



**Trabajo Fin de Grado**

# **RELACIÓN ENTRE EL CONSUMO DE DROGAS Y COMISIÓN DELICTIVA**

*Presentado por:*

**Eva María Gómez Morales**

*Tutor/a:*

**María Reyes Gavara Arnau**

**Grado en Criminología y Seguridad**

**Curso académico 2020/21**

## ÍNDICE

<b>I. INTRODUCCIÓN</b> .....	7
<b>II. LAS DROGAS</b> .....	8
2.1 Clasificación.....	9
2.1.1 Drogas depresoras del SNC.....	9
2.1.2 Drogas estimulantes del SNC.....	10
2.1.3 Drogas alucinógenas.....	10
2.2 Efectos provocados sobre el Sistema Nervioso Central.....	10
2.3 Fundamento biológico del comportamiento.....	10
<b>III. LOS DELITOS. Modelo tripartito de Goldstein.</b> .....	13
3.1 Delitos psicofarmacológicos.....	15
3.2 Delitos compulsivos con fines económicos.....	17
3.3 Delitos sistémicos.....	18
<b>IV. RELACIÓN DROGA Y DELITO</b> .....	22
4.1 Drogas más consumidas en 2020.....	23
4.2 Drogas más vinculadas a la comisión del delito.....	23
4.3 Edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas.....	24
4.4 Prevalencia según sexo.....	24
4.5 Ámbito penitenciario.....	25
<b>V. REGULACIÓN</b> .....	26
5.1 A nivel internacional.....	27
5.2 A nivel europeo.....	30
5.3 A nivel nacional.....	31
<b>VI. TRATAMIENTO DEL DROGADICTO</b> .....	34
6.1 Como infractor.....	34
6.2 Como drogodependiente.....	38
6.3 Asistencia socio-sanitaria.....	39
<b>VII. CONCLUSIONES</b> .....	42
<b>VIII. BIBLIOGRAFÍA:</b> .....	44
<b>IX. ANEXO I</b> .....	47

## **Extended summary**

The aim of this paper is to establish an approach to the relationship between drug use and criminal behavior, since vandalism and substance abuse are becoming more and more frequent, and in most cases one goes hand in hand with the other.

There is a wide diversity of behaviors that can be performed when people are under the influence of drugs, depending on the substance that has been consumed. These behaviors range from drowsiness or drowsiness, to euphoria and uncontrollable energy. In both the first and second cases, volitional and cognitive capacities are abolished, and, consequently, we do not act in the same way as when we are in normal conditions.

First of all, the different existing definitions of drugs, the different types that exist based on the effects they cause in the central nervous system of the consumer, their short term effects and duration; and the long term effects, and how these narcotic substances act at the neuronal level, changing the existing circuits in our brain. On the basis of these annotations, I intend to immerse the readers to try to go deeper into this subject in a rough way and to better understand the following explanations.

Secondly, although there are several theories that try to explain the relationship between drugs and crime, I focus particularly on one: Goldstein's model. Paul is a world-renowned New Yorker in intellectual property law, and is the author of an influential treatise of volumes on copyright and intellectual property law, as well as a professor of law at Stanford University. This expert was the creator of this model, which attempted to clarify the relationship, in the first place, of violent crimes committed in New York at the end of the 20th century with the consumption of drugs, specifically crack. This approach was so widely accepted that it is still used today as a reference for understanding the link between crime and drug use. In this regard, three types of crime can be distinguished: pharmacological crime, which is that which is committed because of being under the effects of drugs; economic-compulsive crime, when the drug addict needs drugs or money to pay for them and consequently commits a crime; and systemic crime, which is that which is found within the illicit drug trafficking market, and includes from violent acts between the different gangs, to all the illegal acts contemplated both in article 368 of our Penal Code and following, as well as in the different administrative provisions and regulations.

In addition to explaining these typologies, the most frequent crimes that can occur in each of them are summarized, since the same crimes will not be committed if you have consumed for example cannabis, where you will be more asleep and your capacities will be reduced, and the most frequent is for example reckless driving; than if you have

consumed MDMA or ecstasy, which is a stimulant drug and will cause euphoria, impulsivity, irritability... And, therefore, the crimes that can be committed involve problems with impulse control and can often be crimes against property (theft) or against people (injuries).

Thirdly, based on the analysis of different official sources of information, which include the website of the Ministry of the Interior, Ministry of Health or Penitentiary Institutions, among others, and documents that they have made from their research, such as Surveys, Action Plans, Strategies, Annual Reports... I have obtained various data that have allowed me to obtain the following information: which drugs are currently the most consumed by the Spanish population between 15 and 64 years of age, and of these, which are the most related to the commission of crime; the age of onset of consumption and the prevalence of gender; and in the prison environment, which drugs are also the most consumed in prison, the profile of the inmate and the approximate percentage of offenders serving sentences as a result of drugs.

Fourthly, although there is a multitude of regulations on drugs, both at national, European and international level, I thought it appropriate to show the most relevant. In this regard, first of all, I would like to mention the three international treaties that have marked the beginning of such regulation: The 1961 Single Convention on Narcotic Drugs, the 1971 Convention on Psychotropic Substances and the United Nations Convention against Illicit Traffic in Narcotic Drugs and Psychoactive Substances, also known as the Vienna Convention. They were born out of concern for the growing trend in the production, demand and illicit trafficking of narcotic drugs, since it poses a serious threat to the health and welfare of human beings, and being aware of their obligation to prevent and combat this evil, they sought to create a comprehensive, effective and operational instrument, directed against this problem, with the help of other international bodies.

The first two conventions seek to control narcotic drugs and to justify mainly the need to safeguard human health. And the third treaty regulates precursor chemicals for the control of drugs, carried out by the previously mentioned conventions. In addition, it has measures for the extradition of drug traffickers and controlled deliveries. The Vienna Convention, without abandoning the concern for health, is based mainly on the political, economic and cultural repercussions of illicit trafficking. It is mainly concerned with criminal prosecution, thus focusing on repressive instruments and trying to improve them.

In Europe, there are various organizations working for a drug-free world. Among them, in relation to the World Health Organization, we have its Regional Office, to fight for the

objective that the WHO has but in our continent. On the other hand, we have the European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. It is the reference point that provides the European Union and its Member States with an overview of the problems of our continent in relation to drugs, drug addiction and their consequences, with a solid evidence base to support it. In addition, we have the European Union's Early Warning System, which aims to notify the emergence of new psychoactive substances. Finally, mention should be made of the common actions taken by the member countries to combat this drug-related problem. These measures are contained in different Plans, which have been approved by the European Council.

In Spain, the most representative organism of the current problem of drugs and crime is the National Plan on Drugs, created in 1985. It was created as a government initiative aimed at coordinating and strengthening the drug policies of the different Public Administrations and converging the efforts of the social entities that until then had been working on such a complex problem, promoting the legal reforms for drug consumption and trafficking that should be carried out by the political bodies. Since the creation of the Plan, different Strategies and Plans have been elaborated and approved, which contain the actions that will be developed to achieve the objectives set, with the primary goal of seeking a healthier, more informed and safer society.

We have an instrument, the Spanish Observatory on Drugs and Addictions, which is in charge of observing and evaluating the drug situation in our country, collecting data from different sources on a permanent basis, and as a source of information on Spain, Europe and worldwide.

In our country we also have another body: Spanish Early Warning System, which prepares an annual report to develop and maintain a rapid system of detection, information exchange, evaluation and response to the emergence of new psychoactive substances.

As the competences to fight against drugs are divided between the Central Administration, the Autonomous Administration and the Local Administration, the autonomous plans on drugs emerged in parallel to the National Plan as a response to the situation of the moment. Thus, in the Valencian Community, the First Valencian Autonomous Community Plan on Drug Addiction and Other Addictive Disorders was created. Subsequently, the Strategic Plan on Drug Addictions and Other Addictive Disorders of the Valencian Community was approved, which is valid for four years, so that the Third Strategic Plan is currently in force.

Fifth and lastly, I focus on the treatment of drug addicts, which can be given from different positions. Firstly, as a patient, both physiologically and psychologically, since addiction is considered a disorder that must be treated through therapeutic and social support. And, secondly, as an offender, since in most cases they break the law.

In this sense, first of all, I will talk about the treatment provided by our Penal Code, specifically in the exonerating and extenuating circumstances of articles 20 and 21, respectively. Due to the fact that the consumption of certain substances modifies the neuronal structures, the cognitive and volitional capacities of these users are abolished in most cases. Therefore, jurisprudence and doctrine have considered that their criminal liability should be modified, which is reflected in our code in the aforementioned articles.

In short, if a person is fully intoxicated by alcohol or drugs, provided that this state has not been provoked, which is known as *Actio Liberae in Causa*; or is under the influence of an abstinence syndrome, he/she should be acquitted and be considered unchargeable, that is, that this person did not understand the unlawfulness of his/her acts at that moment and therefore cannot be reproached for this attitude. In other words, the complete exonerating circumstance of article 20.2 PC will be applied.

If the person responsible for the facts, acts in consequence of the aforementioned, but without fulfilling all the requirements in full, an incomplete exonerating circumstance, contemplated in article 21.1 PC, must be applied, which implies an attenuation of the penalty. The same happens when the author of the facts, acts in consequence of his serious addiction, which is reflected in the following paragraph of the same article. In addition, in the last section of the same article (21.7<sup>a</sup>), the analogical mitigating circumstance is contemplated, which is a kind of disaster box for when it is necessary to reduce the penalty but the action does not fit any of the previous precepts.

The unimputability and the mitigation of the penalty must be assessed by means of an expert report, since the mere consumption and affection for drugs does not directly imply the application of these precepts. However, if it is convenient to charge the person responsible, a suspension or remission of the penalty can always be contemplated, if the requirements that I will develop in this paper are met. In addition, it is important to mention that, in the event of imprisonment, these people will have to attend treatment and detoxification programs.

Subsequently, I will mention the medications that can be used for certain substances to calm addiction, especially at the time of withdrawal. These substances include methadone, buprenorphine, naltrexone, lofexidine, disulfiram, acamprosate, naltrexone, varenicline, bupropion and nicotine preparations. However, all efforts, as I have

mentioned, should be directed to treatment, in order to try to stop the individual from drug use and, consequently, to achieve recovery. The main treatment to be carried out with drug addicts is behavioral therapy, which helps people to modify their attitudes and behaviors related to drug use, and can increase the effectiveness of the previously mentioned medications.

Notwithstanding all of the above, and despite the existence of many care services for people with drug dependence, all efforts should be directed basically to prevention, to reduce risk factors and promote the protective factors of each person.

This scourge is leaving thousands of people behind, causing between 99,000 and 253,000 deaths a year, according to data provided by the United Nations Office on Drugs and Crime. Only a joint fight can put an end to this problem, which is why it is crucial that all the major spheres join forces to raise awareness in society of the damage caused by the consumption of these substances and the repercussions that all this has on a global level.

**Resumen:**

A día de hoy, el consumo de drogas es uno de los principales problemas a los que nos enfrentamos por los efectos negativos que produce, que incluyen desde la perpetración de delitos e infracciones de carácter administrativo, hasta problemas que dañan el organismo e incluso la muerte. El presente trabajo tiene como objetivo averiguar la relación existente entre el consumo de drogas y la comisión de delitos a partir del conocimiento de los efectos que provocan en los individuos y que les harán actuar así, y de las distintas tipologías de delitos que pueden cometerse. Además, se pretende conocer el perfil más frecuente a partir del tipo de droga consumida, delito y de las características de cada persona. También se profundiza en la regulación y tratamiento de los drogodependientes, para así lograr entender por qué la prevención es tan importante en esta materia. Todo ello, desde una perspectiva multidisciplinar que abarca desde doctrina y jurisprudencia, hasta materias relacionadas con la psicología y sociología.

**Palabras clave:** consumo, drogas, adicción, dependencia, abuso, delincuencia.

**Abstract:**

Nowadays, drug use is one of the biggest problems we face due to the negative effects it produces, which range from the perpetration of crimes and administrative infractions, to problems that damage the body and even the death. The present work aims to find out the relationship between drug use and the commission of crimes based on the knowledge of the effects that they cause in individuals and that will make them act like this, and of the different types of crimes that can be committed. In addition, it is intended to know the most frequent profile based on the type of drug consumed, crime and the characteristics of each person. It also delves into the regulation and treatment of drug addicts, in order to understand why prevention is so important in this area. All this, from a multidisciplinary perspective that ranges from doctrine and jurisprudence, to matters related to psychology and sociology.

**Keywords:** consumption, drugs, addiction, dependence, abuse, delinquency.



## I. INTRODUCCIÓN

En la actualidad podemos encontrar una elevada diversidad de drogas, lo que se debe a que al año suelen surgir aproximadamente cien sustancias nuevas, es decir, que cada tres días se origina una nueva. Por eso mismo, es prácticamente imposible conocer todas, pero sí que podemos hacernos una idea y conocer las más básicas. Se pueden distinguir una multitud de usos de estas sustancias, que van desde recreativos, medicinales, de autoexploración o psíquicos, hasta para rendir más en el trabajo o combatir mejor en una guerra. Son usadas desde animales, hasta humanos, de todas las civilizaciones humanas, por todos los grupos étnicos... Sin embargo, no podemos generalizar ni sus efectos ni su potencial, ya que ni todas provocan adicción –aunque la mayoría sí-, ni todas sirven para evadirse de la realidad o pasárselo bien, aunque sí que podamos afirmar que la tolerancia<sup>1</sup> es un factor común a todas ellas.

La adicción a las drogas es un trastorno que altera al cerebro y modifica el comportamiento de quienes las consumen. Pese a que en un primer momento se tenga una sensación placentera y se perciban efectos positivos, suponen un gran problema porque las drogas pueden rápidamente apoderarse de la vida de quien las consume, ya que el drogadicto puede estar seguro de estar capacitado de dominar el consumo, pero con el tiempo, se va creando, como ya he comentado, tolerancia y se tiene que consumir más cantidad de droga para sentirse “normal”, y poco a poco, esta sensación de poder controlar el consumo va desapareciendo.

La posibilidad de volverse adicto es diferente dependiendo de la persona, y depende de muchos factores el que acabe convirtiéndose como tal o no. Cuantos más factores de riesgo y menos factores de protección<sup>2</sup> tenga la persona, más probabilidad habrá de que se vuelva adicto. Todos estos factores pueden ser biológicos (genes, sexo, raza, el ciclo en el que se encuentra y/o la presencia de trastornos mentales) o ambientales (familia, amigos, escuela o vecindario). Si las personas con las que se tiene relación consumen drogas, aumentará notablemente el riesgo de que un individuo tenga problemas con éstas más adelante. También existen otros factores que pueden desencadenar una futura adicción, como son el consumo desde tempranas edades –porque la corteza

---

<sup>1</sup> Se trata de un proceso en el que el organismo, al habituarse a la sustancia, obtiene un efecto cada vez de menor entidad tras el consumo continuo de una misma cantidad de dosis, por lo que le genera al individuo la necesidad de consumir cantidades cada vez mayores para poder sentir los mismos efectos o conseguir los mismos resultados. Así pues, podemos afirmar que se trata de una cualidad de las drogas que afecta tanto física como psicológicamente.

<sup>2</sup> Es el conjunto de características personales y circunstancias situacionales y/o ambientales que reducen la posibilidad de uso y/o abuso de estas sustancias o inhiben que una persona se adentre en dicho mundo.

frontal continúa desarrollándose en esas etapas y puede quedar dañada por el consumo- o la forma de consumir la droga –ya que, fumada o inhalada, llegarán antes al cerebro y provocará la poderosa oleada de placer, lo que aumentará el potencial de adicción-.

Es importante conocer estos datos porque la drogodependencia, como se irá viendo a lo largo de todo el trabajo, es un gran problema social que ha hecho que lleguemos a un punto en el que estas sustancias se han involucrado tanto en nuestro día a día, que tenemos una concepción normalizada de ellas, lo que ha generado que su consumo cada vez sea más habitual. Además, nadie está exento de caer en este mundo, por lo que, estar bien informados y concienciados en esta materia y conocer todos los riesgos que conlleva, es una de las pocas maneras que hay de evitar su uso, y, por ende, la tendencia creciente de consumo que se contempla en los últimos años, para así conseguir acabar con esta lacra que se está llevando a miles de personas por delante.

Es muy complicado y duro el trabajo que hay por delante, pero si las grandes esferas aúnan todos sus esfuerzos y trabajan conjuntamente, se puede alcanzar el objetivo por el que se lleva luchando tantos años: reducir la oferta y la demanda de estas sustancias.

## II. LAS DROGAS

Entendemos como droga o sustancia psicoactiva, cualquier *“sustancia mineral, vegetal o animal, que se emplea en la medicina, en la industria o en las bellas artes”*. En su segunda acepción, es la *“sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno”*.<sup>3</sup>

Para la Organización Mundial de la Salud <sup>4</sup>, las drogas son *“toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce una alteración del sistema nervioso central del individuo y es, además, susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas, de acuerdo con el tipo de sustancia, frecuencia del consumo y permanencia en el tiempo”*. Según la OMS, son sustancias que, al ser tomadas, pueden modificar la conciencia, el estado de ánimo o los procesos

---

<sup>3</sup> Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española (22.a ed.). (Disponible en: <https://dle.rae.es/droga>; consultado el 28/02/2021)

<sup>4</sup> Es el organismo de la Organización de las Naciones Unidas (ONU) especializado en gestionar políticas de prevención, promoción e intervención en salud a nivel mundial. Es la autoridad directiva y coordinadora del sistema sanitario dentro de dicha Organización.

de pensamiento de un individuo.<sup>5</sup> Es decir, es toda sustancia química que introducida en un organismo vivo puede modificar alguna de sus funciones y es susceptible de crear dependencia, y que puede provocar a la vez tolerancia.<sup>6</sup>

## 2.1 Clasificación

Hay numerosas clasificaciones sobre las sustancias psicoactivas, debido a los múltiples puntos de vista desde los que se pueden evaluar.<sup>7</sup> Entre ellas, podemos destacar:

- Por su origen (naturales y sintéticas)
- Por su disposición química
- Por su carácter (estado legal o ilegal)
- Por su acción farmacológica
- Por su peligrosidad
- ...

No obstante, lo más efectivo es seguir el criterio que sigue la OMS, donde ha querido agrupar las drogas por las consecuencias que provocan en el sistema nervioso central, y se muestra de la siguiente manera:

### 2.1.1 Drogas depresoras del SNC

Son aquellas que ralentizan el funcionamiento del sistema nervioso, ya que reducen la actividad cerebral. Son también conocidos como sedantes o tranquilizantes, y generan una sensación de sedación y adormecimiento en el sujeto. Dentro de estas drogas, destacamos la siguiente subclasificación:

- Opiáceos (morfina, codeína, heroína, metadona)
- Barbitúricos
- Benzodiacepinas
- Antipsicóticos
- Alcohol.

---

<sup>5</sup> Definición de la Organización Mundial de la Salud. (1969). (Disponible en: <https://www.who.int/es>; consultado el 28/02/2021).

<sup>6</sup> Definición del Plan Nacional de Drogas, (1985). (Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/pnd1985.pdf> el 28/02/2021; consultado el 28/02/2021).

<sup>7</sup> *Qué son las drogas* (s.d.). (Disponible en: <https://www.infodrogas.org/drogas?showall=1>; consultado el 01/03/2021).

### **2.1.2 Drogas estimulantes del SNC**

Son drogas que, al contrario que las anteriores, aceleran la actividad del cerebro, provocando un estado de accionamiento que genera una hiperactividad en el consumidor. Podemos agruparlas en:

- Estimulantes mayores:
  - Cocaína
  - Anfetaminas
  - MDMA
  
- Estimulantes menores:
  - Nicotina
  - Cafeína

### **2.1.3 Drogas alucinógenas**

Se caracterizan por el potencial que tienen de producir distorsiones en la percepción del individuo, provocando alteraciones cognitivas y alucinaciones. Estas sustancias generan efectos altamente variables, ya que serán diferentes según el consumidor, la ocasión, la cantidad ingerida... Podemos distinguirlas resumidamente en:

- Cannabis y derivados
- LSD
- Peyote
- Psilocibina
- PCP (fenciclidina)
- Ayahuasca

## **2.2 Efectos provocados sobre el Sistema Nervioso Central**

Debido a la variedad de drogas existentes y la diversidad de efectos que provocan, es conveniente realizar una tabla resumen para apreciar visual y esquemáticamente estos efectos que generan dichas sustancias en el consumidor a corto y largo plazo, el inicio y duración de éstos, y si generan adicción o no. Esta tabla la adjunto como ANEXO I.

## **2.3 Fundamento biológico del comportamiento**

Para lograr entender por qué las drogas generan estos efectos en el organismo, es conveniente explicar a grosso modo los cambios que se ocasionan a nivel cerebral en las personas que las consumen, lo que hará que actúen de una forma u otra.

En primer lugar, debemos saber que el cerebro es el órgano más completo del organismo, ya que es el núcleo de toda acción humana. Dirige las principales funciones del cuerpo, y nos permite analizar y dar respuesta a las situaciones que vivimos, y ajustar nuestra conducta a dichas vivencias. El cerebro tiene millones de neuronas organizadas en circuitos, que actúan como interruptores que regulan la corriente de información. Para enviar mensajes, las neuronas liberan neurotransmisores en la sinapsis<sup>8</sup>.

Las drogas interrumpen la manera en que las neuronas mandan, perciben y analizan las señales que los neurotransmisores emiten. Las drogas depresoras, por lo general, son capaces de activar neuronas, debido a que la estructura química es muy parecida a la de un neurotransmisor originario del propio cuerpo humano, lo que permitirá que se asocien a las neuronas y las estimulen. Al no ser sustancias químicas naturales, no activarán las neuronas del mismo modo que las que sí lo son; sino que generarán el envío de mensajes anómalos a través del espacio neurológico. Sin embargo, las drogas estimulantes, pueden hacer que las neuronas liberen más neurotransmisores de lo normal, o que eviten el reciclaje corriente de estas sustancias en el cerebro; lo que generará también la alteración en la comunicación normal entre neuronas.<sup>9</sup>

Por lo tanto, al consumir sustancias psicoactivas a corto plazo, se altera la conexión corriente entre las neuronas porque el cerebro segrega más cantidad de endorfinas y dopamina de las que se segregarían realizando actividades de la vida cotidiana que también provocan cierto placer, como comer, reír o tocar algún instrumento; es decir, más cantidad de lo normal. Esta alta cantidad generará en el consumidor el elevado placer o euforia, también conocido como “*high*”, que se siente al ingerirse la sustancia.<sup>10</sup>

Además, a largo plazo, se creará lo que se conoce como tolerancia, pero sobretodo, adicción. La drogadicción es un trastorno crónico y recurrente caracterizado por la búsqueda y el consumo compulsivos de la droga pese a sus consecuencias negativas.<sup>11</sup>

---

<sup>8</sup> La sinapsis es el espacio que hay entre el extremo de una neurona y otra célula nerviosa, es la conexión existente entre ellas, que sirve para que se comuniquen y organicen las neuronas, y se lleva a cabo en la corteza del cerebro. Los impulsos nerviosos se transmiten por medio de sustancias químicas que se llaman neurotransmisores, que son liberados por neuronas y recibidos por otra célula que se halla en el otro lado de la sinapsis.

<sup>9</sup> Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos. (2020) “*Las drogas, el cerebro y la conducta: bases científicas de la adicción*”. NIDA, p.15 (Disponible en: <https://www.drugabuse.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/las-drogas-y-el-cerebro>; consultado el 18/02/2021)

<sup>10</sup> Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos. (2020), *op. cit.*, p. 17

Se conceptúa un trastorno porque, como ya he mencionado, produce alteraciones funcionales en los circuitos del cerebro que intervienen en funciones importantes, y pueden perdurar mucho tiempo tras incluso haberse dejado el consumo.

La adicción tiene un sustrato biológico muy importante, ya que, como he mencionado previamente, las drogas alteran orgánicamente el cerebro de los individuos que las consumen. En un primer momento de consumo, se tiene un efecto benéfico porque provoca una respuesta satisfactora en el organismo. No obstante, como he comentado, el problema viene después, por la “neuroadaptación” a dichas sustancias. Ciertas estructuras cerebrales –corteza prefrontal, hipocampo y amígdala-, sufren daños cuando se suspende el consumo de las drogas. Estos daños provocarán un estado negativo en el individuo, lo que le llevará a que el adicto perpetre actos delictivos o que vuelva a consumir, aunque no sea esa su intención.

Concretamente, por la utilidad del presente trabajo, mencionar que la corteza prefrontal tiene la capacidad de dirigir el pensamiento, generar planes, solventar problemas, decidir sobre ciertos asuntos y poder controlar ciertos impulsos. Por lo tanto, la afección a esta zona puede alterar considerablemente esta última función, ocasionando actos delictivos. Por otra parte, la amígdala cumple con la función de calmar ante situaciones estresantes, como la ansiedad, irritabilidad o inquietud, que podrían ser características debidas a la abstinencia una vez se deja el consumo. Cada vez que se la droga desaparezca del sistema, esta zona será la responsable de producirle a la persona la motivación de volver a consumirla, por lo que, este circuito cada vez se vuelve más sensible conforme aumente la toma.<sup>12</sup> Además, se alteran vías nerviosas que están relacionadas con los cambios de estado o pérdida de juicio, que llevan al consumidor a tener comportamientos irracionales o violentos.<sup>13</sup>

A modo de resumen, decir que la mayoría de las drogas, generan en un primer momento un efecto de subida, al modificarse la comunicación normal entre neuronas por la elevada secreción de endorfinas y dopamina, lo que provocará una sensación placentera, y en algunos casos tan energética que será difícil de controlar. Sin embargo, a largo plazo, en el cerebro se genera una neuroadaptación, que, en la mayor parte de los casos, producirá una adicción a dichas sustancias, lo que generará cambios

---

<sup>12</sup> Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos (2020), *op. cit.*, p. p.16

<sup>13</sup> Armenta Bautista, A. (2016). *Frecuencia del Delito asociado al consumo de drogas en una muestra de mujeres en el Hospital General Torre Médica Tepepan*. Centros de Integración Juvenil, A.C. (Disponible en: [http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales\\_de\\_consulta/Drogas\\_de\\_Abuso/Articulos/Armenta%20Bautista\\_Armando.pdf](http://www.biblioteca.cij.gob.mx/Archivos/Materiales_de_consulta/Drogas_de_Abuso/Articulos/Armenta%20Bautista_Armando.pdf); consultado el 20/02/2021)

estructurales en dicho órgano, y, por ende, alteraciones en ciertos comportamientos que favorecerán determinadas conductas delictivas.

He aquí el fundamento biológico de por qué el consumo de ciertas drogas está directamente vinculado con algunas conductas delictivas, que más tarde desarrollaré.

### III. **LOS DELITOS.** Modelo tripartito de Goldstein y tipología delictiva más repetida.

A lo largo de los años, se han intentado proponer varios modelos que expliquen el nexo entre drogas y delitos. En este sentido, la literatura científica apunta tres posibilidades en esta relación<sup>14</sup>:

- Drogadicto-delincuente. Las drogas generan la delincuencia: implica que cuando el sujeto ha caído en la adicción, no es capaz de sustentarla por medios que no sean delictivos y deberá adquirirla ilegalmente (delincuencia funcional); o que infringe las normas debido a los efectos inducidos por la droga (delincuencia psicofarmacológica).
- Delincuente-drogadicto. La delincuencia lleva al consumo de las drogas: cuando el individuo se excusa responsabilizando a la droga de su actitud. Se trata por tanto de que la adicción a la droga es una prolongación de la delincuencia. Estas personas suelen presentar un trastorno antisocial o narcisista de base, además de contar con un largo historial criminológico, donde el consumo de drogas es un hecho secundario.<sup>15</sup>
- Determinantes comunes. Drogas y delincuencia están mediados por variables externas y son parte de un estilo de vida desviado. Entre estos factores, debemos destacar los familiares, sociológicos e individuales. Además, las drogas y delincuencia están correlacionadas por su simultaneidad en la comisión.

La primera hipótesis explicaría la conducta delictiva de sujetos con un largo historial de drogadicción y corta carrera criminal, la segunda se ajustaría a sujetos con un estilo de vida ligado a la delincuencia y por ende, mayor problemática de adicción; y la tercera,

---

<sup>14</sup> Santamaría Herrero, J.J., Chait, L. (2004). "Drogadicción y Delincuencia. Perspectiva desde una prisión". ADICCIONES, 2004, Vol. 16, núm 3, p.216.

<sup>15</sup> Esbec, E., Echeburúa, E. (2016). "Abuso de drogas y delincuencia: consideraciones para una valoración forense integral". Adicciones, Vol 28, núm 1, p. 49

se podría asociar a personas de grupos más marginales o con problemas que podrían explicar la aparición de dichas conductas.<sup>16</sup>

Es importante conocer el marco de referencia de cada hipótesis, porque en base a ello se creará una estrategia para abordar la prevención de caídas y evitar la reincidencia. Por eso, en la primera hipótesis, se centrará todo el esfuerzo en el tratamiento de las toxicomanías, con la idea de que eso hará que disminuya el riesgo de incidencia. La segunda hipótesis tendrá como eje principal la intervención en el problema de delincuencia y marginalidad. Por último, la tercera hipótesis tendrá una estrategia mixta, combinando las anteriores.

Entre la diversidad de modelos existentes para explicar estas tres posibles vías de delincuencia y mostrar la relación entre droga y delito, el enfoque más admitido y utilizado por los expertos es el modelo propuesto por Paul Goldstein en 1985.<sup>17</sup>

Este modelo de atribución causal comenzó usándose para examinar concretamente los crímenes de carácter violento; no obstante, más tarde, ha sido utilizado para observar, como ya he comentado, el nexo entre las drogas y los delitos, con todos los delitos en general, sin limitarlo únicamente a los ya mencionados. Paul presenta un acercamiento teórico que nos posibilita clasificar dicho vínculo mediante tres vías: psicofarmacológica, compulsivo-económica o sistémica, siendo cada una de ellas entendida como un “tipo ideal”, pero a su vez, pudiendo clasificarse una conducta en varios tipos.<sup>18</sup> Es decir, un mismo delito podría pertenecer a más de una tipología, ya que, por ejemplo, se pudo haber cometido un delito violentamente por el efecto provocado por una sustancia, y a la misma vez, con el fin de conseguirla.

Es posible que no abarque todas las relaciones existentes entre drogas y delitos, pero nos facilita un contexto de referencia útil para comparar dicho nexo. Por lo tanto, para lograr comprender adecuadamente la relación existente entre estas sustancias y

---

<sup>16</sup> Roca Tutusaus, X., Caixal López, G. (1999). “*Conducta adictiva y delictiva: análisis de una relación.*” Servei de Rehabilitació. Direcció General de Serveis Penitenciaris i de Rehabilitació. Departament de Justícia. Vol. 1, núm 3,

<sup>17</sup> Goldstein publicó un documento donde pretendió aportar ciertos conceptos para futuras investigaciones empíricas del tema. Presentó el modelo cuando se estaba viviendo la epidemia de crack en New York en los años ochenta, donde existían unas elevadas tasas de homicidios y delitos violentos que estaban relacionados con el mercado de crack en el país. Posteriormente, hubo una disminución en dichas tasas de criminalidad, lo que se relacionó con la caída del consumo del crack, y, por ende, de su mercado.  
“*The drugs/violence Nexus. A tripartite Conceptual Framework*”

<sup>18</sup> Larroulet, P. (2012). “*Estudio de la Relación Droga y Delito. Construcción de un modelo de atribución.*” Estudios públicos, ISSN-e 0716-1115, núm 119, p. 9



comisión delictiva, es primordial distinguir los tres modos posibles para clasificar dicho vínculo. Es decir, conocer las distintas tipologías delictivas que pueden comprenderse bajo el concepto de droga:

### 3.1 Delitos psicofarmacológicos

Son los delitos cometidos como resultado del consumo –tanto ocasional como crónico– de una sustancia psicoactiva. Los efectos generados por el consumo de estas sustancias pueden provocar una conducta violenta, y, por lo tanto, delictiva. Es decir, que los efectos psicofarmacológicos aumentan las posibilidades de que el consumidor se implique en actividades delictivas.

El efecto psicofarmacológico puede ser *directo*, donde la conexión con el comportamiento agresivo está demostrada a través del efecto de intoxicación, que puede desarrollar conductas agresivas o impactar sobre las habilidades cognitivas y/o funcionales; o *indirecto*, a través del síndrome de abstinencia, que puede desarrollar alguna disposición hacia la violencia.<sup>19</sup>

Los delitos psicofarmacológicos son principalmente acarreados por el *alcohol* –por la obnubilación del juicio, impidiendo pensar en las consecuencias y favoreciendo la sensación de no recordar lo que se hizo–, seguidos por la *cocaína* (especialmente en forma fumada: el crack) –por el impacto paranoico o como respuesta violenta ante un miedo irracional y por la disminución de habilidades cognitivas– y las *anfetaminas* –por la sensación de dureza e invencibilidad–.

En cambio, el consumo de *opiáceos* y *cannabis* en muy pocas ocasiones favorecerán la participación en actos delictivos, ya que estas drogas pueden reducir la conducta agresiva. No obstante, si surge el efecto del síndrome de abstinencia y/o enfermedad mental originadas por cualquier droga, pueden generar un aumento de la violencia, como ya he mencionado.

De todas maneras, la conexión entre la droga y violencia siempre va a depender de la forma de consumo, la cantidad y la edad de inicio.<sup>20</sup>

---

<sup>19</sup> Valenzuela, E., Larroulet, P. (2010). “*La Relación droga y delito: una estimación de la fracción atribuible*”. Centro de Estudios públicos de Chile. ISSN 0718-3089, núm. 119 p. 39

<sup>20</sup> Valenzuela, E., Larroulet, P. (2010), *op. cit.*, p. 40

### **Tipología delictiva más repetida:**

Hemos observado que los comportamientos que provocan las diferentes sustancias son completamente diferentes dependiendo si éstas son depresoras o estimulantes y alucinógenas, lo que hará que el sujeto actúe de maneras diferentes cuando se halle bajo los efectos de ellas. Por lo tanto, me parece conveniente resaltar los delitos que se cometen de forma más frecuente dependiendo la droga que se haya consumido.

Drogas depresoras: suelen provocar una sensación de somnolencia, relajación... por lo que no suelen generarse conductas agresivas ni violentas, simplemente si desencadena un cuadro psicótico<sup>21</sup>. Los delitos más comunes en esta modalidad son:

- Delitos contra la seguridad del tráfico: concretamente conducción temeraria o conducción bajo los efectos de las drogas.

Drogas estimulantes y alucinógenas: al contrario que las anteriores, estas sustancias provocan una sensación de euforia, poder, invencibilidad... entre otras cosas. Se ocasionan perturbaciones cognitivas y respuestas psicóticas de tipo paranoide, que desencadenan acontecimientos violentos. Ello hace que sea más complicado el control de sus impulsos, y ocasionan, en muchos casos, reacciones incontroladas y/o conductas violentas con ataques a bienes personales y patrimoniales, que pueden culminar con los siguientes delitos:

- Delitos contra la salud o vida de las personas: homicidio y sus formas, lesiones, riñas tumultuarias.
- Delitos contra la libertad e indemnidad sexual: abusos y agresiones sexuales, acoso.
- Delitos contra el orden público: atentado, resistencia o desobediencia contra los agentes de la autoridad.
- Delitos contra la seguridad del tráfico: exceso de velocidad, conducción temeraria, conducir bajo los efectos de las drogas.
- Daños por peleas o destrucción de bienes por reacciones violentas.

---

<sup>21</sup> Esbec, E., Echeburúa, E. (2016), *op. cit.*, p. 49

### 3.2 Delitos compulsivos con fines económicos, delincuencia funcional o criminalidad drogo-inducida

Son los perpetrados con el fin de obtener dinero o drogas, para lograr financiar la adicción hacia estas sustancias. Estos comportamientos que sirven al individuo para el fin que persigue, se deben a las dificultades de pagarse los hábitos de consumo, especialmente entre adictos que necesitan dosis altas y de manera frecuente. Además, la adicción incapacita laboralmente y ubica a las personas fuera del mercado de trabajo, por lo que el poco depósito de capital con el que se cuenta, se vuelca en actividades ilícitas, especialmente en el tráfico de drogas y economía sumergida.

Por lo tanto, es la propia droga la que lleva a la delincuencia, suponiendo entonces ésta un requisito previo. Es decir, la delincuencia nace de la dependencia a la droga: la drogadicción. Las drogas que producen dependencia física, por tanto, son las que en mayor medida provocan esta tipología delictiva, ya que son las que llevan a actuar de manera compulsiva al consumidor, quien será capaz de realizar cualquier actividad para conseguir el producto deseado.

Concretamente, la gran dependencia y el elevado coste de la *heroína* y la *cocaína* ha convertido a estas sustancias en el origen más frecuente de este tipo de criminalidad. Sin embargo, el precio relativamente bajo por el que se adquieren drogas como el *hachís* o la *marihuana*, disminuye la probabilidad de que el usuario tenga que hacer uso de la delincuencia para poder obtener estas sustancias.

Para Goldstein, en esta tipología sólo deberían considerarse los delitos que conllevan violencia para conseguir la droga, ya sea por las características del agresor (nerviosismo, porte de armas), de la víctima (por la reacción) o por intercesión de terceros... Es decir, según el contexto donde se realiza el acto para obtener dinero.<sup>22</sup> Sin embargo, muchos otros autores posteriores han querido recalcar que esto no sea así y que la violencia no sea un requisito de esta modalidad delictiva.

Por último, se propone como solución para abordar esta tipología eliminar la toxicología, con lo que, desaparecería la delincuencia, ya que esta está en función de la primera. Esta hipótesis cuestiona la eficacia de la respuesta judicial, y defiende la postura de dirigir todos los esfuerzos de intervención en la primera causa, ya que, eliminada la adicción, no sólo se acabaría con este problema, sino que también con la delincuencia.

#### **Tipología delictiva más repetida:**

---

<sup>22</sup> Valenzuela, E., Larroulet, P. (2010), *op. cit.*, p. 38

En este tipo de delitos, ya sabemos que el principal fin del autor es conseguir droga, o dinero para sufragarse la droga. Por lo tanto, los hechos antijurídicos más comunes son:

- Delitos contra el patrimonio y orden socioeconómico: hurtos y robos en todas sus tipologías (con fuerza sobre las cosas y con violencia o intimidación).
- Delito de tenencia ilícita de armas: sobre todo para realizar atracos o robos. Normalmente, para estos últimos utilizan la técnica del “tirón” y después pasan a usar la navaja y, por último, pasan a la pistola.
- Delitos de falsedades: falsificación de recetas médicas para obtener sustancias inicialmente legales, pero con fines diferentes a los terapéuticos.
- Delitos de malversación: los funcionarios públicos adictos a las drogas pueden cometer estos delitos, haciendo uso de los fondos públicos con los que cuentan con el motivo de su oficio.
- Delito de tráfico de drogas, pero a pequeña escala: el toxicómano realiza ventas de bajas cantidades de droga a otros adictos, a lo que los grandes traficantes les retribuyen con reducidas porciones.
- Delitos contra el orden público: atentado, resistencia o desobediencia contra los agentes de la autoridad.
- Delito de prostitución, en los países donde esté penalizada, con el fin de obtener dinero para financiarse su droga, o directamente adquirirla.

### 3.3 Delitos sistémicos

Comprende cualquier delito consumado en el marco de la actividad de los mercados ilegales, sobre todo en la producción, distribución y suministro de las drogas, lo que responderá, en consecuencia, a luchas en la búsqueda de ventajas de mercado que implica a productores, intermediarios y consumidores. Así pues, proviene del compromiso con una actividad fundamentalmente ilegal, tratándose, por tanto, de la relación entre droga y delito establecida en la normativa.

La violencia es un atributo que va de la mano con estos mercados, ya que no existe una regulación institucional que esté avalada por la ley. Así pues, al carecer de esta legalidad, el mercado es regulado por la violencia, que sería el medio para resolver las disputas ante la ausencia de regulación institucional.<sup>23</sup> Por lo tanto, está constituida

---

<sup>23</sup> Valenzuela, E., Larroulet, P. (2010), *op.cit.*, p. 37

principalmente por actos violentos como agresiones, homicidios... Porque la violencia, junto al terror, la extorsión y las represalias, son la estrategia de control.

Debido a que la mayoría de delitos que se cometen por consumidores se realizan con violencia, Goldstein considera solamente esta modalidad de delitos cuando se realizan en el ámbito de venta de estas sustancias. No obstante, los estudios posteriores incorporan el delito de tráfico de drogas en los modelos de atribución, pero distinguiendo entre delitos contra la ley de drogas -es decir, de tráfico-, y delitos dentro del mercado de drogas. Ciertos autores alegan que participar en el tráfico comporta estar dispuesto a transgredir la normativa y, por ende, involucrarse en una cultura de delitos, lo que hace a los traficantes más susceptibles de sufrir violencia sistémica.<sup>24</sup>

### **Tipología delictiva más repetida:**

En esta modalidad, debemos destacar principalmente todas las conductas del tráfico de drogas en su sentido amplio: cultivo, elaboración o tráfico de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas; o promoción, favorecimiento o facilitación de su consumo ilegal o posesión con dichos fines.<sup>25</sup>

En nuestro país, la Jurisprudencia del Tribunal Supremo y en general la mayoría de la doctrina, considera que el bien jurídico protegido colectivo es la salud pública: *“La salud pública como bien jurídico protegido no coincide con la salud individual de quienes pueden verse directamente afectados por el hecho, de modo que este último bien jurídico no es el objeto de protección de esta figura delictiva, sino de otras. Pero, aun cuando resulte dificultoso conceptualmente, la consideración de ese bien jurídico ha de referirse a una valoración relativa a la salud del conjunto de los miembros de la sociedad de que se trate. De esta forma, si se acredita científicamente que el consumo de determinadas sustancias provoca una mayor incidencia de determinadas alteraciones negativas en la salud, puede sostenerse que tal clase de consumo afecta a la salud pública. Y es, finalmente, el legislador a través de la norma penal quien precisa qué conductas de las que pueden afectar a la salud pública son constitutivas de delito”*<sup>26</sup>. Por ese motivo, para prevenir la peligrosidad potencial de estas sustancias, resulta

---

<sup>25</sup> Artículo 368: *“Los que ejecuten actos de cultivo, elaboración o tráfico, o de otro modo promuevan, favorezcan o faciliten el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, o las posean con aquellos fines, serán castigados con las penas de prisión de [...]”*  
(Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal)

<sup>26</sup> España, Audiencia Provincial de Zaragoza. Sentencia núm. 1880/2015 de 22 de septiembre.

necesario castigar las conductas que atenten contra ese BJP dentro del Código Penal, en su Título XVII, Capítulo III, de los delitos contra la salud pública: delitos de tráfico de drogas: Artículos 368 y ss. Además, en el artículo 379 CP se contempla el delito de conducción bajo la influencia de drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas o de bebidas alcohólicas.

Por otra parte, resulta conveniente hacer una especial mención a las sanciones administrativas que pueden contemplarse en esta tipología. Como hemos visto, el tráfico de drogas constituye un delito, pero *“El consumo o la tenencia ilícitos de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, aunque no estuvieran destinadas al tráfico, en lugares, vías, establecimientos públicos o transportes colectivos, así como el abandono de los instrumentos u otros efectos empleados para ello en los citados lugares”* <sup>27</sup>, constituye una conducta sancionable, que tendrá acarreada un pena de multa de 601 a 30.000€ <sup>28</sup>.

Junto a esa infracción, la <<Ley Mordaza>> también sanciona en su mismo artículo 36, en los apartados 17, 18 y 19, respectivamente, las siguientes conductas: el traslado de personas con el objeto de facilitar a éstas el acceso a drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas siempre que no constituya delito; la ejecución de actos de plantación y cultivo ilícitos de drogas [...] en lugares visibles al público, cuando no sean constitutivos de infracción penal.; y la tolerancia del consumo ilegal o el tráfico de drogas [...] en locales o establecimientos públicos o la falta de diligencia en orden a impedirlos por parte de los propietarios, administradores o encargados de los mismos.

Sin embargo, recalcar que la mera posesión de drogas para el autoconsumo por sí sola no es constitutiva de delito ni sanción. Existe cantidad de jurisprudencia que lo corrobora y una multitud de sentencias donde los Tribunales dan las pautas a considerar para ver si la tenencia de drogas está destinada para el consumo propio, que hará que se dicte sentencia absolutoria; o al tráfico, donde se dictará sentencia condenatoria. *“Aquellas sustancias en cantidad mínima y totalmente compatibles con las necesidades de un consumidor habitual, estaban destinadas al consumo de aquel, por lo que no existe prueba de cargo suficiente para enervar su presunción de inocencia”*. <sup>29</sup> Además, *“cuando la cantidad de droga es tan insignificante que resulta incapaz de producir efecto*

---

<sup>27</sup> Artículo 36.16 Ley Orgánica 4/2015 de Protección de la Seguridad Ciudadana.

<sup>28</sup> Artículo 39.1 Ley Orgánica 4/2015 de Protección de la Seguridad Ciudadana.

<sup>29</sup> España, Tribunal Supremo (Sala Segunda de lo Penal). Sentencia núm. 285/2014, del 8 de abril.

*nocivo alguno en la salud, carece la acción de antijuricidad material por falta de un verdadero riesgo para el bien jurídico protegido en el tipo”*<sup>30</sup>

El Tribunal Supremo se basa en los informes elaborados por el Instituto Nacional de Toxicología a fin de determinar las cantidades mínimas para saber si la droga está destinada al consumo o al tráfico, las cuales serán diferentes atendiendo a la sustancia. Las cantidades necesarias para un autoconsumo de 5 días es: 3 gramos de heroína, 7’5 gramos de cocaína, 100 gramos de marihuana, 25 gramos de hachís, 8 miligramos de LSD, 900 miligramos de anfetaminas y 1.440 miligramos de MDMA.<sup>31</sup> Si se supera esta cantidad, debemos entender que se está cometiendo un delito contra la salud pública, del artículo 368 y ss CP y no se trata de supuestos de consumo propio.

Existen múltiples leyes, reales decretos, ordenanzas... que regulan esta materia. Se puede encontrar toda la legislación española sobre drogas en el Plan Nacional Sobre Drogas.<sup>32</sup>

Por último, decir que, en relación con la modalidad delictiva sistémica, se pueden contemplar también los siguientes delitos:

- Delitos contra el patrimonio y orden socioeconómico: hurtos, robos y sustracciones de drogas entre traficantes y extorsión a quienes se resisten a colaborar en sus negocios.
- Delitos de riñas tumultuarias y enfrentamientos entre traficantes.
- Delitos contra el orden público: atentado, resistencia o desobediencia contra los agentes de la autoridad, y enfrentamientos entre traficantes y policía.
- Delitos contra la salud y vida: son sobre todo actos violentos, que incluyen lesiones, agresiones, homicidios, e incluso asesinatos con tal de mantener sus negocios.
- Delitos contra la Administración Pública: corrupción, ya que se compran a policías, jueces, políticos...
- Delito de falsedades: para camuflar envíos a personas, capitales...

---

<sup>30</sup> España, Tribunal Supremo (Sala Segunda de lo Penal). Sentencia núm. 298/2004 de 12 de marzo.

<sup>31</sup> Criterio elaborado por el Instituto Nacional de Toxicología en las tablas del 18 de octubre de 2001 y 22 de diciembre de 2003.

<sup>32</sup> Se puede consultar en: [https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/legislacion/docs/LE\\_SISTEMA.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/legislacion/docs/LE_SISTEMA.pdf)

#### IV. RELACIÓN DROGA Y DELITO

Un análisis que ha indagado aproximadamente en treinta estudios sobre esta temática ha deducido que la probabilidad de cometer un delito es entre tres o cuatro veces mayor para los usuarios de drogas que para los no consumidores.<sup>33</sup> Sin embargo, hay que evitar la estigmatización porque la mayor parte de los individuos que consumen no han delinquido nunca, ya que ninguna droga por sí misma es criminógena, sino que deriva de una serie de factores personales, familiares, sociales y situacionales.<sup>34</sup>

Pese a que el consumo de drogas no siempre provoca actividades delictivas, si lo comparamos con el resto de la población, los delincuentes sí que poseen altas tasas de consumo, por lo que sí que se puede confirmar que al introducirse el factor droga, el número de delitos aumenta<sup>35</sup>, además de que la criminalidad previa también influye en el consumo de dichas sustancias<sup>36</sup>.

Sin embargo, la relación entre drogas y delincuencia no es ni sencilla ni lineal, ni generalizable, ya que muchos delincuentes reincidentes no consumen drogas y muchos drogodependientes no cometen delitos.<sup>37</sup> El vínculo existente entre el consumo de drogas y la comisión delictiva puede ser dinámico e incluso variar en la misma persona a lo largo del tiempo, por lo que, en la práctica, cada uno de los modelos mencionados previamente puede ser aplicado dependiendo la situación y la persona.<sup>38</sup>

Desde el Plan Nacional de Drogas, a partir del Observatorio Español de las Drogas y Adicciones, cada año se ejecuta un Informe y un documento de Estadísticas, siendo herramientas fundamentales para conocer la realidad relacionada con las drogas en España, tanto para conocer los datos relativos a la oferta y la demanda, como para saber los problemas que provocan su consumo. Para realizar dichos documentos, se analizan los resultados obtenidos de:

---

<sup>33</sup> Bennet, T., Holloway, K., y Farrington, D., (2008) "*La asociación estadística entre el uso indebido de drogas y la delincuencia: un meta-análisis*" Vol. 13, núm. 2, p. 49.

<sup>34</sup> Esbec, E., Echeburúa, E. (2016), *op. cit.*, p. 49

<sup>35</sup> Santamaría Herrero, J.J., Chait, L. (2004), *op. cit.*, p. 216

<sup>36</sup> Leganés Gómez, S. (2010). "*Drogas, delincuencia y enfermedad mental*", Revista Española de Drogodependencias, Vol. 35, núm. 4 p. 3.

<sup>37</sup> Carpentier, C. (2007). "*Drogas en el punto de mira*". Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías, ISSN 1681-6307, p.1.

<sup>38</sup> Carpentier, C. (2007), *op. cit.*, p. 2



- Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES), elaborada sobre 17.899 cuestionados con edad de 15 a 64 años, residentes en España, del 7 al 13 de marzo de 2020.
- Los indicadores de admisión a tratamiento, urgencias y mortalidad en relación a las drogas
- Información sobre infecciones en consumidores
- Información sobre la aparición de nuevas sustancias, su oferta y demanda, y el control que hay sobre ellas, obtenidos del Sistema Español de Alerta Temprana.

En base a toda esta información analizada, voy a realizar un resumen de los datos más relevantes en lo que incumbe a la relación de consumo de drogas y conducta delictiva:

#### 4.1 Drogas más consumidas<sup>39</sup> en 2020

1. Alcohol (consumida por un 77% de los encuestados)
2. Tabaco (39,4%)
3. Cannabis (10,5%)
4. Cocaína (2,5%)
5. Éxtasis (0,9%)
6. Anfetaminas (0,7%)
7. Alucinógenos (0,6%)
8. Setas psicodélicas (0,4%)
9. Metanfetaminas (0,3%)
10. Heroína e inhalantes volátiles (0,1%)

#### 4.2 Drogas más vinculadas a la comisión del delito

Las tres sustancias que más se asocian con el crimen son en primer lugar el *crack*, seguido por la *heroína* y posteriormente por la *cocaína*. El crack puede aumentar hasta 6 veces la probabilidad de delinquir, la heroína entre 3 y 3'5 veces, y la cocaína alrededor de 2'5. El uso de marihuana también tiene elevada significación, con un aumento de 1'5.<sup>40</sup>

---

<sup>39</sup> Ministerio de Sanidad. (2020). "Nota de prensa sobre la encuesta EDADES". p.2 (Disponible en:[https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/notas/2020/pdf/14.12.2020\\_NP\\_Presentacion\\_Encuesta\\_EDADES\\_2019\\_20.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/noticiasEventos/notas/2020/pdf/14.12.2020_NP_Presentacion_Encuesta_EDADES_2019_20.pdf); consultado el 06/04/2021)

<sup>40</sup> Carpentier, C. (2007), *op. cit.*, p.2.

### 4.3 Edad de inicio de consumo de sustancias psicoactivas

En base a una muestra sobre la población española que comprende a las personas con una edad entre los 15 y 64 años, en el año 2017, obtenida gracias a la CEDA - Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España<sup>41</sup>, se puede afirmar que las drogas que antes empieza a consumirse son el tabaco y el alcohol, con la edad media de 16,6 años. A la edad de 18,4 años, se inicia el consumo de cannabis. A los 20 años, se consume por primera vez inhalantes volátiles (20,1 años), anfetaminas (20,4) y alucinógenos (20,9). Con 21,1 años de edad media, se suele probar por primera vez la cocaína en polvo y base, y el éxtasis. Más adelante, a los 22, se ingieren setas mágicas (22,1), GHB (22,4) y heroína (22,7). Las metanfetaminas y la cocaína base, se prueban por primera vez a los 23,1 y 23,2 años, relativamente. Por último, cuando se alcanzan los 31 y 34 años de edad, se hace uso de hipnosedantes, sin receta (31,6) o con ella (34,4).

### 4.4 Prevalencia según sexo

En base al análisis de los datos obtenidos en la encuesta previamente mencionada, se han concluido los siguientes datos: los hipnosedantes (1,3% de hombres y 1,2% de mujeres) y analgésicos opioides sin receta (0,6% de hombres y 0,7% de mujeres) son las únicas sustancias psicoactivas donde el consumo es similar en hombres y mujeres. En el caso del cannabis, los hombres suponen un 14,6% frente al porcentaje de mujeres que es un 6,3%. En el caso de la cocaína, el porcentaje de consumo de hombres (4,1%) cuadruplica al de mujeres (1%).

El policonsumo se concentra en hombres de 15 a 24 años, donde el 90% de los casos incluye consumo de alcohol, tabaco y cannabis.

En resumen, el consumo de todas las sustancias está más expandido en hombres que en mujeres, a excepción de los hipnosedantes y analgésicos opioides, donde el consumo se iguala.

---

<sup>41</sup> <sup>41</sup> Disponible en:

[https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES\\_2017\\_Informe.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/EDADES_2017_Informe.pdf) p. 17. (Consultado el 30/04/2021)

#### 4.5 Ámbito penitenciario

	Nº TOTAL DELITOS	DELITO DE TRÁFICO DE DROGAS
2020	1.773.366	16.996
2019	2.199.475	16.624
2018	2.131.118	14.133
2017	2.045.787	12.958
2016	2.009.690	12.448

**Tabla 1.** Número total de delitos y número de delitos de tráfico de drogas en España entre los años 2016 y 2020. **Fuente:** Elaboración propia. Extraído de los datos del Ministerio del Interior.<sup>42</sup>

El número de infracciones penales en nuestro país es aproximadamente de dos millones al año. El 3% del total son delitos contra la seguridad colectiva, siendo de éstos un alto porcentaje delitos contra el tráfico de drogas y contra la seguridad vial. Por lo tanto, si actualmente se cometen aproximadamente unos 16.000 delitos de tráfico de droga, podemos concluir que un 0'8% de las infracciones penales cometidas en un año son en relación a ello. No obstante, a este porcentaje deberíamos añadirle el resto de delitos que se comete bajo la influencia de estas sustancias (agresiones sexuales, lesiones...) o los que se cometen con el fin de conseguir dinero para lograr autoabastecerse (delitos patrimoniales) ... Que es difícil saber por la escasa información a la que podemos acceder. Además de todas las infracciones administrativas. Esto se traduce en que un alto número de delitos supongan, como se ha comentado a lo largo de todo el trabajo, un elevado porcentaje respecto al total de infracciones penales; además de que la tendencia es creciente.

Por otra parte, el perfil del recluso tipo es un varón español de 35 años de edad, en situación de exclusión social, con varias entradas en prisión y con previa reincidencia en el mismo delito, cumpliendo una pena entre 3 y 8 años de prisión, en general por un delito contra el patrimonio. Es consumidor habitual de una o varias drogas, donde domina el consumo crónico de heroína. No obstante, emerge un nuevo perfil de consumidores de cocaína, con una situación penal diferente, ya que no son incidentes en la misma proporción y tienen una posición social más integrada.<sup>43</sup>

<sup>42</sup> Consultado de <http://www.interior.gob.es/> el 10/04/2021

<sup>43</sup> *Actuar es posible (2006): Intervención sobre Drogas en Centros Penitenciarios.* Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerios de Sanidad y Consumo. p. 35

Por lo tanto, los internos usuarios de drogas suelen consumir más de una sustancia psicoactiva, con un patrón de policonsumo. No obstante, el número de drogas consumidas por la población penitenciaria disminuye al ingresar en prisión.

Podemos concluir que el porcentaje de población reclusa consumidora oscila alrededor del 35% de los internos, según datos aportados por la Secretaría General de Instituciones Penitenciarias<sup>44</sup>, y respecto a las drogas más consumidas en el centro penitenciario y sus respectivos porcentajes<sup>45</sup>, podemos destacar las siguientes:

En mayor medida se encuentra el tabaco, que es consumido por un 74,9% de internos, seguido del cannabis con un 19,4%. Con un menor porcentaje se encuentran los tranquilizantes sin receta, que son consumidos por un 6,2% de la población penitenciaria. En cuarto lugar, encontramos la heroína, con un 2,8%; seguido por el alcohol, con un 2,2% y la cocaína base y/o en polvo, con un 1,4%. En menores cantidades encontramos la metadona sin receta, consumida por un 0,7 de internos; la anfetamina, por un 0,4%; el éxtasis, por un 0,3% y, por último, con un 0,1% de porcentaje, los alucinógenos y los inhalantes.

## V. REGULACIÓN

Anteriormente hemos visto a grosso modo la normativa a nivel estatal sobre el consumo y tráfico de drogas, pero en este epígrafe profundizaremos en el marco jurídico abarcado tanto a nivel internacional, europeo, nacional y autonómico.

La necesidad de una regulación en este ámbito recae en el derecho a la salud, entendido como uno de los derechos fundamentales de todo ser humano, haciéndose referencia a factores específicos de riesgo como el consumo de drogas y a la necesidad de una participación conjunta de toda la comunidad en la consecución del más alto nivel posible de salud, siendo un claro ejemplo de ello Carta Europea sobre el Alcohol (OMS, 1995)

---

<sup>44</sup> Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2011). “*Estudio sobre mortalidad por reacción a sustancias psicoactivas en el medio penitenciario. Años 2007-2009*”. p. 3 (Disponible en: <http://www.institucionpenitenciarias.es>; consultado el 10 de abril de 2021)

<sup>45</sup> Encuesta sobre Salud y consumo de Drogas en internados en Instituciones Penitenciarias. ESDIP 2016. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. (Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2016ESDIP.pdf>; consultado el 10/04/2021)

y al Convenio Marco de la OMS para el Control del Tabaco (OMS, 2003)<sup>46</sup>. En este sentido, el artículo 43 de nuestra Carta Magna reconoce el derecho a la protección de la salud como principio rector de la política social y económica, y encomienda a cada comunidad autónoma asumir la competencia en asuntos sanitarios y de asistencia social, que se encuentran directamente relacionadas con la materia de drogodependencias.

Sin más dilaciones, se muestra a continuación la normativa más relevante en los diferentes niveles que contempla esta materia:

### 5.1 A nivel internacional

La Organización de las Naciones Unidas<sup>47</sup> es un organismo de referencia en la batalla contra las sustancias psicotrópicas, lo que se ve reflejado en la legislación internacional sobre esta materia. La ONU dispone de organismos específicos dedicados a este fenómeno:

- *La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito* engloba el tratamiento de estas materias, donde incluye acciones para reducir la demanda de drogas y control de su oferta. Para ello, cuenta con el Programa de las Naciones Unidas para la Fiscalización Internacional de Drogas. Además, la ONUDD ayuda a los gobiernos a determinar los programas apropiados para las intervenciones a nivel microsocial.<sup>48</sup>
- Desde 2004 publica anualmente un *Informe Mundial sobre las Drogas* <sup>49</sup>, donde ofrece una visión global de esta temática.

---

<sup>46</sup> Tomás Dolz, S., Aguilar Serrano, J. (2014). "III Plan Estratégico de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos". Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana. p. 19-20 (Disponible en: [http://www.san.gva.es/documents/156344/5424003/III\\_Plan\\_Estrategico\\_de\\_Drogodependencias\\_y\\_otros\\_Trastornos\\_Adicitivos\\_de\\_la\\_Comunitat\\_Valenciana+.pdf](http://www.san.gva.es/documents/156344/5424003/III_Plan_Estrategico_de_Drogodependencias_y_otros_Trastornos_Adicitivos_de_la_Comunitat_Valenciana+.pdf); consultado el 03/04/2021)

<sup>47</sup> Es una organización mundial integrada por 192 países, entre ellos España. Fue creada para tomar medidas sobre los problemas del siglo XXI, teniendo cuatro propósitos: mantener la paz y seguridad, fomentar las relaciones entre naciones, favorecer la cooperación internacional y estimular el respeto a los derechos humanos. Además, realizan campañas para fomentar que las naciones alcancen dichos propósitos.

<sup>48</sup> INCB (*International Narcotics Control Boards*). (2003). "Las drogas, la delincuencia y la violencia: los efectos a nivel microsocial". E/INCB/2003/1 p. 12. (Disponible en: [https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/Thematic\\_chapters/Spanish/AR\\_2\\_003\\_S\\_Chapter\\_1.pdf](https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/Thematic_chapters/Spanish/AR_2_003_S_Chapter_1.pdf); consultado el 28/03/2021)

<sup>49</sup> United Nations Office on Drugs and Crime. (2019). "World Drug Report 2019". (Disponible en: [https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/pre-launchpresentation\\_WDR\\_2019.pdf](https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/pre-launchpresentation_WDR_2019.pdf); consultado el 20/03/2021)

- Existe un *Día Internacional de la Lucha Contra el Uso Indebido y Tráfico Ilícito de Drogas*, que se celebra el 26 de junio.
- *La Comisión de Estupefacientes* es el órgano decisor principal de la ONU para tratar todas las cuestiones relacionadas con la droga (España es uno de los 53 Estados miembros).
- *La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes*, que lucha por que se cumplan todos los tratados internacionales sobre las drogas.
- *Organización Mundial de la Salud*, es el organismo de Naciones Unidas especializado en salud. Su estructura abarca seis oficinas regionales, las cuales ofrecerán respuestas más específicas a los problemas de los países donde se encuentran. En Europa nos corresponde la Oficina Regional para Europa.
- Respecto a la documentación clave de la Naciones Unidas, podemos destacar los tres *Tratados Internacionales* más relevantes en este asunto, que nacen de la preocupación por la tendencia a la alza de la fabricación, petición y tráfico ilícito de drogas, ya que supone un gran perjuicio para la salud de la ciudadanía, y siendo conscientes de su obligación de luchar por evitar ese mal, buscaban crear un instrumento completo, eficaz y operativo, dirigido contra esta problemática, con la ayuda del resto de órganos internacionales. Tratan de fiscalizar los estupefacientes mediante diferentes convenciones, que son, de manera cronológica, las siguientes:

➤ **La Convención Única de 1961 sobre estupefacientes**

Hecha en Ginebra el 30 de marzo y firmada por España el 27 de julio de ese mismo año. Este Convenio recopila los tratados anteriormente aprobados<sup>50</sup>, siendo el primer pacto internacional<sup>51</sup> que tiene como objetivo evitar el abuso de estas sustancias a partir de la lucha coordinada de todos los países miembros. Para ello,

---

<sup>50</sup> Dichos Convenios Internacionales relativos al tráfico o comercio de estupefacientes han sido los siguientes: Convenio de Shangai de 1909; Convenio de La Haya de 23 de enero de 1912, firmado por España el 23 de octubre del mismo año, ratificado el 25 de enero de 1919 y conocido vulgarmente por el sobrenombre de Convenio del Opio; Convenio Internacional de 19 de febrero de 1925, firmado en Ginebra por España y ratificado el 29 de mayo de 1928; Convenio internacional de 13 de julio de 1931, firmado en Ginebra, aprobado por España y ratificado el 7 de abril del mismo año; Convenio de Ginebra de 26 de junio de 1936, firmado por España, ratificado por Instrumento de 8 de mayo de 1970 y modificado por el Protocolo de Lake Success de 11 de diciembre de 1946; Protocolo de París de 19 de noviembre de 1948, suscrito por España el 26 de septiembre de 1955 y referido a la fiscalización internacional de drogas sintéticas y Protocolo de Nueva York de 23 de junio de 1953, ratificado por España mediante Instrumento de 11 de diciembre de 1954.

<sup>51</sup>Armenta, A. y Jelsma, M. (2015). “*Las convenciones de drogas de la ONU*”. Transnational Institute. (Disponible en: <https://www.tni.org/es/publicacion/las-convenciones-de-drogas-de-la-onu>; consultado el 04/04/2021)

trata de delimitar estas sustancias para que su uso sea exclusivamente con finalidad médica y científica, ya que el uso de estas sustancias es necesario para calmar el dolor, y pretende que los Estados firmantes adopten las medidas para asegurar las reservas de estupefacientes con tal fin<sup>52</sup>. Contiene un anexo con cuatro listas de estupefacientes o preparados considerados nocivos para la salud, donde se van añadiendo los compuestos que vayan descubriéndose que también sean considerados como tal.

➤ **Convenio sobre sustancias psicotrópicas de 1971**

Firmado en Viena el 21 de febrero y ratificado el 2 de febrero de 1973. Busca ampliar lo dispuesto en el convenio de 1961 y suavizar las medidas de inspección para un conjunto de sustancias de las listas II, III y IV de la Convención anterior. Además, introduce un sistema de control internacional de sustancias, recogiendo en treinta y tres artículos y cuatro listas. Reduce así la variedad de drogas y controla las sintéticas en base a su elevada adquisición y su potencial curativo. Junto al convenio anterior, tratan de justificar principalmente la necesidad de salvaguardar la salud humana.

➤ **La Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de estupefacientes y sustancias psicoactivas. -Convención de Viena-**

Aprobada el 20 de diciembre de 1988 y ratificada por España el 30 de julio de 1990. Este Convenio establece las medidas contra el tráfico de drogas, blanqueo de capitales, lavado de dinero, desvío de precursores... y otros delitos relacionados con la droga. Además, tiene medidas para la extradición de narcotraficantes y entregas vigiladas. La Convención de Viena, sin abandonar la preocupación hacia la salud, se basa principalmente en las repercusiones políticas, económicas y culturales del tráfico ilícito. Se ocupa sobre todo en la persecución penal, centrándose por tanto en los instrumentos represivos e intentando perfeccionarlos.

---

<sup>52</sup> Asamblea General de las Naciones Unidas. (2016). "Declaración: nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema de las drogas". (Disponible en: [http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4\\_uibd.nsf/C0A4F93466248ADC0525810600604B04/\\$FILE/2016RESOLUCION\\_APROBADA\\_AG\\_Nuestro\\_compromiso\\_abordar\\_problema\\_mundial\\_drogas.pdf](http://www2.congreso.gob.pe/sicr/cendocbib/con4_uibd.nsf/C0A4F93466248ADC0525810600604B04/$FILE/2016RESOLUCION_APROBADA_AG_Nuestro_compromiso_abordar_problema_mundial_drogas.pdf); consultado el 07/04/2021)

## 5.2 A nivel europeo

Ya hemos comentado que la Oficina Regional para Europa de la Organización Mundial de la Salud se encargará de regular las medidas de prevención, promoción e intervención de la salud en sus estados miembros -europeos-, donde se incluye nuestro país.

Por otra parte, contamos con el Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías. Es el punto de referencia que proporciona a la Unión Europea y a sus Estados miembros una visión general sobre los problemas en nuestro continente en relación a las drogas, la drogadicción y sus consecuencias, con una base de pruebas sólidas para apoyarla. Sus resultados ofrecen los datos que necesitan para poder elaborar leyes y estrategias sobre las drogas, además de ayudar a los profesionales que trabajan en este campo a identificar las mejores prácticas y nuevas áreas de investigación.<sup>53</sup> Mediante los informes anuales<sup>54</sup> creados a partir de la recopilación de datos, crearán diversas Estrategias. Actualmente, está vigente la Estrategia del Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías 2025.<sup>55</sup>

Además, este organismo creó en 1997 el Sistema de Alerta Temprana de la Unión Europea (Early Warning System - EWS), que busca notificar la aparición de nuevas sustancias psicoactivas, en colaboración con todos sus estados miembros.

Los diferentes estados miembros de la Unión Europea, desde 1980, han adoptado acciones comunes para combatir esta problemática relacionada con la materia de drogas. Estas medidas figuran en diferentes Planes, que han sido aprobados por el Consejo Europeo.

El primer plan europeo que se adoptó para luchar contra la droga fue en Roma en 1990, siendo revisado dos años más tarde por el Consejo de Edimburgo y creándose ahí un nuevo plan. En 1995 nace el tercer plan que durará 4 años, que nace por la necesaria respuesta generalizada, multidisciplinar y coordinada ante este asunto.

---

<sup>53</sup> European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. “EMCDDA, your reference point on drugs in Europe”. (Disponible en: <https://www.emcdda.europa.eu/about>; consultado el 07/04/2021)

<sup>54</sup> Actualmente, el último informe emitido fue en 2020: “European Drug Report: Trends and Developments”, por la EMCDDA. (Disponible en: [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13236/TDAT20001ENN\\_web.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/13236/TDAT20001ENN_web.pdf))

<sup>55</sup> Disponible en: [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4273/2017.1998\\_EMCDDA\\_STRATEGY\\_2025\\_web-1.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4273/2017.1998_EMCDDA_STRATEGY_2025_web-1.pdf)



En adelante, se establecerán planes cada cuatro años, donde se pretende reducir la oferta y demanda de drogas dentro de todo nuestro continente. Además, se cuenta con una Estrategia<sup>56</sup>, aprobada por el Consejo en diciembre de 2012, que busca reducir los riesgos y daños sanitarios y sociales, mediante un enfoque estratégico que apoya las políticas nacionales, proporciona un marco para la actuación conjunta y coordinada y constituye la base y el marco político de la cooperación exterior de la UE en este ámbito.<sup>57</sup>

### 5.3 A nivel nacional

El problema actual sobre las drogas y delincuencia, empezó a aflorar a finales del siglo pasado. En 1984 se integró en el Senado una Comisión de Encuesta sobre Droga, cuyo desfavorable resultado impulsó a que el Gobierno aceptara establecer un Plan Nacional, naciendo en 1985 el *Plan Nacional Sobre Drogas*. Es el instrumento más representativo en nuestro país respecto a esta materia, y se creó motivado por la alarma social generada por las diversas sustancias y sus efectos, a partir de la iniciativa gubernamental para aunar los esfuerzos de las distintas Administraciones Públicas y organismos sociales que hasta el momento estaban trabajando por separado sobre este problema. Además, se juntaron para luchar por impulsar las reformas legales para que las altas esferas políticas creasen una regulación sobre el consumo y tráfico de drogas, que, hasta el momento, estaba disperso. Así pues, el PND está formado por un grupo de diversos ministerios, entre ellos los de Justicia y Cultura, Sanidad y Consumo, Trabajo y Asuntos Sociales; y estando presidido por el Ministerio del Interior.

Sus ejes fundamentales son la primordial atención a la prevención a través de una política en contra de la marginalidad –haciendo hincapié en la de los más jóvenes- y a favor de una formación educativa para la salud; junto a la represión del tráfico de drogas, que será el cometido de las diversas fuerzas que trabajan en este terreno.

---

<sup>56</sup>Concretamente, la estrategia de la UE en materia de Lucha contra la Droga (2013-2020). (Disponible en: [https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52012XG1229\(01\)&from=ET#:~:text=En%20el%20%C3%A1mbito%20de%20la%20reducci%C3%B3n%20de%20la%20demanda%20de,consumo%20de%20droga%2C%20de%20la](https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52012XG1229(01)&from=ET#:~:text=En%20el%20%C3%A1mbito%20de%20la%20reducci%C3%B3n%20de%20la%20demanda%20de,consumo%20de%20droga%2C%20de%20la); consultado el 07/04/2021)

<sup>57</sup> Plan de Acción de la UE en materia de lucha contra la Droga (2017-2020). 5 de julio de 2017, sobre la publicación electrónica del *Diario Oficial de la Unión Europea*, nº C215/21. p. 21. (Disponible en: [https://pnsd.sanidad.gob.es/fr/delegacionGobiernoPNSD/relacionesInternacionales/unionEuropa/docs/2017\\_DOUE\\_-\\_Plan\\_de\\_Accion\\_UE\\_2017-2020.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/fr/delegacionGobiernoPNSD/relacionesInternacionales/unionEuropa/docs/2017_DOUE_-_Plan_de_Accion_UE_2017-2020.pdf); consultado el 07/04/2021).

Desde la creación del Plan, para establecer el marco de actuación de las políticas de drogas y drogodependencias en España y sus líneas generales de ejecución, se han elaborado y aprobado diferentes:

- Estrategias<sup>58</sup> : son documentos de planificación acordados por las diferentes administraciones públicas, centros de investigación o instancias que forman parte del Plan Nacional de Drogas, mediante los cuales se establece el marco de actuación de las políticas de adicciones en España, junto a las líneas generales de su cumplimiento.
- Planes de Acción<sup>59</sup> : con una vigencia de cuatro años, contiene las acciones que deben realizarse para conseguir los propósitos marcados en las Estrategias. Este Plan contempla 36 acciones para los 68 objetivos establecidos en la Estrategia Nacional sobre Adicciones, teniendo el primordial objetivo de buscar una sociedad más saludable e informada, y más segura.

Todos los años, se presentará una Memoria-Evaluación y se revisarán las prioridades del modelo implantado. Ello se logrará mediante el Observatorio Español sobre Drogas y Adicciones, que fue creado por el PND en 1997 como instrumento de observación, de recogida de datos de diferentes fuentes con carácter permanente, y como fuente de información sobre España, Europa y a nivel mundial. Hace de barómetro para medir la situación de drogas a nivel nacional, basándose en el análisis y difusión de dicha información. Ello ayuda a los diferentes profesionales y entidades que trabajan con las drogodependencias en la elaboración y cumplimiento de diferentes actuaciones concretas. El OED emite anualmente informes con varios indicadores como mortalidad, datos judiciales, sociológicos y patrones de consumo obtenidos de diferentes muestreos y encuestas, así como datos estadísticos oficiales<sup>60</sup>, para lograr hacer la revisión anual y adaptar las necesidades.

---

<sup>58</sup> Actualmente la “Estrategia Nacional Sobre Adicciones 2017-2024”:  
[https://pnsd.salud.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209\\_ESTRATEGIA\\_N.ADICCIO\\_NES\\_2017-2024\\_aprobada\\_CM.pdf](https://pnsd.salud.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADICCIO_NES_2017-2024_aprobada_CM.pdf)

<sup>59</sup> Actualmente el “Plan de Acción Sobre Adicciones 2018-2020”:  
[https://pnsd.salud.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PLAD\\_2018-2020\\_FINAL.pdf](https://pnsd.salud.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PLAD_2018-2020_FINAL.pdf)

<sup>60</sup> Arroyo Fernández, A. (2003). “*Drogas de Diseño en el ámbito Judicial*”. Juzgado de Instrucción nº2, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España. Salud pública. Vol. 41, núm 2, p. 110.

Respecto a las medidas incluidas en el Plan Nacional, decir que se dirigen prioritariamente a conseguir los siguientes objetivos<sup>61</sup>:

- Reducción de la oferta y la demanda: mediante el control por parte de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, la Vigilancia Aduanera, los organismos judiciales y la Fiscalía Antidroga y mediante los programas españoles en EDDRA<sup>62</sup>.
- Disminución de la inseguridad ciudadana.
- Oferta de una Red Pública de servicios de atención, suficiente y transparente para el usuario y para la sociedad en su conjunto.
- Coordinación y cooperación de las Administraciones e Instituciones Sociales implicadas en el problema.

Así pues, para lograr conseguir una prevención eficaz, debemos actuar sobre los dos factores que originan la drogodependencia: la disponibilidad de estas sustancias y el consumismo actual que lleva a los traficantes a dificultar una oferta sugerente, sobre todo a la población de menor edad. Resulta obvio por tanto afirmar que la prevención no debe dirigirse únicamente a la mentalización y educación, sino que también hay que atacar para reducir la oferta; los hábitos de vida y la idea que se tiene hacia la droga.

La facultad para combatir esta problemática relacionada con la droga está repartida entre la Administración Central, la Autonómica y la Local, por lo que es necesaria la actuación conjunta de todas ellas para lograr la mayor eficacia posible. Por lo tanto, los planes autonómicos sobre drogas nacen al mismo tiempo que el Plan Nacional, para luchar contra la situación que se estaba viviendo. Junto a ello, la Ley General de Sanidad, de 29 de abril de 1986, como respuesta al mandato constitucional<sup>63</sup>, otorga a las Comunidades Autónomas competencia para la elaboración de una política sanitaria

---

<sup>61</sup>Plan Nacional de Drogas, (1985). p.22. (Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/pnd1985.pdf> el 28/02/2021; consultado el 08/04/2021.

<sup>62</sup> La base de datos EDDRA, que cuenta con más de 400 programas de la Unión Europea, es el resultado de un proyecto del Observatorio Europeo de Drogas y Toxicomanías. Este sistema tiene como objetivo facilitar información sobre las actividades relacionadas con la reducción de la demanda de la droga en la UE, mediante la recogida de datos a partir de un cuestionario normalizado, para que puedan ser comparados y sacar de ahí las conclusiones.

<sup>63</sup> Artículo 43 Constitución Española: “1. Se reconoce el derecho a la protección de la salud. 2. Compete a los poderes públicos organizar y tutelar la salud pública a través de medidas preventivas y de las prestaciones y servicios necesarios. La ley establecerá los derechos y deberes de todos al respecto. 3. Los poderes públicos fomentarán la educación sanitaria, la educación física y el deporte. Asimismo, facilitarán la adecuada utilización del ocio.”

propia<sup>64</sup>. En respuesta a ello, la Comunidad Valenciana creó el Primer Plan Autonómico Valenciano sobre Drogodependencias y Otros Trastornos Adictivos en 1999. Posteriormente, se aprobó el Plan Estratégico de Drogodependencias y otros trastornos adictivos de la Comunidad Valenciana, que tiene vigencia de cuatro años y se va adaptando a las necesidades del contexto social que se esté viviendo. Actualmente, está vigente el *III Plan Estratégico*, siendo el ejemplo en nuestra Comunidad del tipo de iniciativas dirigidas tanto a evitar la lacra social que lleva consigo las drogas, como a intensificar las políticas que luchen por la reparación de los perjudicados.

Por último, en nuestro país también contamos con otro organismo: el *Sistema Español de Alerta Temprana*, cuya coordinación corresponde al Observatorio Español sobre Drogas y Adicciones. El SEAT elabora cada año un informe<sup>65</sup> donde tiene como objetivo elaborar un sistema de alerta temprana para lograr detectar y dar respuesta ante la aparición de nuevas sustancias. Colabora con el mismo organismo, pero a nivel europeo: Sistema Europeo de Alerta Temprana.

## **VI. TRATAMIENTO DEL DROGADICTO**

### **6.1 Como infractor**

Nuestro Código Penal tiene contempladas las diferentes formas con las que se puede tratar jurídicamente al drogodependiente-delincuente. Como se ha ido contemplado a lo largo de todo el trabajo, cuando una persona ha consumido algún tipo de droga, sustancia psicotrópica o estupefaciente, no actúa de la misma manera que cuando se halla en condiciones normales. Por eso mismo, dependiendo el nivel de afección, se le podrá aplicar una eximente completa, eximente incompleta, atenuante o atenuante analógica. Además, en nuestro Código, se prevén una serie de medidas alternativas para su tratamiento.

En la mayor parte de los casos, cuando el sujeto ha consumido, tiene las capacidades cognitivas y volitivas anuladas, por lo que deberá ser eximido o atenuado de responsabilidad penal, ya que no podrá comprender la ilicitud del hecho punible o actuar

---

<sup>64</sup> Art. 70.1: “*el Estado y las Comunidades Autónomas aprobarán planes de salud en el ámbito de sus respectivas competencias*”.  
(Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad)

<sup>65</sup> Actualmente, el último informe emitido fue en 2020. (Disponible en: [https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasAlerta/pdf/2020\\_Informe\\_Alertas.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasAlerta/pdf/2020_Informe_Alertas.pdf))

conforme a dicha comprensión. Es decir, pese a que la conducta realizada por el sujeto siga siendo típica y antijurídica, se excluye el reproche, y, por lo tanto, es inimputable. El concepto de inimputabilidad debemos deducirlo del propio artículo 20 de nuestro Código Penal, ya que no aparece explícitamente. Podemos definirla como “quien es incapaz de comprender la ilicitud de su hecho y/o de comportarse de forma consecuente, y, por lo tanto, no puede ser objeto de reproche en que la culpabilidad consiste”.

Por lo que nos atañe al presente trabajo, entre las causas de inimputabilidad que contempla nuestro Código Penal, si se cumplen todos los requisitos de su artículo 20.2<sup>66</sup>, se aplicará una **eximente completa**, y, por lo tanto, la persona quedará impune. En este supuesto, se podrá aplicar una medida de seguridad de las contempladas en el artículo 96.2 del Código Penal. En casos de absolución por motivo de intoxicación plena o síndrome de abstinencia, se les aplicará, si fuera necesario, la medida de internamiento en centro de deshabitación<sup>67</sup>, si del procesado “se deduce un pronóstico de comportamiento futuro que revela la probabilidad de comisión de nuevos delitos, lo que conlleva un supuesto de peligrosidad al que debe anudarse como efecto la adopción de una medida de seguridad”<sup>68</sup>

Sin embargo, si falta alguna de las condiciones del artículo previo, podrá aplicarse la eximente incompleta, en base al artículo 21.1 CP en relación al art 20.2 CP, lo que implicará atenuar la pena. “Cuando la intoxicación no es plena, pero la perturbación es importante, sin llegar a anular la mencionada capacidad de comprensión o de actuación conforme a ella, la embriaguez dará lugar a una eximente incompleta, como se prevé expresamente en el art 21.1º, que califica como eximentes incompletas los casos en los

---

<sup>66</sup> Artículo 20.2 CP: “el estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión, o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión”

<sup>67</sup> Artículo 102 CP: “1. A los exentos de responsabilidad penal conforme al número 2.º del artículo 20 se les aplicará, si fuere necesaria, la medida de internamiento en centro de deshabitación público, o privado debidamente acreditado u homologado, o cualquiera otra de las medidas previstas en el apartado 3 del artículo 96. El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si el sujeto hubiere sido declarado responsable, y a tal efecto el Juez o Tribunal fijará ese límite máximo en la sentencia. 2. El sometido a esta medida no podrá abandonar el establecimiento sin autorización del Juez o Tribunal sentenciador de conformidad con lo previsto en el artículo 97 de este Código”

<sup>68</sup> España, Tribunal Supremo (Sala Segunda de lo Penal). Sentencia núm. 730/2008 de 22 de octubre.

*que concurriendo las causas expresadas en el artículo anterior no concurran todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos”.*<sup>69</sup>

Además, que el delincuente actúe a causa de su grave adicción a las sustancias mencionadas previamente se contempla como circunstancia atenuante, en base al Artículo 21.2 Código Penal, lo que hará que, según el artículo 68 CP, los *“jueces o tribunales impondrán la pena inferior en uno o dos grados a la señalada por la ley, atendidos el número y la entidad de los requisitos que falten o concurran, y las circunstancias personales de su autor, sin perjuicio de la aplicación del artículo 66<sup>70</sup> del presente Código”*. En este supuesto, no se trata de intoxicación, síndrome de abstinencia o psicosis inducida por la droga; si no que esta atenuante intenta responder a la ya mencionada delincuencia funcional, es decir, cuando el adicto delinque para lograr adquirir el dinero para poder costearse su propia droga, siempre que pueda demostrarse la conexión causal. Por lo tanto, *es aplicable solo cuando el acusado haya actuado “a causa” de su grave adicción, condicionado o acuciado por ella para obtener la sustancia que necesita imperativamente, y no resulta aplicable en supuestos de tráfico de grandes cantidades de droga*<sup>71</sup>.

Por último, en nuestro Código Penal, se puede aplicar una atenuante analógica<sup>72</sup> cuando se produce una circunstancia de semejante significación que las previas. Podría aplicarse en supuestos donde no se cumplen todos los requisitos anteriores, pero sí sea necesario atenuar la pena. Por ejemplo, cuando el consumo ha provocado una obnubilación en la capacidad del sujeto para comprender el alcance de sus actos, o un relajamiento de los frenos inhibitorios.<sup>73</sup> Es decir, que *“la actual regulación del Código Penal contempla como eximente la intoxicación plena por consumo de bebidas alcohólicas, junto a la producida por drogas u otras sustancias que causen efectos análogos, siempre que impida al sujeto comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión, exigiendo además como requisitos que tal estado no haya*

---

<sup>69</sup> España, Tribunal Supremo (Sala de lo Penal, Sección 1ª). Sentencia núm. 7331/2010 de 15 de noviembre.

<sup>70</sup> Artículo 66 CP: *“Cuando concurra sólo una circunstancia atenuante, se aplica la pena en la mitad inferior de la fijada en la ley para el delito”*.

<sup>71</sup> España, Tribunal Supremo (Sala Segunda de lo Penal). Sentencia núm. 265/2015, de 29 de abril.

<sup>72</sup> Artículo 21.7 CP: *“Son circunstancias atenuantes: [...] 7ª Cualquier otra circunstancia de análoga significación que las anteriores.”*

<sup>73</sup> Esbec, E., Echeburúa, E. (2016), *op. cit.*, p. 52

*sido buscado con el propósito de cometer la infracción penal y que no se hubiese previsto o debido prever su comisión. Cuando la intoxicación no es plena, pero la perturbación es muy importante, sin llegar a anular la mencionada capacidad de comprensión o de actuación conforme a ella, la embriaguez dará lugar a una eximente incompleta del artículo 21.1º en relación con el 20. 2º CP. Los casos en los que pueda constatarse una afectación de la capacidad del sujeto debida al consumo de alcohol de menor intensidad, deberían reconducirse a la atenuante del artículo 21.2, en supuestos de grave adicción al alcohol de relevancia motivacional en relación al delito; o a una analógica del artículo 21.7ª CP<sup>74</sup>*

Ahora bien, cuando se comete un delito que está relacionado con el consumo, se puede hablar de lo que se conoce como “*Actio Liberae in Causa*”. Esto es cuando el sujeto busca de manera intencionada o por imprudencia un estado pasajero de inimputabilidad para poder ahí perpetrar la infracción. La persona es en este caso plenamente responsable porque comenzó a realizar el hecho desde que, por ejemplo, empezó a beber alcohol para luego realizar un homicidio. No puede ampararse en una inimputabilidad que él mismo ha producido.

Por otra parte, la simple condición de drogodependiente, cuando no están afectadas las condiciones volitivas o cognitivas, no incide en la inimputabilidad.<sup>75</sup> Por lo que es necesario el informe de un profesional que valore estas capacidades, donde deberán cumplirse unos requisitos para que pueda ser aplicada alguna de estas circunstancias eximentes o atenuantes.

Si el drogadicto finalmente es imputable, una alternativa posible para los delitos cometidos como consecuencia de su adicción, con penas de hasta 5 años de prisión, es la suspensión de la pena<sup>76</sup>, siempre y cuando quede acreditado que el sujeto se encuentra deshabitado o está recibiendo terapia, a la que no puede renunciar hasta

---

<sup>74</sup> España, Tribunal Supremo (Sala de lo Penal). Sentencia núm. 3094/2020, de 1 de octubre.

<sup>75</sup> Esbec Rodríguez, E. y Echeburúa Odriozola, E. (2014). “*La prueba pericial en la jurisdicción penal en los consumidores de drogas y drogodependientes: una valoración integral*”. Psicopatología Clínica, Legal y Forense, ISSN: 1576-9941. Vol. 14, p. 197.

<sup>76</sup> Artículo 80.5 CP: “*Aun cuando no concurren las condiciones 1.ª y 2.ª previstas en el apartado 2 de este artículo, el juez o tribunal podrá acordar la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad no superiores a cinco años de los penados que hubiesen cometido el hecho delictivo a causa de su dependencia de las sustancias señaladas en el numeral 2.º del artículo 20, siempre que se certifique suficientemente, por centro o servicio público o privado debidamente acreditado u homologado, que el condenado se encuentra deshabitado o sometido a tratamiento para tal fin en el momento de decidir sobre la suspensión.*”

que la termine. Además, se puede contemplar la remisión de la pena<sup>77</sup> si queda constatado el cese de dependencia a dichas sustancias o que la persona sigue con la terapia.

Por último, mencionar que, si finalmente el delincuente ingresa en prisión, podrá acogerse a alguno de los programas de tratamiento en prisión contemplados en el artículo 116 del Reglamento Penitenciario, y si excepcionalmente no hubiera ingreso, podrá realizarlos fuera.

## 6.2 Como drogodependiente

El tratamiento va destinado a intentar que el individuo deje el consumo de drogas, y, por ende, a su recuperación. No es lo mismo que la desintoxicación, que busca directamente la eliminación de elementos tóxicos del organismo. El principal tratamiento que se debe llevar a cabo con los drogodependientes es la terapia conductual personalizada o el apoyo psicológico profesional. No obstante, en ciertas sustancias, la terapia puede ir acompañada de medicamentos que ayudarán a la desintoxicación en un primer momento, ya que pueden aliviar los síntomas que se sienten al dejar de consumir las sustancias, y posteriormente a la recuperación.

En el tratamiento de la dependencia a los opioides (analgésicos, heroína o fentalino), la primera línea de tratamiento debe ser la medicación. Entre ella, destacar la metadona (que da los mejores resultados respecto a la abstinencia y descenso de la actividad delictiva), la buprenorfina, la naltrexona de liberación prolongada y la lofexidina. Junto a ello, como he comentado, es conveniente la combinación con la terapia. Los medicamentos que se utilizan para tratar la adicción al alcohol son el disulfiram, el acamprosato y la naltrexona. Respecto al tabaco, se hará uso de preparados de nicotina (parches, chicles, pastillas y vaporizador nasal) además de los medicamentos vareniclina y bupropión. Para drogas estimulantes o el cannabis, no hay medicamentos que ayuden a asistir en el tratamiento de su adicción, por lo que el tratamiento consiste directamente en el apoyo psicológico.

---

<sup>77</sup> Artículo 87.2 CP: *“No obstante, para acordar la remisión de la pena que hubiera sido suspendida conforme al apartado 5 del artículo 80, deberá acreditarse la deshabitación del sujeto o la continuidad del tratamiento. De lo contrario, el juez o tribunal ordenará su cumplimiento, salvo que, oídos los informes correspondientes, estime necesaria la continuación del tratamiento; en tal caso podrá conceder razonadamente una prórroga del plazo de suspensión por tiempo no superior a dos años.”*



La terapia conductual ayuda a que las personas modifiquen su disposición y conducta relacionada con el consumo de estas sustancias, pudiendo incrementar la eficacia de los medicamentos previamente mencionados. Estas terapias abarcan desde el tratamiento individual con un profesional, la terapia familiar (donde se ayuda al drogadicto y sus familiares a observar y reconocer los factores de riesgo y mejorar la relación familiar y así las pautas de consumo), o programas de apoyo social como Alcohólicos Anónimos.

Por último, como la adicción interfiere en todos los ámbitos de la vida del consumidor, para poder alcanzar el éxito del tratamiento, se debe hacer uso de todas las necesidades de esta persona, debiendo emplear toda la pluralidad de prestaciones que sacian las necesidades derivadas de este problema, que incluyen: las médicas, mentales, sociales, laborales, familiares y legales.

### 6.3 Asistencia socio-sanitaria

Por lo que respecta a la atención del colectivo que se encuentra en situación de drogodependencia, podemos decir que la prevención y asistencia, es una materia que mayoritariamente corresponde a las Comunidades Autónomas, por lo que cada una de ellas está dotada de una variedad de centros y recursos. Existen tres niveles diferenciados de atención en base a la especialización de los diferentes recursos<sup>78</sup>:

- Recursos de primer nivel: entrada para la atención al paciente.
- Recursos de segundo nivel: son los centros de atención ambulatoria personalizada. El objetivo de la asistencia es, en términos generales, la abstinencia y la reinserción social.
- Recursos de tercer nivel: los de alta especialización en tratamiento a personas altamente adictas.

Los tipos de intervención, que se adaptará al perfil de cada persona a través de programas específicos, pueden ser:

1. Información, detección precoz, motivación y derivación, para los recursos de primer y segundo nivel.
2. Evaluación y diagnóstico, para los de segundo nivel.

---

<sup>78</sup>Disponible en: <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/atencionIntegral/red/home.htm>; consultado el 01/04/2021

3. Abordaje terapéutico, para segundo y tercer nivel. Abordado desde una atención integral, desde el principio de la intervención hasta la completa reinserción.

En nuestra Comunidad Autónoma, tal y como se recoge en el Decreto 132/2010, de 3 de septiembre, del Consell, sobre registro y autorización de centros y servicios de atención y prevención de las drogodependencias y otros trastornos adictivos, los centros y servicios de la Red Valenciana de Drogodependencias, que garantiza una atención gratuita e integral para las personas afectadas, se clasifica de la siguiente manera<sup>79</sup>:

- Prevención: Unidades de Prevención Comunitaria en Conductas Adictivas (UPCCA).
- Asistencia: Unidades de Alcoholología (UA), Unidades de Conductas Adictivas (UCA) y Unidades de Desintoxicación Hospitalaria (UDH).
- Reinserción: Comunidades Terapéuticas (CT), Centros de Día (CD), Viviendas de Apoyo al Tratamiento (VAT), Viviendas de apoyo a la Incorporación Sociolaboral (VAIS), Asociaciones de Alcohólicos Rehabilitados y Ayuda al Juego Patológico.
- Atenciones Especiales: Centros de Intervención de Baja Exigencia (CIBE) y Unidades de Valoración y Apoyo en Drogodependencias (UYAD)

No obstante, pese a que existan muchos servicios de atención hacia las personas en situación de drogodependencia, todos los esfuerzos deben dirigirse básicamente a la prevención, a aminorar los factores de riesgo e impulsar los de protección de cada persona. Para lograrlo debemos contar con la cobertura de los programas preventivos, contemplados, como ya he mencionado, en el EDDRA. Estos programas deben ir dirigidos a los siguientes objetivos estratégicos<sup>80</sup>: disminuir la disposición a las drogas y/u otros aspectos que puedan provocar dependencia; restringir el acceso de los menores de edad a estas sustancias; concienciar a la sociedad de todos los peligros que conlleva el consumo e incrementar la percepción negativa del riesgo asociado a ello, contando con la participación ciudadana a este propósito; luchar por aminorar la concepción “normalizada”, sobre todo en jóvenes, sobre el consumo de drogas,

---

<sup>79</sup> Memoria Anual de Actividad 2016: Servicio de Gestión de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos. Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana. p. 6. (Disponible en: [http://www.san.gva.es/documents/156344/158833/MEMORIA+2016\\_servicio+de+gestion+drogodependencias.pdf](http://www.san.gva.es/documents/156344/158833/MEMORIA+2016_servicio+de+gestion+drogodependencias.pdf); consultada el 08/04/2021)

<sup>80</sup> Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Secretaría de Estado de Servicios Sociales. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. “Estrategia Nacional Sobre Adicciones 2017-2024”. p. 31. (Disponible en: [https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209 ESTRATEGIA N.ADICCIONES\\_2017-2024\\_aprobada\\_CM.pdf](https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209 ESTRATEGIA N.ADICCIONES_2017-2024_aprobada_CM.pdf); consultado el 08/04/2021)

especialmente de alcohol, tabaco y cannabis; promover el desarrollo de capacidades y habilidades individuales para reducir la vulnerabilidad ante el riesgo de consumir; fomentar hábitos de vida saludables, conductas de ocio sanas que sean incompatibles con cualquier tipo de conducta adictiva; detectar precozmente estas situaciones; y luchar por evitar los consumos por parte de la ciudadanía de mayor riesgo (menores, ancianos, embarazadas, durante la conducción de vehículos...).

## VII. CONCLUSIONES

**PRIMERA:** Los estudios realizados a lo largo de los años no han logrado demostrar una relación estrecha entre consumo de drogas y comisión de delitos, pero en la práctica sí que se puede demostrar que, en muchos de los casos, el delito antecede al consumo de drogas o viceversa, sobre todo de las sustancias que crean mayor dependencia o consumo. Por tanto, se puede inferir que se crea un círculo vicioso entre dicho consumo y la conducta delictiva, donde también influyen muchos otros factores que influyen en esta relación, como los genéticos, sociales o ambientales

**SEGUNDA:** Queda demostrado que el consumo de drogas tiene una afección a nivel cerebral. A corto plazo, se generan una modificación en la comunicación corriente entre neuronas, y al introducir estas sustancias en el organismo se generará una elevada cantidad de endorfinas y dopamina, lo que provocará la sensación placentera en el individuo, que le llevará en la mayoría de veces a la adicción. A largo plazo, se genera en el cerebro una neuroadaptación, en relación a la tolerancia, lo que hará que la persona se convierta en drogodependiente porque necesite consumir cada vez más cantidad para sentir los mismos efectos. Con el paso del tiempo, quedan perjudicadas las estructuras cerebrales de la corteza prefrontal, hipocampo y amígdala, que se encargan de funciones importantes en relación con la conducta criminal (como el control de los impulsos o de la irritabilidad e inquietud), que, al ser dañadas, pueden favorecer este comportamiento anómalo e indeseado.

Con el consumo, por tanto, pueden quedar abolidas las capacidades volitivas y cognitivas del sujeto, por lo que no pueden comprender la ilicitud de sus actos ni actuar bajo dicha comprensión. En estos casos, pueden ser considerados inimputables o necesitados de una atenuación de la pena. Así pues, nuestro Código Penal tiene diferentes maneras de tratar al drogodependiente-delincuente, pudiéndosele aplicar, dependiendo del grado de afección, una eximente o una atenuante.

**TERCERA:** Los delitos más comunes en relación al consumo de drogas, se pueden agrupar según la tipología delictiva. Si se delinque por el efecto producido por las drogas -delincuencia psicofarmacológica-, los delitos que más comúnmente se cometen son contra las personas y contra la seguridad del tráfico. Si la delincuencia está encaminada a perpetrar el consumo -delincuencia funcional o delincuencia compulsiva con fines económicos según Goldstein-, se cometerán principalmente delitos contra la propiedad, para que los consumidores puedan financiar su dependencia. Por último, la delincuencia sistémica corresponde a los delitos relacionados con el cultivo, elaboración y distribución de drogas. Por lo tanto, actualmente hay muchas personas que se encuentran privadas

de libertad debido a ello, pero no solo por delitos de tráfico de drogas, sino por otro tipo de infracciones que indirectamente están relacionadas con ellas.

**CUARTA:** También es interesante resaltar que las drogas que más acarrear los delitos psicofarmacológicos son en primer lugar el alcohol, seguido por la cocaína en forma de crack y después por las anfetaminas. Y respecto a los delitos compulsivo económicos, serán motivados principalmente por la heroína y cocaína, por su elevado coste, y, por ende, la necesidad de sufragárselo.

**QUINTA:** En base a todas la información y estadísticas consultadas, podemos concluir que aproximadamente un 0'8% de las infracciones penales cometidas en un año en nuestro país son por tráfico de drogas. No obstante, hay que añadirle a este porcentaje el resto de delitos que se comete bajo la influencia de estas sustancias o con el fin de conseguir dinero para lograr autoabastecerse, por lo que el porcentaje es mucho mayor. Además, podemos afirmar que la tendencia es creciente, puesto a que cada año va aumentando esta cifra.

**SEXTA:** Para lograr reducir la delincuencia relacionada con las drogas, la medida que sea posiblemente más acertada es la del refuerzo de la mentalización sobre los daños que genera el consumo y la prevención. Es decir, hay que buscar promover conductas y hábitos de vida saludables, evitar el uso cada vez mayor de las nuevas tecnologías, o por lo menos reducirlo; y buscar y realizar alternativas de ocio sanas que sean incompatibles con cualquier conducta que resulte perjudicial, como el abuso de sustancias u otras conductas adictivas.

**SÉPTIMA:** Si reconocemos al toxicómano como enfermo, es probable que resulte más útil modificar el sistema de penas que reforzar la lucha policial, y, por tanto, resulte más eficaz potenciar las alternativas para evitar la continuidad del consumo, como el cumplimiento de penas en centros de desintoxicación destinados al tratamiento de adicciones o la incorporación de medidas como trabajos en beneficio de la comunidad; frente a la imposición de sanciones económicas, como las multas, o penas privativas de libertad, como el ingreso en prisión. Esto favorecería el objetivo de reinserción social que marca nuestra Carta Magna en su artículo 25.2.

**OCTAVA:** No vale la pena consumir a cambio de unas horas de "felicidad", porque se trata de una felicidad ficticia que se desvanece cuando el efecto de las drogas disminuye y nos devuelve de golpe a la realidad, con otro problema añadido: la adicción por tomar más, pensando que así, nuestros problemas se acabarán.

## VIII. BIBLIOGRAFÍA:

*Actuar es posible (2006): Intervención sobre Drogas en Centros Penitenciarios.* Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Ministerios de Sanidad y Consumo.

ARMENTA BAUTISTA, A. (2016). *Frecuencia del Delito asociado al consumo de drogas en una muestra de mujeres en el Hospital General Torre Médica Tepepan.* Centros de Integración Juvenil, A.C.

ARMENTA A. y JELSMAN, M. (2015). *“Las convenciones de drogas de la ONU”.* Transnational Institute.

ARROYO FERNÁNDEZ, A. (2003). *“Drogas de Diseño en el ámbito Judicial”.* Juzgado de Instrucción nº2, Hospitalet de Llobregat, Barcelona, España. Salud pública. Vol. 41, núm 2. pp. 108-113.

Asamblea General de las Naciones Unidas. (2016). *“Declaración: nuestro compromiso conjunto de abordar y contrarrestar eficazmente el problema de las drogas”.*

BENNET, T., HOLLOWAY, K., y FARRINGTON, D., (2008) *“La asociación estadística entre el uso indebido de drogas y la delincuencia: un meta-análisis”* Vol. 13, núm. 2. Pp. 48-56,

CARPENTIER, C. (2007). *“Drogas en el punto de mira”.* Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías, ISSN 1681-6307,

Comisión Global de Política de Drogas. (2019). *“Informe de La Clasificación de Sustancias Psicoactivas”.*

Definición de la Organización Mundial de la Salud. (1969).

Definición del Plan Nacional de Drogas, (1985).

ESBEC, E., ECHEBURRÚA, E. (2016). *“Abuso de drogas y delincuencia: consideraciones para una valoración forense integral”.* ADICCIONES, Vol 28, núm 1 pp. 48-56

ESBEC RODRÍGUEZ, E. y ECHEBURRÚA ODRIOZOLA, E. (2014). *“La prueba pericial en la jurisdicción penal en los consumidores de drogas y drogodependientes: una valoración integral”.* Psicopatología Clínica, Legal y Forense, ISSN: 1576-9941. Vol. 14, pp.189-215.

European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. *“EMCDDA, your reference point on drugs in Europe”.*

Generalitat Valenciana. Conselleria de Sanitat. *“Memoria Anual de Actividad 2016: Servicio de Gestión de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos.”*

GRAÑA GÓMEZ, J.L, MUÑOZ GARCÍA, J.J y NAVAS COLLADO, E. (2007) *“Características psicopatológicas, motivacionales y de personalidad en drogodependientes en tratamiento de la Comunidad de Madrid”.* Psicología Clínica de las drogodependencias en la Universidad Complutense de Madrid. Agencia Antidroga, Madrid

INCB (International Narcotics Control Boards). (2003). *“Las drogas, la delincuencia y la violencia: los efectos a nivel microsocioal”*. E/INCB/2003/1

LARROULET, P. (2012). *“Estudio de la Relación Droga y Delito. Construcción de un modelo de atribución”*. Estudios públicos, ISSN-e 0716-1115, Nº. 119

LEGANÉS GÓMEZ, S. (2010). *“Drogas, delincuencia y enfermedad mental”*, Revista Española de Drogodependencias, 2010, Vol. 35, núm. 4

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Secretaría de Estado de Servicios Sociales. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas. *“Estrategia Nacional Sobre Adicciones 2017-2024”*.

NIDA. Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos. (2020) *“Las drogas, el cerebro y la conducta: bases científicas de la adicción”*.

NORA, D., VOLKOW, M.D., (2020) Directora del Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas, *“Las drogas, el cerebro y la conducta: bases científicas de la adicción”*. NIDA,

Plan de Acción de la UE en materia de lucha contra la Droga 2017-2020. 5 de julio de 2017, sobre la publicación electrónica del *Diario Oficial de la Unión Europea*, nº C215/21.

*Qué son las drogas* (s.d.).

Real Academia Española. (2001). *Diccionario de la lengua española* (22.a ed.).

ROCA TUTUSAUS, X., CAIXAL LÓPEZ, G. (1999). *“Conducta adictiva y delictiva: análisis de una relación.”* Servei de Rehabilitació. Direcció General de Serveis Penitenciaris i de Rehabilitació. Departament de Justícia. Vol. 1, núm 3, p. 222-226

SATAMARÍA HERRERO, J.J., CHAIT, L. (2004). *“Drogadicción y Delincuencia. Perspectiva desde una prisión”*. ADICCIONES, 2004, Vol. 16, núm 3. pp. 207-217

Secretaría General de Instituciones Penitenciarias. Coordinación de Sanidad Penitenciaria. (2011). *“Estudio sobre mortalidad por reacción a sustancias psicoactivas en el medio penitenciario. Años 2007-2009”*.

TOMÁS DOLZ, S., AGUILAR SERRANO, J. (2014). *“III Plan Estratégico de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos”*. Conselleria de Sanitat, Generalitat Valenciana. p. 19-20

United Nations Office on Drugs and Crime. (2019). *“World Drug Report 2019”*.

VALENZUELA, E., LARROULET, P. (2010). *“La Relación droga y delito: una estimación de la fracción atribuible”*. Centro de Estudios públicos de Chile. ISSN 0718-3089, núm. 119

→ **SENTENCIAS:**

- España, Tribunal Supremo (Sala Segunda de lo Penal). Sentencia núm. 298/2004 de 12 de marzo.
- España, Tribunal Supremo (Sala Segunda de lo Penal). Sentencia núm. 730/2008 de 22 de octubre.
- España, Tribunal Supremo (Sala de lo Penal, Sección 1ª). Sentencia núm. 7331/2010 de 15 de noviembre.
- España, Tribunal Supremo (Sala Segunda de lo Penal). Sentencia núm. 285/2014, del 8 de abril.
- España, Tribunal Supremo (Sala Segunda de lo Penal). Sentencia núm. 265/2015, de 29 de abril.
- España, Audiencia Provincial de Zaragoza. Sentencia núm. 1880/2015 de 22 de septiembre.
- España, Tribunal Supremo (Sala de lo Penal). Sentencia núm. 3094/2020, de 1 de octubre

→ **DOCUMENTOS INTERNACIONALES:**

- Informe de drogas mundial (UNODC) 2019.
- Informe ESPAD (Encuesta Europea sobre Alcohol y Drogas) 2019.
- Informe sobre Drogas en Europa 2020.
- Plan de Acción de la UE en materia de Luchas Contra la Droga 2017-2020.
- Estrategia Europea (EMCDDA) 2025.

→ **DOCUMENTOS NACIONALES:**

- Plan Nacional sobre Drogas, 1985.
- Memoria Plan Nacional sobre Drogas 2018.
- EDADES 2019/2020: Encuesta sobre alcohol, drogas y otras adicciones en España.
- Observatorio Español de Drogas y Adicciones:
  - Informe sobre alcohol, tabaco y drogas ilegales en España de 2020.
  - Estadísticas sobre alcohol, tabaco y drogas ilegales en España de 2020

→ **DOCUMENTOS AUTONÓMICOS:**

- III Plan Estratégico de Drogodependencias y otros trastornos adictivos de la Comunidad Valenciana, 2014.
- Memoria Anual de Actividad, Servicio de Gestión de Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos 2016. Generalidad Valenciana.



## IX. ANEXO I

### DROGAS DEPRESORAS:

	EFFECTOS A CORTO PLAZO	INICIO EFECTOS <sup>81</sup>	DURACIÓN	EFFECTOS A LARGO PLAZO	ADICCIÓN
OPÍACEOS	Analgésico, para calmar el dolor	Si se ingieren, la absorción será a los 15-30'; si se fuma, los efectos comenzarán a los 3-5'	4-5 horas	Agitación, insomnio, náuseas...	Sí
BARBITÚRICOS	Ansiolítico, hipnótico, anticonvulsivo y analgésico	B. acción larga: 30-60' B. intermedio: 45-60' B. acción corta: 10-15' B. ultra corto: 5'	B. acción larga: 6-12h. B. intermedio: 3-6h. B. acción corta: 3h B. ultra corto: >3h.	Sedación excesiva, descoordinación de las funciones (caminar, hablar...), problemas cardiorrespiratorios...	Sí
BENZODIACEPINAS	Somnolencia y relajación muscular	30 minutos.	Depende de la cantidad ingerida, por lo general a las 6 horas.	Problemas de memoria, deficiencias en las habilidades sociales, cambios de humor...	Sí.
ANTI-PSICÓTICOS	Neurolépticos. No considerado tranquilizante, sino que bloquea los receptores D2 para evitar los síntomas esquizofrénicos	A las 2 semanas.	Mientras dura el tratamiento. No recomendable que se extienda más de 1 año.	Si se abusa de ellos puede potenciar aquellos síntomas iniciales que trataban de evitarse. Además, hay un deterioro cognitivo, ansiedad y mayor discapacidad.	Sí
ALCOHOL	Efecto bifásico: relajación + euforia	A la hora de ingerirse.	De 8 a 16h.	Hipertensión arterial, gastritis, alteración del sueño, agresividad.	Sí

**Tabla 2:** inicio y efectos a corto y largo plazo, duración y adicción de las drogas depresoras del SNC. **Fuente:** Elaboración propia.

<sup>81</sup> El inicio siempre dependerá de la vía de administración. Por lo general, la absorción de la droga es más rápida cuando es inyectada o inhalada, seguida por la vía fumada, sublingual, ingerida, transcutánea o rectal/vaginal. En las siguientes tablas, podré en inicio de los efectos según la forma de consumo más común de cada droga.

### DROGAS ESTIMULANTES:

	EFFECTOS A CORTO PLAZO	INICIO	DURACIÓN	EFFECTOS A LARGO PLAZO	ADICCIÓN
COCAÍNA	Aumento energía, disminución apetito, aumento presión arterial y ritmo cardíaco, alerta mental.	Inhalada: lento (2-4') Inyectada: rápido (10-15') Fumada: rápido (10-15')	Inhalada: 15-30' Inyectada: 5-10' Fumada: 5-10'	Irritabilidad, inquietud, paranoia, alucinaciones, perturbación del estado de ánimo.	Sí.
ANFETAMINA	Aumento energía, disminución apetito, aumento presión arterial y ritmo cardíaco, alerta mental.	Inhalada o fumada: 3-5' Inyectada: inmediato (10-15') Vía oral: 15-20'	Inhalada o fumada: 30' Inyectada: 15-30' Vía oral: 2h. aprox.	Reacción psicótica similar a la esquizofrenia (delirios y paranoias), arritmia, hipertensión...	Sí.
MDMA/ ÉXTASIS	Estimulante y alucinógeno.	A los 45 minutos.	3-6 horas.	Irritabilidad, impulsión, agresividad, ansiedad, problemas de sueño...	Sí.
NICOTINA	Estimulante. Se tiene la percepción de que es relajante pero en realidad les calma la ansiedad provocada por la falta de nicotina en el organismo.	A los 20 minutos.	2 horas.	Fatiga, tos, expectoraciones.	Sí.
CAFEÍNA	Estimulante	A los 20 minutos.	Entre 3-5 horas.	Posible afección a los huesos (osteoporosis) porque interfiere en absorción y metabolismo del calcio.	Sí.

**Tabla 3:** inicio y efectos a corto y largo plazo, duración y adicción de las drogas estimulantes del SNC. **Fuente:** Elaboración propia.

### DROGAS ALUCINÓGENAS:

	EFFECTOS A CORTO PLAZO	INICIO	DURACION	EFFECTOS A LARGO PLAZO	ADICCIÓN
CANNABIS	Distorsión sensorial, ansiedad, reacción lenta, subida inicial y posteriormente somnolencia y depresión	A los 20 minutos	4 horas aproximadamente	Suspensión sistema inmunológico, trastornos del crecimiento, lesiones cerebrales, dificultad para el estudio y para atender a las cosas...	Sí psicológica pero NO física.
LSD	Cambios drásticos en sensaciones y emociones, delirio y alucinaciones visuales, distorsión del tiempo, espacio, y forma y tamaño de los objetos. Se pueden vivir "flashbacks", "deja vu" y reviviscencias.	30-90 minutos.	Hasta 12 horas	En alguna ocasión, puede provocar problemas psiquiátricos crónicos como ansiedad o esquizofrenia.	NO, pero sí tolerancia.
PEYOTE	Generalmente se tienen "flashbacks" y reviviscencias.	30-90 minutos.	Hasta 12 horas.	Como su consumo es esporádico, no suele desencadenar problemas a largo plazo. No obstante, los efectos de un solo consumo pueden prolongarse hasta un año después.	Sí.
PSILOCIBINA	Alteraciones en la función automática (reflejos), alucinaciones, percepción del tiempo alterada e incapacidad de discernir entre fantasía y realidad.	A los 20 minutos.	6 horas.	Como su consumo es esporádico, no suele desencadenar problemas a largo plazo. No obstante, los efectos de un solo consumo pueden prolongarse hasta un año después.	Sí.
PCP	Es una droga disociativa. distorsiona las percepciones visuales y auditivas, provoca agitación e ideas delirantes e irracionales, y produce sentimientos de aislamiento. Da una falsa sensación de fuerza, poder e invulnerabilidad.	A los 20 minutos.	Entre 4 y 6 horas.	Pérdida de memoria, dificultad para hablar y pensar, pérdida de peso...	Sí.
AYAHUASCA	Provoca sentimientos de estar soñando con los ojos abiertos. Además, produce visiones, sedación, sensación de locura y estar perdiendo la cabeza. Puede originar náuseas y vómitos.	A los 45 minutos.	Hasta 2 horas	En alguna ocasión, puede provocar problemas psiquiátricos crónicos como ansiedad o esquizofrenia.	Sí.

**Tabla 4:** inicio y efectos a corto y largo plazo, duración y adicción de las drogas alucinógenas del SNC. **Fuente:** Elaboración propia.