 1340 intervencions amb detinguts i el tractament de la seva dependència a drogues, considerant l'abordatge multisistèmic (23).

En la Unió Europea la legislació tracta de trobar en matèria de drogues un equilibri entre la sanció i el tractament (24). Els estats membres han d'aplicar el seu propi marc jurídic. En l'actualitat les mesures alternatives al procediment judicial, normalment mesures terapèutiques o socials es troben disponibles en tots els països de la UE però la seva aplicació i efectivitat segueixen sent molt variables. Les investigacions mostren que el tractament dels consumidors de drogues en el sistema judicial penal pot donar bons resultats (25). A vegades aquestes mesures s'utilitzen poc a causa de l'existència de limitacions legals o d'un escepticisme general sobre la seva eficàcia. En altres països la norma general és el tractament però en alguns l'absència de recursos impedeix la seva aplicació. En alguns països els delictes relacionats amb les drogues suposen automàticament la pena de presó.

Països iberoamericans com Xile s'adhereixen a les iniciatives que utilitzen el tractament com mesura alternativa de processament i pena tradicional, les avaluacions són molt favorables a l'esquema de Tribunal de Tractament (o Corts de Droga), les seves principals característiques són la contínua supervisió judicial del procés i la realització de test en orina periòdics per a detectar el consum. Aquest país ha realitzat propostes concretes de 2 anys fins al 2006 per a validar i transferir el model en el qual la Fundació Pau Ciutadana està treballant (26) (disponible en: [www.pazciudadana.cl](http://www.pazciudadana.cl)).

La Junta Internacional d'Estupefaents (JIFE) descriu les nombroses disposicions nacionals sobre tractaments a drogodependents que s'estenen en països com Cap Verd , Malàsia, Veneçuela, Suècia, França i Estats Units entre altres (27). Els estats que revisin les seves disposicions substitutòries i sobre el tractament han d'estructurar els seus programes tenint present les seves necessitats específiques i els principis internacionalment acceptats que regulen la pràctica en aquest camp (com els enunciats en les Regles de Tòquio)

### **3. Hipòtesis**

Aquest estudi d'investigació es centra en el marc de la Medicina Legal, Forense i de les Institucions Penitenciàries de Catalunya. L'estudi es proposa avaluar l'associació entre la conducta il·legal i l'abús de substàncies tòxiques, així com interpretar l'eficàcia dels tractaments terapèutics en la disminució de l'esmentada associació. Partint d'aquesta hipòtesi totes les mesures dirigides a potenciar els programes socisancionaris redundarien en la repercussió de la incidència en la delictologia que genera l'addicció a drogues d'abús.

### **4. Objectius de l'estudi**

#### **4.1. Objectius generals**

- Obtenir dades del consum de drogues d'una mostra de població de persones detingudes que arriben als jutjats de guàrdia de la ciutat de Barcelona i dels subjectes internats al centre Penitenciari de Joves de la ciutat de Barcelona que són consumidors de drogues d'abús.
- Obtenir dades dels tractaments mèdics i psicoterapèutics seguits per la població d'estudi.
- Conèixer les repercussions dels tractaments tant als pacients, com al seu entorn i a la societat.
- Obtenir dades sobre l'historial delictiu relacionat amb el consum de drogues.
- Comparar els resultats entre les dues poblacions estudiades.
- Obtenir dades sociodemogràfiques i sanitàries i, conèixer els tòxics més utilitzats a l'actualitat en la població mostra.

## **4.2. Objectius específics**

- Facilitar les dades obtingudes en relació amb la importància del seguiment de tractaments mèdics per drogodependents als serveis d'Epidemiologia i Salut Pública i a l'Observatori Espanyol de Drogues com a marcadors indirectes de l'evolució actual del consum de drogues i la seva repercussió social.
- Facilitar les dades obtingudes a fi que figurin en les bases de dades de les Institucions Catalanes en l'àmbit de les drogodependències.
- Obtenir unes altres dades d'interès mèdic relatius a la prevalença de la infecció pel VHI, hepatitis B i hepatitis C.

## **5. Característiques generals del Centre Penitenciari de Joves (CPJ) de Barcelona i de l' Institut de Medicina Legal de Catalunya (IMLC).**

### **5.1. Centre Penitenciari de Joves**

La legislació penitenciària marca que els reclusos joves deuen fer una vida separada dels reclusos adults i, indica que el tipus de vida de les presons de joves es deu caracteritzar per una acció educativa intensa i adopció de mètodes psicopedagògics. Des del punt de vista penitenciari s'entén per jove, els interns menors de 21 anys i, excepcionalment, els que no hagin assolit els 25 anys d'edat.

El Centre Penitenciari de Joves de Barcelona és l'únic centre on ingressen a Catalunya, joves de sexe masculí i que solen pertànyer als denominats grups marginals. Es un centre, on conviuen interns en situació de presó preventiva, article núm. 5 de la LOGP (28) i condemnats segons l'article núm. 9.1 de la LOGP. Be per la limitació de la presó preventiva, en molts casos, i en altres per la curta condemna, fan que la població reclusa de la presó de joves, tingui una mobilitat important, essent l'estada mitjana curta en relació a altres centres penitenciaris, fet que també influeix en l'actuació sanitària.

La presó de joves esta situada al barri de la Trinitat, barri perifèric de la ciutat de Barcelona. L'ocupació ha augmentat els darrers anys, a data 15.11.2006 hi havia 542 interns al centre. Al centre existeix un mòdul reduït d'adults que efectuen treballs de manteniment, un mòdul d'arrests de cap de setmana i una secció oberta. En l'actualitat s'està construint un nou centre al costat de la presó d'adults *Quatre Camins*.

A l'ingrés a presó totes els joves són visitats pel servei mèdic que avalua, entre altres problemàtiques, els hàbits tòxics. Segons la memòria de l'any 2004 del Servei Mèdic del Centre Penitenciari de Joves (29), els reclusos consumeixen les següents drogues:

## Consums de drogues evolutiu al C.P.J.

	Any 1993 consum %	Any 1997 consum %	Any 2000 consum %	Any 2004 consum %
Tabac	91.6	86.3	88.7	86.2
Cannabis	57.0	71.4	73.5	68.2
Alcohol	34.0	37.7	49.8	68.8
Psicofàrmac	35.0	31.0	28.0	22.6
Heroïna	41.0	40.0	27.3	19.0
Cocaïna	29.0	50.6	54.1	48.7

A l'any 1993 el 81.5% de consumidors d'heroïna utilitzaven via intravenosa, mentre que a l'any 1997 consumien heroïna i/o cocaïna per la mateixa via només un 31%.

A data 15.11.06 segons l'estadista del Servei Sanitari de la Secretària de Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justícia Juvenil, dels 542 interns del centre penitenciar de Joves el 6.09% eren UDVP (30).

El servei mèdic del centre penitenciar de joves esta constituït per tres metges, tres infermeres, una auxiliar d'infermeria i una administrativa. Existeix també consultors especialistes en psiquiatria, dermatologia i odontologia, així com un optometrista i un tècnic en radiologia. La principal funció és l'assistència als reclusos en el concepte més ampli: assistència clínica, educació sanitària, campanyes de prevenció, control higiènic de la presó, control d'aliments, control de medicaments i informes interns, a jutjats i altres organismes. Cal remarcar els *programes i tractaments específics per a la població drogodependent* com son:

- PMM (programa de manteniment amb metadona): iniciat a l'any 1993.
- PIX (programa d'intercanvi de xeringues): any 2003.
- Programa lliure de drogues
- Programa grupal informatiu motivacional
- Programa individual de tractament de les drogodependències (PITD)
- Programa de prevenció de recaigudes



## **5.2. Institut de Medicina Legal de Catalunya**

L' Institut de Medicina Legal de Catalunya (IMLC) es va posar en funcionament el dia 3 de juny de 2002. És un òrgan tècnic al servei de l'Administració de Justícia, adscrit al Departament de Justícia i Interior, i dependent de la Direcció General de Relacions amb l'Administració de Justícia. L'Institut té com a missió, d'una banda, auxiliar als jutjats, tribunals, fiscalies i oficines del Registre Civil, mitjançant la pràctica de proves pericials mèdiques, tan tanatològiques com clíniques i de laboratori, previstes a la normativa vigent de medicina forense i, de l'altra, realitzar activitats de docència i investigació que tinguin relació amb la medicina forense. En les funcions tècniques, l'IMLC té un caràcter independent, i emet als seus informes d'acord amb les regles d'investigació científica que consideri adequades.

L'àmbit territorial de l' IMLC és el que correspon al territori de Catalunya. Té la seva seu a Barcelona. Es constitueix per les següents divisions territorials (Decret 411/2006, de 31 d'octubre, d'aprovació del nou Reglament de IIMLC): Barcelona ciutat i l'Hospitalet de Llobregat, Barcelona sud, Barcelona nord i Catalunya central, Girona, Lleida, Tarragona i Terres del Ebre.

L'estudi s'ha realitzat a Barcelona ciutat, on cada dia hi ha 3 jutjats de guàrdia de detinguts, i un jutjat de guàrdia d'incidències; també de dilluns a divendres hi ha un jutjat de judicis immediats de faltes i un jutjat penal de torn setmanal de judicis ràpids. A cada una de les guàrdies treballa un metge forense.

La legislació vigent encomana al Metge Forense "l'assistència o vigilància facultativa als detinguts". Nostre ordenament jurídic contempla específicament al dret del detingut a ser reconegut pel metge forense. Alguns estudis (31) han demostrat, que el 70.6% dels detinguts que exerceixen el seu dret a ser explorats pel metge forense, son consumidors de drogues, essent aquesta la primera causa d'assistència a detinguts actualment.

A la memòria de l'IMLC de l'any 2005 (32) s'especifica que el nombre d'actuacions dintre dels procediments penals que es va dur a terme en relació a exploracions a detinguts van ser 2539 a Barcelona ciutat.

## 6. Material i mètodes

**Mostra:** subjectes que ingressen com detinguts a les dependències judicials dels jutjats de guàrdia de Barcelona (Jutjat d'instrucció 2 i 29) i subjectes que ingressen al centre penitenciari de joves de Barcelona que sol·licitant consulta mèdica per diversos motius.

**Grandària de la mostra:** 100 subjectes que tinguin relació amb el consum de drogues d'abús

**Disseny de l'estudi:** estudi observacional prospectiu, per inclusió successiva de casos que es presentin als centres d'estudi

**Temps de durada de l'estudi:** un any.

### 6.1. Mètodes

L'estudi es desenvoluparà de la manera següent:

1. Entrevista clínica sobre el consum de tòxics, les seves complicacions, perfil sociodemogràfic, historial delictiu, detencions, condemnes i tractaments per drogoaddicció. S'ha efectuat a tots els detinguts que vulguin ser reconeguts pel metge forense i als interns del centre penitenciari que eren visitats pel metge de la presó. L'anamnesi es va sistematitzar en un qüestionari protocolitzat (annex 1) de preguntes per a cadascú dels subjectes d'estudi.
2. Els subjectes que es van declarar consumidors de drogues se'ls va preguntar si volen participar a l'estudi i donar el seu consentiment, una vegada informats de la finalitat del mateix.

3. Se'ls va passar el qüestionari una vegada s'hagués obtingut el full de consentiment informat (annex 2) dels que volguessin col·laborar a l'estudi.
4. El qüestionari especifica dades sociodemogràfics , estudi, professió i patró de consum de drogues d'abús així com de l' historial delictiu, detencions i condemnes que hagin tingut des del seu inici en el consum de drogues.

## 6.2. Anàlisi de dades

Assignació de variables: s'introduiran les variables qualitatives i quantitatives següents:

### **Variables sociodemogràfiques**

- *Edat* en anys.
- *Sexe*: 1=masculí, 2=femení.
- *Estat civil*: 1=solter, 2=casat, 3= parella, 4= divorciat.
- *Estudis*: 1=primaris, 2=graduat, 3=FP, 4=superiors, 5=analfabets.
- *Professió*: 1=qualificada, 2=no qualificada, 3=sense professió.
- *Nacionalitat*: 1=espanyol, 2=estranger.

### **Historia de drogaaddicció**

- *Consum de cànnabis*. Freqüència: 1=esporàdica, 2= habitual. Quantitat dels consumidors habituals: 1=menor 10 porros, 2= major de 10 porros. Edat d' inici del consum de cànnabis en anys.
- *Consum d' heroïna*. Freqüència: 1=esporàdic, 2= habitual. Quantitat dels consumidors habituals: 1 < 1 gr./dia, 2 >1 gr./dia. Edat d' inici del consum d'heroïna en anys. Via de consum: 1=Inhalatòria, 2=IV.
- *Consum de cocaïna*. Freqüència: 1= esporàdic, 2= habitual. Quantitat dels consumidors habituals: 1 < 1 gr./dia, 2 >1 gr./dia.

Via de consum: 1=Inhalatòria, 2=IV. Edat d' inici del consum cocaïna.

- *Metadona*. Freqüència: 1=sí, 2=no.
- *Benzodiazepines*. Freqüència: 1=esporàdic, 2=habitual.  
Autoconsum: 1=si, 2=no.
- *Èxtasis o altres amfetamines*. Freqüència: 1=esporàdic, 2=habitual, 3=cap de setmana.
- *Ketamina*. Freqüència: 1= esporàdic, 2= habitual.
- *Èxtasis líquid*. Freqüència: 1= esporàdic, 2=habitual.
- *Alcohol*. Freqüència: 1=esporàdic, 2=habitual.
- *Tabac*: 1=sí, 0=no. Quantitat: 1= <1 paquet diari, 2=> 1 paquet diari.
- *Anys de drogoaddicció*: 1 = <1-5 anys, 2=6-15, 3=>=16 .

#### **Patologia vírica relacionada**

- *HIV*: 1= positiu, 2= negatiu, 3=no sap.
- *VHB*: 1=positiu, 2=negatiu, 3=no sap.
- *VHC*: 1=positiu, 2= negatiu, 3=no sap.

#### **Delictologia**

- *Tipus de delicte- Motiu de la detenció*: 1=furt, 2=robatori amb força, 3= robatori amb violència i intimidació, 4=salut pública, 5=lesions/homicidi, 6= agressió sexual, 7= altres.
- *Delictes agrupats*: 1= delictes contra la propietat, 2= delictes contra la salut pública, 3= altres.
- *Temps de reclusió als darrers 5 anys en mesos*.
- *Nombre de detencions*: 1= 1-5 detencions, 2= 6-10 detencions, 3= > 10 detencions.
- *Nombre de condemnes*: 1= 1-5 condemnes, 2= 6-10 condemnes, 3= > 10 condemnes.

#### **Tractaments rebuts per drogoaddicció i repercussió als pacients al seu entorn i a la societat.**

- *Temps de duració en mesos*: 1=0-12 m, 2=13-24m, 3= >=25 m.

- *Tipus de tractament* per drogoaddicció: 1=PMM, 2=lliure drogues, 3=psicofàrmacs, 4=associació 2/3/5, 5= psicoteràpia, 6=ningú. Tipus de tractaments agrupats: 1=PMM, 2= psicofàrmacs i altres, 3=ningú.
- Durant el *fet delictiu* el subjecte estava: 1= sense tractament, 2= amb tractament, 3= sense relació al tractament.
- *Conflictivitat penal* durant el tractament: 1=menor, 2=igual, 3=mes.
- *Autoagressivitat* durant el tractament: 1= Menys, 2= Igual intensitat, 3=Més.
- *Heteroagressivitat* durant el tractament: 1= Menys, 2= Igual intensitat, 3=Més.
- *Violència* als fets delictius durant el tractament: 1= Menys, 2= Igual intensitat, 3=Més.
- *Relació familiar* durant el tractament: 1= millor, 2=pitjor, 3= igual, 4= no te relació.
- *Treball /situació labora* durant el tractament I: 1= millor, 2=pitjor, 3= igual, 4=no treballa.
- *Autoestima* durant el tractament: 1= millor, 2=pitjor, 3= igual.
- *¿Quina creu vostè que és la influència del tractament mèdic/o psicoterapèutic en relació amb la consecució de delictes?* 1= cap, 2= disminueix el nombre de delicte, 3=Augmenta el nombre de delictes.

Les variables qualitatives s'analitzen mitjançant les freqüències y es comparen amb les proves de Chi quadrat.

Es valorarà la significació estadística dels resultats obtinguts i es compararà amb la bibliografia.

## 7. Resultats

A l'estudi s'han analitzat 100 qüestionaris protocolitzats (annex 1), un per cada una de les persones estudiades:

- 54 interns del Centre Penitenciari de Joves (CPJ) de Barcelona.
- 46 detinguts a disposició Judicial als Jutjats d'Instrucció 2 i 29 de Barcelona ciutat en funció de guàrdia.

L'esmentada recollida i valoració dels protocols s'ha efectuat des del mes de febrer fins al mes de novembre de 2006.

De la totalitat de la població estudiada hem valorat distintes variables que s'esquematitzen de la següent manera:

- Perfil socio-demogràfic
- Historia de drogoaddicció
- VIH, VHC Y VHB
- Delictes
- Tractaments rebuts per drogoaddicció i repercussió als pacients al seu entorn i a la societat

Els resultats es van avaluar en percentatges amb l'estadístic freqüències, ja que la majoria de variables considerades eren categòriques, a les dues mostres valorades per separats (CPJ i Detinguts) i al conjunt total.

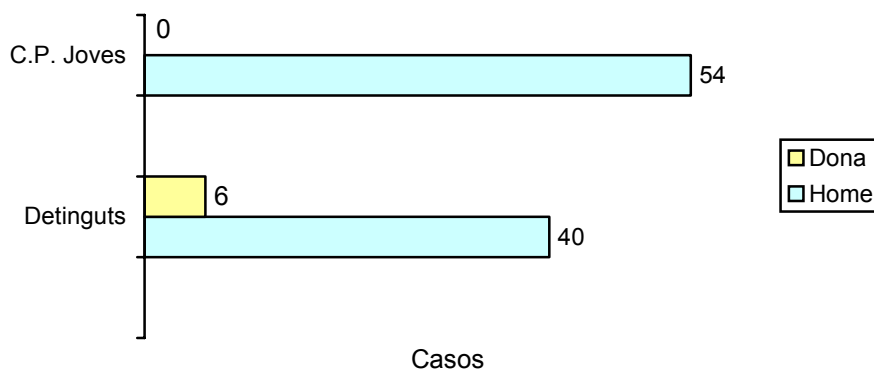
## **7.1. Perfil socio-demogràfic**

S'han analitzat els aspectes descriptius de les variables sociodemogràfiques.

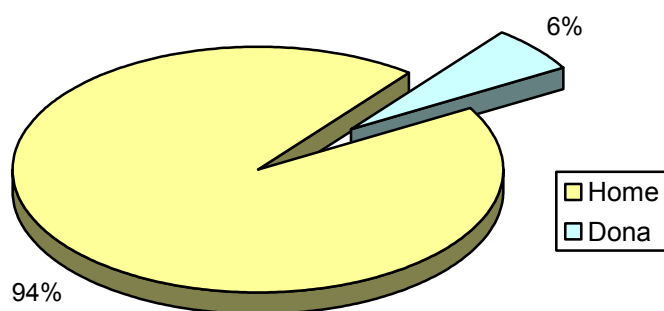
### **7.1.1. Sexe**

El reclus jove es el 100% de sexe masculí (gràfic 1) i, en general en edats compreses entre els 18 i 25 anys, representant aquestes dues variables un biaix poblacional (gràfic 2 i 4). A la mostra de detinguts les dones representen només un 13%.

Gràfic núm. 1- Distribució per sexes



Gràfic núm. 2- Distribució per sexes a la mostra total

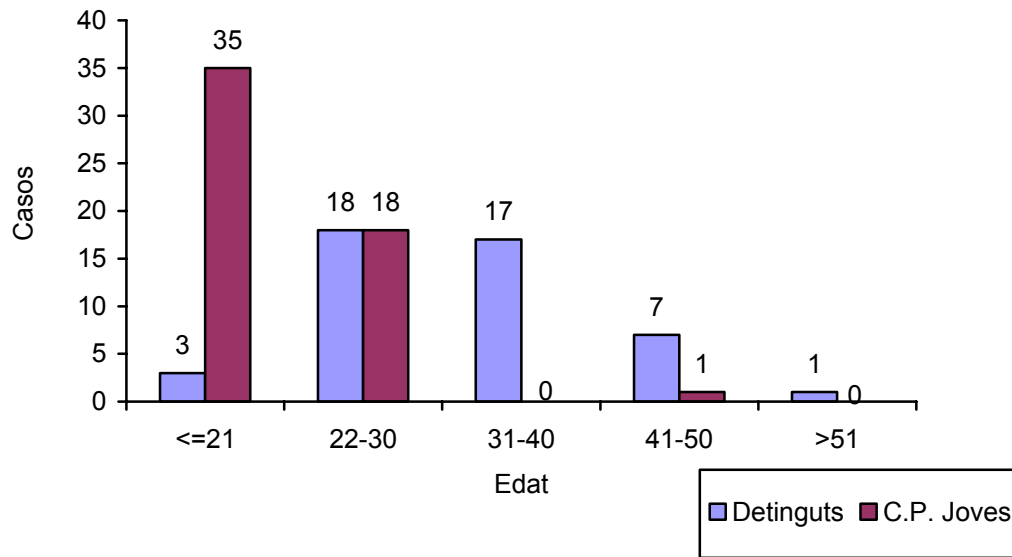


### 7.1.2. Edat

El rang d'edats de la mostra de detinguts oscil·la entre els 18 i 52 anys, essent la mitjana de 31.8 anys. Als interns del CPJ el rang es entre 18 i 49 anys, la mitjana es de 20.5 anys, havent exclòs un subjecte de mes de 25 anys. L'interval d'edats de la mostra total més freqüent es el de 22 a 30 anys (gràfic 3).

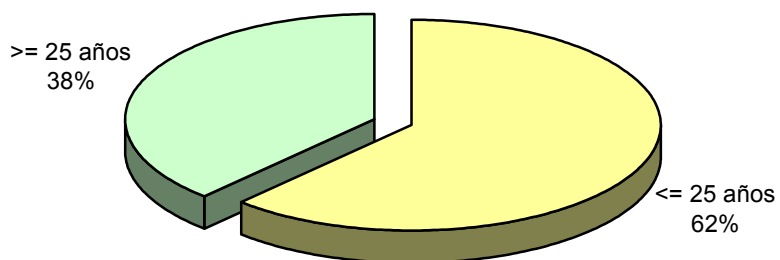


Gràfic núm. 3 -Distribució per edat



Més d' 1 de cada 3 subjecte té 25 o mes anys (gràfic 4) d'edat, es a dir quasi 2/3 tenen 25 o menys anys.

Gràfic núm. 4- Distribució de la mostra total per grups d'edats



El rang d'edat de tota la mostra es entre 18 i 52 anys, i la mitjana de 25.5 anys.

### 7.1.3. Nacionalitat

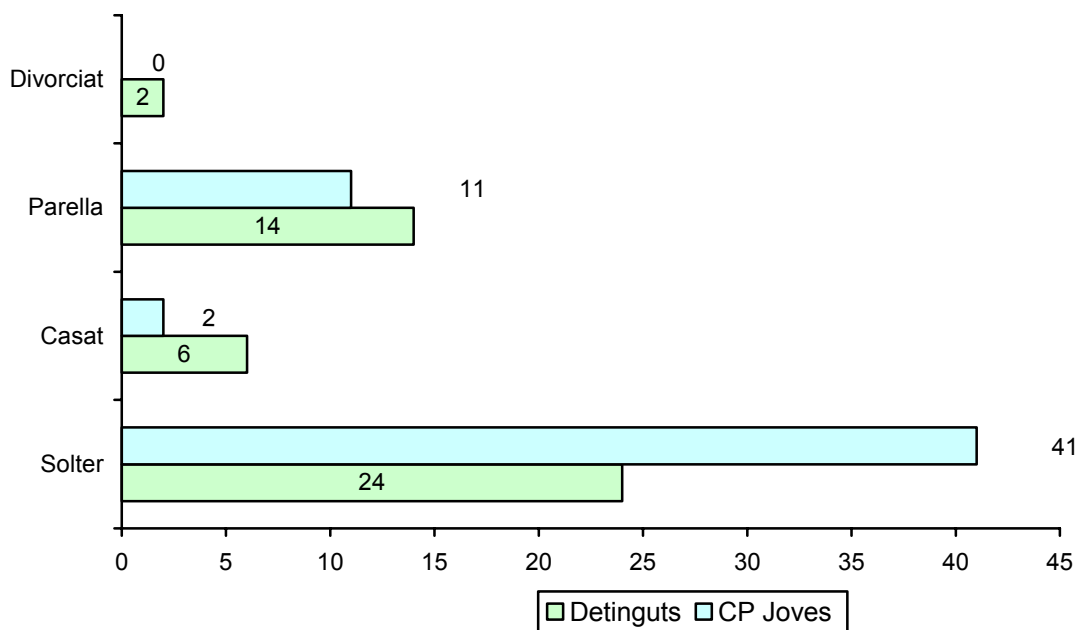
Taula 1 - Distribució per lloc de naixement

	C. P. Joves		Jutjats Barcelona		Total
	casos	%	casos	%	casos
Espanyol	25	46.3	27	58.7	52
Estranger	29	53.7	19	41.3	48
<b>Total</b>	<b>54</b>	<b>100.0</b>	<b>46</b>	<b>100.0</b>	<b>100</b>

Quasi la meitat de la mostra son estrangers. Hi ha més estrangers dintre dels reclusos joves i més espanyols als detinguts.

### 7.1.4. Estat civil

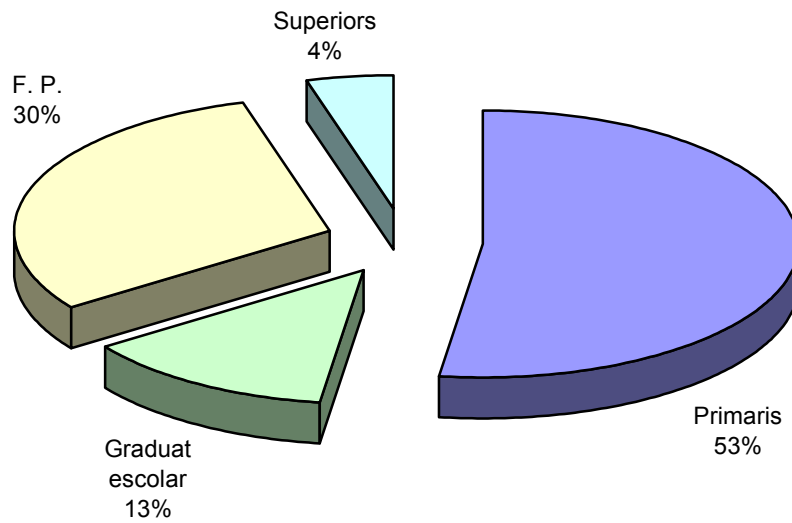
Gràfic núm. 5- Estat civil



El 52.2% (24 casos) dels detinguts son solters i aquesta variable representa el 75.9% als joves reclusos (41 casos).

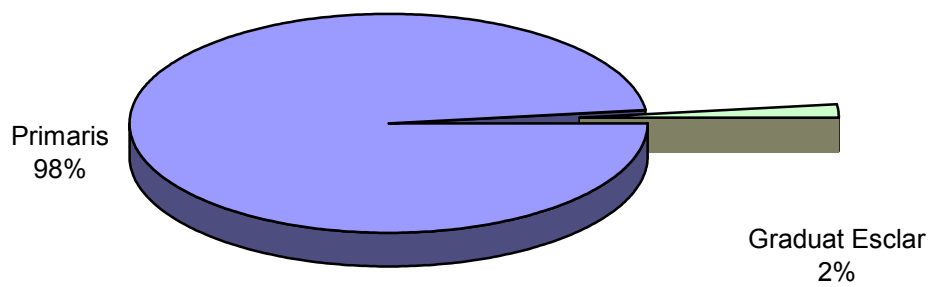
### 7.1.5. Nivell d'estudis

Gràfic núm. 6- Nivell d'Estudis als Detinguts



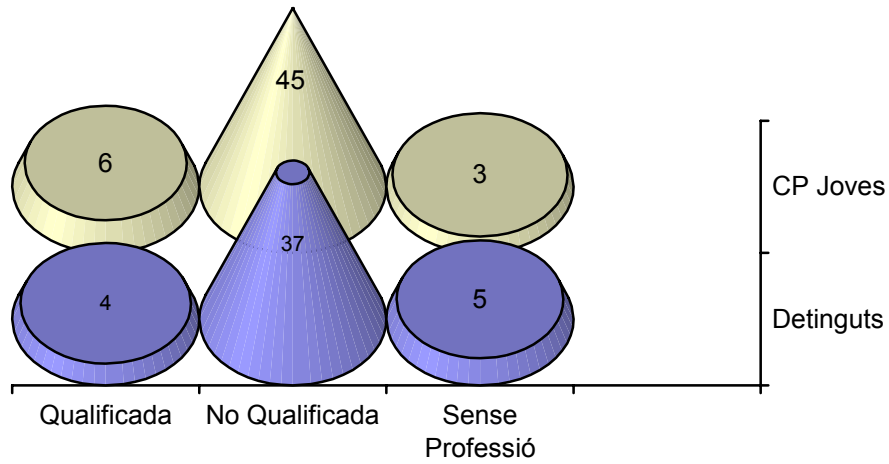
El nivell d'estudis als reclusos joves es molt baix, el 98% té només estudis primaris.

Gràfic núm. 7 Nivell d'Estudis al CP Joves



### 7.1.6. Professi3

Gràfic núm. 8- Professi3



El 82% de la mostra no té professi3 qualificada.

### 7.2. Hist3ria de drogoaddicci3

La mostra valorada (taula 2) es majoritàriament consumidora de tabac (97%), cannabis (87%), alcohol (71%) i benzodiacepines (65%), però no d'amfetamines –drogues de disseny, ketamina, èxtasis líquid o metadona il·legal. Dels consumidors de tabac el 48.5% consumeix més de 20 cigarrets diaris. El 66.7% dels consumidors de cannabis ho fan de forma habitual i d'aquests el 74.1% consumeix menys de 10 porros diaris.

Taula 2 - Distribució del consum de tabac, cannabis, alcohol, drogues de disseny, benzodiacepines, ketamina, èxtasi líquid i metadona

	CP Joves				Detingut				Total	
	consum - % casos				consum - % casos				consum - % casos	
	Sí	%	No	%	Sí	%	No	%	% Sí	% No
Tabac	53	98,1	1	1,9	44	95,6	2	4,3	97	3
< paquet diari	35				15					
> paquet diari	18				29					
Cannabis	51	94,4	3	5,6	36	78,3	10	21,7	87	13
- esporàdic	9				20					
- habitual:	42				16					
<10 porros/dia	32				11					
> 10 porros/dia	10				5					
Alcohol	40	74,1	14	5,9	31	67,4	15	32,6	71	29
- esporàdic	17				17					
- habitual	23				14					
D. Disseny	4	7,4	50	92,6	8	17,4	38	82,6	12	88
- esporàdic	2				5					
- habitual	0				1					
- cap setmana	2				2					
Benzodiacepina	31	57,4	23	42,6	34	73,9	12	26,1	65	35
- esporàdic	19				7					
- habitual	12				27					
Ketamina	0		54	100	1	1,8	45	98,2	1	99
Èxtasi líquid	2	3,7	52	96,3	3	6,5	43	93,5	5	95
Metadona	0		54	100	20	43,8	26	56,5	20	80

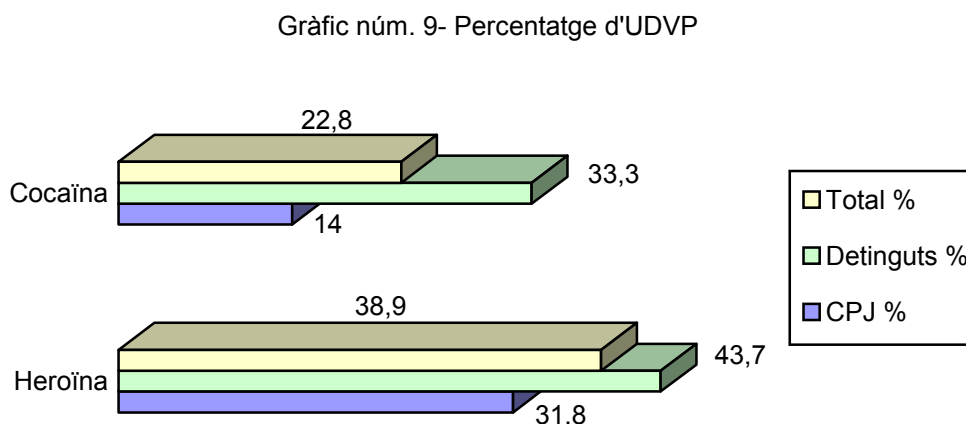
Taula 3 - Heroïna i cocaïna: forma de consum i via

	Heroïna						Cocaïna					
	CPJ		Detingut		Total		CPJ		Detingut		Total	
	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%	casos	%
Consum	22	40.7	32	69.6	54		50	92.6	42	91.3	92	
Esporàdic	10		8		18	33.3	20		13		33	35.9
Habitual	12		24		36	66.7	30		29		59	64.1
< 1gr /dia	8		7		15	41.7	18		13		31	52.5
≥ 1 gr. /dia	4		17		21	58.3	12		16		28	47.5
Via												
Inhalatòria	15	68.2	18	56.3	33	61.1	43	86.0	28	66.7	71	77.2
Intravenosa	7	31.8	14	43.7	21	38.9	7	14.0	14	33.3	21	22.8
No consum	32	59.3	14	30.4	46		4	7.4	4	8.7	8	

La freqüència de consum de cocaïna es similar a les dues mostres, globalment un 92% consumeix aquesta droga, un 64.1% de forma habitual i d'aquests últims un 47.5% en quantitats iguals o superiors a 1 gram diari.

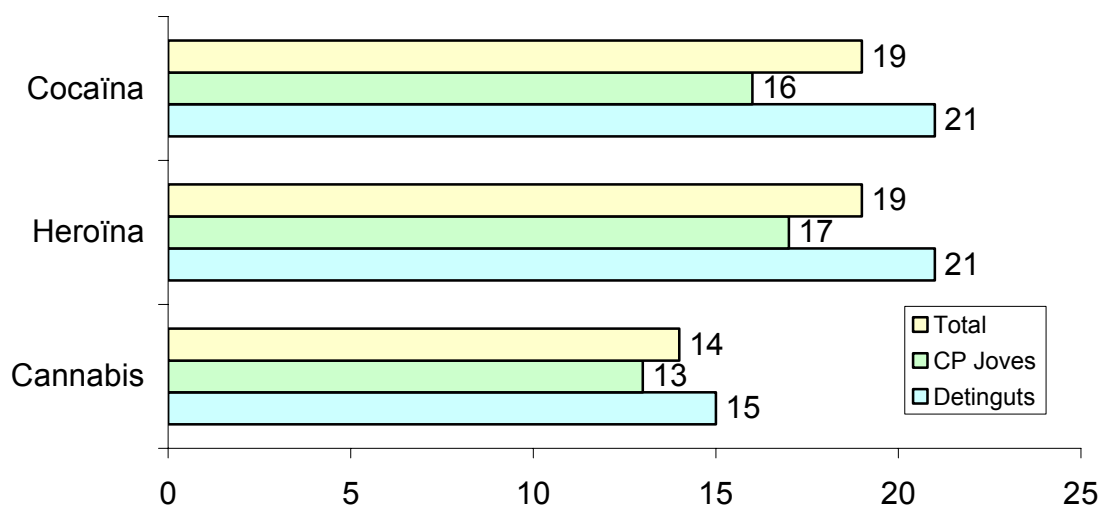
L'heroïna es consumida per un 54% de la mostra, els joves reclusos la consumeixen en un 40.7% en relació a un 69.6% dels detinguts a disposició judicial.

La via inhalatòria es la més utilitzada, però encara un 38.9% son UDVP (usuari de drogues via parenteral) amb consum d'heroïna i, un 22.8% son usuaris de cocaïna per via parenteral (gràfic 9).

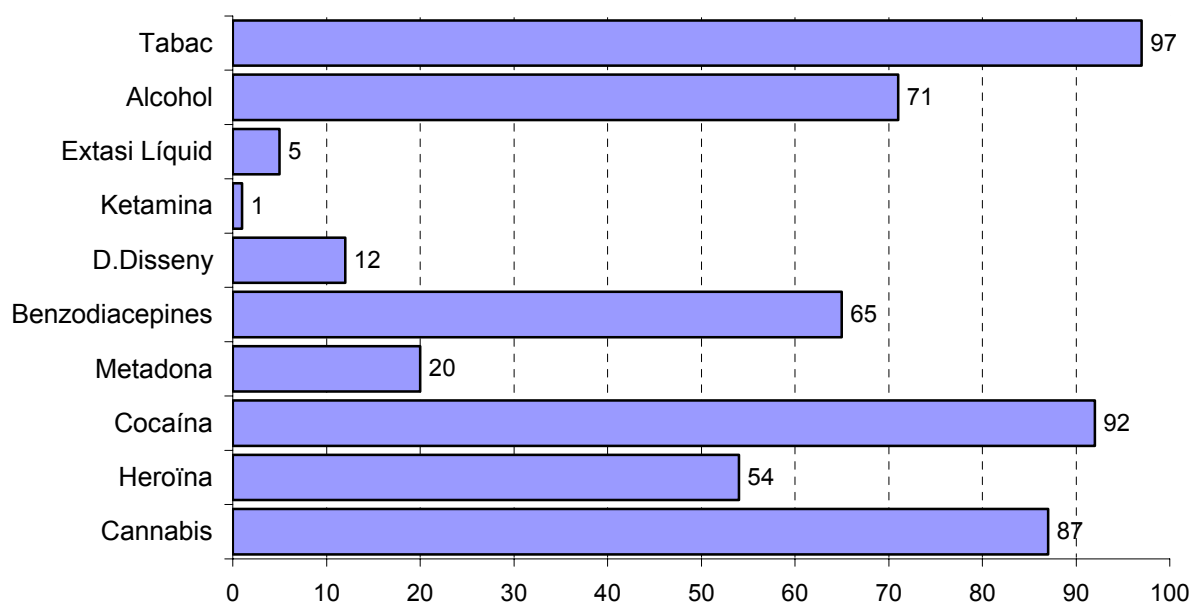


El rang d'inici del consum de cannabis oscil·la entre 7 i 23 anys, dels 12 al 33 per a l'heroïna i, per a la cocaïna entre 9 i 39 anys. L'edat d' inici del cannabis es similar a les dues mostres valorades, mentre que la del consum d'heroïna i cocaïna es mes primerenca als reclusos joves.

Gràfic núm.10 : Edat inici consum

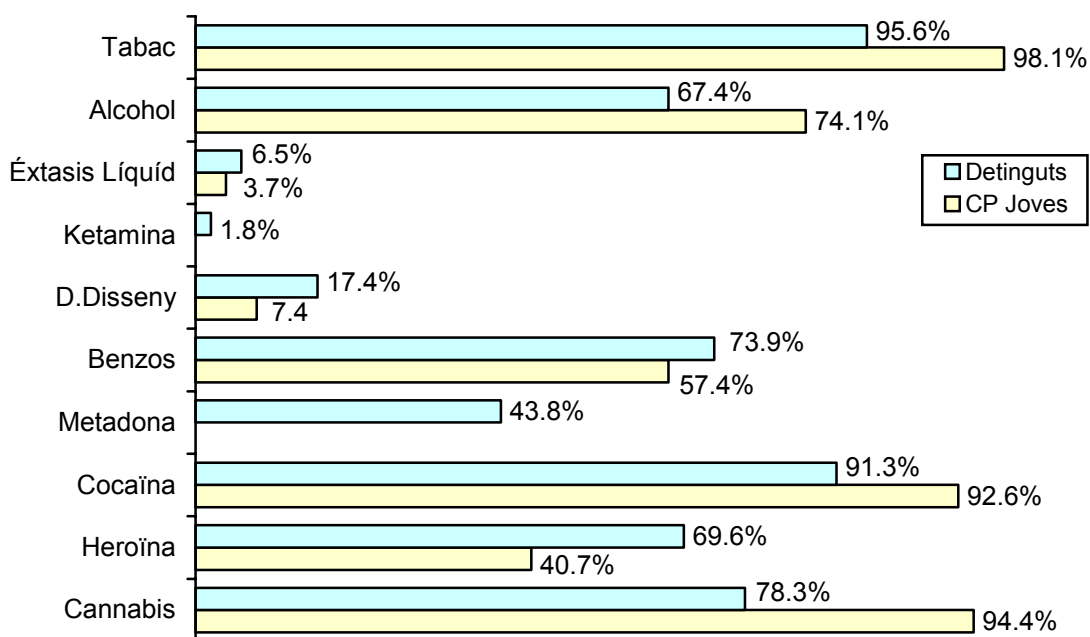


Gràfic núm.11: Perfil de consum



Els pacients estudiats son politoxicomans amb un consum de cocaïna del 92%. Els interns de la presó de joves consumeixen menys heroïna i metadona il·legal, així com més cannabis.

Gràfic núm. 12- Policonsum a les dues mostres



Taula 4 - Anys de drogoaddicció

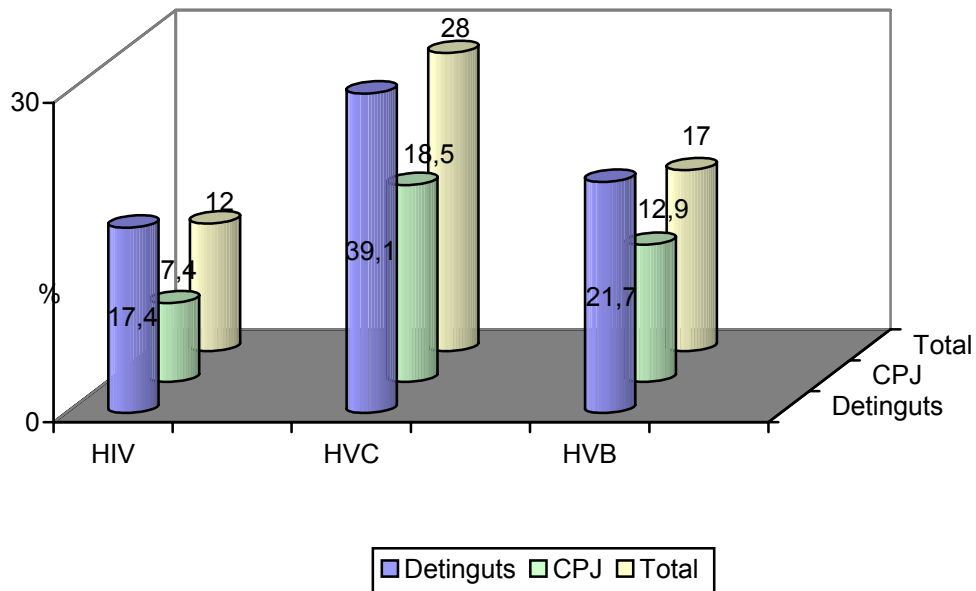
Anys	CPJ		Detinguts		Total
	casos	%	casos	%	
< 1- 5	43	79.6	16	34.8	59
6 - 15	11	20.4	17	36.9	28
≥ 16	0	0	13	28.3	13

La distribució percentual d'anys de drogoaddicció es relativament homogènia als detinguts, no així als joves ja que la majoria porten només fins a cinc anys de consum.



### 7.3. VIH, VHC i VHB

Gràfic núm. 13- Percentatge de positivitat al VIH, VHC, VHB.



Destaquem l'alta freqüència de positivitat als tres virus, essent molt més elevada a la mostra de detinguts (gràfic 13). Cal recordar l'alt percentatge d'usuaris de drogues per via parenteral (gràfic 9).

## 7.4. Delictes

El 73% dels subjectes comenten delictes contra la propietat, el segon delicte en freqüència son els delictes contra la Salut Pública. La causa de la detenció en la població a disposició judicial es en un 45.6% per furt, mentre que els joves reclusos en un 75.9% comenten robatoris amb força o amb violència o intimidació.

Taula 5 - Distribució de la mostra per tipus de delictes

	CPJ		Detinguts		Totals
	casos	%	casos	%	casos
Delictes contra la propietat	45	83.3	28	60.9	73
Furt	4		21		25
Robatori amb força	19		5		24
Robatori amb violència/ intimidació	22		2		24
Delictes contra Salut Pública	4	7.4	10	21.7	14
Altres	5	9.3	8	17.4	13
Lesions /Homicidi	1		3		4
Agressió sexual	1		0		1
Altres	3		5		8

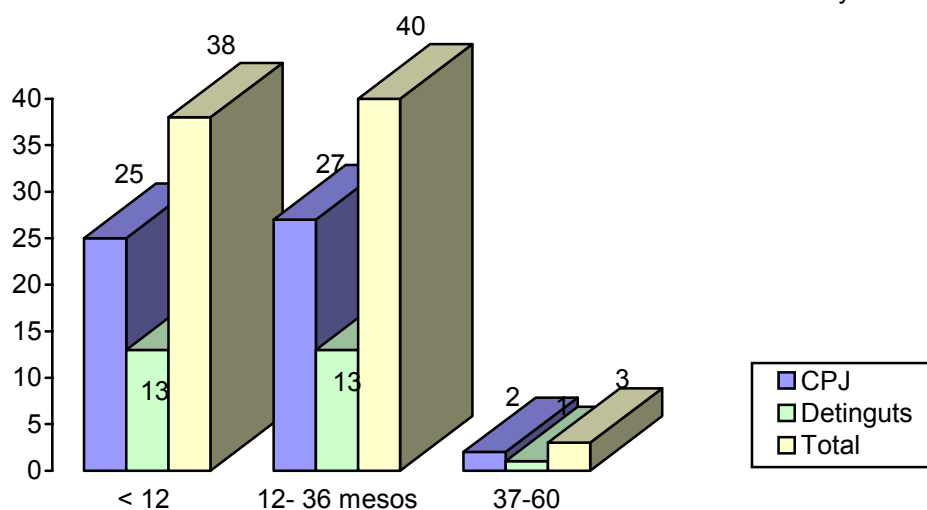
Taula 6 - Distribució per nombre de detencions i condemnes

	CPJ		Detinguts		Total
	casos	%	casos	%	casos
Nombre de detencions.					
1 - 5	39	72.2	21	45.7	60
6 - 10	14	25.9	10	21.7	24
> 10	1	1.9	15	32.6	16
Nombre de condemnes					
0	1	1.9	9	19.6	10
1 - 5	53	98.1	32	69.6	85
6 - 10	0	0.0	3	6,5	3
> 10	0	0.0	2	4.3	2

La població valorada ha sigut detinguda cinc o menys vegades (60%) i ha sigut condemnada d'una a cinc vegades en un 85%.

El *temps de reclusió durant els últims 5 anys*, be en un centre de menors i/o a la presó, ha sigut del 100% pels joves reclusos i del 58.7% (27 casos) pels detinguts a disposició judicial. Tot plegat, el 81% de la mostra ha estat privada de llibertat durant els darrers 5 anys. El 96.3% dels subjectes es concentren als períodes de reclusió menors a 3 anys (gràfic 14).

Gràfic núm.14- Mesos de reclusió els darrers cinc anys.



## 7.5. Tractaments rebuts per drogoaddicció i repercussió als pacients, al seu entorn i a la societat

Taula 7- Percentatge de pacients en tractament

	CPJ		Detinguts		Total
	casos	%	casos	%	
Amb tractament	52	96.3	41	89.1	93
Sense tractament	2	3.7	5	10.9	7

El 7% de la mostra mai ha rebut tractament per la seva drogoaddicció.

Taula 8 - Distribució segons el tipus de tractament

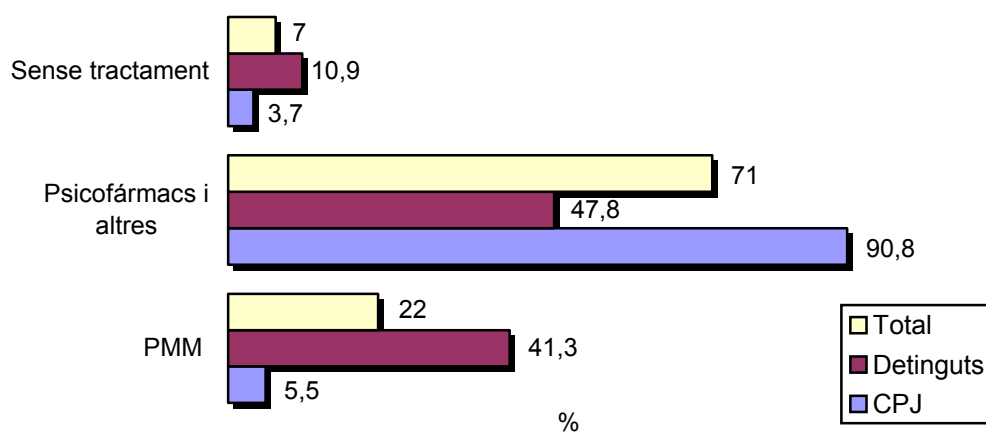
	CPJ N= 52		Detinguts N = 41		Total N= 93	
	casos	%	casos	%	casos	%
PMM	3	5.8	19	46.3	22	23.7
Altres	49	94.3	22	53.7	71	76.3
a. Psicofàrmacs	37	71.2	16	39.0	53	56.9
b. Lliure drogues	1	1.9	1	2.5	2	2.2
c. Psicoteràpia	0	0	1	2.5	1	1.1
d. Varis (a-b-c)	11	21.2	4	9.7	15	16.1

Els drogoaddictes i/o consumidors de drogues del CPJ majoritàriament fan tractament amb psicofàrmacs (94.3%). Pocs d'aquests pacients reben tractament amb metadona (PMM), malgrat que el 40.7% consumeixen heroïna

(taula 3), el motiu es que els reclusos joves valorats intenten deshabituar-se sense prendre un altre opiaci.

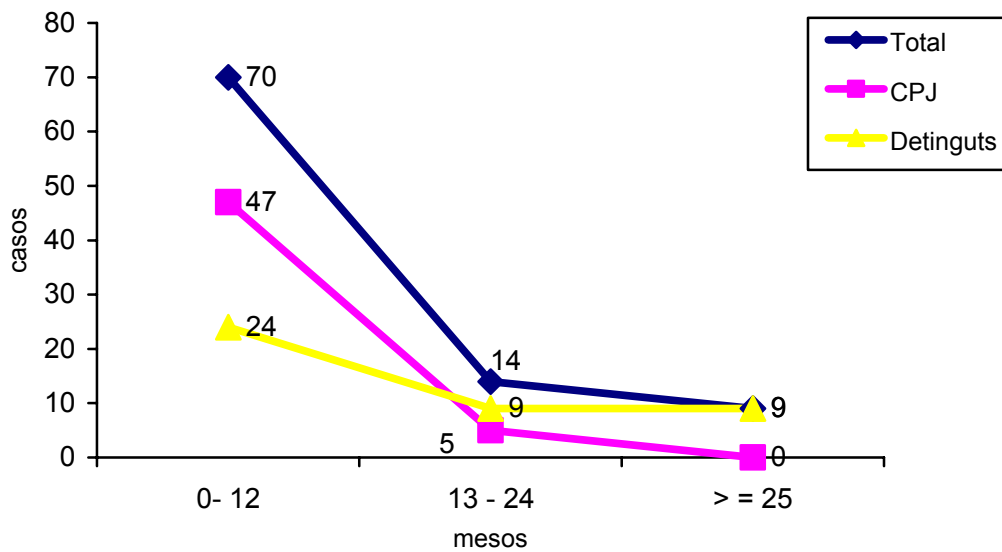
El 46.3% dels detinguts de Barcelona estudiats han rebut tractament amb metadona i en un percentatge similar s'han beneficiat de tractaments amb psicofàrmacs. Pocs pacients de les dues mostres han fet tractament combinats amb psicoteràpia o lliure de drogues (taula 8).

Gràfic núm. 15- Percentatge de pacients amb o sense tractament.



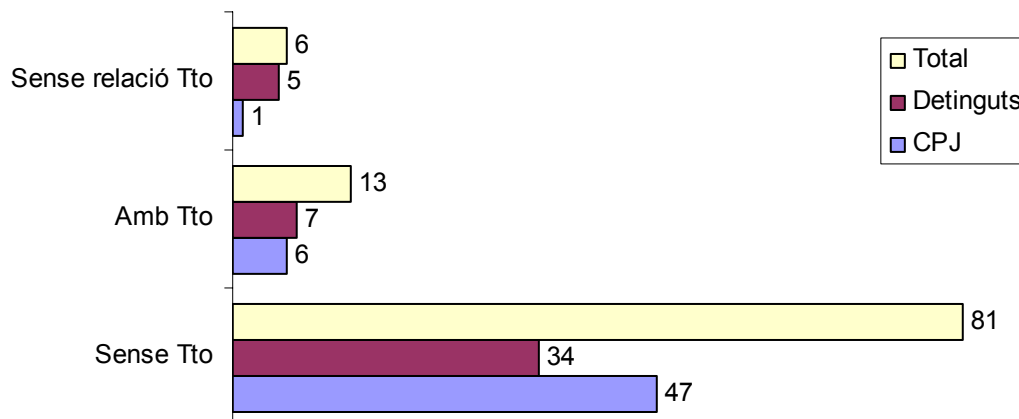
El 93% de la mostra han rebut o fan algun tipus de tractament per la drogodependència.

Gràfic núm 16- Distribució segons el nombre de mesos en tractament.



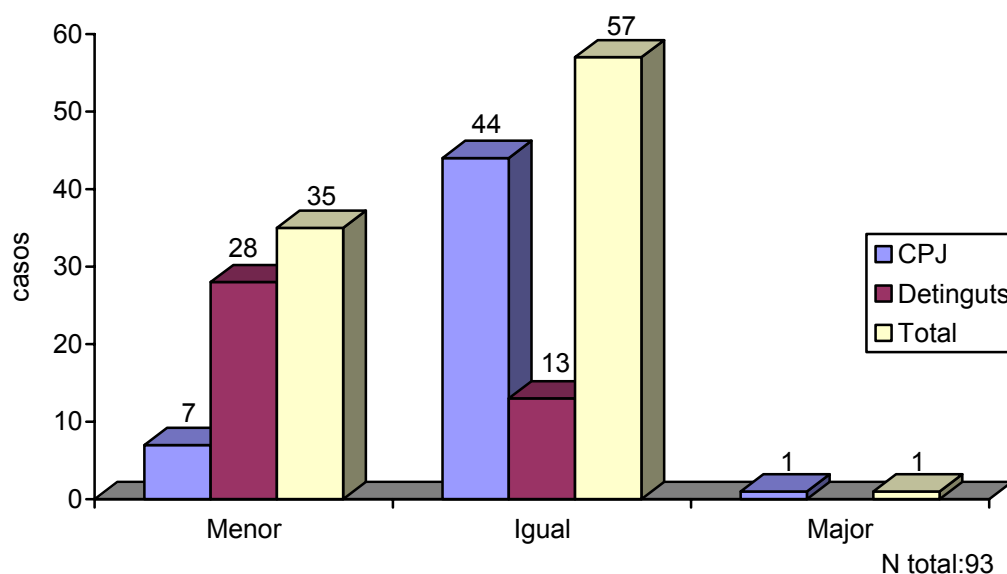
El temps màxim que han estat en tractament els detinguts ha sigut 120 mesos i, el de reclusos joves 18 mesos. El 70% de la mostra global han fem tractament només un màxim de 12 mesos.

Gràfic núm. 17- Quan es va cometre l'acte antinormatiu el subjecte estava:



El 81% de la mostra valorada no estava en tractament quan va cometre l'acte motiu de la seva situació penal, un 13% estaven en tractament i un 6% no vinculen tractament i delictes (gràfic 17).

Gràfic 18- Conflictivitat penal durant el tractament



El 37.6% de la mostra total te menor conflictivitat penal quan es troba en tractament (gràfic 18).

Taula 9 - Influència dels tractaments a l'autoagressivitat, heteroagressivitat i en la violència als fets antinormatius

	CPJ	N=52	Detinguts	N=41	Total	N= 93
	casos	%	casos	%	casos	%
<b>Autoagressivitat</b>						
menys	9	17.3	34	82.9	43	46.2
igual	42	80.8	5	12.2	47	50.6
mes	1	1.9	2	4.9	3	3.2
<b>Heteroagressivitat</b>						
menys	7	13.5	34	82.9	41	44.1
igual	44	84.6	5	12.2	49	52.7
mes	1	1.9	2	4.9	3	3.2
<b>Violència</b>						
menys	6	11.5	30	73.2	36	38.7
igual	46	88.5	10	24.4	56	60.2
mes	0	0	1	2.4	1	1.1

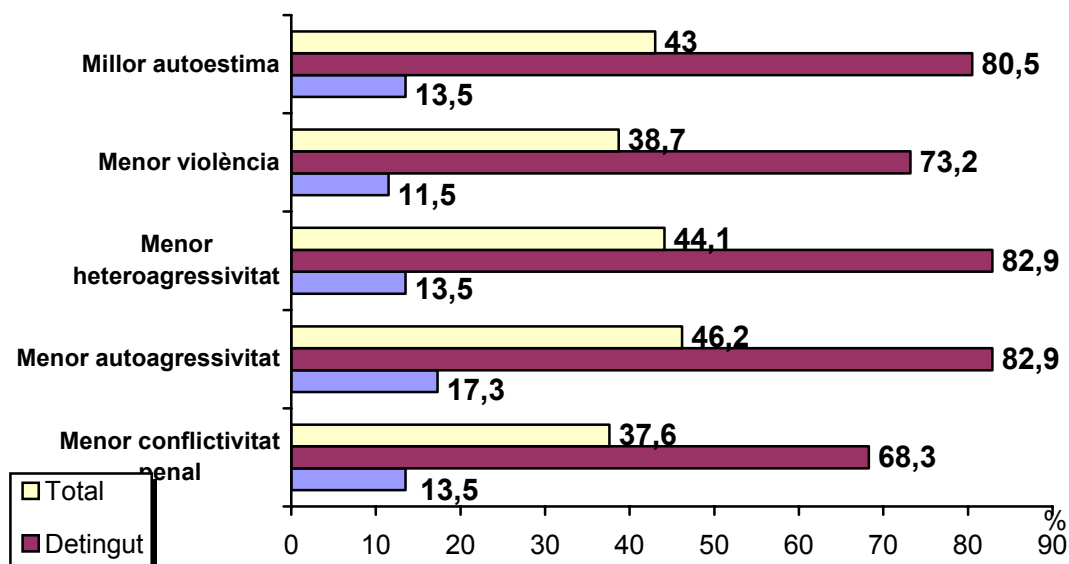
Els detinguts en tractament tenen menys autoagressivitat, heteroagressivitat i violència als fets delictius, mentre que als joves reclusos els tractaments rebuts no han modificat aquestes variables.

Taula 10- Influència dels tractaments a les relacions familiars, treball i autoestima

	CPJ	N=52	Detinguts	N=41	Total	N= 93
	casos	%	casos	%	casos	%
Família						
millor	6	11.5	25	60.9	31	33.3
pitjor	0	0	2	4.9	2	2.2
igual	21	40.4	8	19.5	29	31.2
No relació	25	48.1	6	14.6	31	33.3
Treball						
millor	1	1.9	19	46.3	20	21.5
pitjor	0	0	1	2.4	1	1.1
igual	16	30.8	4	9.7	20	21.5
No treballa	35	67.3	17	41.5	52	55.9
Autoestima						
millor	7	13.5	33	80.5	40	43
pitjor	1	1.9	0	0	1	1.1
igual	44	84.6	8	19.5	52	55.9

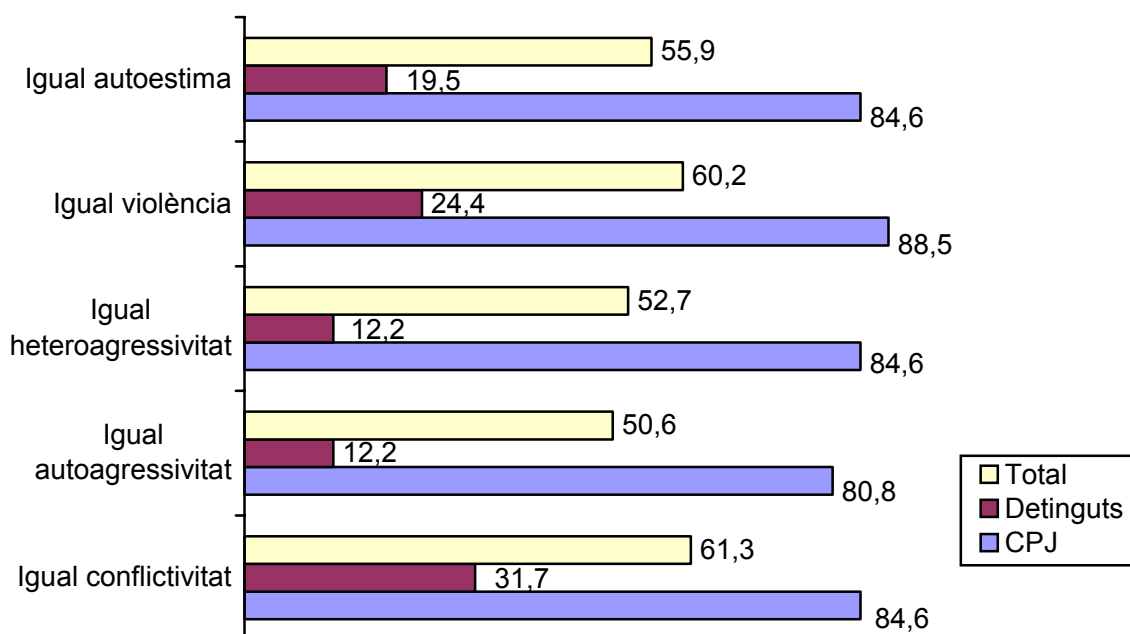
Un 33.3% de la mostra no te relacions familiars i un 55.9% dels pacients no treballen. L' autoestima es millor als detinguts en tractament.

**Gràfic 19- Repercussió positiva dels tractaments en percentatge.**



Al gràfic 19 es veuen representades variables de les taules 9 i 10, queda demostrat el major benefici dels tractaments sobre tot a la població de detinguts a disposició judicial.

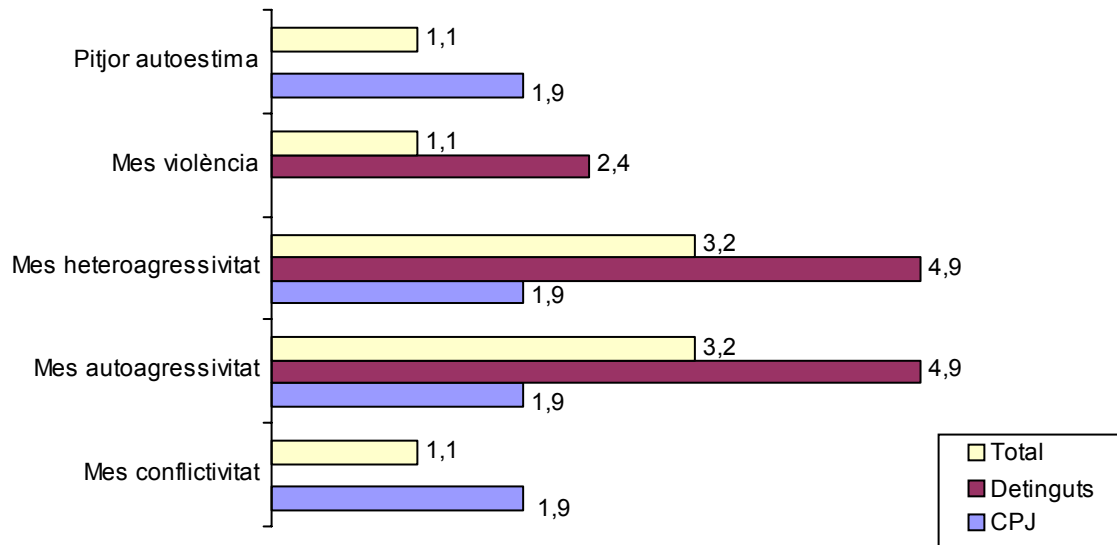
Gràfic 20- Percentatge de la no repercussió dels tractaments als drogaaddictes.



A la població de reclusos joves valorada els tractaments rebuts no han modificat en general l'autoestima, l'autoagressivitat, l'heteroagressivitat, la conflictivitat penal ni la violència als fets delictius (gràfic 20). Pocs pacients de la mostra analitzada consideren que els tractaments siguin perjudicials, i en totes variables son sempre els mateixos subjectes (gràfic 21).

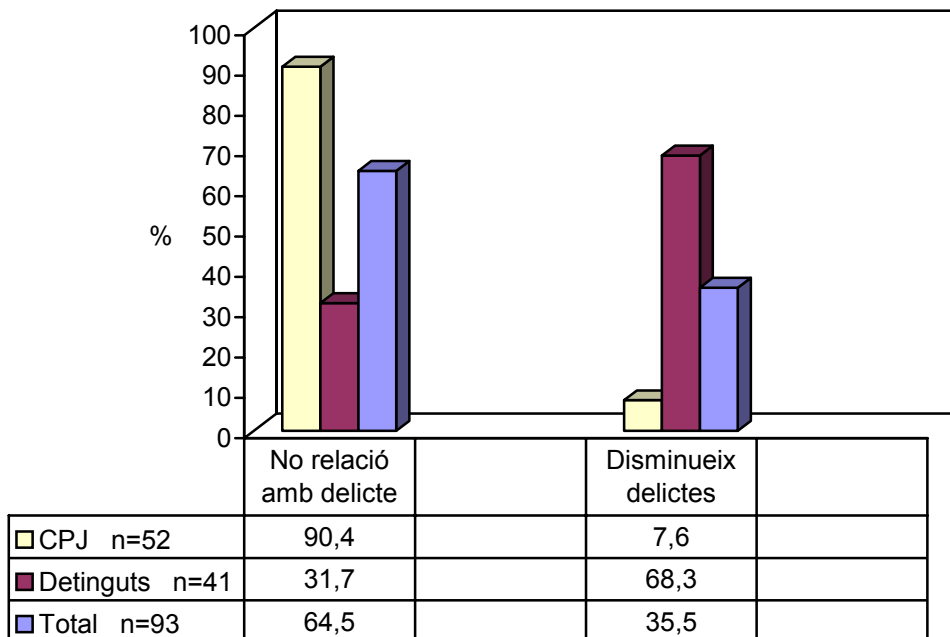


Gràfic 21- Valoració percentual negativa dels tractaments pels pacients.



Cap pacient considera que portar tractament augmenti el nombre de delictes. Els interns de joves creuen que no hi ha relació entre delictes i estar en tractament, en contraposició els detinguts pensen que el tractament disminueix la delictologia.

Gràfic 22- Creu vostè que el tractament te relació amb els delictes?



## 7.6. Associació de variables i grau de significació (Prova de chi-quadrat)

Taula 11 - consum de cocaïna / heroïna per via intravenosa i hiv, vhc i vhb (prova de  $\chi^2$  - chi-quadrat)

	p
Hiv i consum heroïna via injectable	0,002
Hiv i consum cocaïna via injectable	0,000
Vhc i consum heroïna via injectable	0,000
Vhb i consum heroïna via injectable	0,001

Hi ha una associació estadísticament significativa entre ser portador del virus VIH i: a) el consum d'heroïna per via injectable ( $p=0,002$ ) o, b) amb el consum intravenós de cocaïna per via injectable ( $p=0,000$ ).

L' utilització de la via intravenosa pel consum d'heroïna esta estadísticament associat amb ésser portador de l'hepatitis C ( $p=0,000$ ) i amb ser HVB (+) ( $p=0,001$ ).

Taula 12 - HIV i freqüència / quantitat del consum d' heroïna (prova de  $\chi^2$  - chi- quadrat)

	p
Hiv i consum heroïna freqüència	0,205 NS
Hiv i consum heroïna quantitat	0,277 NS

No existeix relació estadísticament significativa entre ser portador del virus HIV i: a) la freqüència (esporàdic o habitual) del consum d'heroïna ( $p=0,205$ ) o, b) amb la quantitat d'heroïna que es consumeix ( $p= 0,277$ ).

Taula 13- Associació de la variable tipus de tractament i diferents variables (prova de  $\chi^2$  - chi-quadrat)

	p
Tipus de tractament i detencions	0,008
Tipus de tractament i nombre de condemnes	0,865 NS
Temps de tractament i nombre de condemnes	0,576 NS

Hi ha una relació estadísticament significativa entre tenir menor nombre de detencions i als subjectes que segueixen tractament amb psicofàrmac, en relació amb els que fan tractament amb metadona o que estan sense tractament ( $p=0,008$ ).

El nombre de condemnes no guarda relació amb el tipus de tractament seguit (p=0,865).

A la nostra mostra el nombre de condemnes no guarda relació amb el temps de tractament seguit pels subjectes (p=0,576).

*Taula 14- Associació de la variable tipus de tractament i diferents variables (prova de  $\chi^2$  - chi-quadrat) als detinguts al jutjat de guàrdia*

	<b>p</b>
Tipus de tractament i autoagressivitat detinguts	0.241 NS
Tipus de tractament i heteroagressivitat detinguts	0.242 NS
Tipus de tractament i violència detinguts	0.264 NS

L'autoagressivitat i l'heteroagressivitat milloren i, la violència als fets delictius es menor en la majoria del detinguts en tractament (gràfic 19). No hem trobat una relació estadísticament significativa entre aquestes variables i que els pacients portessin tractament amb metadona o amb psicofàrmacs.

*Taula 15- associació de la variable tipus de tractament i diferents variables (prova de  $\chi^2$  - chi-quadrat) al CPJ*

	<b>p</b>
Tipus de tractament i autoagressivitat joves	0.673 NS
Tipus de tractament i heteroagressivitat joves	0.776 NS
Tipus de tractament i violència joves	0.232 NS

L'autoagressivitat, l'heteroagressivitat i la violència als fets delictius quasi no varia als reclusos joves en tractament (gràfic 20), no hem trobat una relació estadísticament significativa entre aquestes variables i portar diferents tipus de tractament.

Taula 16 - associació de la variable tipus de delictes amb diferents variables (prova de  $\chi^2$  - chi-quadrat)

	p
Tipus delictes consum opiacis freqüència	0,330 NS
Tipus delictes i consum opiacis quantitat	0,040 NS
Tipus delictes i consum opiacis via (inhalada o injectable)	0,373 NS
Tipus delictes i temps tractament	0,876 NS
Tipus delictes i tipus de tractament	0,694 NS
Tipus delictes i nacionalitat	0,066 NS
Tipus de delictes i estat civil	0,389 NS
Tipus delictes i anys drogoaddicció	0,384 NS
Tipus delictes i número detencions	0,530 NS
Tipus delictes i número condemnes	0,885 NS

Hi ha un major nombre de subjectes que consumeixen heroïna de forma habitual i cometes delictes contra la propietat, però la diferència amb la comissió de cap altre tipus de delictes no és significativa ( $p=0,330$ ).

Hi ha una relació estadísticament significativa entre consumir heroïna en quantitat major d'un gram diari i la comissió de delictes contra la propietat ( $p=0,040$ ).

El tipus de delictes comesos (contra la propietat, salut pública i altres ) no guarda relació amb la via de consum dels opiacis, inhalat o injectat ( $p=0,373$ ).

El temps en tractament dels subjectes no guarda relació amb el tipus de delictes comesos (contra la propietat, salut pública, d'altres) ( $p=0,876$ ).

Portar tractament amb metadona, psicofàrmacs o no haver estat en tractament no guarda relació amb el tipus de delictes comesos (contra la propietat, salut pública, d'altres) ( $p=0,694$ ).

No hi ha relació entre la nacionalitat dels subjectes i el tipus de delictes comesos ( $p=0,066$ ).

A la mostra hi ha més subjectes amb estat civil solter que cometen delictes contra la propietat, però no hi ha diferències significatives entre l'estat civil i el tipus de delictes comesos ( $P=0,389$ ).

L'augment d'anys de drogoaddicció no té relació amb el tipus de delictes comesos pels subjectes ( $p=0,384$ ).

El nombre de detencions no està relacionat amb el tipus de delictes comesos pels subjectes ( $p= 0,530$ ).

El nombre de condemnes no està relacionat amb el tipus de delictes, encara que existeix major nombre de subjectes que cometen delictes contra la propietat i tenen menor nombre de condemnes ( $p=0,885$ ).

*Taula 17 Associació de la variable anys de drogaaddicció i nombre de condemnes / detencions (prova de  $X^2$  - chi- quadrat)-*

	<b>p</b>
Anys drogadicció i número de condenes	0,000
Anys drogadicció i número de detencions	0,027

Sí augmenta els anys de drogoaddicció augmenta el nombre de condemnes de la població ( $p=0,000$ )

Si augmenta els anys de drogoaddicció augmenta el nombre de detencions ( $p=0,027$ )

No s'han establert relacions amb el treball i la unitat familiar ja que gran part de la mostra no tenia treball ni relacions amb la família.

## 8. Discussió

Des de fa anys nombrosos estudis han evidenciat l'associació droga i delinqüència, de tal manera que els estudis bibliogràfics sobre les característiques sobre els consumidors de drogues, obeeixen fonamentalment a tres moments en que el toxicòman es visitat pel facultatiu sanitari (al jutjat de guàrdia, a la presó i als centres de deshabitació); es a dir, pel metges forenses, els metges de les presons i pels metges assistencials extrapenitenciaris.

El sexe masculí dels detinguts, a disposició judicial, estudiats te un alt índex de conductes delictives en relació al femení, amb percentatges del 87%, dada que coincideix amb la literatura que refereix percentatges de criminalitat pels homes que oscil·len entre el 76.6 y 91.5% (33, 34, 35, 36, 37, 38, 39).

La majoria de toxicòmans estudiats per altres autors es situen entre els 18 i 26 anys (33), per altres entre els 21 i 25 anys (34, 35), i altres estudis puguen l'edat (36), establint l'interval més usual entre els pacients de 25 i 29 anys. Les edats mitjanes es situen entre els 24.6±4.2 anys (36), , xifra en la que estaria inclosa els 27.20 anys d'edat citat pe altres autors (37). Estudis realitzats en població arrestada (40) als jutjats de guàrdia de l'Hopitalet de Llobregat de Barcelona troben una edat mitjana de 28.2 anys, essent el rang entre 16 i 51 anys. Al nostre estudi el rang d'edats oscil·la entre 18 i 52, la mitjana de 25.5 anys i el 62% tenen 25 o menys anys coincidint amb els estudis abans mencionats.

Hi ha estudis que diferencien entre l'edat de consum de les drogues en general i específicament de l' heroïna. Les edats de primer contacte amb drogues il·legals es situen entre els 11 i 15 anys (33, 36, 39), altres (38) contempnen intervals entre els 15.3±3 anys i, en toxicòmans delinqüents (41) es situen entre 14.04 + 2.28 anys, nosaltres hem trobat que el consum de cananbis s'inicia a una edat mitja de 14.4 anys. Per a l'edat de consum d'heroïna, es donen edats mitjanes compreses entre els 17-19 (33, 36, 39), 18.63 ±4.28 (41),

18.62 (40), i 19 +4.1 (38). A la població estudiada l'heroïna comença a consumir-se als 19.2 anys.

El patró de consum es de múltiples substàncies amb consum del 92% de cocaïna i d'heroïna del 54%. El temps de consum fins a cinc anys es major (79.6%) que l'obtingut en altres consumidors de drogues (52.56%) a disposició judicial (40).

El consum de cocaïna esporàdic i habitual continua en una línia ascendent. Tots als indicadors reflecteixen un augment mantingut durant els últims anys. Actualment aquesta droga es la quarta substància més consumida tant entre els joves com entre la població general (42). Aquest increment de l'us de la cocaïna es produeix a moltes llocs d'Europa. Tres grups tenen una prevalença més alta: a) els joves, especialment en ambients festius, b) els grups socials marginals i, c) els opiaci-dependents en PMM que addicionen la cocaïna. Es necessitarien desenvolupar estratègies per l'abordatge del problema en aquest grups (43). En un estudi realitzat en detinguts a disposició judicial a l'any 2000 consumien un 35.3% cocaïna com tòxic fonamental (40). Als joves reclusos (29, 44), des de l'any 1991 al 2004 hi ha una tendència a l'augment del consum de cocaïna i una disminució en el consum d'heroïna. Els toxicòmans amb problemàtica penal valorats consumeixen com segona droga, després del tabac, la cocaïna.

Al nostre estudi, els UDVP representen el 22.8% per a la cocaïna i del 38.9% per a l'heroïna. En 1992 el consum de la via endovenosa era del 70.3% (42), als 1991 al 1995 del 63.4% (45). i a l'any 2004 del 42.3% per a l'Heroïna (42).. Les nostres dades son coincidents amb altres (40, 46). en demostrar el descens de l'us de la via parenteral, fet diferenciador a la forma de consum d'anys enrera (31,47).

A la mostra valorada, més individus (58.3 %) consumeixen quantitats d'1 o més grams d'heroïna diària, que els trobats (14%) en altres estudis (38). Hi ha

una relació estadísticament significativa entre consumir heroïna en quantitat major d'un gram diari i la comissió de delictes contra la propietat ( $p=0,040$ ).

Comproven que el consum de drogues de disseny decreix a la població estudiada, només un 12%, en relació al 61.1% d'un altre mostra judicial similar estudiada a l'any 2003 (42, 48). El consum d' éxtasis líquid (GHB) es molt minoritari (42), dels pacients valorats per nosaltres un 5.1% la havien provat o consumit.

La gran majoria d'autors estan d'acord en que son els delictes contra la propietat els més freqüents als drogaaddictes (33, 40, 49, 50, 51, 52, 53, 54), però també coincideixen en què junt amb aquests son els delictes contra la salut pública els segons en freqüència (33, 40, 50 54, 55, 56)., els nostres resultats coincideixen en freqüència de tipologia delictual.

Com a la resta de la literatura mundial (38), nosaltres trobem uns antecedents delictius importants. Si augmenta els anys de drogoaddicció augmenta el nombre de detencions i condemnes, existint una relació estadísticament significativa. La mostra valorada ha sigut detinguda en la seva totalitat i condemnada en un 90% dels casos. Altres estudis (36). realitzats a toxicòmans fora del medi judicial troben menys percentatge de detencions (52.1%), estaven pendents de judici 35.8% i condemnats només el 20.8%.

Dintre de la població que ha seguit tractament destaquen els plans de manteniment amb metadona (PMM) que impliquen el seguiment psicològic a més del tractament específic farmacològic. Els PMM ofereixen avantatges ja coneguts i s'han publicat nombrosos treballs que avalen la positivitat dels mateixos (11). No obstant això, s'ha detectat que els PMM es contaminen amb l'ús simultani d'altres drogues particularment la cocaïna i amb freqüència les benzodiacepines.

L'estudi indica que tractem amb una població politoxicomana on la sol·licitud d'un tractament per l'addicció a un tòxic sol comportar la continuïtat de l'ús d'altres tòxics. La metadona obtinguda de forma terapèutica es consumeix



amb freqüència amb el cannabis, la cocaïna i les benzodiazepines. A la mostra valorada es detecta que el 72.7% dels pacients en PMM consumeixen de forma habitual cocaïna.

Hem valorat en el grup d'estudi que la majoria dels subjectes no inicien el tractament per l'obligatorietat de compliment de penes com mesura alternativa, si no per iniciativa pròpia o en relació a la seva privació de llibertat. La promulgació de la LO 10/95 de 23 novembre del CP i el RD190/96 de 9 de febrer del Reglament Penitenciari crea un marc jurídic pel tractament d'aquesta problemàtica i deuria de reduir l'ingrés a la presó de delinqüents joves. S'aprofita la pressió judicial per a motivar al drogodependent a sotmetre's al tractament.

En altres països existeixen institucions com "Els Tribunals de Drogues d' Estat Units". A finals dels 80 el sistema de Tribunals de Miami va començar a col·locar transgressors en un programa intensiu de tractament de drogues concebut com mesures alternatives a l'empresonament. En 1994 havia 12 tribunals de drogues en USA, actualment hi ha més de 1200. Els professionals dels tribunals de drogues d' USA han viatjat a altres països per a compartir les seves experiències. L'associació nacional de Professionals de Tribunals de Drogues (NADCP) fundada en 1994 i l'Institut Nacional de Tribunals de Drogues (NDCI) en 1997 es van adherir a l'Associació Internacional de Professionals de Tribunal de Drogues (AIPTD) (57). Al nostre país no existeix un sistema similar en l'actualitat.

Altres organismes com l'*Health Council of the Netherlands* considera el dret dels detinguts a cures mèdiques, psicològiques i psiquiàtriques incloent el tractament d'addicció a drogues, però les possibilitats legals d'imposició de tractament son limitades. L'*Addiction Support Section* estudia la reducció de danys, com el manteniment amb metadona, però l'èxit de les intervencions depèn del seguiment i la continuïtat de les cures instaurades inclòs el tractament psiquiàtric. *The Penal Care facility for Addicts* (SOV) és una nova opció de sanció en el codi penal on els addictes poden ser admesos

involuntàriament a tractament per un màxim de 2 anys (58). A Espanya el tractament al drogodependent com a conseqüència de mesura alternativa no pot superar el temps de condemna.

S'han fet seguiments específics per valorar la utilitat dels tractaments en delinqüents juvenils. En 118 delinqüents addictes juvenils en tractament durant 4 anys es va incloure teràpia multisistèmica i es va analitzar el comportament criminal, l'ús de tòxics i la presència de símptomes psiquiàtrics. Hi va haver diferències quant a l'activitat agressiva però no en relació amb les activitats delictives contra la propietat i no es van demostrar efectes sobre els símptomes psiquiàtrics. El resultat es va interpretar com que el tractament produïa algun tipus de benefici sense ser conclouent (59). A la població estudiada hem comprovat que el pacient en tractament millora l'autoestima en un 43%, l'autoagressivitat en un 46.2%, l'heteroagressivitat en un 44.1% i la conflictivitat penal en un 37.6%.

Kaplan y Dadock (60) diuen que “malgrat que els delictes de la majoria dels addictes tenen per objecte aconseguir ingressos per a comprar drogues mitjançant robatoris menors, furts en comerços i venda de drogues, recentment, un major nombre d'addictes apareixen implicats en robatoris majors que tenen potencial de violència”. L'ús de violència als fets delictius dels addictes a opiacis ha sigut evidenciat també per altres autors, per tot això és tant important estar en tractament ja que als nostres pacients la violència als fets delictius ha millorat en un 38.7%.

Al nostre estudi, una part de la població va iniciar tractament mèdic amb medicaments de tipus benzodicepines i pel fenomen de tolerància van acabar derivant en una addicció al fàrmac que va conduir a la seva adquisició de forma il·legal i a l'autoconsum en un 65%. Malgrat això, hem vist que els pacients en tractament amb psicofàrmacs son detinguts menys vegades que els tractats amb metadona o que no porten tractament en la població valorada.

A l'estudi es diferencien els subjectes que pertanyen al *Centre Penitenciari de Joves* amb una mitjana d'edats de 20.5 anys on es constata que han disminuït els consums drogues de disseny de forma important en relació amb dades d'anys anteriors en que el consum era del 65.60% (48). en relació al 7.4% actual. *La població dels jutjats de guàrdia* de major edat, edat mitjana de 31.8 anys, porten més anys de consum, però van iniciar el consum de cocaïna i heroïna mes tard que els joves reclusos. Els joves inicien el consum d'heroïna a l'edat mitjana de 16.9 i de cocaïna als 16.2 anys, mentre que els detinguts aquesta edat es situa per a l'heroïna als 20.8 i per a la cocaïna als 21.2 anys. L'edat d'inici, estudiada en una enquesta escolar a l'any 2004, de consum de cocaïna son els 15.8 anys (42), aquesta dada es similars a la de la població de reclusos joves. Les edats d'inici del consum de cocaïna i heroïna als detinguts a disposició judicial a Barcelona i al CPJ estudiats a l'any 2006 son similars als de l'any 2003-2004 (61).

La diferència del rang d'edat en la població del centre de joves i la del jutjat de guàrdia no ha influït en la decisió d'iniciar tractament. Cal remarcar que el 96.3% dels joves han rebut tractament, al igual que el 89.1 de l'altra mostra, malgrat d'haver considerar a priori que, els joves no s'haurien plantejat iniciar tractament per no entreveure la perillositat del consum de tòxics i no haver sofert encara conseqüències o deteriorament visibles derivats d'això. Per aquest motiu consideraven que ells no valorarien la necessitat de seguir tractament mèdic o psicoterapèutic, però la seva situació de privació de llibertat i l'abordatge pels equips multidisciplinaris de la presó han pogut influir de forma positiva. La mostra de població del jutjat de guàrdia, que ja compte en molts casos amb historial delictiu o problemàtica legal era previsible que hagués considerat com a beneficiós la inclusió en algun tipus de tractament com el programa de manteniment amb metadona (46.3%) ja que hi ha més addictes a l'heroïna (69.4%). Només un 5.8% dels joves estan o han estat en PMM.

Les drogodependències son malalties cròniques, amb períodes de abstinència i recaigudes. El tractament del drogodependent es un procés llarg i complex, per

la qual cosa hi haurà, qui difícilment serà capaç d'iniciar i continuar en tractament. Al nostre estudi s'observa que són freqüents els abandonaments dels que van començar algun tipus de tractament, amb interrupcions i nous seguiments, en molts casos per temps curts. El 70% de la mostra global han fet tractament només un màxim de 12 mesos, malgrat que un 41% dels subjectes porten mes de sis anys de drogaaddicció. En qualsevol cas hem de considerar que el subjecte es un pacient en tractament mèdic o psicoterapèutic, tot i que el seguiment al llarg del seu historial de drogaaddicció és esporàdic. Per aquest motiu no s'aconsegueixen millores notables o canvis conductuals, socials o laborals importants. No queda demostrat una milloria en l'esfera laboral dels toxicòmans en tractaments del centre penitenciari de joves, el 67.3% no treballen i només un subjecte reconeix milloria en aquest camp. Aquests son un grup amb baix nivell d'estudis (primaris 98%), desestructuració familiar i sense mantenir relacions familiars en un 48.1%. El 11.5% dels joves milloren el tracte familiar amb tractament. El 60.9% dels detinguts amb tractament milloren la relació familiar i, un 46.3% milloren les activitats laborals.

La valoració dels subjectes que han realitzat algun tractament per un temps estimable és positiva, millora la seva vida o els produeix algun tipus de benefici, però en relació als delictes un 13% dels individus valorats (gràfic 17) reconeixen que comenten actes delictius estant en tractament, i a més a més un 64.5% del total (gràfic 22) té la convicció subjectiva de que el tractament no tenia influència ni impedia les seves activitats delictives o antinormatives.

Els estudis que s'han realitzat en institucions penitenciàries són més nombrosos. Silvosa (62) analitza en una població drogodependent, detinguts i empresonats, les variables que influeixen en el seu comportament i els tractaments a què van ser sotmesos amb dades procedents de l'Observatori Espanyol de Drogues. En un estudi en 5 comunitats autònomes (Castilla la Mancha, País Basc, Castilla Lleó, Múrcia i Aragó) sobre el seguiment dels PMM aquest va ser del 51,5%, 21,3%, 28%, 44,7% i 48,8%. El tractament intrapenitenciari va valorar l'extensió a mòduls lliures de droga amb implementació d'una comunitat mixta intrapenitenciària, així com la derivació

dels interns als recursos comunitaris en especial en el tractament amb metadona. L'any 1997 es va incrementar la inclusió al tractament amb derivació a recursos comunitaris en un 81,4% respecte a l'any anterior. Només un 7% dels pacients valorats mai havien rebut tractament per la seva drogaaddicció.

Als anys 1997 i 1998 es comença a valorar l'interès dels programes d'atenció al consumidor de drogues en comissaries i jutjats ja que no tots els detinguts entren a presó. Aquesta iniciativa en comissaries té més història que als jutjats on és més recent. En moltes comunitats autònomes està en via d'implantació, però encara no s'ha desenvolupat a la Comunitat Autònoma de Catalunya.

Altres estudis en detinguts com el de Moretin i cols en 578 subjectes (63). i el de Otero i cols en 164 subjectes (64). aporten dades sobre el consum de drogues i tipologia.

Els efectes terapèutics que es realitzen en comunitats intra o extrapenitenciàries en relació amb la reincidència en la comissió de delictes s'ha estudiat en una mostra de 180 subjectes per Caixal i Roca (65). Van estudiar les dades penals, la durada del tractament rebut i el temps fins a la reincidència en el delicte. Segons les seves dades, realitzar el tractament i tenir una bona evolució en el curs de la teràpia, incideix en l'estil de vida dels subjectes, facilitant la seva rehabilitació sense diferències significatives entre els programes intra o extrapenitenciàries seguits. El centre penitenciari de Joves de Barcelona té diversos programes de tractament al drogaaddicte tant individuals com grupals i coordina amb els centre extrapenitenciaris el seguiment dels reclusos en llibertat.

Un estudi que recull aspectes avaluats per nosaltres és el dut a terme per la Fundació Pau Ciutadana, a Xile en el 2005 (66) sobre consum de drogues en detinguts aplicant la metodologia del l'ADAM (*International Arrestee Drugs Abuse Monitoring Program*). El treball avalua la necessitat de tractament dels enquestats. Un 70% d'ells considerava que els seria beneficiós rebre

tractament. El 21% dels detinguts havia seguit tractament en el passat i el 6% es trobava en tractament en el moment de ser detingut. A la nostra mostra el 93% havia fet tractament o estava fent tractament. Al país d'aquell estudi s'estima que de 200.000 consumidors de drogues sol 12.000 van rebre atenció i dins de la població penal es disposa de 300 quotes de tractament de drogues per a una població de 40.000 interns. Promoure aquests tractaments a més d'una política de drogues és també una política de seguretat ciutadana i de salut a la comunitat.

En el nostre estudi el consum de benzodicepines és elevat (65%), coincideix amb altres països com USA, on en algunes zones sobrepassen al d' opiacis dins de la població arrestada (5,6), a la mostra valorada es consumeixen opiacis en un 54%. L'estudi (5) de 1572 d'arrestats es va realitzar a través del programa ADAM.

En relació amb el sexe en dones arrestades per delictes relacionats amb les drogues es va estudiar l'impacte de curts tractaments en un grup de 165 dones a Oregon i la influència i relació amb diferents variables (67). Al nostre treball les dones en la mostra de detinguts representen només un 13%. Abram i cols (68) estudien 1272 dones arrestades per a valorar patologia comòrbida psiquiàtrica amb l'ús de tòxics. Del total, el 8% va presentar severes alteracions mentals i d'elles un terç complia criteris d'abús de tòxics. Aquests estudis permeten detectar individus d'alt risc i iniciar tractaments en els serveis de salut mental abans que tornin als seus llocs d'origen. Cap dona dels detinguts valorades a la mostra patien patologia dual.

Tractaments específics mèdics i psicoterapèutics s'han avaluat en el tractament específic d'algunes drogues com la cocaïna (69), alguns (19) indiquen una disminució de consum, passant d'un consum de un 70% abans del tractament a un 12%. Aquestes teràpies deurien valorar-se a la població analitzada que consumeix majoritàriament cocaïna.

Les nostres dades són difícils de validar per procedir de respostes autorreferidas i individualitzades, però de gran transcendència per néixer de la reflexió personal dels pacients afectats, els quals, en definitiva, son els coneixedors de les causes fonamentals dels fracassos de les teràpies. No s'ha comptat amb dades objectives d'historial mèdic o de drogoaddicció a la població de detinguts, la qual cosa suposa una limitació.

Les *limitacions* de l'estudi o problemes metodològics a l'estudi de la relació toxicomania- delinqüència. L'estudi de la interacció entre les toxicomanies i delinqüència planteja diversos problemes metodològics que poden provocar un biaix en la valoració dels resultats obtinguts. Al nostre estudi es poden sintetitzar als següents aspectes:

- La infravaloració del nombre d'individus addictes a drogues en la població valorada, ja que per una banda la mostra no comprèn tots els detinguts que arriben al jutjat de guàrdia perquè alguns van refusar participar a l'estudi, en un 10%. I a més a més, la mostra pot estar infra-representada per accedir a l'estudi sol els drogodependents més inveterats que sol·liciten amb més insistència demanda de medicació i atenció del metge forense.
- L'estudi realitzat amb consumidors coneguts que demanen tractament, poden tenir un biaix per la manca d'altres grups controls d'usuaris de drogues desconeguts, que no demanen ajuda per la seva addicció.
- La sinceritat dels drogodependents al contestar als qüestionaris d'avaluació a vegades pot ser dubtosa. Els relats mes comuns que refereixen els drogaaddictes respecte al consum de drogues i les seves activitats delictives demostren que aquests no solen donar excessius detalls sobre les esmentades activitats.
- Una altra limitació va ser que no es va poder accedir a la mida muestral dissenyada en el temps programat en principi per dificultat de selecció o

no participació. També per haver disminuït la població toxicòmana als reclusos joves.

- Existeix el problema de la interpretació de les estadístiques oficials sobre la relació entre les drogues i la criminalitat (70). La notificació dels delictes no es un procés aleatori degut a dos motius: per una banda els toxicòmans delinqueixen amb més freqüència per això son detinguts més vegades, i per altra banda, molts crims no es denuncien a la policia. Els arrestos i les condemnes no son un indicador amb total fiabilitat ja que això depèn en part de l'habilitat del subjecte per evitar ser detingut i del tipus i la freqüència amb que aquesta es produeix.

El nostre estudi emfatitza la relació dels tractaments amb la drogoaddicció, però han de realitzar-se amb major amplitud i cobrir altres necessitats sanitàries així com intentar iniciar-los als primers estadis del consum. Per tot això, la detecció de l'abús de drogues, les seves seqüeles i la malaltia mental han de motivar a la planificació dels serveis sanitaris dels països (71).

EL 7% de la població valorada no ha sol·licitat tractament mèdic per la qual cosa no podem relacionar-lo amb els objectius de l'estudi. No obstant això, sí que és indicatiu que aquest grup de població requeriria un acostament per part de la política de drogues per promoure la inclusió en algun tipus de tractament. Si el drogodependent no s'apropa al sistema el sistema s'ha d'apropar a ell. La intervenció als departaments policials i als jutjats on la seva situació legal encara no està definida seria l'entorn idoni per iniciar aquesta acció de suport i ajudar als drogodependents. També els serveis mèdics de les presons juguen un rol primordial.

El 93% ha estat en tractament, però alguns massa curts. Hem de potenciar la inclusió, l'adhesió i el seguiment per a que el nombre d'abandonaments sigui el menor possible.



A les comissaries o jutjats de guàrdia de Catalunya deuen iniciarse l'abordatge del tractament del drogodependent. Aquestes dependències deuriem comptar amb un equip multidisciplinar, amb funcions diferenciades conceptualment i organitzativament, que derivés els pacients al sistema públic de salut.

Es recomenable que els protocols assistencials es revisin, s'unifiquen i s'adaptin a l'entorn penitenciari i judicial i si calgués, derivar als col·lectius específics a la xarxa de drogodependències:

- Centre d'Atenció i Seguiment (CAS)
- Unitats Hospitalàries de Desintoxicació (UHD)
- Comunitats Terapèutiques (CT)
- Centre de dia
- Unitats de patologia dual

Els percentatge d'utilització de la via intravenosa en el consum UDVP encara continuen essent important a la població toxicòmana estudiada. Hem trobat que existeix una associació estadísticament significativa entre la via de consum parenteral d'heroïna i cocaïna i el HIV i, també l'associació entre el consum intravenós d'heroïna i els VHB i VHC. Per tot això, s'han de seguir promovent els programes de reducció de danys (PMM... i PIX) amb estratègies individuals i col·lectives que minimitzin els efectes físics, psíquics i socials negatius associats al consum de drogues, ja que aquest produeixen entre altres efectes beneficiosos: una disminució de les probabilitats de mort per sobredosi, una disminució de la incidència de VIH o de contagi de hepatitis C o hepatitis B i una disminució de la conflictivitat penal.

Hem potenciar com àmbits d'intervenció bàsics per a la salut del drogodependent i els beneficis derivats per a la societat:

- Programes de salut a l'escola
- Programes de salut a les famílies
- Prevenció a l'àmbit laboral

- Prevenció en col.lectius específics ( metge de presons i metge forense)
  - Interns dels centres penitenciaris
  - Detinguts a disposició judicial
- Prevenció de minories ètniques i immigrants
- Capacitació, formació i suport dels professionals sanitaris

## 9. Conclusions i propostes

Els tractaments produeixen un benefici als pacients toxicòmans i disminueixen la conflictivitat penal.

Els tractaments es deuen iniciar als primers estadis del consum, així com potenciar l'adhesió i el seguiment per a que el nombre d'abandonaments sigui el menor possible.

S'han de seguir promovent els programes de reducció de danys per a minimitzin els efectes físics, psíquics i socials negatius associats al consum de drogues.

Hem potenciar com àmbits d' intervenció bàsics per a la salut del drogodepent i els beneficis derivats per a la comunitat la prevenció en col·lectius específics: interns dels centres penitenciaris i detinguts a disposició judicial.

A les comissaries o jutjats de guàrdia de Catalunya deuria iniciar-se l'abordatge del tractament del drogodependent. Aquestes dependències caldria que comptessin amb un equip multidisciplinar, que derivés els pacients al sistema públic de salut.

Seguir potenciant els programes de tractament intrapenitenciaris ja que es un moment idoni pel tractament integral dels drodaaddictes i tenir una bona coordinació per a derivar a la xarxa especialitzada extrapenitenciària als pacients en llibertat.

## 10. Bibliografia

ABRAM K.; TEPLIN L.; MC CLELLAND G. "Comorbidity of severe psychiatric disorders and substance use disorders among women in jail". *Am J Psychiatry* (2003), núm. 5; p. 1007-10.

"Actuar es posible: actuaciones de los médicos forenses y de los servicios socio-sanitarios de los juzgados ante los consumidores de las drogas". *Plan Nacional de drogas* (1992)

*An overview study: assistance to drugs users in European Union prisons.* OEDT (2001)

ARROYO A.; CORONES D.; MARRÓN M.T.(*et al.*) "Programes de manteniment amb metadona (PMM) a la presó: canvis socials i sanitaris". *Addiccions*. Vol. 12, (2000), núm. 2; p. 187-194.

ARROYO A.; MARRÓN T.; LEAL M.J. *Valoració de l'impacte i repercussió de les drogues de disseny al medi judicial. Aspectes forenses als àmbits civil i penal.* DOGC núm. 3907-18/6/2003. [Ajut econòmic per a la realització de projectes de recerca en els àmbits de l'execució penal, la mediació penal, l'atenció a la víctima, l'administració de justícia i el dret propi de Catalunya. Departament de Justícia i Interior. Centre d'Estudis Jurídics i Formació Especialitzada]

BALL J.L.; SHAFFER J.W.; NURCO D.N. "The day-to-day criminality of heroin addicts in Baltimore. Estudy in the continuity of ofference rates". *Drug and Alcohol Dependence* Vol. 12, (1983); p. 119-142.

BEDOYA A.; LEAL M.J.E.; GARCÍA M.A.; (*et al.*) "Evolució del Consum de Heroïna i Cocaïna als Interns que ingressen al Centre Penitenciari de Joves de Barcelona". *II Congrés Nacional de Sanitat Penitenciària. II Jornades de la SESP* [Barcelona] (5-7 de novembre de 1998).

CABALLERO MARTÍNEZ, L. *Adicción a cocaína: neurobiología, clínica, diagnóstico y tratamiento*. Madrid: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional de Drogas y Ministerio de Sanidad y Consumo, 2005. [Secretaría General de Sanidad]

CAIXAL G.; ROCA X. "El Tratamiento de la conducta adictiva en comunidad intra y extrapenitenciaria: análisis de una muestra". *Trastornos Adictivos* (1999), núm. 1; p. 246-250.

CASAS, J.D.; RODRÍGUEZ, M.A.; *Manual de Medicina Legal i Forense*. Madrid: Colex, 2000.

CHOU C.P.; HSER Y.I.; ANGLIN M.D. "Longitudinal treatment effects among cocaine users: a growth curve modeling approach". *Subst Use Misuse*. Vol. 38, (2003), núm. 9; p. 1323-43.

COLOM J. "Situació actual global en conductes addictives". *Jornada pels Equips Directius de l'àmbit penal per l'abordatge de conducte addictives* [Barcelona] (28 de febrer de 2006). [Òrgan Tècnic de Drogodependències. Departament de Salut Pública]

COMAS D.; CARRON J.; HERNÁNDEZ M.I. (*et al.*) "Metodología de los estudios de seguimiento. Resultado de una investigación". *Adicciones*. Vol. 4, (1992), núm. 2; p. 111-126.

*Consultat el 28.11.06*. Disponible en:

<http://www.ncjrs.gov/ondcppubs/policy/strategy/apendice.html>.

*Consum de Drogues no Institucionalitzades*. Pla de Salut de Catalunya (2002-2010).

CROSSEN-WHITE H.; GALVIN K. "A follow-up study of drug misusers who received an intervention from a local arrest referral scheme". *Health Policy*. Vol. 61, (2002), núm. 2; p.153-71.

DELGADO S.; TORRETA J.M.; CABRERA J. *Medicina Legal en drogodependències*. Madrid: Harcourt, 1999.

ERICKSON P.; BUTTERS J. "How does the Canadian juvenile justice system respond to detained youth with substance use associated problems? Gaps, challenges and emerging issues". *Subs Use Misuse*. Vol. 40, (2005), núm. 7; p. 953-73.

*Estadística del Servei de Sanitat*. Secretària de Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justícia Juvenil. Departament de Justícia. Generalitat de Catalunya.

GARCIA A.; EZQUIAGA E. "Estudio descriptivo de una muestra de 433 drogodependientes que acudieron a un centro de salud mental". *Adicciones*. Vol. 3, (1991), núm. 2; p. 167-180.

GÓMEZ M.; OSUNA E.; SEIQUER C.; (et al.) "Patología orgánica asociada en adictos a drogas por vía parenteral. Estudio de una muestra de 200 pacientes". *Adicciones*. Vol. 4, (1992), núm. 2; p. 127-134.

GORDON M.; KINLOCK T.; BATTJES R. "Correlates of early substance use and crime among adolescents entering outpatient substance abuse treatment". *Am J Drug Alcohol Abuse*. Vol. 30, (2004), núm. 1; p. 39-59.

HAASEN C. and cols. "Cocaine use in Europe. A Multi-Centre Study". *European Addiction Research*. Vol. 10, (2004); p. 139-146.

HEFFERNANT B.; FINN J.; SAUNDERS J.B. (et al.) "Substance use disorders and psychological distress among police arrestees". *Med J Aust*. Vol. 179, (2003), núm. 8; p. 399-411.

HENGGES W. "Four years follow-up of multisystemic therapy with substance abusing and substance-dependent juvenile offenders". *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* (2002), núm. 7; p. 868-74.

HURTADO E. *Consumo de drogas en detenidos. Aplicación de la metodología I-ADAM en Chile*. Fundación Paz Ciudadana, 2005.

INCARDI J.A.; CHANBERS C.D. "Un reported criminal involvement of narcotic addicts". *Journal of Drug Issues* Vol. 2, (1972); p. 57-64.

JAINCHILL N.; HAWKE J.; MESSINA M. "Post-treatment outcomes among adjudicated adolescent males and females in modified therapeutic community treatment". *Subst Use Misuse*. Vol. 40, (2005), núm. 7; p. 975-96.

JIFE informe anual (1996)

JOHNSON T.; CHO I.; FENDRICH (*et al.*) "Treatment need and utilization among youth entering the juvenile corrections system". *J Subst Abuse Treat*. Vol. 26, (2004), núm. 2; p. 117-28.

KAPLAN H.I.; DADOCK B.J. *Drogodependencias. Tratado de psiquiatría*. 2ª Edición. Barcelona: Savat SA, 1989.

LEAL M.J.; MARRÓN T.; ARROYO A. "Drogas de diseño: impacto en sanidad penitenciaria y medicina forense". *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* Vol. 8, (2006), núm. 3; p. 27.

*Legislación Penitenciaria*. Editorial Civitas, S.A., 1999.

*Los Tribunales de drogas en Estados Unidos*. Disponible en:  
<http://usinfo.stat.gov/journals/itdhr/0503/ijds/tox.htm>

MARRÓN M.T.; CASTELLANO M.; LEAL M.J.E. "Exploración a detenidos en el juzgado de guardia de Hospitalet de Llobregat". *Segundas Jornadas Catalanas de Actuación en Medicina Forense*, [Barcelona] (1993)

MARRÓN M.T.; LEAL M.J.; BEDOYA A. "Detingut drogodependent a disposició judicial a l'Hospitalet de Llobregat en tres períodes de temps diferents (1991, 1994 i 2000)". *VI Jornades Catalanes d' Actualització en Medicina Forense* [Barcelona] (22-24 de novembre de 2001).

MARTÍN, E.; "El futur dels usos de drogues: l'estratègia 2000-2008". *Trastorns Addictius* (2001), núm. 3; p: 161-33.

MARTÍNEZ B.; CASTELLANO M. *Drogodependencias e imputabilidad*. Madrid: Ciencias Humanas y Sociedad, 1993; p. 549-562.

*Memòria de l'any 2004 del Servei Mèdic del Centre Penitenciari de Joves*. Subdirecció General de Programes de Rehabilitació i Sanitat. Direcció General de Recursos i Règim Penitenciari. Secretària de Serveis Penitenciaris, Rehabilitació i Justícia Juvenil. Departament de Justícia. Generalitat de Catalunya.

*Memòria de l'any 2005 de l'Institut de Medicina Legal de Catalunya (IMLC)*. Disponible en: [http://www.gencat.cat/justicia/temes/adjudicat/seccions\\_tematiques/medicina\\_forense/index.html](http://www.gencat.cat/justicia/temes/adjudicat/seccions_tematiques/medicina_forense/index.html).

MORETÍN B.; GOSTIN A. "Análisis de la delincuencia habitual en una muestra de 578 detenidos". *Actualidad Penal* Vol. 8, (1998): p. 163-73.

MORRISON D.; GICHRIST G. "Prisson admission health screening as a measure of health needs". *Health Bull (Edimb)* Vol. 59, (2001), núm. 2; p. 114-9

NAVARRO J.A.; ASO J.; MARTÍNEZ B.; (et al.) "Aplicación del mini-test cognoscitivo a un grupo de consumidores de opiáceos detenidos en el juzgado de guardia". *XV Congreso de la Academia Internacional de Medicina Legal y Medicina Social* [Zaragoza] (1991).



NAVARRO J.A.; RODRÍGUEZ E.; ASO J.; (et al.) *Valoración Médico Forense del problema de la droga. Algunos aspectos de interrelación multidisciplinaria: forense, policial y sanitaria*; Diputación General de Aragón, 1988; p. 7-19.

NAVARRO J.A.; RODRÍGUEZ E.; ASO J.; (et al.) *Estudio medico forense del consumidor de heroína con problemas legales*; Diputación General de Aragón,[s.d.], p. 21-31.

NAVARRO J.A.; RODRÍGUEZ E.; ASO J.; (et al.) *Estudio de algunos datos del perfil del consumidor de drogas y su incidencia sobre diversos aspectos sociales*; Diputación General de Aragón,[s.d.], p. 57-67.

NIDA: National Institute on Drug Abuse (Septiembre 2006)

Observatori Espanyol sobre Drogues. "Informe núm. 6". Informes de l'Observatori Espanyol sobre Drogues. [Madrid] (2003), núm. 6

Observatorio Europeo de la Droga y las Toxicomanías (OEDT). (Marzo-Abril 2002).

OTERO B.; MEDRANO M.; GÓMEZ J.L.; Diputación General de Aragón,(et al.) "Estudio epidemiológico de los detenidos puestos a disposición judicial en Pontevedra". *Libro Actas XXII Jornadas Socidrogalcohol* (1995) p. 575-81.

PARRY C.D.; PENDEMAN A.; LOUW A.; (et al.) "The 3-metres study of drugs and crime in South Africa: finding and policy implications". *Am J Drug Alcohol Abusi*. Vol. 30, (2004) núm. 1; p. 167-85.

PLUDDMANN, A.; PARRY, C.D.; MYERS, B.; (et al.) "Ecstasy use in South Africa: findings from the South African Community Epidemiology Network on Drug Use (SACENDU) project (January 1997-decembre 2001)". *Subst Use Misuse*, Vol. 39, (2004), núm. 1; p. 87-105.

RELINQUE B.; CORREA J.F. "Evolución del perfil de los usuarios de drogas a su ingreso en la prisión de Murcia desde 1996 hasta el año 2000". *III Congreso Nacional de Sanidad Penitenciaria* [Granada] (Octubre 2000)

SÁNCHEZ A.; ARROYO J.M.; CASTELLANO M. "La personnalité des délinquants toxicomanes". *XXXXVIII<sup>a</sup> Congrès International de la Langue Française de Médecine Legal et Médecine Sociale* [Strasbourg] (1986); p. 951-960.

SAVAGE J.L.; SIMPSON D.D. "Drug use and crime during a four-year post-treatment period". *American Journal of Drug and Alcohol Abuse* Vol. 8, (1981); p. 1-16.

SEGUI J.; CASCIO A.; ARAGON C. "Diferencias clínicas entre toxicomanos delincuentes y no delincuentes". *Toxicomania y delincuencia. IV Simposium Europeo Regional de la AIDSM* [Barcelona] (1991)

SEGUI J.; PABLO J. *Delincuencia y toxicomania. Trastornos psíquicos en las toxicomanías*. Sitges: Neurociencias, 1992; p. 221-237.

*Sesiones CICAD 36 Sesión*, (2004)

SHEERING I.; GREEN T.; SELLMAN (*et al.*) "Reduction in crime by users on a methadone maintenance therapy programme in New Zealand". *NZ Med J*. Vol. 117, (2004), núm. 1190; p. U795.

SILVOSA G. "Análisis de la población drogodependiente con problemas jurídico-penales a través del Observatorio Español de Drogas" *Trastornos Adictivos* Vol. 3, (1999); p. 211-21.

STRAUSS S.; FALKIN G. "The first week after drug treatment. The influence of treatments on drug use among women offenders". *Am J Drug alcohol Abuse* Vol. 27, (2001), núm. 2; p. 241-64.

UNGLAUB W.; LONCAREK E.; WISMATH M.; (et al.) "Outcome of a substitution therapy program in an outpatient treatment setting of a psychiatric hospital". *Psychiatr Prax.* Vol. 31, (2004), Suppl. 1; p. S26-8.

VAN DE KLIPPE C.J. "Treatment of drugs-addicted detainees:and advisory report by the health Council of the netherlands". *Med Tijdschr genees Kd* Vol 147, (2003), 8349; p. 1653-7.

VICENTE M.; FONT A.; VERDU F.; (et al.) "Delitos y aspectos penales en drogodependientes atendidos en el juzgado de guardia". *Revista Española de Medicina Legal Año XVIII.* (1991), núm. 66-69; p. 13-17.

VILLANUEVA E. "Ventajas al menos teóricas de la legalización de la heroína". *Toxicomania y delincuencia. IV Simposium Europeo Regional de la AIDSM* [Barcelona] (1991); p. 245-255.

YACOUBIAN, G.S. "Correlates of benzodiazepine use among a sample of arrestees surveyed through the Arrestee Drug Abuse Monitoring (ADAM) Program". *Subs Use Misuse*, Vol. 38, (2003), núm. 1; p. 127-39.

YACOUBIAN, G.S.; URBACH B.J.; LARSEN K.L.; (et al.) "Exploring benzodiazepine use among Houston arrestees". *J Psychoactive Drugs.* Vol. 34, (2002), núm. 4; p. 393-9.

[www.whitehousedrugpolicy.gov](http://www.whitehousedrugpolicy.gov)

### **10.1. Altra bibliografia relacionada amb el tema**

AGRAWAL A.; NEALE M.; PRESCOT C.; (et al.) "Cannabis and other illicit drugs: comorbid use and abuse/dependence in males and females". *Behav.* Vol. 34, (gener-maig 2004), núm. 3; p. 217-28.

BOBES J.; CASAS M.; GUTIÉRREZ M. *Manual d'avaluació i tractament de drogodependències*. Barcelona: Ars Medica, 2003.

FILLMORE M. "Drug abuse as a problem of impaired control: current approaches and findings". *Beh Cogn Neurosci Rev*. Vol. 2, (2003), núm. 3; p.179-97.

## 11. Annexes

## **Annex 1 – protocol de recollida de dades**

- 1- Núm. de cas
- 2- Data
- 3- Filiació. Nom i cognom:
- 4- Sexe:
  - 1=m
  - 2= f
- 5- Lloc de naixement
  - 1-espanyol
  - 2- estranger
- 6- Edat:            anys
- 7- Estat civil:
  - 1-Solter
  - 2-Casat
  - 3- Parella
  - 4-Divorciat
- 8- Nivell d' estudis
  - 1- Primaris
  - 2- Graduat
  - 3- FP
  - 4- Superiors
  - 5- Analfabets
- 9- Professi6:ol style="list-style-type: none;">- 1- Qualificat:
- 2- No qualificada
- 3- Sense professi6

## 10-Historia de la drogaaddicció

Tòxics	Freqüència	Quantitat	Via	Edat inici	Dies
Cannabis	1: esporàdic 2: habitual	1:< 10 porros 2:> 10 porros			Últim consum
Heroïna	1: esporàdic 2: habitual	Habitual: 1:< 1 gr/ dia 2:> 1 gr /dia	1: Inhalatòria 2: IV		Últim consum
Cocaïna	1: esporàdic 2: habitual	Habitual: 1:< 1 gr/ dia 2:> 1 gr /dia	1: Inhalatòria 2: IV		Últim consum
Metadona Il·legal	1: si 2: no				Últim consum
Benzodiazepines	1: esporàdic 2: habitual				Últim consum
	Autoconsum 1: si 2: no				
Èxtasis, o altres amfetamines	1: esporàdic 2: habitual 3: cap setmana				Últim consum
Ketamine	1: esporàdic 2:habitual				Últim consum
Èxtasis líquid	1: esporàdic				Últim consum
	2: habitual				
Alcohol	1: esporàdic 2: habitual				
Tabac	1: si 0: no	1: <1paquet/dia 2: >1paquet/dia			

## 11-Anys de drogaaddicció

1 = <1- 5 anys

2= 6-15 anys

3= > = 16 anys

## 12-Patologies víriques associades al udvp:

HIV: 1= + 2= - 3= no sap

VHB: 1= + 2= - 3= no sap

VHC: 1= + 2= - 3= no sap

### 13-Delictologia

- Tipus de delicte- Motiu de la detenció: 1=furt, 2=robatori amb força, 3= robatori amb violència i intimidació, 4=salut pública, 5=lesions/homicidi, 6= agressió sexual, 7= altres.
- Delictes agrupats: 1= delictes contra la propietat, 2= delictes contra la salut pública, 3= altres.
- Temps de reclusió als darrers 5 anys en mesos.
- Nombre de detencions: 1= 1-5 detencions, 2= 6-10 detencions, 3= > 10 detencions.
- Nombre de condemnes: 1= 1-5 condemnes, 2= 6-10 condemnes, 3= > 10 condemnes.

### 14-Tractaments rebuts per drogoaddicció i repercussió als pacients al seu entorn i a la societat.

- Temps de duració en mesos: 1=0-12 m, 2=13-24m, 3= >=25 m.
- Tipus de tractament per drogoaddicció: 1=PMM, 2=lliure drogues, 3=psicofàrmacs, 4=associació 2/3/5, 5= psicoteràpia, 6=ningú. Tipus de tractaments agrupats: 1=PMM, 2= psicofàrmacs i altres, 3=ningú.
- Durant el fet delictiu el subjecte estava: 1= sense tractament, 2= amb tractament, 3= sense relació al tractament.
- Conflictivitat penal durant el tractament: 1=menor, 2=igual, 3=mes.
- Autoagressivitat durant el tractament: 1= Menys, 2= Igual intensitat, 3=Més.
- Heteroagressivitat durant el tractament: 1= Menys, 2= Igual intensitat, 3=Més.
- Violència als fets delictius durant el tractament: 1= Menys, 2= Igual intensitat, 3=Més.
- Relació familiar durant el tractament: 1= millor, 2=pitjor, 3= igual, 4= no te relació.
- Treball /situació labora durant el tractament l: 1= millor, 2=pitjor, 3= igual, 4=no treballa.
- Autoestima durant el tractament: 1= millor, 2=pitjor, 3= igual.



- ¿Quina creu vostè que és la influència del tractament mèdic/o psicoterapèutic en relació amb la consecució de delictes? 1= cap, 2= disminueix el nombre de delicte, 3=Augmenta el nombre de delictes.

## **Annex 2**

### **Full consentiment informat**

El senyor/a....., ha sigut informat de que s'està realitzant un treball científic sobre drogues i tractaments de caràcter voluntari i anònim. Li demanen la seva conformitat per a participar a l'estudi "INFLUÈNCIA DELS TRACTAMENTS MÈDICS I PSICOTERAPEUTICS EN LA DISMINUCIÓ DEL DELICTE EN POBLACIÓ ADDICTA A DROGUES".

Barcelona, de 2006.

Signat: Sr./Sra.

Signat: Dr./Dra.

## Relació de taules

<i>Taula 1 - Distribució per lloc de naixement.....</i>	25
<i>Taula 2 - Distribució del consum de tabac, cannabis, alcohol, drogues de disseny, benzodiacepines, ketamina, èxtasi líquid i metadona .....</i>	28
<i>Taula 3 - Heroïna i cocaïna: forma de consum i via .....</i>	28
<i>Taula 4 - Anys de drogoaddicció .....</i>	31
<i>Taula 5 - Distribució de la mostra per tipus de delictes .....</i>	33
<i>Taula 6 - Distribució per nombre de detencions i condemnes.....</i>	33
<i>Taula 7- Percentatge de pacients en tractament.....</i>	34
<i>Taula 8 - Distribució segons el tipus de tractament.....</i>	34
<i>Taula 9 - Influència dels tractaments a l'autoagressivitat, heteroagressivitat i en la violència als fets antinormatius.....</i>	37
<i>Taula 10- Influència dels tractaments a les relacions familiars, treball i autoestima .....</i>	38
<i>Taula 11 - consum de cocaïna / heroïna per via intravenosa i hiv, vhc i vhb (prova de <math>x^2</math> - chi- quadrat) .....</i>	41
<i>Taula 12 - HIV i freqüència / quantitat del consum d' heroïna (prova de <math>X^2</math> - chi- quadrat) .....</i>	41
<i>Taula 13- Associació de la variable tipus de tractament i diferents variables (prova de <math>X^2</math> - chi- quadrat) .....</i>	41
<i>Taula 14- Associació de la variable tipus de tractament i diferents variables (prova de <math>X^2</math> - chi- quadrat) als detinguts al jutjat de guàrdia .....</i>	42
<i>Taula 15- associació de la variable tipus de tractament i diferents variables (prova de <math>x^2</math> - chi- quadrat) al CPJ .....</i>	42
<i>Taula 16 - associació de la variable tipus de delicte amb diferents variables (prova de <math>x^2</math> - chi- quadrat).....</i>	43
<i>Taula 17 Associació de la variable anys de drogaaddicció i nombre de condemnes / detencions (prova de <math>X^2</math> - chi- quadrat)- .....</i>	44