



Universidad de Valladolid

Facultad de Derecho

Grado en Criminología

**Drogas, culturas criminales y
culturas criminalizadas.**

Presentado por:

Claudia Fernández Salinas.

Tutelado por:

Antonio José Fernández de Rota Irimia.

Valladolid, 15 de mayo de 2025

AGRADECIMIENTOS:

A Pilar, por prestarme sus apuntes de las oposiciones.

A Paula, por dedicar un poco de su tiempo a enseñarme a citar.

A mi madre, por leer el trabajo entero.

RESUMEN:

El presente trabajo de fin de grado tiene como objeto el análisis del fenómeno relacionado con el consumo de sustancias. Desde una perspectiva multidimensional, como lo es nuestra carrera, ya que de otro modo sería imposible comprender este complejo fenómeno.

¿La cultura entorno a las drogas es realmente una cultura criminal, o solamente la hemos criminalizado?

Las posibles vías de actuación respecto de esto son bastante controvertidas, hay sectores doctrinales que apuestan por una legalización o una permisibilidad mientras que otros prefieren una prohibición o persecución más estricta.

A lo largo del trabajo profundizaré a cerca de la etiología del fenómeno, sus causas, principales definiciones y tipos. Continuaré con las tendencias actuales, su relación con la delincuencia y alguna que otra propuesta de actuación. Para terminar con unas conclusiones que recogerán los principales puntos de reflexión en torno al fenómeno.

ABSTRACT:

This final degree tesis Project aims to analyze the phenomenon related to substance use. It approaches de issue from a multidimensional perspective, as is characteristic of our field of study, since otherwise, it would be impossible to fully understand such a complex phenomenon.

Is the culture surrounding drugs truly a criminal culture, or have we merely criminalized it?

The possible courses of action in response to this issue are highly controversial. Some academic and professional sectors advocate for legalization or greater permissiveness, while others favor stricter prohibition and enforcement.

Throughout this work, I will delve into the etiology of the phenomenon, it causes, main definitions and types. I will then explore current trends, its relationship with crime, and some possible proposals for intervention. The paper will conclude with reflections summarizing the key points related to this complex issue.

PALABRAS CLAVE:

Abstinencia, adicción, antropología, cártel, criminología, consumo, cultura, delito, dependencia, deshabituación, desintoxicación, droga, estigmatización, etiquetamiento, historia, intoxicación, narcotráfico, regulación, tolerancia, trastorno, salud, sustancia psicoactiva.

KEY WORDS:

Abstinence, addiction, anthropology, cartel, criminology, consumption, culture, crime, dependency, disaccustom, detoxify, drug, stigmatize, labelling approach, history, intoxication, drug trafficking, regulation, tolerance, disorder, health, psychoactive substance.

ÍNDICE:

1. INTRODUCCIÓN.....	p.8
2. METODOLOGÍA.....	p.9
3. ASPECTOS TÉCNICOS.....	p.11
3.1. Etimología y definiciones varias.....	p.11
3.1.1. Droga.....	p.11
3.1.1.1. Comparación con el término “sustancias psicoactivas”.....	p.13
3.1.2. Intoxicación aguda.....	p.13
3.1.3. Adicción o trastorno por el consumo de sustancias.....	p.14
3.1.4. Dependencia.....	p.15
3.1.5. Tolerancia.....	p.16
3.1.6. Síndrome de abstinencia.....	p.17
3.1.7. Policonsumo.....	p.17
3.1.8. Salud.....	p.17
3.1.9. Narcotráfico.....	p.18
3.1.10. Desintoxicación.....	p.18
3.1.11. Deshabitación.....	p.18
3.2. Tipología y clasificaciones.....	p.18
3.2.1. Estudio del alcohol etílico o etanol.....	p.23
3.2.2. Estudio del cannabis.....	p.24
3.2.3. Estudio de los opiáceos.....	p.25
3.2.4. Estudio de la cocaína.....	p.26
3.2.5. Estudio de las anfetaminas.....	p.26
3.3. Marco legal.....	p.27
3.3.1. Artículo 359 Código Penal.....	p.27
3.3.2. Artículo 360 Código Penal.....	p.27
3.3.3. Artículo 368 Código Penal.....	p.28
3.3.4. Artículo 369 Código Penal.....	p.28
3.3.5. Artículo 369.bis. Código Penal.....	p.29
3.3.6. Artículo 370 Código Penal.....	p.29
3.3.7. Artículo 371 Código Penal.....	p.30
3.3.8. Artículo 372 Código Penal.....	p.30
3.3.9. Artículo 373 Código Penal.....	p.31

3.3.10.	<i>Artículo 374 Código Penal</i>	p.31
3.3.11.	<i>Artículo 375 Código Penal</i>	p.31
3.3.12.	<i>Artículo 376 Código Penal</i>	p.32
3.3.13.	<i>Artículos 377 y 378 Código Penal</i>	p.32
4.	EL CONSUMO DE DROGAS: PERSPECTIVA HISTÓRICA	p.34
4.1.	Opio	p.35
4.2.	Tabaco	p.35
4.3.	Cannabis	p.36
4.4.	Cocaína	p.38
4.5.	La revolución farmacéutica	p.40
4.6.	Dietilamida de ácido lisérgico (LSD)	p.42
4.7.	Anfetaminas	p.43
4.8.	Drogas de síntesis o de diseño	p.44
4.8.1.	<i>Ketamina</i>	p.45
4.8.2.	<i>Fenciclidina (PCP)</i>	p.45
4.8.3.	<i>JWH-018 (Spice,K2)</i>	p.46
5.	TENDENCIAS ACTUALES EN ESPAÑA	p.47
5.1.	Contexto español	p.47
5.1.1.	<i>Mirada al pasado</i>	p.47
5.1.2.	<i>Últimas tendencias en el consumo de drogas en España</i>	p.47
5.1.2.1.	<i>Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES)</i> ..	p.49
5.1.2.2.	<i>Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ETUDES)</i>	p.50
5.2.	Contexto actual del fenómeno en Europa	p.51
5.3.	Contexto actual global del fenómeno	p.52
6.	RELACIÓN ENTRE DROGAS Y DELINECUENCIA	p.55
6.1.	Clasificación de la delincuencia vinculada al consumo de drogas	p.55
6.1.1.	<i>Delincuencia inducida</i>	p.55
6.1.2.	<i>Delincuencia funcional o instrumental</i>	p.56
6.1.3.	<i>Delincuencia relacional</i>	p.56
6.2.	Influencia del tipo de sustancia en la conducta delictiva	p.57
6.2.1.	<i>Opiáceos y criminalidad</i>	p.59
6.2.2.	<i>Cocaína y criminalidad</i>	p.60

6.2.3.	<i>Cannabis y criminalidad.....</i>	<i>p.62</i>
6.2.4.	<i>Anfetaminas y criminalidad.....</i>	<i>p.62</i>
6.2.5.	<i>Fenciclidina (PCP) o polvo de ángel y criminalidad.....</i>	<i>p.62</i>
6.2.6.	<i>Alcohol y criminalidad.....</i>	<i>p.63</i>
6.3.	Teorías criminológicas que sustentan la relación entre adicción y delito.....	p.64
7.	RESPUESTAS ANTE EL FENÓMENO.....	p.66
7.1.	Esfuerzos gubernamentales para combatir el problema.....	p.66
7.2.	¿Cultura criminal o cultura criminalizada?.....	p.73
7.3.	Propuestas personales.....	p.75
8.	CONCLUSIONES.....	p.80
9.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	p.83
10.	ANEXOS.....	p.86
10.1.	Anexo I: Tabla trastorno por intoxicación según sustancias.....	p.86
10.2.	Anexo II: Tabla trastorno por abstinencia.....	p.88
10.3.	Anexo III: Gráfico porcentaje de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de 2003 a 2020.	p.88
10.4.	Anexo IV: Gráfico porcentaje de muertes según el tipo de sustancia.....	p.90
10.5.	Anexo V: Mapa de rutas de entrada de cocaína a Europa.....	p.91

1. INTRODUCCIÓN:

En una sociedad cada vez más repleta de problemas, donde la salud mental brilla por su ausencia, con un ritmo tan acelerado de vida y con un futuro próximo poco esperanzador debido a los constantes conflictos armados y el cambio climático, el consumo de sustancias psicoactivas puede parecer una vía de escape, e incluso una forma de resistencia. Sin embargo, no todas las personas con problemas optan por consumir ¿Qué es lo que hace que algunas si lo hagan?

En los últimos años se ha detectado una mayor preocupación por el aumento del fenómeno de la drogadicción, sobre todo con algún que otro tipo de sustancia percibida como menos aceptable por la sociedad. Pero paradójicamente otras como el alcohol son vistas como adecuadas, incluso estigmatizando a quienes no las consumen en determinados contextos sociales. Entonces me pregunto ¿Dónde está la línea entre considerarlo un problema de salud, un problema social y un delito? ¿Es este fenómeno realmente un problema o solamente lo percibimos como tal desde fuera del grupo consumidor?

A lo largo de este trabajo trataré de analizar cómo la sociedad responde al consumo de drogas, desde una perspectiva interdisciplinar que incluye la etiológica, la etimológica, la perspectiva legal, la histórica, la antropológica y la social o cultural.

Relacionado con esta perspectiva legal me gustaría destacar la posibilidad de aplicar o no la circunstancia eximente del artículo 20.2 del Código Penal o la atenuante del artículo 21.2 del mismo, que tiene una reflexión mucho más profunda detrás que lo que a priori pueda parecer.

Tal vez antes de entrar a valorar otras cuestiones deberíamos plantearnos por qué hemos elegido mirar el fenómeno desde la perspectiva punitiva, o desde la no sancionadora y no buscar una verdadera comprensión del fenómeno dejando de lado nuestros prejuicios.

2. METODOLOGÍA.

Con el fin de realizar este trabajo partiré de un enfoque interdisciplinar, lo cual me permitirá obtener una visión lo más completa posible del fenómeno del consumo de drogas, así como de los procesos de estigmatización y criminalización que lo rodean.

Para ello analizaré de manera exhaustiva principalmente fuentes secundarias, es decir, textos que interpretan, analizan o sintetizan la información de las fuentes primarias (Hernández, 2023). Procedentes principalmente de ciencias como la criminología, la antropología, la sociología o la historia.

El trabajo comenzará con un estudio etimológico y taxonómico del fenómeno que me permitirá centrar el objeto de estudio y poder comprender el marco legal que lo regula. Posteriormente la perspectiva histórica me ayudará a contextualizar el fenómeno a lo largo del tiempo. A través de ella se observan los cambios legislativos, sociales y culturales que han contribuido a configurar las distintas percepciones sociales del fenómeno de las drogas a lo largo del tiempo.

La perspectiva antropológica es la que me permitirá estudiar los aspectos simbólicos y rituales vinculados al consumo. Así como el fenómeno de estigmatización surgido asociado al consumo. Esta perspectiva obliga a analizar el problema de manera global y contextualizada considerando los distintos niveles de la realidad y sus interacciones. Así, como menciona Romaní (n.d.), el enfoque puede partir de grandes generalidades o de trabajos etnográficos específicos. Con una mirada holística centrada en la dialéctica entre los niveles microsociales (del individuo) y macrosociales (de población a gran escala).

En este sentido es la etnografía una metodología clave, que permite el acercamiento a la realidad. Implica una interacción continuada e intensa con el grupo estudiado en su medio social, lo que da acceso a los datos a nivel microsocial. Y si está guiada por un buen marco teórico permite contrastar datos y explicaciones previas de los niveles más macros, y la interacción entre ambos permite otorgar significados a los datos obtenidos. (Romaní, n.d.)

Continuando con el mismo autor, considera que cuando se realiza una etnografía se procesan tanto las prácticas sociales como las percepciones culturales lo que permite interpretar la estructura y dinámica sociocultural más general que contribuye a dar continuidad, romper o reorientar comportamientos.

Nuestro objeto de estudio, el campo de las drogas, es un ámbito especialmente estigmatizado. Según Romaní (n.d.), a través de la construcción social del “problema de la droga”. Con una carga contextual variable que depende de si la droga en cuestión se considera legal o ilegal y del entorno social en que se produce el consumo. Etiqueta que según él no busca un cambio en la conducta, sino un control y aislamiento del grupo etiquetado como “contaminado”. Y es esto lo que termina creando la alarma social, que se usa para justificar una posterior reacción social, y por lo tanto una actuación del Estado.

Durante años se ha hablado de las características generales de los drogadictos a partir de poblaciones institucionalizadas, lo cual puede implicar un muestreo sesgado y por tanto aportar datos erróneos a la investigación.

De la dimensión sociológica se pueden extraer estudios empíricos y datos estadísticos que permiten trazar un perfil del consumo y su evolución a lo largo del tiempo.

Por último, la perspectiva criminológica permite indagar en cómo se han ido construyendo las figuras del consumidor- delincuente, y del traficante- delincuente. Y cómo se aplican las herramientas punitivas o de control sobre ciertos colectivos. Es decir, el papel de las instituciones en la definición de lo que se considera como “desviado” o “criminal”, lo cual conecta directamente con la teoría del etiquetamiento de Howard Becker, clave para entender la reproducción del estigma.

En definitiva, es a través de esta mirada plural y del análisis de fuentes secundarias que pretendo dar respuesta a las preguntas planteadas al inicio del trabajo, y a muchas más que vayan surgiendo a lo largo de su realización. Fuentes que se entremezclarán constantemente a lo largo del mismo, dialogando entre sí y por tanto aportando distintas capas de comprensión sobre el fenómeno del consumo de droga, su construcción social y los mecanismos de criminalización y estigmatización que lo rodean. Interacción que me permitirá construir un análisis crítico, profundo, contextualizado y abierto del fenómeno.

3. ASPECTOS TÉCNICOS.

3.1. Etimología y definiciones varias.

Como parte de ese enfoque multidisciplinar, comenzaré por analizar los términos asociados a este fenómeno con el objetivo de comprender mejor los siguientes epígrafes.

Según la Real Academia Española (n.d.), la palabra “droga” tiene su origen en el árabe andalusí (*batrúka*) que venía a significar algo así como charlatanería, en el sentido de hablar mucho y sin sentido.

Durante el siglo XIV en Países bajos se utilizó el término “droog” para referirse a las plantas y especias que se utilizaban con finalidad medicinal. Los ingleses posteriormente utilizaron el término “drug”, y los franceses “drogue” para hacer referencia a los medicamentos. En la actualidad su significado ha ido perdiendo el sentido de medicamento o uso medicinal, para dar paso a una concepción más amplia y ambigua, que se asocia mayoritariamente a sustancias psicoactivas, más concretamente a su consumo recreativo, problemático o ilegal.

3.1.1. Droga.

La Real Academia Española (n.d.), define “droga” como sustancia. En su primera acepción haciendo referencia a sus orígenes y usos como “Sustancia mineral, vegetal o animal, que se emplea en la medicina, en la industria o en las bellas artes”. La segunda acepción lo define de manera bastante similar, pero esta vez haciendo referencia no a su origen sino a sus efectos, “sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno”. Su tercera acepción es la de “Actividad o afición obsesiva” y la cuarta la define como simplemente un “medicamento”.

Es interesante como esta misma institución hace una clasificación que distingue entre: “drogas blandas” dentro de las cuales incluye a las no consideradas adictivas o que son adictivas en bajo grado. “Drogas de diseño” que son aquellas que se obtienen mediante modificaciones químicas a partir de otras drogas para obtener especiales efectos psicotrópicos. Y “Drogas duras” que son aquellas fuertemente adictivas. Clasificación bajo mi punto de vista poco correcta, ya que carece de sentido meter las “drogas de diseño” entre las “drogas duras y las drogas blandas”. Siendo la clasificación que separa a estas dos

últimas muy criticada por amplios sectores doctrinales por ser una distinción social pero no científica. (Mental, 2017).

Otra definición del término “droga”, centrada principalmente en sus efectos, es aquella que la define como “toda sustancia que introducida en un organismo vivo puede modificar una o más funciones de este, siendo capaz de generar dependencia, provocar cambios de conducta y efectos nocivos para la salud y el bienestar social”. Concretando que las “drogas de abuso”, son aquellas que se consumen con fines no terapéuticos. (Fernández Salinas C. , Apuntes de Medicina Legal., 2024). Lo que pone de relieve que el término hace referencia tanto a las drogas para consumo terapéutico como al consumo de drogas con otros fines (como el recreativo) y que lo más correcto sería especificar cuando se trata de un tipo u otro refiriéndonos a este último como “drogas de abuso”.

Desde el punto de vista etnográfico Romaní (n.d.), entiende por droga toda aquella “sustancia química caracterizada por una serie de propiedades, básicamente de tipo psicotrópico, cuyas consecuencias y funciones operan sobre todo a partir de las definiciones sociales, económicas y culturales que generan los conjuntos sociales que las utiliza”.

El mismo autor, Romaní (2008), habla de un concepto más amplio, el “uso de drogas” como la “incorporación al organismo humano de unas sustancias químicas, con unas características farmacológicas que actúan sobre todo a nivel psicotrópico, pero cuyas consecuencias, funciones, efectos y significaciones son el producto de las definiciones sociales, culturales, económicas y políticas que las diferentes formaciones sociales (grupos, colectivos e individuos) elaboran, negocian y/o disputan en el marco histórico en el que se sitúan las prácticas”. Por lo tanto, se aleja de un concepto médico, incluyendo elementos sociales o culturales.

La Organización Mundial de la Salud (n.d.), tiene en cuenta las diferentes formas de consumo al definir droga como “toda sustancia que, introducida en el organismo por cualquier vía de administración, produce de algún modo una alteración del natural funcionamiento del sistema nervioso central del individuo y además es susceptible de crear dependencia, ya sea psicológica, física o ambas”. También introduce el término dependencia, el cual trataré más adelante.

Su agencia regional para América, añade a esta definición las funciones a las que afecta su consumo, dándonos una perspectiva de la cantidad de situaciones en las que son

capaces de influir. Es decir, la Organización Panamericana de Salud (n.d.), define las sustancias psicoactivas como “diversos compuestos, naturales o sintéticos, que actúan sobre el sistema nervioso generando alteraciones en las funciones que regulan pensamientos, emociones y el comportamiento”. Menciona el término de “sustancias psicoactivas” no de “drogas” lo que me lleva al siguiente apartado.

3.1.1.1. Comparación con el término “sustancias psicoactivas”.

Los términos “drogas” y “sustancias psicoactivas” se utilizan frecuentemente de manera indistinta. Y si bien yo en el presente trabajo así los utilizaré, ya que así lo hacen las fuentes consultadas, ello no implica que obvie el hecho de que no son totalmente equivalentes. Mientras que el término droga tiene una connotación más variable según el contexto, el término sustancias psicoactivas tiene una connotación más técnica ya que hace referencia a las sustancias que afectan al sistema nervioso central, dejando de lado significados sociales, culturales o legales. Así como su connotación asociada a las sustancias ilegales o al consumo problemático. Tal como señala Gamella y Rodrigo (2003), “la palabra droga ha pasado a ser un concepto socialmente construido que refleja más los valores y temores de una sociedad que las propiedades objetivas de la sustancia”. O como señala Escohotado (1998), “la palabra droga ha experimentado una transformación histórica: de designar medicamentos o sustancias rituales ha pasado a ser sinónimo de amenaza, ilegalidad y/o desviación”.

3.1.2. Intoxicación aguda.

El CIE-10 define la intoxicación aguda como un “estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicotrópicas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas y psicológicas”. (Organización Mundial de la Salud, 2018). Definición que adopta también Ortuño, F. (2023). Es por tanto en ambos casos una consecuencia del consumo de este tipo de sustancias, que se manifiesta con la afectación de uno o varios de los campos mencionados.

3.1.3. *Adicción o trastorno por el consumo de sustancias.*

Para la Organización Mundial de la Salud (OMS) (n.d.), una adicción es “una enfermedad física y psicoemocional que crea una dependencia o necesidad hacia una sustancia, actividad o relación”. Es decir, es otra de las consecuencias del consumo de estas sustancias. Se distingue del siguiente concepto en que en la adicción todavía hay cierta voluntad, mientras que la dependencia es siempre involuntaria.

El proceso de adicción consta de varias etapas: la primera de ellas es la llamada de “consumo experimental”. Aquí se consume únicamente para probar sus efectos, y por un número limitado de veces, normalmente en tiempo de ocio. La segunda es el “uso regular o social” que implica continuar con el uso integrándolo en el estilo de vida. La tercera es el “uso nocivo”, en esta etapa aparecen los efectos negativos en la salud, se causa daño mental o físico. Por último, el “abuso o dependencia” que implica una necesidad absoluta de ingerir la sustancia sin poder controlar ni el deseo ni la cantidad. Al haberse cronificado el consumo el cuerpo necesitará de mayor cantidad para lograr el efecto deseado. Al cesar el consumo se producirán síntomas de abstinencia, ya considerada como enfermedad. (Ortuño, 2023).

Pastor Bravo (2022) distingue entre los trastornos por el consumo de sustancias (lo que antes se denominaba “adicciones”) y los trastornos inducidos por sustancias, que incluyen la intoxicación, la abstinencia y otros inducidos por la sustancia o medicación como los psicóticos, los trastornos de ansiedad, el trastorno bipolar, trastornos depresivos, del sueño, neurocognitivo y síndromes confusionales entre otros.

Los criterios para el diagnóstico del trastorno por consumo de sustancias, según esta autora, incluyen un modelo problemático de consumo que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de doce meses:

1. Se consume la sustancia con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Hay un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de la sustancia.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir la sustancia, consumirla o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir la sustancia.

5. Consumo recurrente de la sustancia que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, escuela o hogar.
6. Consumo continuado de la sustancia a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes, provocados o exacerbados por los efectos de la sustancia.
7. El consumo de la sustancia provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que provoca un riesgo físico,
9. Se continua con el consumo de la sustancia a pesar de saber que se sufre de un problema físico o psicológico persistente o recurrente exacerbado por la sustancia.
10. Tolerancia.
11. Abstinencia (causada por la sustancia, o consumo para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia). No en el caso de alucinógenos e inhalantes.

Los trastornos por consumo pueden encontrarse en diferentes estados. El primero de ellos es la remisión inicial, que implica que después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de esa sustancia, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de tres meses que puede llegar a doce salvo el número 4. También puede estar en remisión continuada que implica que no se ha cumplido ninguno en doce meses o más excepto el cuarto. Otro es el entorno controlado, es decir, el individuo se encuentra en un entorno con acceso restringido a esa sustancia. En terapia de mantenimiento se está cuando el individuo está tomando algún medicamento agonista o antagonista o sustitutivo de la nicotina. Por último, se considera leve, grave o moderado según se de, la presencia de dos o tres, cuatro o cinco, o seis o más síntomas. (Bravo, 2022).

3.1.4. Dependencia.

La dependencia es un estado más severo en el cual “la persona desarrolla una necesidad compulsiva de consumir la sustancia, pese a las consecuencias negativas”. (Serrano Crespo, 2024). La dependencia se manifiesta a través de síntomas como la tolerancia y el síndrome de abstinencia.

Las drogas, ya sean legales o ilegales, activan el sistema de recompensa, es decir, una sensación de placer provocada por la dopamina liberada en la corteza cerebral. Esto conlleva a que la recompensa quiera ser constante y por tanto a que la persona centre todas

sus actividades en lograr adquirir y consumir la sustancia posponiendo o eliminando el resto de sus actividades diarias. La mayoría desarrolla trastornos como la depresión, trastorno de déficit de atención y trastornos de estrés postraumáticos. Tienen un estilo de vida caótico que supone mucho estrés y se une a una baja autoestima. (Ortuño, 2023)

No todas las clases de drogas tienen el mismo tipo de efectos. Además, Zinberg (1984) sostiene que los efectos de las drogas no pueden entenderse sin considerar la interacción entre la sustancia (drug), el individuo (set) y el contexto (setting) donde se consume. Tampoco es lo mismo estudiar sus efectos en condiciones de laboratorio que teniendo en cuenta las condiciones materiales y simbólicas en las que los sujetos, en su vida cotidiana, consumen estas sustancias. De ahí la insistencia en estudiar este fenómeno desde una perspectiva interdisciplinar. Las personas que consumen tienen una estructura físico-fisiológica variada, y los grupos en los que viven dan un sentido u otro (pactado culturalmente) al hecho de consumir. Y por tanto a la utilidad social que se atribuye a la droga, incluido la forma de obtener el producto, las dosis, las técnicas de uso, la calidad del producto y las circunstancias concretas en las que todo esto tiene lugar. Lo cual modifica los propios efectos, tanto subjetivos como objetivos, en lo inmediato, a medio y a largo plazo. (Romaní, 2008).

3.1.5. Tolerancia.

Es definida por el DSM-V como una “necesidad de consumir cantidades cada vez mayores de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado. O lo que es lo mismo, un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de sustancia”. (American Psychiatric Association, 2022).

Los hombres tienen más tolerancia a las sustancias estimulantes, mientras que las mujeres a las sustancias depresoras. Esto tiene relación con la dependencia, ya que, a mayor tolerancia, mayor dependencia porque se requiere más rápido de más cantidad de sustancia para conseguir el mismo efecto. (Fernández Salinas C. , Apuntes de Psiquiatría Forense., 2025).

La “tolerancia inversa” o “sensibilización” es el fenómeno contrario. Tiene lugar cuando el cuerpo se vuelve más sensible a los efectos de una droga tras un uso repetido y prolongado. (Toelerancia a las drogas: en qué consiste. PsicoActiva, n.d.).

3.1.6. Síndrome de abstinencia.

La abstinencia se define por la Real Academia Española (2025) como la “acción de abstenerse de algo, especialmente alimentos o drogas”. Es decir, en este caso el no consumir tras haber consumido en alguna ocasión.

El síndrome de abstinencia según Serrano Crespo (2024) incluye síntomas físicos y psicológicos que aparecen al reducir o interrumpir el consumo. Es decir, hace referencia a los efectos que se producen al no consumir resultado del desequilibrio por privación de la sustancia. Esto lo provoca el cerebro, que se ha neuroadaptado a consumir, para que la persona se movilece a por la sustancia y reestablecer el equilibrio. Lo que da lugar al craving (deseo intenso de consumir, o sensación de echar de menos). Su intensidad va a depender del nivel de dependencia y varía desde los síntomas leves, como ansiedad o dolores de cabeza, a síntomas graves que requieren de atención médica como por ejemplo el delirium tremens del alcohol. (Fernández Salinas C. , Apuntes de Psiquiatría Forense., 2025).

3.1.7. Policonsumo.

El policonsumo es el consumo de dos o más sustancias psicoactivas en un mismo espacio de tiempo. Potencia los efectos de unas sobre otras, acelerando la adicción, interfiriendo en el diagnóstico y dificultando el tratamiento. Aumenta los riesgos. (ACOPOL, 2023).

Los consumidores habituales suelen mezclar para conseguir alargar los efectos. Las mezclas suelen hacerse con sustancias que, al competir para entrar al organismo, tienen distintos tiempos de entrada y por tanto se generan efectos durante un periodo de tiempo más largo. (Fernández Salinas C. , Apuntes de Psiquiatría Forense., 2025).

3.1.8. Salud.

La salud es un estado completo de bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. (Boletín Oficial del Estado, 1973).

3.1.9. Narcotráfico.

El narcotráfico es la producción y comercio de drogas ilegales. Y, por lo tanto, narcotraficante sería la persona que trafica con drogas. (ACOPOL, 2023).

3.1.10. Desintoxicación.

Según la Real Academia Española (2025), desintoxicar es “eliminar la intoxicación o sus efectos de alguien o de algo”. Cuyos sinónimos son curar o sanar.

Es el proceso en que la persona sufre los síntomas de abstinencia hasta que se expulsa la sustancia del organismo. Es un proceso médico con ayuda de apoyo psicológico, y dependiendo del grado puede ser un tratamiento médico ambulatorio u hospitalario. (Fernández Salinas C. , Apuntes de Psiquiatría Forense., 2025).

La droga que posee una mayor cantidad de demanda para su desintoxicación es la heroína, seguida por el cannabis y la cocaína. Los adolescentes consumen más sustancias depresoras del SNC como son las anfetaminas, la cocaína, los alucinógenos, el alcohol y la nicotina. (Ortuño, 2023)

3.1.11. Deshabitación.

Según la Real Academia Española (2025), deshabetuar consiste en “hacer perder a una persona o a un animal el hábito o la costumbre que tenía”. Sinónimo de desacostumbrar o desenganchar.

En este caso más que la sintomatología se abordarían los problemas que han llevado al sujeto a consumir, más concretamente los problemas psicosociales. (Fernández Salinas C. , Apuntes de Psiquiatría Forense., 2025).

3.2. Tipología y clasificaciones.

A continuación, se analizarán algunas de las clasificaciones de drogas vigentes en nuestro país, con el objetivo de comprender cómo estas categorías influyen en su percepción social, en su tratamiento jurídico y en las respuestas institucionales. Análisis a través del estudio de fuentes secundarias que anteriormente se ha mencionado en la metodología.

Ortuño (2023, pp. 163-169) distingue diez clases de drogas: el alcohol, la cafeína, el cannabis, alucinógenos, inhalantes, opioides, sedantes, hipnóticos y ansiolíticos, estimulantes y nicotina.

Cualquier droga, provoca una activación directa del sistema de recompensa del cerebro, que participa en el refuerzo de los comportamientos y en la producción de recuerdos. Su consumo altera la funcionalidad del sistema nervioso, cognitivo y el estado de ánimo. El abuso de sustancias psicoactivas conlleva serias consecuencias para la salud, especialmente en adolescentes, más vulnerables a sus efectos. Vulnerabilidad que puede manifestarse en episodios violentos, conductas delictivas y trastornos significativos en el ámbito social. Además, su uso abusivo se asocia a otras problemáticas delictivas y sociales como el incremento de la violencia doméstica y a los accidentes de tráfico y su preocupante número de fallecimientos. (Ortuño, 2023).

Teniendo presente todo esto, conviene recordar que estos esquemas no solo describen sustancias, sino que también reflejan construcciones sociales y decisiones políticas que influyen directamente en su criminalización o aceptación.

La clasificación elaborada por ACOPOL (2023), resulta especialmente exhaustiva, llamando mi atención por su amplitud y nivel de detalle al contemplar seis criterios diferenciadores: el régimen nacional o internacional de fiscalización, el origen de la droga, los efectos que produce en el organismo, la codificación sociocultural de su consumo, su consideración penal y su peligrosidad. Teniendo por tanto en cuenta, no solo criterios técnicos, sino también construcciones sociales, sanitarias y políticas.

Por el origen se clasifican en naturales, aquellas que proceden de los reinos de la naturaleza, distinguiéndose las cannábicas (marihuana), los opiáceos (opio), las hojas de coca, los hongos, el peyote y las sales. Semisintéticas o naturales químicas, que son las que se obtienen a través de procedimientos químicos, como los opiáceos (morfina y heroína) y las procedentes del árbol de la coca (cocaína). Las sintéticas son las que se obtienen en laboratorio por complejos procedimientos químicos. Destacan las anfetaminas, el éxtasis, la metadona y los barbitúricos. (ACOPOL, 2023).

La primera de las arriba mencionadas, clasifica las drogas por su nivel de fiscalización en estupefacientes, psicotrópicos y precursores.

Se considera estupefacientes al conjunto de sustancias que actúan principalmente en el sistema nervioso central, creando un hábito y una sensación de dependencia con

consecuencias para el organismo. Los estupefacientes más conocidos son los derivados de la planta cannabis sativa (marihuana, hachís y aceite de hachís) los derivados de la planta papaversomniferum (opio, morfina, heroína, codeína, metadona, petidina o meperidina, tebaína y nometadona) y los derivados del árbol de la coca (cocaína y crack). En España para que una sustancia sea considerada como estupefaciente se ha de iniciar, de oficio por la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios, o a instancia de otro órgano o entidad pública de la Administración General del Estado o de la Fiscalía Especial Antidroga, un procedimiento cuando se detecte tal necesidad.

El término psicotrópico hace referencia a las sustancias que por su composición química actúan sobre el sistema nervioso central, alterando la consciencia, el comportamiento, el estado de ánimo y/o las percepciones sensoriales. Los psicotrópicos más frecuentes son los alucinógenos, como el LSD (Ácido Lisérgico Dietilamida), DMA (Dimethoxyamphetamine), MDMA (3,4-methylenedioxymethamphetamine), TMA (Trimethoxyamphetamine), anfetaminas, barbitúricos y benzodiazepinas. Los psicotrópicos están agrupados según el Convenio Único de Viena de 1971 de la ONU en psicodélicos (depresores del sistema nervioso central), psicoanalépticos (estimulantes del sistema nervioso central) y psicodislépticos (los que distorsionan la percepción).

Los precursores son sustancias que se utilizan para la fabricación de drogas, Son los componentes esenciales o productos químicos de partida. (ACOPOL, 2023).

Relacionada con esta clasificación se encuentra aquella que los organiza en función de los efectos que producen en el organismo. Diferencia entre sustancias depresoras, estimulantes y perturbadoras o alucinógenas.

Sustancias depresoras del SNC.	Alcohol, sedantes, opioides e hipnóticos.
Sustancias estimuladoras del SNC.	Cocaína, nicotina, anfetaminas y xantinas.
Sustancias perturbadoras del SNC.	Alucinógenos, derivados del cannabis, drogas de síntesis e inhalantes.

Las sustancias depresoras del sistema nervioso central se caracterizan por entorpecer el funcionamiento habitual del cerebro. Con su consumo provoca ansiólisis (reducción o eliminación de la ansiedad), desinhibición, sueño, mejorar de la concentración,

alteraciones de conducta y/o desorientación. También puede tener efectos médicos graves, como el coma o la muerte. (Fernández Salinas C. , Apuntes de Psiquiatría Forense., 2025). Las más conocidas son el opio, la heroína, la morfina, la codeína, la metadona, el alcohol y algunos tranquilizantes como el rohipnol o el halción.

Las sustancias estimulantes provocan una hiperestimulación del funcionamiento cerebral, lo que implica un estado de activación que incluye dificultad para dormir, pensamiento acelerado, inquietud, desinhibición, dilatación pupilar y efectos médicos graves como convulsiones. Se dividen en: estimulantes mayores (anfetaminas y cocaína) y estimulantes menores (nicotina) y xantinas (caféina (café)), teobromina (cacao) y teofilina (té).

Las perturbadoras o alucinógenas alteran el funcionamiento del cerebro causando distorsiones perceptivas, pensamientos ilusorios, alucinaciones. Entre las más importantes se encuentran los alucinógenos (dietilamida de ácido lisérgico (LSD), las setas mágicas (psilocina y psilocibina), cactus del peyote (mescalina), estramonio. Los cannábicos como la marihuana, el hachís y el aceite de hachís. Drogas sintéticas como la ketamina, fenciclidina, MDPV. O las inhalables como colas, pegamentos, disolventes, etc. (ACOPOL, 2023).

La cuarta clasificación se basa en la codificación sociocultural de su consumo. Pone de relieve que la realidad y la percepción social, en relación con las drogas, no son siempre coincidentes. En numerosas ocasiones la idea que la sociedad tiene sobre la drogodependencia no se ajusta a la realidad del consumidor, que en muchas ocasiones es percibido como una víctima que necesariamente tiene que ser reinsertada en la sociedad. Esta clasificación divide las drogas en dos grupos: las institucionalizadas y las no institucionalizadas. Las institucionalizadas son las que tienen un reconocimiento legal o un uso normativo como el alcohol, el tabaco o los psicofármacos con receta. Sustancias, salvo la última, consideradas como ilegales en el caso de los menores de edad.

En cambio, las no institucionalizadas son aquellas sustancias cuyo tráfico sanciona la ley. Tienen un uso minoritario y tienen un rol identificador entre los diversos colectivos. A pesar de su consumo restringido son las que más alarma social generan, debido a los estereotipos con los que se correlacionan. Tradicionalmente se asocian a la delincuencia o a la marginación. Una realidad social piensa que las drogas solo son las sustancias que consumen los demás, lo cual refuerza la idea de la connotación negativa del término

“droga” antes mencionada. Hay otro sector que piensa que las drogas solamente son consumidas por jóvenes, cuando no hay ningún dato objetivo que demuestre esto. (ACOPOL, 2023).

La quinta clasificación se basa en su consideración penal. Esta clasificación está orientada al tratamiento de las drogas desde la perspectiva de la responsabilidad penal o administrativa en que se podrá incurrir por el tráfico y consumo de sustancias estupefacientes. Si bien, es parecida al anterior, aquí se toman en consideración únicamente cuestiones legales. Clasificando las sustancias en drogas legales (que equivalen a las institucionalizadas) y son aquellas cuyo uso y consumo no está penado por la ley, aunque sí pueden estar regladas. Y las drogas ilegales (que equivalen a las no institucionalizadas). Son las que su tráfico está penalizado por las leyes. (ACOPOL, 2023).

Por último, se clasifican por su peligrosidad. Se consideran más peligrosas las que crean dependencia física, las que crean dependencia con gran rapidez y las que poseen mayor toxicidad. Y menos peligrosa las que solo crean dependencia psíquica, las que crean dependencia con menor rapidez y las que poseen una menor toxicidad. En base a esto se distinguen cuatro grupos. En el primero de ellos están los opiáceos y sus derivados. En el segundo los barbitúricos y el alcohol. En el tercero la cocaína y las anfetaminas y en el cuarto el LSD, la mescalina y los cannábicos. (ACOPOL, 2023).

Una vez expuestas las principales formas de clasificación de las sustancias psicoactivas, considero pertinente abordar las consecuencias clínicas asociadas a su consumo. En este sentido Pastor Bravo (2022), expone los criterios necesarios para considerar que estamos ante un trastorno por intoxicación (Anexo I) y ante un trastorno por dependencia (Anexo II). Que cito en este momento ya que varían según el tipo de sustancia ante la que nos encontramos.

Para profundizar aún más en este fenómeno procederé al estudio de alguna de las sustancias psicoactivas más representativas.

3.2.1. *Estudio del alcohol etílico o etanol.*

Comenzaré exponiendo esta sustancia ya que su consumo está ampliamente normalizado por la sociedad, a pesar de los graves efectos nocivos que tiene en la salud.

El término “alcoholismo” lo acuñó Magnum Huss en 1849. Término sustituido en la actualidad por “abuso” o “dependencia”. El consumo de alcohol supone un grave problema de salud pública en nuestro país ya que la edad de consumo se sitúa en torno a los trece años, y esto está tan normalizado que dificulta la consideración de esta situación como un problema de salud.

El alcohol pertenece al campo de las sustancias depresoras del sistema nervioso central. Destaca su capacidad de ocasionar dependencia. Como ya expuse, son las mujeres las que tienen mayor tolerancia a las sustancias depresoras. Algunos estudios parecen indicar que se debe a una cuestión hormonal, ya que la tolerancia empieza a descender con la menopausia, aunque aún no hay nada concluyente. Y, por tanto, al tener mayor tolerancia, pueden desarrollar dependencia más rápidamente. Es una de las sustancias psicoactivas más consumidas. Esto se debe preferentemente a sus efectos de desinhibición, aumento del sentido del humor y de la autoestima. Por ello en ocasiones se dice que la persona no consume tanto por el sistema de recompensa, sino como una especie de automedicación para reducir la ansiedad que le producen ciertas situaciones sociales. (Fernández Salinas C. , Apuntes de Psiquiatría Forense., 2025)

Llama la atención que el inicio del consumo se da en la adolescencia pero que el trastorno suele aparecer entre los veinte y los cuarenta años. (Ortuño, 2023).

La intoxicación sucede cuando se produce una ingesta continuada durante un corto periodo de tiempo, lo cual da lugar a un cuadro con dificultades respiratorias, incremento de la temperatura corporal y de la frecuencia cardiaca, crisis convulsivas, coma etílico e incluso la muerte. En el síndrome de abstinencia se produce una hiperactividad del sistema nervioso autónomo, es decir, aumenta la sudoración y el ritmo cardiaco, se producen temblores en las manos, insomnio, náuseas, vómitos, alucinaciones o ilusiones (visuales, táctiles o auditivas), agitación psicomotora, ansiedad y convulsiones tónico- clónicas generalizadas. Es especialmente peligroso el delirium tremens, la etapa final del síndrome de abstinencia producido por esta sustancia, que puede llegar a ser mortal si no es tratado. Se calcula que puede ocurrir con la ingesta de entre 1.8 y 2.4L de vino, 2.2 y 3.8L de cerveza, o 0.5L de licores con alta graduación, consumidos a diario durante algunos meses.

Aunque su desarrollo está condicionado a factores genéticos predisponentes como el gen CCK cholecystokinin y mutaciones en el receptor opioide mu. (Ortuño, 2023).

Ortuño, F. (2023) menciona numerosos efectos derivados del consumo del alcohol, que clasificaré en dos categorías: los efectos psicológicos y los efectos físicos. En cuanto a sus efectos relacionados con la psique, cabe destacar la posible aparición del síndrome de Wernicke, que en ausencia de tratamiento puede derivar en la denominada psicosis de Korsakov. En el plano físico, el consumo prolongado de esta sustancia está estrechamente relacionado con numerosas patologías entre las que destacan las enfermedades hepáticas alcohólicas como la cirrosis, la afectación gastrointestinal o pancreática y trastornos hematológicos. Daños debidos a la acción de la oxidación del alcohol, a la producción de acetaldehído o a las deficiencias nutricionales asociadas. También se asocia con un mayor grado de osteoporosis y con determinados cánceres. Destacable es que el daño cerebral producido por el consumo de esta sustancia continua incluso tras la interrupción del consumo.

3.2.2. *Estudio del cannabis.*

El cannabis es una planta dioica, es decir, existen plantas hembras y macho. Que contienen más de sesenta componentes, de los cuales, el THC (tetrahidrocannabinol) y el CBD (cannabidol) son los más conocidos. El THC tiene el efecto de aumentar el apetito y reducir las náuseas, el dolor, la inflamación y los problemas musculares. El CBD también trata el dolor y la inflamación, además es útil contra las convulsiones epilépticas y los movimientos involuntarios del Parkinson sin producir aturdimiento. (Ortuño, 2023).

Como ya he mencionado, Romaní (2008), hace referencia a que son los grupos los que dan un sentido al hecho de consumir, incluido la forma de obtener el producto, las dosis y las técnicas para su consumo. En cuanto a esta sustancia, destacan sus diversas formas de elaboración:

Marihuana.	Se prepara a base de hojas secas y flores. Contiene entre un 6 y un 14 % de THC.
Hachís.	Preparado de resina segregada por la planta o hirviendo la planta. Contienen entre un 15 y un 30% de THC.
Aceite de hachís.	Se destila la planta en disolventes orgánicos. Puede llegar hasta un 65% de THC.

Es consumida regularmente por un número considerable de personas. Se calcula que entre el 7 y el 10% de la población mundial. Llama la atención que los estudios muestran que mientras que los adultos lo consumen de forma esporádica, los adolescentes lo consumen de manera constante y abusiva. (Ortuño, 2023).

El consumo crónico del cannabis ha demostrado tener efectos neurotóxicos, especialmente en áreas clave como el hipocampo, implicado en la memoria y el aprendizaje. Diversos estudios han señalado que su uso prolongado puede producir destrucción neuronal y fragmentación del ADN en esta región, lo cual explica los déficits cognitivos y la alteración de las funciones ejecutivas que se observan en consumidores habituales, que suelen presentar una mayor tasa de trastornos psiquiátricos. También se han evidenciado daños en el sistema respiratorio aumentando el riesgo de presentar enfermedades respiratorias crónicas debido a la hiperplasia y al engrosamiento de la membrana basal. Provoca lesiones cardiovasculares sobre todo debido a su comorbilidad con otras drogas como el alcohol o la cocaína. (Ortuño, 2023).

El mismo autor menciona que el trastorno por uso de esta sustancia se trata principalmente con terapias de comportamiento ayudadas de terapia farmacológica.

3.2.3. Estudio de los opiáceos.

Los opiáceos son sustancias naturales que se encuentran en las semillas de la planta dormidera. El zumo seco o fermentado se denomina opio, y contiene una mezcla de alcaloides y opiáceos. Su consumo data de fechas remotas, tiene una larga tradición. En medicina destaca su uso para el tratamiento del dolor moderado e intenso y destaca por no tener techo analgésico, es decir, a mayor dosis, mayor efecto. Uno de los opiáceos es la heroína, la sobredosis por su consumo intravenoso son habituales. De hecho, es la única droga para la que hay tratamiento por sobredosis, la naloxona, pudiéndose administrar desde 0.4 hasta 3mg, teniendo en cuenta que la no respuesta en politoxicómanos es frecuente debido a la acción del resto de tóxicos. (Ortuño, 2023).

Utilizando al mismo autor para describir sus efectos. Destacan los daños en el aparato respiratorio disminuyendo su sensibilidad al oxígeno, la frecuencia respiratoria y causando edemas pulmonares con bastante frecuencia. En cuanto al aparato gastrointestinal, produce náuseas y vómitos. Y cardiovascularmente hipotensión (tensión baja) y bradicardia (frecuencia cardíaca baja).

3.2.4. Estudio de la cocaína.

La cocaína es un alcaloide, que proviene del arbusto *Erythroxylon*, cultivado en zonas occidentales de Sudamérica. Es un estimulante natural. La describen con un sabor amargo, que mascada suele usarse como anestésico local. Destaca su consumo recreativo y esporádico y que un 25% de sus consumidores presenta dependencia o abuso. La vía más frecuente de consumo es la inhalatoria y puede llegar a producir tolerancia.

De entre sus efectos adversos destacan en el ámbito psiquiátrico la ansiedad, los delirios y las alucinaciones. Provoca midriasis (dilatación pupilar), hipertensión arterial, taquicardias, arritmias, piloerección y convulsiones. Los tratamientos más habituales son las benzodiacepinas, la fluidoterapia y la lidocaína. No existe tratamiento frente a la sobredosis. (Ortuño, 2023).

3.2.5. Estudio de las anfetaminas.

Las anfetaminas son derivados de la fenilsopropilamina. Incluyen desde psicoestimulantes a alucinógenos como la mescalina. Se clasifican en dos grupos: dentro del primero se encuentran las anfetaminas y sus derivados como drogas de síntesis o de diseño. Y dentro del segundo los entactógenos y las anfetaminas alucinógenas.

Se consume principalmente por vía inhalatoria, aunque las anfetaminas y metanfetaminas se pueden consumir también a través de la vía intravenosa o nasal (speed). El ice se consume fumado. (ACOPOL, 2023).

En clínica se utiliza para el tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), la narcolepsia (sueño durante el día), y para la pérdida de peso en pacientes con obesidad. Pero su mayor consumo se da a nivel de ocio debido al aumento del rendimiento y a la reducción del sueño que produce. Aumenta la atención, reduce la fatiga, incrementa la actividad física, disminuye tanto el apetito como el sueño, produce sensación de euforia y aumenta la frecuencia cardíaca y respiratoria. (Ortuño, 2023).

Si se consume oralmente, se desarrollan sus efectos en unos treinta minutos. Pero se acumula en los riñones, el cerebro y los pulmones, por lo que su vida media es prologada. Es más, el éxtasis y sus derivados producen neurotoxicidad a largo plazo.

En conclusión, esta diversidad de efectos permite comprender las diferencias en su percepción social y por tanto su tratamiento desigual, incluso por la ley.

3.3. Marco legal.

Tras el análisis de las principales sustancias psicoactivas, sus efectos sobre el organismo y la conducta y su clasificación, corresponde ahora analizar el marco jurídico que regula su consumo, posesión y tráfico. Continuando con mi perspectiva multidisciplinar, el marco legal me permitirá comprender cómo nuestro ordenamiento responde antedicho estas conductas. Respuesta reflejo de la manera en que la sociedad percibe el riesgo, la peligrosidad y los comportamientos asociados a estas sustancias. La perspectiva legal engloba las dimensiones social, médica y penal del fenómeno en el momento histórico y cultural en que nos encontramos.

Por lo tanto, en este epígrafe realizaré una descripción del marco jurídico español en relación con los delitos vinculados a las sustancias psicoactivas, atendiendo al Código penal (C.P.), concretamente al Capítulo III, del Título XVII, del Libro II: “De los delitos contra la seguridad colectiva”.

A lo que a este trabajo respecta excluiré lo referido a los medicamentos y productos destinados al consumo alimentario. Teniendo en cuenta esto, los artículos más relevantes para el objeto de este trabajo son los siguientes:

3.3.1. *Artículo 359 Código Penal.*

El artículo 359 C.P. establece que “El que, sin hallarse debidamente autorizado, elabore sustancias nocivas para la salud o productos químicos que puedan causar estragos, o los despache o suministre, o comercie con ellos, será castigado con la pena de prisión de seis meses a tres años y multa de seis a doce meses, e inhabilitación especial para profesión o industria por tiempo de seis meses a dos años”. (Boletín Oficial del Estado , 1995).

3.3.2. *Artículo 360 Código Penal.*

El artículo 360 hace referencia a “El que, hallándose autorizado para el tráfico de las sustancias o productos a que se refiere el artículo anterior, los despache o suministre sin cumplir con las formalidades previstas en las Leyes y Reglamentos respectivos, será castigado con la pena de multa de seis a doce meses e inhabilitación para la profesión u oficio de seis meses a dos años”. (Boletín Oficial del Estado , 1995).

3.3.3. Artículo 368 Código Penal.

El artículo 368 C.P. castiga el cultivo, la elaboración y el tráfico de drogas “Los que ejecuten actos de cultivo, elaboración o tráfico, o de otro modo promuevan, favorezcan o faciliten el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, o las posean con aquellos fines, serán castigados con las penas de prisión de tres a seis años y multa del tanto al triplo del valor de la droga objeto del delito si se tratare de sustancias o productos que causen grave daño a la salud, y de prisión de uno a tres años y multa del tanto al duplo en los demás casos. No obstante, lo dispuesto en el párrafo anterior, los tribunales podrán imponer la pena inferior en grado a las señaladas en atención a la escasa entidad del hecho y a las circunstancias personales del culpable. No se podrá hacer uso de esta facultad si concurriere alguna de las circunstancias a que se hace referencia en los artículos 369 bis y 370”. (Boletín Oficial del Estado , 1995).

3.3.4. Artículo 369 Código Penal.

El artículo 369 C.P. establece las agravantes de las penas para los delitos de tráfico de drogas: “1. Se impondrán las penas superiores en grado a las señaladas en el artículo anterior y multa del tanto al cuádruplo cuando concurren alguna de las siguientes circunstancias: 1.^a El culpable fuere autoridad, funcionario público, facultativo, trabajador social, docente o educador y obrase en el ejercicio de su cargo, profesión u oficio. 2.^a El culpable participare en otras actividades organizadas o cuya ejecución se vea facilitada por la comisión del delito. 3.^a Los hechos fueren realizados en establecimientos abiertos al público por los responsables o empleados de los mismos. 4.^a Las sustancias a que se refiere el artículo anterior se faciliten a menores de 18 años, a disminuidos psíquicos o a personas sometidas a tratamiento de deshabituación o rehabilitación. 5.^a Fuere de notoria importancia la cantidad de las citadas sustancias objeto de las conductas a que se refiere el artículo anterior. 6.^a Las referidas sustancias se adulteren, manipulen o mezclen entre sí o con otras, incrementando el posible daño a la salud. 7.^a Las conductas descritas en el artículo anterior tengan lugar en centros docentes, en centros, establecimientos o unidades militares, en establecimientos penitenciarios o en centros de deshabituación o rehabilitación, o en sus proximidades. 8.^a El culpable empleare violencia o exhibiere o hiciese uso de armas para cometer el hecho”. (Boletín Oficial del Estado, 1973).

3.3.5. Artículo 369.bis. Código Penal.

El artículo 369.bis. C.P. menciona el tráfico de drogas formando parte de una organización delictiva, en cuyo caso las penas varían en función del valor de la droga. “Cuando los hechos descritos en el artículo 368 se hayan realizado por quienes pertenecieran a una organización delictiva, se impondrán las penas de prisión de nueve a doce años y multa del tanto al cuádruplo del valor de la droga si se tratara de sustancias y productos que causen grave daño a la salud y de prisión de cuatro años y seis meses a diez años y la misma multa en los demás casos. A los jefes, encargados o administradores de la organización se les impondrán las penas superiores en grado a las señaladas en el párrafo primero. Cuando de acuerdo con lo establecido en el artículo 31 bis una persona jurídica sea responsable de los delitos recogidos en los dos artículos anteriores, se le impondrán las siguientes penas: a) Multa de dos a cinco años, o del triple al quíntuple del valor de la droga cuando la cantidad resultante fuese más elevada, si el delito cometido por la persona física tiene prevista una pena de prisión de más de cinco años. b) Multa de uno a tres años, o del doble al cuádruplo del valor de la droga cuando la cantidad resultante fuese más elevada, si el delito cometido por la persona física tiene prevista una pena de prisión de más de dos años no incluida en el anterior inciso. Atendidas las reglas establecidas en el artículo 66 bis, los jueces y tribunales podrán asimismo imponer las penas recogidas en las letras b) a g) del apartado 7 del artículo 33”. (Boletín Oficial del Estado , 1995).

3.3.6. Artículo 370 Código Penal.

El artículo 370. C.P. continúa con el tráfico de drogas estableciendo la pena superior en uno o dos grados cuando se utilizan menores de edad, cuando se trate de los jefes, o las conductas fueran de extrema gravedad. “Se impondrá la pena superior en uno o dos grados a la señalada en el artículo 368 cuando: 1.º Se utilice a menores de 18 años o a disminuidos psíquicos para cometer estos delitos. 2.º Se trate de los jefes, administradores o encargados de las organizaciones a que se refiere la circunstancia 2.ª del apartado 1 del artículo 369. 3.º Las conductas descritas en el artículo 368 fuesen de extrema gravedad. Se consideran de extrema gravedad los casos en que la cantidad de las sustancias a que se refiere el artículo 368 excediere notablemente de la considerada como de notoria importancia, o se hayan utilizado buques, embarcaciones o aeronaves como medio de transporte específico, o se hayan llevado a cabo las conductas indicadas simulando operaciones de comercio internacional entre empresas, o se trate de redes internacionales

dedicadas a este tipo de actividades, o cuando concurrieren tres o más de las circunstancias previstas en el artículo 369.1. En los supuestos de los anteriores números 2.º y 3.º se impondrá a los culpables, además, una multa del tanto al triplo del valor de la droga objeto del delito”. (Boletín Oficial del Estado , 1995).

3.3.7. Artículo 371 Código Penal.

El 371. C.P. trata lo que podría considerar como casos especiales: “1. El que fabrique, transporte, distribuya, comercie o tenga en su poder equipos, materiales o sustancias enumeradas en el cuadro I y cuadro II de la Convención de Naciones Unidas, hecha en Viena el 20 de diciembre de 1988, sobre el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas, y cualesquiera otros productos adicionados al mismo Convenio o que se incluyan en otros futuros Convenios de la misma naturaleza, ratificados por España, a sabiendas de que van a utilizarse en el cultivo, la producción o la fabricación ilícitas de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, o para estos fines, será castigado con la pena de prisión de tres a seis años y multa del tanto al triplo del valor de los géneros o efectos. 2. Se impondrá la pena señalada en su mitad superior cuando las personas que realicen los hechos descritos en el apartado anterior pertenezcan a una organización dedicada a los fines en él señalados, y la pena superior en grado cuando se trate de los jefes, administradores o encargados de las referidas organizaciones o asociaciones. En tales casos, los jueces o tribunales impondrán, además de las penas correspondientes, la de inhabilitación especial del reo para el ejercicio de su profesión o industria por tiempo de tres a seis años, y las demás medidas previstas en el artículo 369.2”. (Boletín Oficial del Estado , 1995).

3.3.8. Artículo 372 Código Penal.

El 372. C.P. habla sobre los delitos de tráfico de drogas cometidos por empresarios, intermediarios del sector financiero y demás personas socialmente relevantes: “Si los hechos previstos en este capítulo fueran realizados por empresario, intermediario en el sector financiero, facultativo, funcionario público, trabajador social, docente o educador, en el ejercicio de su cargo, profesión u oficio, se le impondrá, además de la pena correspondiente, la de inhabilitación especial para empleo o cargo público, profesión u oficio, industria o comercio, de tres a diez años. Se impondrá la pena de inhabilitación

absoluta de diez a veinte años cuando los referidos hechos fueren realizados por autoridad o agente de la misma, en el ejercicio de su cargo. A tal efecto, se entiende que son facultativos los médicos, psicólogos, las personas en posesión de título sanitario, los veterinarios, los farmacéuticos y sus dependientes”. (Boletín Oficial del Estado , 1995).

3.3.9. Artículo 373 Código Penal.

El artículo 373. C.P. menciona: “La provocación, la conspiración y la proposición para cometer los delitos previstos en los artículos 368 al 372, se castigarán con la pena inferior en uno a dos grados a la que corresponde, respectivamente, a los hechos previstos en los preceptos anteriores”. (Boletín Oficial del Estado , 1995).

3.3.10. Artículo 374 Código Penal.

El artículo 374 C.P. se refiere al decomiso de las sustancias: “En los delitos previstos en el párrafo segundo del apartado 1 del artículo 301 y en los artículos 368 a 372, además de las penas que corresponda imponer por el delito cometido, serán objeto de decomiso las drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, los equipos, materiales y sustancias a que se refiere el artículo 371, así como los bienes, medios, instrumentos y ganancias con sujeción a lo dispuesto en los artículos 127 a 128 y a las siguientes normas especiales: 1.^a Una vez firme la sentencia, se procederá a la destrucción de las muestras que se hubieran apartado, o a la destrucción de la totalidad de lo incautado, en el caso de que el órgano judicial competente hubiera ordenado su conservación. 2.^a Los bienes, medios, instrumentos y ganancias definitivamente decomisados por sentencia, que no podrán ser aplicados a la satisfacción de las responsabilidades civiles derivadas del delito ni de las costas procesales, serán adjudicados íntegramente al Estado”. (Boletín Oficial del Estado , 1995).

3.3.11. Artículo 375 Código Penal.

El artículo 375. C.P. establece que las condenas de jueces o tribunales extranjeros producirán los efectos de reincidencia salvo que se hayan cancelado o puedan cancelarse. (Boletín Oficial del Estado , 1995).

3.3.12. Artículo 376 Código Penal.

El artículo 376. C.P. se refiere a penas inferiores: “En los casos previstos en los artículos 361 a 372, los jueces o tribunales, razonándolo en la sentencia, podrán imponer la pena inferior en uno o dos grados a la señalada por la ley para el delito de que se trate, siempre que el sujeto haya abandonado voluntariamente sus actividades delictivas y haya colaborado activamente con las autoridades o sus agentes bien para impedir la producción del delito, bien para obtener pruebas decisivas para la identificación o captura de otros responsables o para impedir la actuación o el desarrollo de las organizaciones o asociaciones a las que haya pertenecido o con las que haya colaborado. Igualmente, en los casos previstos en los artículos 368 a 372, los jueces o tribunales podrán imponer la pena inferior en uno o dos grados al reo que, siendo drogodependiente en el momento de comisión de los hechos, acredite suficientemente que ha finalizado con éxito un tratamiento de deshabituación, siempre que la cantidad de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas no fuese de notoria importancia o de extrema gravedad”. (Boletín Oficial del Estado , 1995).

3.3.13. Artículos 377 y 378 Código Penal.

El 377 C.P. determina como se calcula la cuantía de las multas y el 378 habla de los pagos. (Boletín Oficial del Estado , 1995).

Otra duda que me surge aquí es dónde colocar los límites entre el consumo propio y el tráfico de drogas. Basándome en la jurisprudencia del Tribunal Supremo distingo que: si se posee droga que equivale al consumo de 5 días sería autoconsumo. Lo que en peso equivaldría a menos 100 gr o menos de marihuana, hasta 25 gr de hachís, hasta 7.5 gr de cocaína, hasta 3 gr de Heroína, hasta 1.4 gr de MDMA, hasta 0.9 gr de anfetaminas y hasta 0.003 gr de LSD. Todo lo que supere estas cantidades será considerado como destinado a la venta y por tanto un delito de tráfico de drogas. Además, en caso de decir ser consumidor será necesario acreditarlo mediante un reconocimiento médico consistente en una analítica de pelo y orina. (Fernández Salinas C. , Apuntes de Medicina Legal., 2024).

4. EL CONSUMO DE DROGAS: PERSPECTIVA HISTÓRICA.

Como ya podemos intuir, el consumo de sustancias psicoactivas no es un fenómeno reciente, sino que ha acompañado a la humanidad a lo largo de su historia. Desde tiempos remotos distintas civilizaciones han empleado las drogas con fines medicinales, ritualistas o recreativos, otorgándoles un significado simbólico y cultural específico. Sin embargo, la percepción social del fenómeno ha ido variando profundamente con el paso del tiempo. La transformación de estas prácticas tradicionales en fenómenos de consumo masivo y su regulación jurídica como sustancias ilícitas, como ya he mencionado responde a múltiples factores. Y es la comprensión de los orígenes del fenómeno la que me ha permitido visualizar cómo se ha ido configurando el actual tratamiento del fenómeno.

Diversas civilizaciones empleaban estas sustancias para complementar sus ritos. Por ejemplo, los indios brasileños utilizaban el fruto de la guaraná. Los chamanes siberianos el hongo Amanita. Los indios huicholes el peyote y los hindúes el hachís. (López-Muñoz, Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica (Parte I), 2011). Este autor continúa diciendo que desde épocas remotas han sido utilizadas como herramientas de placer o evasión, en una especie de “antesala” al fenómeno de la drogodependencia. Pero destaca que, si bien el consumo ha acompañado al ser humano desde sus orígenes, no podemos decir lo mismo del abuso, que como primer antecedente considera el consumo de opio que se dio en China en el S. XIX, aunque data el comienzo del fenómeno en el S. XX.

Otros autores datan el comercio global de sustancias psicoactivas a finales del S. XVIII, en occidente. Principalmente de café, alcohol y opio. Fueron los colonizadores quienes explotaron este negocio. Los comerciantes pactaban con los nativos, sobre todo de países productores africanos, lo que hizo que su comercio se fuera desarrollando junto con el de esclavos. Esto fue lo que puso en relación a estas sustancias con las clases altas europeas. (Luna- Fabritius, 2015).

Desde el punto de vista social, el consumo se popularizó en la misma época, lo cual la misma autora achaca a la necesidad de estimular y tranquilizar a las clases bajas y para afianzar la relación de dependencia con la élite, encargada de conseguir y comercializar el producto. Pero las ganancias del contrabando de sustancias en aquella época no se concentraban en la sustancia en sí sino en el mundo de la evasión de impuestos, lo cual sitúa el fenómeno en el ámbito clandestino y por tanto complica su estudio histórico.

Fue en el S. XIX cuando se produjo un incremento desproporcionado del consumo debido a las oportunidades de socialización que daba a la élite. Consumo tolerado en nuestro continente durante años. En las primeras décadas del S.XX alcanzó las capas medias de la sociedad motivado por las mejoras en la producción, el transporte y la elaboración de drogas químicas como expondré más adelante. Pero paralelo al incremento del consumo, se produjo un incremento de los problemas sociales relacionados con estas sustancias, que llegaron a suponer un riesgo para el orden social. Y es por eso que se comenzaron a realizar estudios que documentaban los riesgos para la salud de sustancias psicoactivas, especialmente alcohol y narcóticos. (Luna- Fabritius, 2015).

Tratando de ordenar la evolución del fenómeno considero lo más adecuado hacer una división de estas sustancias, que procuraré que siga una secuencia cronológica coherente que facilite su análisis a lo largo del tiempo.

4.1. *Opio.*

La palabra “opio” proviene del griego “opós” que significa jugo, en concreto jugo de la adormidera. Recuerdo que es un alcaloide extraído de la amapola (*papaversomniferum*). Es una de las drogas más antiguas que se conocen, ya que tenemos datos de que su consumo se remonta al menos al año 4.000 a.C. en la zona de Asia Menor (Asiria). Afirmamos que hay datos arqueológicos que demuestran su uso ya que quedó documentado en las tablillas de arcilla de Uruk. (López-Muñoz, Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica (Parte I), 2011). Ya en el Antiguo Egipto se utilizaba esta sustancia para calmar el dolor y su empleo como analgésico, antitusígeno, hipnótico, sedante y tranquilizante ha sido constante a lo largo de la historia de la medicina. Pero todo esto no se puede tener en cuenta de manera aislada a la cultura, y no se puede dejar de lado la influencia de las distintas religiones en la percepción de estas sustancias.

4.2. *Tabaco.*

El descubrimiento de América trajo consigo nuevas variedades como la coca o la ayahuasca que en aquella época se utilizaban para invocar a los dioses y con fines adivinatorios.

De todas las sustancias allí descubiertas destacó el tabaco. Este se empezó a distribuir por Europa a través de los imperios inglés y español. Pero, aunque pueda parecer lo contrario, no fue aceptado por todos los países en un primer momento. Rusia por ejemplo decretó que se cortara la nariz a todo el que se descubriera consumiéndolo. La Inquisición lo consideraba un “producto infernal”. En Inglaterra se llegó a prohibir su consumo en público. Fueron los portugueses y los judíos quienes extendieron el consumo por el norte de África, China y por la cuenca mediterránea. (Molina Mansilla, 2008).

4.3. *Cannabis.*

Su documentación más antigua data del año 3.500 a.C. en el Himalaya. Aunque su nombre viene del término asirio “quannabu”. Su uso recreativo parece comenzar en el S. XV a.C en la península indostánica. En esta cultura el dios guerrero Indra tenía como bebida preferida un brebaje de cannabis. Otros textos hacen mención a las “píldoras de la alegría” fabricadas a partir de cannabis y azúcar. En China, se utilizaba en la industria textil y como tratamiento para dolores reumáticos, aunque se conocía que en exceso favorecía la visualización y comunicación con los espíritus, a la vez que aligeraba el cuerpo. En India destacaba su utilidad como analgésico para dolores de cabeza. Los griegos y los romanos hablaban de la aspiración de sus vapores para embriagarse y mejorar el sueño, conocían sus beneficios para los dolores de cabeza y la utilizaban como afrodisíaco y euforizante en banquetes. Destaca su consumo en forma de pastel elaborado con las semillas de la planta. (López-Muñoz, Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica (Parte I), 2011).

Los mismos autores mencionan que su importación masiva a occidente la efectuaron las tropas de Napoleón tras su regreso de las campañas egipcias. Tuvo gran aceptación entre los intelectuales que incluso formaron un selecto club denominado “Club de los Hachichins” en cuyas reuniones tomaban “dawamesk” una mezcla de hachís, canela, clavo, pistacho, azúcar, zumo de naranja y mantequilla.

El cannabis se empezó a cultivar en América en el S. XVI. Fueron los españoles los que introdujeron el cáñamo con la intención de extraer su fibra para la elaboración de jarcia naval (cuerdas). Su consumo con fines medicinales o psicoactivos era exclusivo de los esclavos angoleños, que lo usaban como energizante, medicamento y facilitador de la sociedad. Lo consumían las clases sociales más pobres, de ahí su denominación como

“opio de los pobres”. Su cultivo tuvo más éxito en Norteamérica, donde fue introducido por los esclavos africanos. Se dispersó por EE.UU. a finales del S. XIX debido a la mano de obra necesaria en las plantaciones de azucareras de las Islas Británicas Occidentales. A mediados del S.XX consumían “ganja” alrededor del 60% de los hombres de Jamaica. Se extendió por Panamá motivado por la mano de obra esclava utilizada para la construcción del ferrocarril. Algunos de estos esclavos se quedaron en la zona cultivando cannabis para su propio consumo. Los trabajadores mexicanos también contribuyeron a su expansión por EE.UU. Y la subcultura del jazz lo dio a conocer aún más. Hasta aquí solo lo consumían sectores de población pertenecientes a las clases sociales más bajas. Pero se exportó al ejército durante la Segunda Guerra Mundial. (Luna- Fabritius, 2015).

Jacques-Joseph Moreau de Tours estudió con profundidad sus efectos psicotrópicos por medio del autoconsumo. Y desde una perspectiva terapéutica como sedante. A finales del S.XIX el cannabis y el hachís estaban presentes en tratamientos contra varias enfermedades como las neuralgias, reumatismos nerviosos, insomnio, crisis epilépticas, espasmos musculares, hemorragias uterinas, dismenorreas. (López-Muñoz, Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica (Parte I), 2011).

En 1937 en EE.UU. se prohibió el consumo de esta sustancia, que pasaba a ser controlada por los federales. Pero pese a esto, la marihuana se continuó consumiendo de forma clandestina, pero limitada, hasta el auge del movimiento hippie, que propició su punto máximo de popularidad en 1950. Para este movimiento era el remedio contra el desencanto producido por la segregación racial y la Guerra de Vietnam. Utilizaron la marihuana como símbolo de rebelión popular. Veintinueve años más tarde, cincuenta y cinco millones de estadounidenses habían consumido. Estos jóvenes consumidores empezaron a experimentar con otras drogas como la dietilamida de ácido lisérgico (LSD), las anfetaminas, la cocaína y la heroína. Drogas de las que hablaré más adelante. (Luna- Fabritius, 2015).

Actualmente el cannabis y sus derivados son la droga ilegal más consumida en Europa. Y en España se ha detectado un incremento durante los últimos años. (ACOPOL, 2023).

4.4. Cocaína.

Las hojas de coca también se consumían en épocas remotas. Se han encontrado instrumentos de los indígenas sudamericanos para su masticación con una antigüedad de unos 4.000 años.

Según López-Muñoz et al. (2011, Parte I) La palabra coca procede de “*Khoca*” que significaba árbol o planta. Desde el imperio inca se utilizaba en rituales religiosos y sociales. Se usaba también con fines diagnósticos por parte de los sacerdotes, quienes diagnosticaban la causa de la enfermedad interpretando la disposición de las hojas arrojadas al suelo o el lugar al que se dirigía el jugo de coca escupido sobre la mano.

En 1507 Américo Vespucio ya refiere el hábito de los nativos de masticar hojas de coca con polvo de cal para fortalecerse. Mismos efectos que documentaba Francisco Pizarro, quien observó que los indios peruanos masticaban hojas de coca para aumentar su capacidad de trabajo. Llamó también la atención sobre los síntomas de la intoxicación en los “coqueros”: caminar de manera vacilante e incierta, carne flácida y amarillenta, ojos hundidos y sin brillo. (López-Muñoz, Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica (Parte II), 2011).

La planta llegó a Europa con el nombre de “yerba del Paraguay” durante la ilustración se le otorgaba valor medicinal, no sin controversia.

Los mismos autores narran que las dificultades para aislar su alcaloide influyeron para que no fuera considerada una planta con principios activos hasta mediados del S. XIX. A ese principio activo se lo denominó “cocaína”, aunque lo que se hizo en realidad fue redescubrir la eritoxilina pero mejorando la técnica. La cocaína se comercializó en los EE. UU a finales del S. XIX como tratamiento para enfermedades nerviosas y trastornos depresivos, como anestésico local en intervenciones oculares y para el tratamiento del dolor odontológico en la infancia.

Su popularidad creció rápidamente y entró a formar parte de la composición de elixires milagrosos con propiedades energizantes y vigorizantes. Entre ellos destaca el “Vino Mariani”, primera gran industria basada en la coca. Como el alcohol no gozaba de buena reputación, John Styth Pemberton lo reformuló creando lo que se acabó denominando Coca-Cola. Bebida que se anunciaba como remedio para el dolor de cabeza y como estimulante. No fue hasta 1903 que se eliminó la cocaína de su bebida sustituyéndola por cafeína, aunque mantuvo las hojas de coca descocainizadas como aromatizantes. En aquella

época se documentaron unas setenta bebidas que contenían cocaína como ingrediente. (López-Muñoz, Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica (Parte II), 2011).

De acuerdo con los mismos investigadores, con el aumento de su uso aparecieron descritos los primeros casos de dependencia, de reacciones psicóticas, de crisis convulsivas y de muerte súbita. Al igual que con los opiáceos se pusieron las primeras restricciones hasta que finalmente en 1914 fue ilegalizada salvo para uso terapéutico y de investigación por parte de médicos y laboratorios que debían inscribirse en un registro especial. Sin embargo, la popularidad de esta sustancia como droga recreativa fue aumentando durante la década de los años veinte alcanzando cierto prestigio entre aristócratas, burgueses y bohemios. Terminando su patrón de consumo en el sector de los homosexuales, prostitutas y gente del espectáculo y cabaret. Patrón de consumo que volvió a invertirse durante los años setenta con las estrellas de rock, y los corredores de bolsa. Pasó a ser la “droga de los ricos” “la droga del bienestar” y su consumo se asociaba a cierto estatus social privilegiado. El consumo de la cocaína no ha parado de crecer en la última década en España, país de la UE donde la prevalencia del consumo de esta sustancia es mayor (un 8% de la población admite haberla probado), en la UE el porcentaje se sitúa en el 4.1%. (López-Muñoz, Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica (Parte II), 2011).

Su consumo ha incrementado paralelamente al contrabando y a su precio. En los países productores ha tenido dramáticas consecuencias sociales que han llegado a constituir una profunda transformación en el sector agrícola para adaptarse en esta dirección. En los últimos años el acoso al mercado de la heroína ha hecho que aumente el mercado de esta droga. Su consumo también se ha visto favorecido por la disminución de los costes de producción y por tanto de su precio. Está asociada a un menor peligro social y sanitario ya que su principal vía de administración es la intranasal, evitándose la transmisión del VIH asociado al consumo de la heroína. Además, se ha observado un incremento de consumo de fórmulas alternativas y mixtas entre la cocaína y la heroína como el “speed ball”. (López-Muñoz, Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica (Parte II), 2011).

4.5. *La revolución farmacéutica.*

Tras haber expuesto algunas de las drogas con más tradición de consumo, considero fundamental abordar el fenómeno de la revolución farmacéutica para entender el proceso de descubrimiento y elaboración de las restantes. Movimiento clave para entender cómo los avances de la ciencia farmacológica han influido en la creación de sustancias psicoactivas y su posterior uso, tanto en el ámbito terapéutico como en el recreativo.

Esta revolución se produjo en Europa a comienzos del S.XX, cuando se masificó el consumo de drogas. Periodo que coincidió con la industrialización de las sustancias medicinales, es decir, con la salida masiva al mercado de productos para tratar la tos, los bronquios, para la mitigación del cansancio, para agudizar los sentidos, para perder peso y para combatir la disfunción eréctil entre otros. Fue debido a su eficacia para tratar estos problemas que drogas como las anfetaminas o el speed fueron popularmente aceptadas.

En esta época se empezó a producir comercialmente alcaloides psicoactivos, como la morfina o la cocaína. Se desarrolló la medicación hipodérmica (aquella que se administra a través de una inyección en el tejido adiposo, debajo de la piel). Se manufacturaron drogas sintéticas como el hidrato cloral y derivados sintéticos como la heroína, que fue considerada una categoría en sí misma. Descubrieron que pequeños cambios en la estructura molecular de una sustancia podían producir cambios sustanciales en sus efectos. A esto es a lo que se denomina “la revolución farmacológica”. (Luna- Fabritius, 2015).

En este sentido, según la misma autora, destacan las investigaciones del farmacéutico alemán Friedrich Wilhelm Sertürer, quien obtuvo una sustancia derivada del opio, con efectos narcóticos, a la que denominó Morfina. Paralelamente Charles Gabriel Pravaz y Alexander Wood descubrieron la jeringa y la aguja hipodérmica. Esta revolución culminó en el surgimiento de Friedrich & Co., que años más tarde controlaría la licencia para producir anestésicos e hipnóticos.

En EE.UU. la Guerra de Secesión (1865) marcó un punto en la evolución de este fenómeno. Por esas fechas el país ya estaba envuelto en un grave problema de adicción, ya que a los soldados se les había proporcionado una jeringa hipodérmica y morfina para que pudieran autoadministrársela como analgésico en caso de lesión. Además de a la guerra, cuando terminó tuvieron que enfrentarse a lo que se denominó “enfermedad del soldado” o “mal militar”. Términos que hacían referencia a la dependencia que generó este opiáceo debido a su administración de forma descontrolada. El número tan elevado de adictos fue

lo que impulsó la búsqueda de otra sustancia con propiedades similares, lo que dio lugar a la diacetilmorfina o Heroína creada por la compañía alemana F. Bayer & Co. Derivado tres veces más potente que la morfina fue comercializada en 1899 para tratar enfermedades respiratorias. Curioso me parece que su nombre proviene de la palabra germana “heroish” que significa heroico o poderoso. El problema apareció cuando esta sustancia adquirió un rápido éxito comercial, pero la información respecto de su capacidad adictiva no fue igual de rápida y no fue advertida hasta 1913 cuando se detuvo su producción. (López-Muñoz, Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica (Parte II), 2011).

Volviendo a Europa, en Alemania comenzaron a destacar las investigaciones de Rudolf Buchheim, Oswald Schmiedeberg y Felix Hoffmann. El último de ellos fue el responsable de la producción por técnicas de laboratorio de los principios químicos activos de productos naturales, así como de sustancias químicas no existentes en la naturaleza, a la vez que fue el productor del medicamento síntesis que sirvió de prototipo para la quimioterapia fisiopatológica (el ácido salicílico) en 1897. En relación con el tema del presente trabajo, destaca su relevancia en el papel de síntesis de nuevas sustancias psicoactivas. (Luna-Fabritius, 2015).

La misma autora informa de que fue a principios del S.XX cuando se asoció la palabra “droga” por primera vez con “adicción”, estando ambos términos relacionados con estas sustancias químicas. Esto se debió a la necesidad de encontrar un término que vinculara los problemas que habían surgido a la proliferación del uso de estas drogas.

En EE.UU. el aumento de adictos al opio y a la morfina generó un gran número de movimientos sociales que presionaron a la administración para que restringiera el comercio de estas sustancias. Consecuencia de ello, Roosevelt promulgó la “Pure Food and Drug Act” que perseguía la adulteración de todos los preparados farmacéuticos, incluidos aquellos que contenían opiáceos. En 1912 se firmó el primer instrumento internacional sobre esta materia, aunque sin fuerza vinculante, el Convenio contra el Opio de la Haya, que pretendía la disminución de la producción y exportación de dicha sustancia. Pero la primera ley que realmente restringió el consumo de opioides data de 1914, la Harrison Narcotic Tax Act, que imponía controles estrictos a la importación, manufactura y distribución de la prohibiéndose su venta y dispensación por personal no facultativo. Fue en 1924 cuando se ilegalizó la heroína en este país, lo que, en vez de conseguir una disminución del consumo, trajo consigo un aumento del tráfico clandestino de las materias primas para su elaboración.

Fueron los inmigrantes italianos los que aprovecharon el negocio reciclando la red de distribución creada para la “Ley Seca”. (López-Muñoz, Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica (Parte II), 2011).

Con la Segunda Guerra Mundial los americanos se consolidaron como líderes mundiales en la producción de drogas químicas, procesando el 61% de las consumidas en todo el mundo. Del porcentaje restante, un 8% lo aportaba Suiza, un 6% Alemania, un 5% Reino Unido o un 3.5% Francia. Estas cifras han sido explicadas como el inicio de la extensión del consumo de nuevas drogas experimentales en EE. UU. durante la posguerra. Entre ellas, por sus efectos placenteros o estimulantes de la libido, la heroína, los barbitúricos, los esteroides anabólicos, los tranquilizantes, los alucinógenos, los narcóticos sintéticos (meperidina), el viagra y las anfetaminas. En el terreno de la experimentación se llegó a la inhalación de gasolina y al uso de pegamentos. (Luna- Fabritius, 2015). Esto dio origen al término “abuso de sustancias” arriba mencionado y a la “dependencia química” también explicada en los conceptos iniciales. Aquí es donde surge la controversia y el correspondiente control de estas sustancias

4.6. *Dietilamida de ácido lisérgico (LSD).*

Para comprender la evolución del LSD, se ha de partir de que en la antigüedad ya se utilizaban los extractos de alucinógenos del hongo *Claviceps purpurea* (cornezuelo del centeno) para ritos mágicos y religiosos como el culto a Mitra por parte de los celtas. Ya en el 600 a.C se advertía en una tablilla sobre el peligro del uso del centeno contaminado con pústulas negras, debido a que la intoxicación causada por su consumo, el ergotismo, provocó terribles epidemias. Lo denominaron “ignis sacer” (“fuego sagrado”). En 1938, Albert Hofmann, en sus investigaciones sobre las propiedades curativas del cornezuelo del centeno, añadió un grupo dietilamida al ácido lisérgico, logrando LSD, uno de los alucinógenos más potente. Trabajando en el LSD-25 se intoxicó, mareándose y teniendo visiones extrañas debiendo refugiarse en su domicilio en pleno delirio. De esta forma comenzó la denominada “era psicodélica”. (López-Muñoz, Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica (Parte II), 2011).

Los mismos autores exponen que la compañía suiza Sandoz la que comercializó el LSD (Delysid) como una herramienta de apoyo a la terapia psicoanalítica. Se fue popularizando su uso, pero conforme los efectos tóxicos se fueron conociendo su empleo

fue desapareciendo. En la década de los noventa, con la eclosión de las drogas sintéticas, el LSD ha vuelto a resurgir. En la actualidad su tráfico y consumo se perciben como marginales, aunque se ha detectado un aumento en Europa desde 2003.

4.7. *Anfetaminas.*

De Luna-Fabritius (2015), extraigo que las anfetaminas son un derivado de la efedrina. Se sintetizaron por primera vez en 1887 como broncodilatador. Pero no fue hasta 1919 donde en Japón se sintetizó lo que hoy se conoce como tal.

Se usaron de manera experimental con militares, para combatir la fatiga provocada por la guerra. Aunque más relacionado con la ciencia farmacéutica, creo conveniente mencionar por la familiaridad de alguno de los términos, los inhaladores de este tipo de sustancias que salieron a la venta. En primer lugar, salió a la venta el inhalador Benzedrina y poco después la dexanfetamina o dexedrina. En 1983 la metanfetamina o Methedrina y en 1954 el metilfenidato o Ritalin. Destacaban por sus propiedades contra la narcolepsia, obesidad, depresión, sobredosis por sedantes, y rehabilitaciones por alcoholismo y consumo de otras drogas. Tenía un efecto parecido a la cocaína (aumentaba la disponibilidad de la dopamina) por lo que se utilizaba para mejorar el rendimiento físico e intelectual de militares y deportistas. (Luna- Fabritius, 2015).

Esta autora achaca su aumento exponencial a que son relativamente fáciles de sintetizar, lo que las popularizó entre los fabricantes de drogas ilícitas. Se consumían mediante pastillas, inyecciones o fumando los cristales puros. Su uso regular derivaba en psicosis, información que se popularizó mucho después que el consumo.

Su época dorada se dio durante la Segunda Guerra Mundial, lo cual seguramente condicionó el curso de esta, o al menos las consecuencias con las que se tuvieron que lidiar después. Este curso ascendente se detuvo debido a la intervención de Suecia para frenar su consumo debido a sus efectos secundarios. En este país se prescribían a, al menos, el 3% de la población para combatir el cansancio y la depresión. Llegó un punto en que su consumo se duplicaba cada año. El reconocimiento del aumento exorbitante del consumo y el registro de efectos secundarios provocaron la intervención del estado regulando su uso e iniciando una política restrictiva. Pero la falta de articulación de lo sucedido en este país llevo a que las anfetaminas se siguieran consumiendo en el resto del mundo sin medida sobre todo en los sectores medios de la sociedad como los conductores de camiones, los

estudiantes o los veteranos. Fue la masificación de su consumo lo que permitió observar con claridad sus efectos colaterales, pero no reducir su consumo. (Luna- Fabritius, 2015).

En la década de los setenta el gobierno de EE.UU. se percató de las exorbitantes cifras de consumo por lo que decidió establecer cuotas estrictas de producción. Lo que, como ya he mencionado anteriormente, no consiguió frenar el consumo sino crear un mercado clandestino. Para compensar el vacío que dejó su consumo se hicieron populares todo tipo de sustancias experimentales como plantas alcaloides, drogas semisintéticas y sintéticas. A pesar de los esfuerzos el consumo de anfetaminas apenas se redujo y se abrió paso al consumo de la metanfetamina, cristalina o ice y del éxtasis. En la época actual muy populares para tratar trastornos de atención y el sobrepeso. Con estas medidas millones de personas buscaron desesperadamente su consumo, de tal forma que las ciudades donde más consumo se daba se convirtieron en focos de violencia. (Luna- Fabritius, 2015).

Actualmente tiene menor prevalencia de consumo que otras drogas. Pero en algunas partes de Europa el consumo de anfetaminas constituye una parte importante del problema del consumo.

4.8. *Drogas de síntesis o de diseño.*

Las drogas de síntesis o diseño han adquirido una enorme relevancia en las últimas décadas. Su consumo según López-Muñoz, F. (2011) se ha incrementado destacablemente entre ciertos grupos de jóvenes, principalmente en medios urbanos y con un patrón de uso de fin de semana. El prototipo de droga de diseño, la metilendioximetanfetamina más conocida como MDMA o éxtasis, se sintetizó en 1914. Fue utilizada con fines de investigación por el ejército estadounidense y como agente facilitador de la comunicación entre el psicoterapeuta y el paciente. Derivados de esta son la MDA o “droga del amor”, la MDEA o “Eva”, el DOM o “STP” y muchas otras.

Su desviación al mercado negro se produjo en EE.UU. a mediados de la década de los ochenta. Ya que en ciudades como Dallas empezó a reemplazar la cocaína como droga favorita de los “yupies”. Pero tuvo su máxima expresión de la mano del movimiento Acid House en Ibiza. Exportándose a la península siendo uno de los elementos claves de la “ruta del bacalao”, que bajo la bandera de la música máquina gozó de gran aceptación en la década de los noventa, asociándose a una gran accidentalidad en los fines de semana.

(López-Muñoz, Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica (Parte II), 2011).

Según el mismo autor, en los últimos años se ha incrementado el tráfico y consumo de otras drogas de diseño procedentes de la terapia legal como el gamma-hidroxibutirato (GHB), “o éxtasis líquido”: agente depresor (lo contrario que el éxtasis que es un psicoestimulante). Esta sustancia fue comercializada de forma libre por la industria alimenticia como estimulante de la hormona del crecimiento, en los gimnasios y en medicamentos sedantes. Fue recientemente, en 2002, cuando se prohibió tanto su venta como su consumo.

4.8.1. *Ketamina.*

Empleado como anestésico sobre todo en niños y ancianos. No es narcótico, ni barbitúrico (no sedante del sistema nervioso).

Sus características psicodélicas fueron descubiertas casualmente cuando algunos pacientes informaron de estos efectos tras recuperarse de la anestesia. En dosis inferiores a las anestésicas se asociaba con una experiencia psicodélica de gran intensidad. El desvío de *ketas* o *special k* al mercado negro ha ido en continuo aumento junto con las drogas de síntesis. Combina efectos hipnóticos, analgésicos y amnésicos sin pérdida de consciencia ni depresión respiratoria. (López-Muñoz, Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica (Parte II), 2011).

4.8.2. *Fenciclidina (PCP).*

La fenciclidina (PCP) o *polvo de ángel*, es otro anestésico disociativo. Se retiró del mercado a consecuencia de los episodios excitatorios y de las alucinaciones que se observaban durante la recuperación de la anestesia. Su consumo puede desencadenar fácilmente cuadros psicóticos (incluso con un solo uso), provoca graves alteraciones comportamentales, está asociado a episodios de violencia, es más adictivo que otros psicoestimulantes y puede conducir más fácilmente a la muerte. (López-Muñoz, Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica (Parte II), 2011).

4.8.3. JWH-018 (*Spice*, K2).

El JWH-018, *spice*, *k2* o *cannabis sintético* actúa como antagonista de los receptores cannabinoides. Se introdujo en el mercado en 2004, por lo que es aún bastante reciente. (López-Muñoz, Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica (Parte II), 2011).

En conclusión, el uso de las sustancias psicoactivas no es un hecho moderno ni aislado, sino una constante a lo largo de las distintas sociedades y etapas de estas. Las sustancias psicoactivas, por tanto, han acompañado desde el principio a la evolución de las sociedades y han influido en el curso de esta. Los significados culturales, los avances científicos y los intereses económicos han modelado su uso y regulación. Destaca sobre todo su consumo y experimentación en el contexto bélico. Por todo ello considero necesaria la comprensión de estos antecedentes para interpretar, no solo el fenómeno actual, sino también sus implicaciones criminológicas, legales, sociales y clínicas.

5. TENDENCIAS ACTUALES EN ESPAÑA.

5.1. Contexto español.

Antes de comenzar con la época actual, retrocederé unos pocos años en el tiempo para contextualizar el fenómeno. En concreto los años setenta son una fecha clave a la hora de percibir los efectos perjudiciales del consumo de sustancias psicoactivas.

5.1.1. *Mirada al pasado.*

Romaní (n.d.) se sitúa también a finales de los años setenta, época en la que el uso de las drogas legales como el alcohol, el tabaco o las anfetaminas estaba en aumento. Aparecen los primeros fumadores de marihuana, a los que luego se añadirán los jóvenes radicales urbanos.

En 1973 se empieza a difundir el uso de la heroína en ambientes minoritarios, también la cocaína. A finales de esa década la heroína comenzó a ser un problema social de primer orden. Aquí se creó la Brigada de Estupefacientes de la Policía, aunque los problemas reales desde el punto de vista de la salud pública eran la masificación del alcohol y el tabaco. Es a finales de esta década cuando empiezan a llegar los consumidores de heroína a los departamentos de psiquiatría especializados principalmente en el alcoholismo. En 1985 se crea el Plan Nacional sobre Drogas, Planes Autonómicos y Municipales. Aquí la droga ya se identificaba con inseguridad debido al aumento de atracos. A finales de los ochenta se estanca el uso de la heroína (debido principalmente al conocimiento directo de la problemática asociada a su consumo) y aumenta ligeramente el consumo de cocaína. Se incorporaron sectores marginados al consumo y tráfico de heroína. Tras ello parece que ha aumentado el uso de la cocaína y sobre todo el uso combinado de esta o de fármacos de síntesis con alcohol y conducción de automóviles. Y el consumo compulsivo de alcohol por los jóvenes. (Romaní, n.d.).

5.1.2. *Últimas tendencias en el consumo de drogas en España.*

El fenómeno asociado al consumo de estas sustancias ha sufrido en las últimas décadas un profundo proceso de transformación, paralelo a la evolución de las sociedades más desarrolladas.

ACOPOL (2023, PP. 234-290), extrae, a partir de los datos del Observatorio Español sobre Drogas y Toxicomanías (2023 y publicaciones posteriores) las siguientes conclusiones:

Como ya he mencionado en España el consumo de drogas se percibe como un problema social y sanitario sobre todo desde los años ochenta. A partir de esta década el consumo aumenta considerablemente afectando a un importante número de personas.

Como respuesta a esto se genera una sensación de alarma y rechazo social. El consumidor es percibido por la sociedad como un marginado o un delincuente. Al tradicional consumo de alcohol y tabaco se une el de sustancias como la heroína que irrumpe con fuerza en la mayoría de estratos sociales y cuyos efectos producen graves consecuencias, incluso la muerte.

En la década de los noventa el fenómeno de las drogas sufrió grandes transformaciones, dando lugar a un escenario más complejo. A mediados de esta década la droga más destacada era la heroína, cuyo consumo estaba asociada a la marginalidad y la delincuencia. Es a partir de aquí donde el consumo de esta desciende mientras que paralelamente aparecen nuevas sustancias y nuevos patrones de consumo. Adquieren relevancia social las drogas de síntesis, junto con la cocaína y el cannabis. Lo más destacable de estos cambios es la forma en que las drogas son consumidas ya que afectaba a sectores juveniles. Se empezó a ver el consumo de fin de semana, fuera del ámbito familiar, en espacios o locales públicos con la única finalidad de divertirse. Consumos que no generaban, al contrario que en la etapa anterior, posiciones contraculturales o comportamientos marginales. Son consumidores cada vez más jóvenes perfectamente integrados en la sociedad que consumen con fines recreativos y sociales. (ACOPOL, 2023).

El mercado de la droga también ha ido evolucionando. Los tradicionales traficantes hacían llegar la droga a los consumidores directamente (“trapicheo”). El mercado se ha modernizado con el uso de las nuevas tecnologías. Cambian los delincuentes y cambian las drogas. Antes los traficantes eran especializados que operaban a través de rutas bien definidas. El mercado actual es más cambiante, con nuevas rutas por las que se transportan varias sustancias a la vez lo que dificulta su detección e incautación.

Desde 1995, la percepción de la disponibilidad de todas las sustancias ha mostrado una tendencia claramente ascendente. Se ha creado una oferta y una demanda por internet, con pago también en línea. El Plan Nacional sobre Drogas realiza, desde ese mismo año,

de forma bienal, dos tipos de encuestas para conocer la situación y tendencias en el consumo de drogas. La Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) y la Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ETUDES). (ACOPOL, 2023).

5.1.2.1 Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES).

Según ACOPOL (2023, PP. 234-290), se realiza a la población residente en España de catorce a sesenta y cuatro años. Estudia la prevalencia de consumo de las distintas drogas psicoactivas, pretende conocer las características sociodemográficas de los consumidores, los patrones de consumo, la disponibilidad de drogas percibida por la población y el riesgo percibido ante diversas conductas de consumo, la visibilidad de los problemas de drogas en el lugar donde vienen los encuestados, la opinión de la población acerca de la importancia de los problemas del uso de drogas y las medidas para reducirlos y conocer la evolución temporal. Todo esto referido al tabaco, al alcohol, hipnosedantes sin receta, cannabis, éxtasis, alucinógenos, anfetaminas/ speed, cocaína (polvo y/o base), setas, metanfetaminas, GHB, heroína e inhalables volátiles.

Según esta encuesta el alcohol es la sustancia psicoactiva con la mayor prevalencia de consumo, un 93% de la población manifiesta haberlo consumido. Destaca el Binge drinking que es el consumo de alcohol en atracón o consumo de cinco o más bebidas alcohólicas (en hombres) o cuatro o más /en mujeres) seguidas, o en un intervalo de dos horas. (ACOPOL, 2023).

El tabaco es la segunda sustancia más consumida con un 69.6%. Hay una nueva forma de consumo, “el cigarrillo electrónico” o vaporizador, que son dispositivos electrónicos que calientan un líquido con solventes, saborizantes, y con frecuencia nicotina. Los consumidores inhalan el vapor resultante. Desde su aparición en el mercado continua la tendencia creciente del consumo de este tipo de cigarrillos. (ACOPOL, 2023).

El consumo de hipnosedantes con o sin receta se situaba en un 22.5%. Destaca también el consumo de bebidas energéticas o hipertónicas con bebidas sin alcohol, que contienen sustancias estimulantes y que ofrecen al consumidor el evitar o disminuir la fatiga y el agotamiento, además de aumentar la habilidad mental y proporcionar un incremento de la resistencia física. Son refrescos que contienen una gran cantidad de cafeína, junto con otros estimulantes como la taurina, vitaminas y azúcares. (ACOPOL, 2023).

En cuanto a las drogas ilegales, el cannabis es la que más extendida está en España, habiendo sido consumida alguna vez en la vida por algo más del 40% de la población. La cocaína se encuentra en segundo lugar con un 11.7% (cocaína en forma de base 1.7%). El 15.8% reconoce haber consumido analgésicos opioides con o sin receta en alguna ocasión. Un 5.4% dice haber consumido alucinógenos, porcentaje parecido al de éxtasis, seguido por el de anfetaminas. Un 3.3% admite haber consumido setas mágicas, un 1% GHB. La prevalencia de heroína e inhalables volátiles es bastante residual. (ACOPOL, 2023).

5.1.2.2 *Encuesta Estatal sobre el Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (ETUDES).*

Según ACOPOL (2023, PP. 234-290), afecta a estudiantes de entre catorce y dieciocho años que cursan Enseñanzas Secundarias. Su objetivo es recabar información para diseñar y evaluar políticas dirigidas a prevenir el consumo de drogas y otras adicciones y los problemas derivados del mismo. Pretende conocer la prevalencia del consumo de las drogas psicoactivas, las características sociodemográficas de los consumidores, los patrones de consumo, las opiniones, conocimientos, percepciones y actitudes relacionados con el abuso de drogas (disponibilidad percibida, riesgo percibido ante las conductas de consumo) y algunos factores relacionados como el consumo. Las drogas objeto de estudio son alcohol, tabaco, hipnosedantes (con o sin receta), cannabis, cocaína (polvo y/o base), éxtasis, anfetaminas/speed, alucinógenos, setas mágicas, ketamina, GHB, salvia, metanfetamina, inhalables volátiles, spice, heroína, esteroides anabolizantes, nexus (cocaína rosa), mefedrona, piperazinas, leal highs y research chemicals.

Los resultados de esta encuesta determinan que las bebidas alcohólicas son la sustancia psicoactiva más consumida, ya que un 73.9% reconoce haberlas consumido alguna vez. El tabaco es la segunda sustancia psicoactiva con mayor prevalencia, con un 38.2%. En tercer lugar, se sitúa el consumo de cannabis con un 28.6%. Los hipnosedantes son la cuarta droga con mayor prevalencia con un 19.6%. Seguido del éxtasis con un 3.1% y la cocaína con un 2.7%. El consumo de inhalables volátiles se queda con un 1.8%. Y el 1.7% alucinógenos y setas mágicas. Con porcentajes más bajos se quedan las metanfetaminas, las anfetaminas o speed, la heroína o el GHB. (ACOPOL, 2023).

Se consideran nuevas sustancias psicoactivas a aquellas que imitan el efecto de drogas ilegales. Estas nuevas sustancias ilegales (keta (ketamina), spice (alternativa a la marihuana), cannabinoides sintéticos (compuestos con propiedades similares, pero

totalmente artificiales), marihuana sintética, miau miau (se vende por internet como fertilizante para plantas, similar a la flakka), flakka (droga de diseño con efectos mortales, se asemeja a las sales de baño), superman (droga roja, rosa, naranja o amarilla con forma de diamante y con una S por ambos lados. Tiene efectos similares al éxtasis), catinonas (sales de baño), mefedrona (estimulante que mejora la función mental o física), derivados de los fentanilos, metoxetamina, NBOMe (alternativa al LSD), ayahuasca, kratom (se consume como un té), etc) se pueden presentar en forma de hierbas, pastillas, polvos, líquidos, inciensos, etc. El consumo de estas sustancias está más extendido entre los hombres. (ACOPOL, 2023).

Como cierre para este contexto nacional, resulta relevante señalar que, incluso documentos anteriores como el Plan de Acción 2005- 2008 del Plan Nacional sobre Drogas, ya anticipaba estas tendencias que hoy se han ido consolidando. Dicho plan advertía de un incremento del consumo de determinadas sustancias, más concretamente del alcohol, medicamentos psicotrópicos y sustancias como el cannabis y la cocaína. Asociado a una disminución de la percepción del riesgo con asociado a su consumo. Esto, unido al fenómeno de Internet y de la globalización, puede explicar el aumento de los daños por el consumo de estas sustancias, ya que gracias a esto se da una mayor accesibilidad y una disminución de la edad de inicio del consumo.

5.2 Contexto actual del fenómeno en Europa.

Una vez contextualizado el fenómeno en el ámbito nacional, resulta imprescindible ampliar la mirada hacia el marco europeo, donde se integran las políticas y estrategias comunes frente al consumo y tráfico de estas sustancias. La Unión Europea, consciente del carácter nacional de este problema, ha desarrollado un enfoque integral basado en la cooperación entre Estados, incluido nuestro país.

Según los datos que ACOPOL (2023, PP. 234-290), recoge del Observatorio Europeo de las Drogas y Toxicomanías (OEDT) hasta 2022, se ha detectado que Europa es un mercado de drogas importante. Este continente se está consolidando en el mercado produciendo drogas nuevas con destino tanto a mercados locales como mundiales. Los cuerpos policiales detectan más laboratorios y centros de producción sobre todo donde se produce heroína a partir de morfina, lo que ha dado lugar a un considerable incremento de

las incautaciones de morfina y opio en la Unión Europea. En cantidades menores también se elabora cocaína y anfetamina. En Suecia se han incautado sustancias precursoras para la fabricación de fentanilo, sustancia sobre la cual se ha extendido un temor creciente debido a sus efectos adversos.

En cuanto al consumo, según la misma fuente, cabe señalar que la droga que más se prueba es el cannabis, seguido de la cocaína la MDMA y la anfetamina.

5.3 Contexto actual global del fenómeno.

El mapa actual de consumo global muestra un descenso del crack o la cocaína y un aumento de la marihuana y heroína. A su vez hay un mayor número de consecuencias letales (VIH, tuberculosis y hepatitis B y C). Lo que ha llevado a algunos especialistas a postularse en políticas que abandonan la prohibición y que protejan la salud. (Luna-Fabritius, 2015).

El consumo de drogas, a pesar de sus efectos negativos, ha sido hasta hace relativamente poco tiempo tolerado socialmente.

A modo de síntesis, Molina Mansilla (2008), afirma que “las drogas son tan antiguas como el hombre”. En esta misma línea Sanjuán e Ibañez López (1992), afirman que “las drogas siempre han existido, y que todos los pueblos han tenido sus drogas”. La drogodependencia, sin embargo, es un fenómeno propio de las sociedades urbano-industriales contemporáneas, que en muchos casos se ha trasladado a sociedades subalternas por influencia o imposición externa. La dependencia puede desarrollarse a partir de sustancias institucionalizadas o de sustancias no institucionalizadas, pero solo las primeras tienen carácter iatrogénico, es decir, provocan daños no deseados según estos autores.

El hecho de que uno de los pilares del nuevo sistema económico sea la libre circulación de mercancías ha sido algo que ha afectado también al mundo de las drogas, cuya expansión responde a la lógica del mercado, es decir, es coherente con este sistema. La Revolución Industrial con el desarrollo de la industria química-farmacéutica y el gran auge de los transportes y comunicaciones facilitó el acceso a todo tipo de productos incluidos los de nuestro interés.

Todo esto unido a las grandes migraciones y las situaciones de desarraigo, la formación de nuevos grupos y clases sociales alrededor de la nueva organización del trabajo, y la crisis de las pautas tradicionales del comportamiento (de las formas de control social informales y formales predominantes) y las nuevas formas de sociabilidad fueron el caldo de cultivo perfecto para este fenómeno.

Si bien, hasta aquí he expuesto gran parte de la evolución del fenómeno global. Recientemente me ha llamado la atención la creciente preocupación por la expansión de nuevas sustancias psicoactivas, como el fentanilo y sus derivados, cuya incidencia ha alcanzado niveles alarmantes en países como EE.UU. Este tipo de compuestos, extremadamente potentes y de bajo coste, han contribuido a una crisis de salud pública sin precedentes en alguno de sus estados, generando un aumento exponencial en las tasas de sobredosis y mortalidad. Temor que se ha extendido hasta países como España, lo cual se observa en la atención que los medios de comunicación dieron a este fenómeno, el cual requiere de una respuesta coordinada internacional, quizás más internacional que el nivel exclusivamente europeo.

Para entender un poco más acerca de esta problemática debemos saber qué es el fentanilo, y qué efectos tiene. El fentanilo, apache, Dance Fever, Friend, GOodfellas, Jackpot, Muerder 8, o tango & Cash es un opioide sintético cincuenta veces más fuerte que la heroína y cien veces más fuerte que la morfina. Culpable de gran parte de las sobredosis que en tiempos recientes están azotando ese país. (Administration, 2025).

Hay dos tipos distintos de fentanilo, el de curso legal fabricado en el ámbito farmacéutico, y el fentanilo fabricado ilícitamente. Ambos, como he mencionado, son opioides sintéticos. El fentanilo farmacéutico es de uso común en ese país para tratar clínicamente el dolor intenso, principalmente tras una operación o en etapas avanzadas del cáncer. Pero no es a este al que se atribuyen esas sobredosis, sino al fabricado ilícitamente, que se distribuye a través de los mercados de drogas ilegales y que tiene un efecto similar al de la heroína. (Centers for Disease Control and Prevention).

Su peligro no está solamente en que se consuma de manera aislada, sino que es frecuentemente utilizado mezclado con otras drogas debido a que es extremadamente barato y las vuelve más potentes, más adictivas y más peligrosas para la salud.

Se puede consumir en forma líquida o de polvo. Pero como ya he mencionado, el principal peligro radica en que las personas en muchas ocasiones desconocen que lo están consumiendo al usar otras sustancias.

En general los opioides sintéticos son las drogas más frecuentemente involucradas en las muertes por sobredosis, ya que incluso una pequeña cantidad puede ser mortal. En caso de sobredosis se recomienda la administración de naloxona, y como signos de sobredosis destacan las pupilas contraídas, la pérdida de conocimiento, la falta de respiración, sonidos de atragantamiento, cuerpo flácido, piel fría o húmeda y pegajosa y descolorida. (Centers for Disease Control and Prevention).

Todo lo expuesto me lleva a preguntarme si ¿puede considerarse esta nueva droga una amenaza real o estamos solamente ante un episodio más de alarma social, frente a una sustancia novedosa, sin una base científica sólida que lo respalde? Está por ver hacia qué lado se inclinará la balanza en el proceso de expansión de esta sustancia: si hacia las fuerzas de la globalización y del libre mercado, o hacia las respuestas estatales diseñadas para frenar su entrada y expansión. La globalización del fenómeno de las drogas y la rapidez de los cambios que se registran en cuanto a las sustancias consumidas y a los patrones de consumo en el ámbito internacional obligan a seguir muy de cerca este fenómeno. En este sentido deberemos observar, no solo la evolución del consumo y de los efectos de la sustancia, sino también la eficacia y coherencia de las políticas públicas adoptadas. Solo el paso del tiempo y la observación de esto nos permitirá discernir si estamos ante un fenómeno pasajero o frente a un problema estructural que exigirá de respuestas sostenidas y coordinadas a nivel nacional e internacional.

6. RELACIÓN ENTRE DROGAS Y DELINECUENCIA.

La percepción del riesgo asociada a las adicciones refleja hasta qué punto las personas consideran que ciertas conductas asociadas al consumo de drogas pueden acarrear consecuencias negativas. Aunque no todo consumo implica necesariamente un delito, sí es cierto que muchas de estas sustancias conllevan riesgos para la salud, y en determinados contextos, como su consumo en espacios públicos, sí tiene consecuencias legales.

Según ACOPOL (2023), una parte significativa de la ciudadanía considera que consumir cocaína, incluso de manera ocasional, puede generar riesgos para la salud, y fumar un paquete de tabaco diario también. Pero al hablar de alcohol, ya baja hasta la mitad de la población los que lo perciben como factor de riesgo. Esto influye en los datos de consumo que en la segunda parte de este apartado expondré.

6.1. Clasificación de la delincuencia vinculada al consumo de drogas.

Si bien el consumo de drogas no es siempre tipificado como delito, ciertas conductas asociadas a él como la venta, distribución o posesión de determinadas cantidades sí lo son. Lo que pone de manifiesto la estrecha relación existente entre el mundo que rodea a las sustancias psicoactivas y la delincuencia. Destaca la preocupación social que rodea a tales comportamientos. Con frecuencia, los problemas toxicológicos median en la relación entre conducta delictiva y la presencia de trastornos mentales, incrementando el riesgo de comportamientos violentos. A su vez, las personas que se encuentran en esta situación también corren un mayor riesgo de convertirse en víctimas. Desde la criminología se han identificado distintas formas de relación entre el consumo de drogas y la criminalidad, distinguiéndose entre quienes desarrollan una adicción dentro de una trayectoria delictiva previa, y quienes comienzan a delinquir como resultado de su dependencia. (Gómez Garvi, 2015-2016).

6.1.1. Delincuencia inducida.

Este tipo de delincuencia engloba los delitos que se originan a causa de los efectos que produce el consumo de drogas de abuso. Las sustancias psicoactivas ocasionan alteraciones temporales de consciencia como alteraciones cognitivas o distorsiones en la percepción, durante el periodo de intoxicación y/ o durante el síndrome de abstinencia.

Esta circunstancia se asocia con el uso de violencia, generalmente de carácter impulsivo. Los delitos más frecuentes en esta fase son las agresiones, los homicidios y las imprudencias en la conducción de vehículos. (López-Muñoz, Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica (Parte II), 2011).

De una manera más sencilla, la podríamos definir como la delincuencia debida a los efectos que la intoxicación tiene en el comportamiento del sujeto. (Gómez Garvi, 2015-2016).

6.1.2. Delincuencia funcional o instrumental.

La delincuencia funcional o instrumental hace referencia a los delitos cometidos para perpetuar el consumo, minimizando los efectos desagradables de la abstinencia. Principalmente se cometen delitos contra la propiedad como robos, especialmente en farmacias. Se recurre en muchas ocasiones a delitos económicos para poder financiar su consumo de los cuales destaca la propia venta de drogas. Suelen comenzar a nivel doméstico y su gravedad va evolucionando al mismo tiempo que la adicción. Lo que tiene como consecuencia que la mayoría de personas con dependencia tienen o han tenido contacto con el sistema penal, destacando los consumidores de heroína y crack. (López-Muñoz, Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica (Parte II), 2011).

6.1.3. Delincuencia relacional.

Según López-Muñoz et al. (2011) La delincuencia relacional comprende los delitos que se llevan a cabo en el entorno del consumo o que facilitan este. Los más comunes son el cultivo, la elaboración y la distribución de sustancias psicotrópicas, delitos que quedan englobados dentro del narcotráfico.

El mismo autor centra la problemática de estos delitos en la diferente regulación entre países. En algunos el consumo de sustancias se encuentra despenalizado. Tampoco es fácil establecer el punto exacto en que la cantidad de droga puede considerarse para consumo propio o, por el contrario, va destinada al tráfico.

En resumen, el uso y abuso de sustancias y la delictogénesis tiene una triple tipología: la delincuencia inducida o delitos cometidos bajo el efecto de las drogas (delitos contra las personas y contra la seguridad del tráfico), delincuencia funcional/instrumental o delitos relacionados con las conductas encaminadas a financiar la propia dependencia (delitos contra la propiedad como robos), y la delincuencia relacional o delitos englobados en el concepto legal de narcotráfico (cultivo, elaboración y distribución de las drogas de abuso). (López-Muñoz, Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica (Parte II), 2011).

6.2. Influencia del tipo de sustancia en la conducta delictiva.

La relación entre el consumo de droga y la criminología es tan estrecha que aún no se ha podido establecer el nexo causal entre ambas. (López-Muñoz, Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica (Parte I), 2011). Trastorno psiquiátrico, consumo y conducta delictiva son factores de riesgo con retroalimentación mutua. (Merizalde Torres, 2025). El vínculo del ser humano con estas sustancias es tan complejo que no solo se da en la vertiente sociosanitaria o jurídico- legal, sino también, en el más amplio círculo antropológico de la cultura.

López-Muñoz, González, Serrano, Antequera y Álamo (2011) determinan el inicio de la problemática asociada a las drogas de abuso en el S. XX, al igual que el desarrollo del comportamiento delictivo. Este autor además advierte que en la actualidad la relación entre la capacidad para cometer delitos (delictogénesis) y el entorno del sujeto consumidor y/o dependiente. Es decir, el consumo y la dependencia de drogas son un factor criminógeno de primer orden.

En cuanto a la relación entre el consumo de drogas y los problemas económicos y sociales derivados de este, la fecha clave es el S. XIX, cuando se habla de una crisis cultural. Las adicciones en ese contexto se percibían como la desaparición del individuo independiente y capaz de autogobernarse, ideal para la burguesía. Los consumidores eran considerados como carentes de independencia. Todo lo sucedido tras la revolución farmacéutica propició la identificación de las sustancias psicoactivas como el peor escenario de la modernidad. Los usuarios se convirtieron en un ejemplo de “la forma en que los seres humanos se hacían esclavos de sus propias invenciones” y en ejemplo de la necesidad de una respuesta normativa ante el peligro del capitalismo moderno. (Luna- Fabritius, 2015).

Peter Wagner decía que el consumo de sustancias psicoactivas afecta sobre todo a la autonomía de los individuos impidiendo la “modernidad” entendida como inseparable de tal autonomía. Según Luna-Fabritius (2015), la relación entre drogas y modernidad ha sido desde sus inicios estigmatizada ya que, por un lado, el comercio de drogas legales es la base del sistema moderno, pero, por otro, ha sido señalada como causante de daños en la salud de los individuos y en sus relaciones sociales. Es decir, ese comercio ha quebrantado lo que la autora entiende por independencia de los sujetos que constituye la sociedad moderna.

Centrándome ahora en datos estadísticos, el estudio de la Carga Global de la Enfermedad (Global Burden of Disease) de 2019 muestra el impacto mundial del consumo de drogas. Se estima que los trastornos derivados de este consumo causaron 18.1 años AVAD, es decir, años de vida perdidos por muerte prematura o vividos con enfermedad o discapacidad. Este mismo estudio detectó un aumento preocupante de este fenómeno sobre todo entre 2010 y 2019, ya que en todas las edades aumentó en torno a un 11.5%. Llama la atención que más de la mitad de las de las muertes por consumo de drogas a nivel mundial de ese año se produjeron en EE.UU. (Ministerio de Sanidad, 2022). De esto último se me ocurren dos explicaciones posibles, que realmente haya una mayor incidencia del problema en este país, o que debido a su amplia historia con este fenómeno se lleven a cabo registros más exhaustivos y detallados que en otras regiones.

En 2020, a nivel nacional, se notificaron 974 defunciones, aunque se dispone de información toxicológica desagregada por tipo de droga en 872 casos. El 77,4% de las personas fallecidas fueron hombres y el 22,6% mujeres. Desde el año 2003, el porcentaje de hombres ha superado el 80%, excepto algunos años puntuales, como el 2017 en el que el peso de las mujeres superó el 21% y el 2020, año en el que las mujeres supusieron el 22,6% del total de fallecidos. La edad media de los fallecidos en 2020 fue de 45,5 años, manteniéndose desde 2016 por encima de los 44 años. Al igual que venía ocurriendo en los últimos años, en 2020 el 72,0% de los fallecidos tenía más de 40 años, porcentaje más elevado de la serie histórica (posiblemente justificado por la eliminación de los límites de edad en el indicador) y que confirma el aumento de la edad media de los fallecidos. En cuanto al estado civil, se mantuvo el predominio de las personas solteras (59,6%), con porcentajes superiores en hombres (64,5%) que en mujeres (46,5%). (Ministerio de Sanidad, 2022). Todo esto lo recojo de manera más exhaustiva en el Anexo III.

De los 872 fallecimientos analizados, la mayoría (84,5%) muestra más de una sustancia en su análisis toxicológico. En 135 fallecidos se detectó una sola sustancia

(15,5%), principalmente cocaína, hipnosedantes u opioides. En 2020 se detectan opioides en 519 fallecidos: como única sustancia en el 4,8% (3,5% en 2019), con cocaína independientemente de que puedan identificarse otras sustancias de manera simultánea en el 51,8% de los casos (58,2% en 2019) y con sustancias diferentes a la cocaína en el 43,4% (38,3% en 2019). En el grupo de opioides, merece mención específica la metadona, sustancia detectada en el 28,8% de los fallecidos en 2020, siendo en el 13,3% de los casos el único opioide, independientemente de que se identificasen sustancias de otros grupos. Ambos porcentajes son similares a los obtenidos en 2019 y son los más bajos desde el año 2005. Anexo IV. (Ministerio de Sanidad, 2022).

No se puede estudiar este fenómeno dejando a un lado la tasa de muerte que conlleva. En ella se incluyen las muertes directamente causadas por la acción farmacológica de una o varias sustancias (sobredosis) y las muertes indirectamente causadas por su consumo como los accidentes de tráfico. Sobre todo, cuando las drogas se consumen junto con alcohol, violencia, suicidio, enfermedades crónicas. En la vertiente criminológica tampoco se pueden olvidar los fallecimientos acontecidos consecuencia de las incidencias al transportar las sustancias en el interior del organismo. Tampoco podemos dejar de lado los traumatismos provocados por accidentes, homicidios, y otros actos violentos, y los suicidios.

6.2.1. *Opiáceos y criminalidad.*

Principalmente se relacionan con el fenómeno del narcotráfico. Trajo consigo lo que estos autores denominan como “criminalidad a gran escala”, es decir, conflictos suprapersonales de carácter bélico detrás de los cuales estaban intereses económicos y políticos. Un ejemplo de esto son las “Guerras del Opio” del S. XIX. Si bien el uso del Opio tenía larga tradición, su consumo se hallaba limitado, ya que la producción nacional era modesta. Sin embargo, a partir de 1773 Inglaterra inició un proceso de exportación masiva de opio a China para equilibrar la balanza comercial con este país. Se generó una crisis económica, que junto a la creación del fenómeno de la “drogodependencia de masas” impulsaron al gobierno chino a enfrentarse militarmente a Inglaterra, originando las “Guerras del Opio”. Para poner fin a este conflicto se firmaron los tratados de Nanking y Pekin, a través de los cuales China se convirtió en un inmenso mercado, con millones de potenciales consumidores de opio, cuyos pagos constituyeron la base económica del imperio británico. (López-Muñoz et al, 2011).

El mismo autor, expone que una de las consecuencias de la generalización del consumo de opio (fumado principalmente) fue un exponencial incremento de su cultivo. En Europa, la facilidad para obtenerlo y el empleo por parte de intelectuales reconocidos de esta sustancia favoreció su abuso. Esto llevó a que, en 1890, EE. UU estableciera un impuesto específico sobre la importación del opio, y se prohibió su consumo fumado sobre todo en los “fumaderos de opio”. El aumento del número de adictos al opio y a la morfina en los EE. UU generó un gran número de movimientos sociales que presionaron a la administración para que restringiera el comercio de estas sustancias. Consecuencia de ello, Roosevelt promulgó la Pure Food and Drug Act que perseguía la adulteración de todos los productos preparados farmacéuticos, incluidos los que contenían opiáceos.

La violencia producida por los opiáceos queda limitada al síndrome de abstinencia, en cuyo caso la irritabilidad y los hábitos delictivos. Del mismo modo sucede con el consumo de cannabis. (López-Muñoz, Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica (Parte II), 2011).

6.2.2. Cocaína y criminalidad.

Los efectos criminológicos del aumento del consumo, contrabando y precio de la cocaína han sido notables. Destacando la aparición de los famosos “cárteles de la droga” y todos los delitos asociados a esta.

La cocaína (junto con la heroína) ha sido una de las drogas ilegales que más ha marcado el fenómeno en nuestra geografía. Hay más de 100.000 consumidores semanales, y 25.000 personas son tratadas anualmente por su dependencia, lo que tiene un gran impacto en los servicios médicos de urgencia. (Teresa Brugal, 2006).

El tráfico de cocaína, desde finales de los años 70 hasta la actualidad se ha convertido en el mercado ilícito más importante para los grupos de criminales, tanto por el volumen de producto como por el elevado número de consumidores que lo demandan. En la última década, los países productores han transformado sus rutas, las propias organizaciones e incluso las dinámicas del mercado internacional. La demanda de países con EE.UU. ha disminuido lo que ha propiciado el aumento del comercio con Europa. Cambios especialmente relevantes para España, ya que se identifica como el principal distribuidor europeo. Como podemos observar en el Anexo V, la mayor parte de las rutas terminan en la península, probablemente debido a su cercanía por mar tanto de la costa

africana como de Sudamérica (en comparación en esta última con otros países europeos). La mejora del transporte y movilidad de mercancías han favorecido la multiplicación de rutas, así como los países de tránsito que intermedian en el transporte final. En los últimos años España ha perdido algo protagonismo en favor de Países Bajos, que se ha convertido en el segundo punto de entrada de esta sustancia al continente. (Gimenez-Salinas Framis, 2018).

Por todo esto, el de la cocaína me resulta el epígrafe ideal para hacer una pequeña introducción al mundo del narcotráfico. Más concretamente al de las organizaciones asociadas a este. Tradicionalmente han sido las organizaciones colombianas las que comenzaron controlando el negocio de la cocaína. Sin embargo, en las últimas décadas su protagonismo ha ido decreciendo cediendo terreno a otros países como México. A pesar de ello, los grupos colombianos siguen teniendo una gran influencia y han sabido reorientar el mercado hacia Europa, a través de nuestro país. Destacan sus alianzas con los grupos españoles e italianos. Pero no podemos ignorar que este fenómeno, digno de la mejor película de acción, y que ha sido constantemente idealizado por la cultura popular, trae consigo un sinnúmero de delitos asociados que van desde el asesinato, el tráfico o la tenencia de armas, hasta la extorsión, la prostitución y la corrupción. (Fernández Salinas C. , 2024). Consecuencias, estas sí, percibidas como indeseables salvo para los que se lucran de ello.

Un pequeño análisis sociocultural de este fenómeno lo realizaré a través de la literatura contemporánea. Literatura, que ha servido como reflejo y crítica de la realidad social creada en torno al narcotráfico. Destaco dos obras, “La reina del sur” de Arturo Pérez-Reverte y “Noticia de un secuestro” de Gabriel García Márquez. En ambas se puede observar cómo en algunos países el narcotráfico ha trascendido el ámbito delictivo para configurarse como un fenómeno cultural. Incluso ensalzándose por buena parte de la población, como la primera de las obras muestra a través de lo que denomina “los corridos”. Una especie de estilo musical típico de México en los que en numerosas ocasiones se alaban algunas de las hazañas en las que se ven envueltos los participantes en este mercado. Esta obra también muestra que el hecho de que el narcotráfico se legitime en la cultura popular, hace que la población se vea atraída por este fenómeno, sobre todo los adolescentes. Pero ninguna de las dos obras deja de lado las consecuencias negativas, especialmente la última de ellas, en la que se muestra de manera cruda los detalles sobre un secuestro a personas relevantes de la sociedad. En estos contextos, se percibe como la influencia del negocio ilícito ha permeado en las estructuras sociales, económicas y políticas, generando lo que puede considerarse una “narcocultura” en todos los sectores de

la sociedad. Estos relatos evidencian dinámicas donde el poder, la violencia y la ilegalidad coexisten como elementos de identidad colectiva, que la sociedad normaliza e incluso glorifica. Tema que volveré a tratar en las conclusiones.

6.2.3. Cannabis y criminalidad.

El cannabis ha sido una planta inmersa en numerosas leyendas, algunas con tintes criminológicos. Un ejemplo es la que relaciona a los ismaelitas (pueblo shihita) que se hizo depositario de los tratados alquímicos griegos sobre los efectos del cannabis. Según Velasco de la Fuente (2018), los soldados hashashins, considerados como el cuerpo de élite más letal del mundo medieval, temidos por la espectacularidad de sus asesinatos bebían una cocción de cannabis como premio cada vez que iniciaban una batalla o tenían que cometer un asesinato (casi siempre por encargo y previo pago). De ahí que, los creyentes de estas leyendas sospechen que su nombre deriva de la palabra hashish. (López-Muñoz, Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica (Parte I), 2011).

6.2.4. Anfetaminas y criminalidad.

Desde que las anfetaminas dejaron de ser administradas por los médicos, la preocupación se centró en volver a tener el control de su consumo. Las medidas impuestas tuvieron el efecto de que millones de personas buscaran desesperadamente su consumo, de tal forma que las ciudades donde más arraigado estaba el fenómeno se convirtieron en focos de violencia. (Luna- Fabritius, 2015).

En el desarrollo de conductas agresivas se ha evidenciado que las anfetaminas, la cocaína o los alucinógenos las facilitan, ya sea por la propia intoxicación o por los episodios de psicosis paranoide subsiguientes. Los psicoestimulantes también pueden provocar agresividad en el contexto de cuadros confusionales o de delirium. Se han documentado casos de homicidios bajo intoxicaciones por anfetaminas.

6.2.5. Fenciclidina (PCP) o polvo de ángel y criminalidad.

El consumo de fenciclidina (PCP) o polvo de ángel puede desencadenar fácilmente cuadros psicóticos (incluso con un solo uso), provoca graves alteraciones comportamentales, está asociado a episodios de violencia. (Luna- Fabritius, 2015).

6.2.6. *Alcohol y criminalidad.*

El alcohol y drogas como la cocaína y las anfetaminas reducen la capacidad de las personas para controlar sus impulsos y pueden aumentar las conductas agresivas o violentas, lo que hace que aumente el riesgo de que se vean involucrados en agresiones, violencia doméstica o peleas callejeras. Del gran número de delitos relacionados con la delincuencia inducida es destacable, por su actual relevancia, la conducción bajo los efectos de estas sustancias.

Aproximadamente entre el 40% y el 60% de los crímenes violentos como homicidios, violaciones y agresiones, ocurren bajo los efectos del alcohol. Este no solo disminuye la inhibición, sino que también puede incrementar la probabilidad de interpretar situaciones neutrales o ambiguas como amenazas, lo que puede terminar en acciones violentas. (Luna- Fabritius, 2015).

La cuestión de la implicación del consumo de alcohol y otras drogas en los accidentes de tráfico no ha pasado desapercibida. Ya en 1994 Naciones Unidas reconoció que eran más frecuentes en jóvenes menores de 25 años y durante los fines de semana. Un estudio de 2004, detectó sustancias psicoactivas en el 42.6% de los conductores y en el 37.7% de los peatones fallecidos. El alcohol encabeza el ranking, le sigue la cocaína, el cannabis y las benzodiacepinas. (López-Muñoz, Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica (Parte II), 2011).

En definitiva, las drogas influyen en el comportamiento de las personas, alterando su juicio, inhibiciones y control de impulsos, lo que puede llevar a una mayor probabilidad de involucrarse en actividades delictivas. Además, el mercado ilegal de drogas, la necesidad de financiar la adicción tan costosa y los delitos relacionados con el tráfico de drogas son factores que aumentan la criminalidad entre los individuos que abusan de sustancias. (Luna-Fabritius, 2015).

El abuso y dependencia de drogas constituye un grave problema de salud pública, con implicaciones significativas en el ámbito personal, en el social, en la esfera legal y criminológica. El consumo de estas sustancias afecta negativamente a las diversas áreas de la vida de las personas, de las cuales me gustaría destacar el comportamiento y las relaciones interpersonales por ser las más relacionadas con la delincuencia. Según el plan de acción 2005-2008 en España, un millón de familias (sin contar con los efectos del

tabaquismo) sufren de cerca las consecuencias del abuso del alcohol y drogas. Cada año más de 20.000 personas mueren prematuramente como consecuencia del consumo excesivo de alcohol. Y cada año ingresan más de 4.000 personas por psicosis producida por la ingesta de este tipo de sustancias, destacando que en los últimos diez años ha incrementado un 103% el número de ingresos por psicosis producidas por drogas.

6.3. Teorías criminológicas que sustentan la relación entre adicción y delito.

Las teorías criminológicas han estudiado el vínculo entre adicción y delito durante décadas. Es por ello y porque no se delimitan solamente a una relación causa efecto directa, sino que, como este trabajo, abordan factores estructurales, psicológicos, sociales y culturales, que considero apropiado traerlas a colación para concluir este epígrafe.

La primera que quiero destacar es la Teoría de la Asociación Diferencial de Edwin Sutherland. Esta sostiene que la conducta criminal se aprende mediante la interacción con otras personas. Es decir, el consumo de drogas y alcohol, así como los delitos asociados, son comportamientos que se aprenden en entornos sociales donde estas conductas son comunes, aceptadas e incluso reforzadas. Reforzándose en muchos casos este patrón cuando entran en prisión. (Sutherland, 1947).

Otra teoría interesante es la de Travis Hirschi, quien, a través de la Teoría del Control Social, propone que la delincuencia ocurre cuando los lazos sociales que vinculan al individuo con la sociedad se debilitan y esto ocurre muchas veces como consecuencia del abuso de sustancias. (Hirschi, 1969).

La Teoría de la Subcultura Delictiva de Cohen, Cloward y Ohlin, afirma que los comportamientos delictivos y de consumo son respuestas adaptativas a la frustración estructural que experimentan algunos al no poder acceder a bienes y oportunidades. Se observa frecuentemente en casos de jóvenes que no pueden lograr el estatus mediante medios convencionales, optan por valores alternativos que les otorgan reconocimiento. En este sentido el consumo forma parte de una subcultura. (Cloward & Ohlin, 1960).

Becker en su Teoría del Etiquetamiento plantea que el estigma social asociado al consumo y a la criminalidad contribuye a reforzar las conductas desviadas. Una vez que la persona es etiquetada como “drogadicto”, esta identidad puede internalizarse dificultando la posibilidad de cambio. En el sistema penal, la criminalización de los consumidores de drogas refuerza este proceso de etiquetamiento. (Becker, 1963).

En penúltimo lugar, la Teoría del Autocontrol establece que tanto el delito como el consumo de drogas tienen una raíz común: el bajo autocontrol. Son personas que tienden a actuar de forma impulsiva, buscando gratificación inmediata y evitando esfuerzos prolongados. Son insensibles a las consecuencias futuras. (Gottfredson & Hirschi, 1990).

Por último, modelo psicobiológico y la neurocriminología establecen que ciertas disfunciones cerebrales, particularmente en el sistema límbico y la corteza prefrontal, están relacionados tanto con la adicción como con conductas delictivas. (Raine, 2002).

En definitiva, las distintas teorías criminológicas demuestran que la relación entre adicción y delito no responde a una sola causa, ni a una lógica lineal, sino que se enmarca en una compleja red de factores. Este enfoque plural resulta fundamental para diseñar políticas públicas más eficaces y humanas, que eviten respuestas exclusivamente punitivas que perpetúen la marginalidad.

7. RESPUESTAS ANTE EL FENÓMENO.

Como he estado exponiendo a lo largo del trabajo, a través del tiempo el fenómeno de las drogas ha suscitado múltiples respuestas por parte de los Estados, las instituciones o de sectores de la sociedad. Políticas que han oscilado desde la represión y criminalización hasta estrategias de prevención y reducción del daño. Se han experimentado diversos cauces con la esperanza de erradicar, o al menos, contener el problema. Sin embargo, ninguna de estas respuestas ha logrado alcanzar lo que para algunos representa una utopía inalcanzable: un mundo libre de drogas. Este aparente fracaso ha dado lugar a un profundo debate doctrinal que ha trascendido al terreno de la política. Me pregunto, al igual que muchos expertos en la materia, si este combate frontal contra las drogas sigue siendo una vía eficaz, o si lo ha sido en algún momento. Un sector doctrinal partiendo de esta ineficacia ha planteado la posibilidad de regular el mercado, legalizando determinadas sustancias, de tal manera que se puedan obtener beneficios económicos para la población en general como una manera de mitigar los daños que su consumo hace a la sociedad.

7.1. Esfuerzos gubernamentales para combatir el problema.

En el contexto histórico ya expuse alguna de estas propuestas por lo que no me remontaré a explicar todas ellas, sino que partiré del momento histórico en el que se produjo la respuesta sueca. Tras ella los reformadores religiosos en los EE.UU. trataron de actuar condenando los daños causados por las drogas, defendiendo el libre albedrío del sujeto moderno y lo que denominaban “los productos malignos de la modernidad”. (Luna-Fabritius, 2015). Es en este punto donde comenzó la prohibición selectiva y la restricción de narcóticos. Pretendían regular el comercio de estas sustancias para que volviera a entrar en línea con las necesidades sociales. Se elaboraron multitud de leyes y tratados con el objetivo de minimizar el daño entre la juventud. De entre ellos me llamaron la atención aquellos que prohibían su venta a menores y los que imponían límites de horario para su consumo.

Estas primeras regulaciones variaron significativamente entre los distintos Estados debido a factores culturales, económicos y políticos. Sustancias como el alcohol y el tabaco han sido regulados de manera menos estricta que otras. Diferencias que han comenzado a disminuir a partir de la revolución de la metadona, compuesto químico sintético, de propiedades analgésicas y estupefacientes semejantes a las de la morfina, que se utiliza en el

tratamiento de la adicción a la heroína, RAE (n.d.) cuando se difundieron estudios científicos sobre los daños causados por el alcohol y tabaco.

Tras todo esto se destacan las políticas orientadas a la reducción de daños tras la propagación del VIH (virus de la inmunodeficiencia humana) en usuarios ocasionales no adictos. Sobre los años 90, la política se centró, más que en el abandono del consumo, en objetivos intermedios como la disminución del riesgo de VIH u otros agentes infecciosos y reducción de la marginalidad. De forma paralela a la masificación del consumo de sustancias del S. XX comenzaron las primeras movilizaciones contra las drogas. Estos productos, pasan a ser fiscalizados por las agencias internacionales, convirtiendo su comercio y su uso en un delito y a sus usuarios en delincuentes o enfermos que han de abstenerse totalmente a ese consumo. El objetivo de estas políticas era proteger la salud pública y eliminar la droga por completo, se llegó incluso a poner una fecha, el 2008, en la Conferencia Especial de Naciones Unidas. (Nieva P., 1995).

Se debatía si el problema debía abordarse como un hecho social o médico, debido a que los usuarios eran vistos como enfermos y la adicción era considerada un problema de salud. En este punto se pretendía da más peso al tratamiento psicológico que a las consecuencias de la ley. En EE.UU. se enfatizó en la criminalización de las sustancias psicoactivas y todo lo que las rodeaba. Se cerraron clínicas de tratamiento lo que conllevó un avance en el paso de su consideración de enfermo a criminal. Los grupos minoritarios fueron considerados peligrosos por no acatar una ley que prohibía su cultura y estilo de vida, iniciándose así un problema que vinculaba el tráfico y uso de drogas con un tratamiento racial inequitativo. De hecho, la primera ley contra el consumo de sustancias psicoactivas en este país fue dirigida al uso del opio en manifestaciones culturales. A pesar de considerarse el uso de estas sustancias con fines médicos como un problema de salud pública, se focalizó en el uso de la cocaína y no del opio. La prohibición del opio está ligada a la llegada de inmigrantes chinos, afroamericanos, mexicanos y europeos. (Luna- Fabritius, 2015).

Nieva et al. (1995) define los programas encuadrados en estas políticas como “el conjunto de estrategias, tanto individuales como colectivas, que se desarrollan en el ámbito social, sanitario y terapéutico encaminadas a minimizar los efectos negativos relacionados con el consumo de drogas”. Sus objetivos serían: Fomentar el desarrollo de una política sanitaria y social con una red de asistencia para los drogodependientes adaptada, crear recursos de ayuda para los drogodependientes que no puedan iniciar un tratamiento, ayudar

en la aceptación de la drogodependencia como una realidad que por el momento no dejará de existir, e impulsar un conjunto de ayudas sociales que mitiguen la marginalidad y la consecuente exclusión social.

En cuanto a la prevención, como ya apunté al comienzo de este epígrafe, destaco la que se realiza en el ámbito juvenil ya que parte de que los jóvenes se sienten atraídos por la droga y van a experimentar con ella pese a la prohibición. Mientras que los adultos consumen drogas más ligadas a la cultura hegemónica. Pero en los jóvenes hay un consumo asociado a la contraindificación con los adultos, pero a su vez, el consumo de estos jóvenes está insertado en el mercado global como el de adultos. Se centran estas políticas en hacer circular información objetiva tanto de los efectos no deseados como de los deseados. Una propuesta personal aquí sería una visualización real, no enmascarada, de los efectos de las sustancias. ¿Por qué no se expone ante los adolescentes una persona muriendo por una hemorragia estomacal debida a la ingesta de alcohol, o una parada cardiorrespiratoria de un consumidor/a, o un brote psicótico debido al consumo esporádico de cannabis y derivados, o como una familia se destroza porque uno de sus miembros empieza a consumir? ¿No sería eso más efectivo en adolescentes que decir que simplemente tiene efectos negativos, cosa que ya saben? En muchos casos se dulcifica la información por temor a cómo afectaría esta a los adolescentes, pero nos olvidamos de cómo les va a afectar el consumo. En estos programas se fomenta también el conocimiento de los distintos aspectos relacionados con las drogas, incluido como afectan a uno mismo y al entorno. Y la aplicación de técnicas teniendo en cuenta que solo funcionan adaptándolas a los grupos correspondientes. (Nieva P., 1995). Destacando su utilidad tanto en las personas consumidoras como en las no consumidoras ya que el desconocimiento implica riesgos.

Romaní (2008) tiene una perspectiva peculiar de esta problemática. Propone una “normalización de la droga” para lograr un mayor bienestar para la mayoría de la población. Según este autor, una gestión de los usos de droga disminuye significativamente su posible conflictividad personal y social. La realidad es que un consumidor de drogas legales está sometido a controles muy distintos que uno de drogas ilegales, que en muchos casos simplemente con la posesión es detenido y llevado a prisión. El autor con todo esto propone una desestigmatización de la droga con despenalización incluida, una normalización. Que pasen a formar parte de nuestra vida social porque según él, “las drogas, nos guste o no, van a continuar estando aquí” y opina que es mejor conocerlas y controlarlas que el descontrol propiciado por la población. Pero yo aquí me pregunto ¿Esto

no implicaría qué población que antes no estaba dispuesta a consumir empezara a hacerlo? y ¿dónde queda la protección de la salud pública ahí?

Nichter (2006) plantea la reducción del daño como estrategia para dotar a los individuos de cierto control sobre sus vidas, a pesar de la percepción que tienen sobre los riesgos y la vulnerabilidad en que se desarrollan. Control en el ámbito económico traducido en una manipulación del mercado que sería el ofertante de los productos útiles para ese control. Romaní (2008) describe esta situación con la siguiente frase “no hay mal que por bien no venga” lo que me lleva a reflexionar si con este tipo de políticas se quiere realmente un beneficio social o un enriquecimiento económico de unos pocos.

Garrido Peña (1999) se ha percatado de que, no hace mucho tiempo el campo del narcotráfico pasaba casi totalmente desapercibido en el ámbito policial, mientras que ahora es una de las tareas en las que más se invierte.

El primer Plan de Acción sobre drogas se aprobó en 1985. El último, el Plan de Acción sobre adicciones 2021-2024, tiene como objetivos disminuir los daños asociados al consumo de sustancias con potencial adictivo y los ocasionados por las adicciones comportamentales, disminuir la presencia y el consumo de sustancias con potencial adictivo y las adicciones comportamentales y retrasar la edad de inicio a las adicciones. Con ello se pretende que, en España, en 2024 se hayan reducido los daños asociados al consumo de sustancias con potencial adictivo y los ocasionados por las adicciones comportamentales. Pretende reducir su presencia y consumo actuando en los consumidores, su contexto, sus familias, comunidad y conjunto de la sociedad contribuyendo a construir una sociedad más saludable, informada y segura. Abarcando las drogas legales como el alcohol, los fármacos y otras sustancias con potencial adictivo, las drogas ilegales y las adicciones sin sustancia o comportamentales (comportamientos que se tienen repetidamente y que pueden llegar a interferir en la vida cotidiana como pueden ser las adicciones al teléfono, al trabajo, a Internet o a los video juegos). (Ministerio de Sanidad, 2021).

A destacar que las acciones deben estar empíricamente contrastadas, científicamente fundadas y ser eficientes, persiguiendo resultados realistas y cuantificables que puedan ser evaluados. La evidencia está en constante evolución y en base a esta se establecerán prioridades y respuestas eficaces.

La primera parte del plan trata de construir una sociedad más saludable e informada. Dentro de la prevención y reducción del riesgo de esta parte del plan se persiguen seis

objetivos principales: promover la incorporación de la prevención ambiental/ estructural en las políticas sobre adicciones y de medidas específicas en los programas de prevención, mejorar la calidad y la extensión de los programas de prevención de adicciones en el territorio nacional y en todos los ámbitos de intervención, mejorar la calidad de los programas de prevención de adicciones en los contextos de ocio, promover el desarrollo de la prevención de las adicciones sin sustancia (juego patológico, videojuegos, pantallas, redes, pornografía, etc), generalizar los programas de detección precoz e intervención breve en personas con consumo de riesgo en las CCAA y ampliar su implantación a otros recursos, y promover acciones de prevención de adicciones en el ámbito laboral y en el ámbito de la seguridad vial. (Ministerio de Sanidad, 2021).

De la lectura del mismo plan extraigo que también se pretende fomentar una atención integral y multidisciplinar persiguiendo objetivos como mejorar la calidad de las intervenciones asistenciales en adicciones y promover su adecuación a estándares, valorar la disponibilidad y eficacia de las herramientas de salud en el ámbito de las adicciones y su utilización en el ámbito asistencial, dotar a los profesionales de instrumentos de referencia para la atención integral de las adicciones comportamentales, promover la colaboración de los agentes implicados en la prevención y la correcta utilización de fármacos con potencial adictivo y favorecer la respuesta de la red asistencial de adicciones para las personas con problemas asociados a su uso, favorecer la asistencia especializada y adecuada a las mujeres adictas a víctimas de violencia de género y mejorar la respuesta de la red asistencial de adicciones a necesidades y poblaciones específicas.

Dos más son los objetivos para la reducción de los daños: revisar la situación actual de los tratamientos sustitutivos para la adicción a opiáceos y promover la extensión de las estrategias de reducción del daño y su adecuación a contextos específicos. En cuanto a la incorporación social destaca el objetivo de definir un marco común de actuación, mejorar la calidad de las intervenciones adecuándolas a las diferentes necesidades de las personas atendidas, y ampliar su cobertura mediante la colaboración interinstitucional y con entidades privadas. (Ministerio de Sanidad, 2022).

La segunda meta es conseguir una sociedad más segura. Para ello pretender reducir y controlar la oferta. Cuyos objetivos principales son, reducir la oferta y el tráfico minorista de drogas en entornos escolares y de ocio y reducir la oferta y el tráfico de cannabis y de la criminalidad asociada. También se pretende elaborar normativa nacional sobre el blanqueo

de capitales relacionada con el tráfico de estupefacientes y transposición de normativa UE y valorar la normativa disponible sobre Nuevas Sustancias Psicoactivas. Por último, se pretende fomentar la cooperación judicial y policial, nacional e internacional reforzando las actuaciones de reducción de la oferta y de la criminalidad asociada al tráfico de drogas en contextos específicos: Campo de Gibraltar. Para terminar, menciona áreas transversales como la coordinación y gestión, la gestión del conocimiento, la legislación, el ámbito internacional, la sensibilización, comunicación y difusión. (Ministerio de Sanidad, 2022)

Un autor que ha reflexionado sobre el tema es Romaní (n.d.) quien identifica tres niveles de percepción y respuesta ante los problemas de bienestar físico y psíquico del ser humano, y por tanto del que nos ocupa. El primer nivel es el de la autoatención, en el cual interviene el individuo afectado y su grupo de apoyo. Es el único existente en todas las sociedades. El segundo supone la existencia de un especialista (un chamán, un curandero). Y el tercero hace referencia a la existencia de instituciones más o menos especializadas en la cuestión como serían los santuarios o los hospitales. En todos ellos se dan prácticas e ideologías asistenciales, es decir, unos modos de actuar, prácticas, o rituales contextuados en una organización social y económica y que se relacionan con las ideas sobre el mundo y la sociedad presentes.

Romaní también destaca la automedicación como fenómeno relevante. La define como "el tratamiento autónomo a base de emplastos, yerbas y medicinas de distintos tipos". Es una práctica común en todas las culturas. Es más, su consumo como forma de automedicación persiste incluso en las sociedades actuales en las que este comportamiento se considera problemático.

Continuando en esta línea, el autor define drogodependencia como un conjunto de procesos en los que se interrelacionan de forma compleja el individuo, las sustancias y su contexto sociocultural, cuyo principal problema es la organización del conjunto de la vida cotidiana de un individuo alrededor del consumo compulsivo de determinadas drogas. Además, la expansión del consumo de drogas responde a la lógica del mercado global, a las migraciones existentes, a la formación de nuevos grupos y clases sociales y a las nuevas formas de sociabilidad.

Romaní (n.d.), también denuncia como "utopía moderna" la creencia de que el progreso científico pueda controlar el mundo natural y social, y con ello la felicidad. Esta

lógica llevaría a que todo problema pudiera solucionarse mediante el consumo de algún producto, incluidos los que nos atañen.

Este autor menciona un tercer modelo, el sociocultural, construido a partir de la relación entre el individuo, la sustancia y el contexto social. Son determinantes en este sentido las variables socioculturales, dan al sujeto unas expectativas a cerca del significado de sus actos, unas presentaciones del producto, unas vías de obtención, la dosis y el uso que se le da. Perspectiva que surge desde la concepción antropológica de los estudios etnográficos donde se observó que las drogas son elementos integrados en los sistemas culturales, y que son estos sistemas culturales los que determinan quienes pueden consumirlo, en qué ocasiones y de qué manera. (Romaní, n.d.).

Reflexionando sobre lo mencionado por Romaní (2008.), acerca de que hay dos posibles soluciones: la prevención y la intervención sociosanitaria, estoy de acuerdo con el refranero popular, que siempre ha dicho que “es mejor prevenir que curar”. Es decir, hacer frente a los conflictos antes de que se compliquen, y por tanto se dificulte su tratamiento. Para que una intervención sociosanitaria sea efectiva ha de estar de acuerdo mínimamente con la visión del mundo de la gente asistida. Para ser efectiva se ha de adaptar a la visión del mundo de las personas, a sus correspondientes sistemas normativos.

La prevención pública persigue principalmente tres objetivos, de los cuales me quedaré principalmente con los dos últimos ya que son los más útiles en nuestro campo. Disminuir la virulencia del agente patógeno y mejorar la resistencia de las personas a las amenazas para la salud y modificar el contexto ambiental creando barreras entre los factores de riesgo y la población. Actuando de dos maneras, a través de discursos de las instituciones científicas, legales, administrativas, etc. Lo que se denomina modelo prescriptivo Y creando diferentes vías de interlocución entre las instituciones, opiniones y saberes de las personas o modelo participativo. Los métodos de comunicación son distintos dependiendo del modelo por el que se opte. Por un lado, están las campañas publicitarias y los consejos de los expertos y por otro la discusión grupal que va permitiendo la definición de los problemas. El primero modelo (prescriptivo) tiende a las campañas publicitarias contra las drogas en grandes medios de comunicación. El modelo participativo se plantea objetivos a partir de problemas más concretos detectados en sectores específicos de la población. En casos de drogodependencia, el modelo participativo habla de prevención como el conjunto de esfuerzos de una comunidad para reducir la probabilidad de que aparezcan problemas de este tipo. Tratan de contrarrestar o evitar los efectos más dañinos del consumo.

Aunque Romaní (2008) entiende esta clasificación de los tipos de prevención como superada, considero que no está de más hacer referencia a ella. Por lo tanto, se puede distinguir entre prevención primaria cuando aún no se ha comenzado el consumo, secundaria cuando hay cierto consumo, pero es contenible y terciaria cuando existe un problema de consumo de drogas. Dejando de un lado esta, las teorías modernas proponen un marco más complejo con cuatro elementos básicos: el control, la influencia, el diseño ambiental y el desarrollo de las competencias. Pero para lograr un control en la capacidad de influencia y en el desarrollo de competencias no se puede dejar de lado a la cultura del grupo. Si bien no se ignora la posibilidad del autocontrol, se considera crucial para su funcionamiento la cultura y el conocimiento, es decir, el trabajo con la microcultura del grupo desde el modelo participativo, teniendo en cuenta sus intereses. Esto lo que hace es incrementar las probabilidades de acertar en los objetivos y de que estos realmente se consigan.

7.2. ¿Cultura criminal o cultura criminalizada?

Una constante pregunta que me ha surgido a lo largo de todo el trabajo es si estamos ante una cultura criminal o ante una cultura criminalizada. Distinción no meramente semántica, sino que revela el enfoque desde el cual se interpreta el consumo, el tráfico y las prácticas asociadas a ambas conductas.

Para intentar responder a esta pregunta comenzaré exponiendo unos datos: El uso de sustancias en población forense se multiplica por tres con respecto a población no penitenciaria. Un 30% de las sentencias están relacionadas con el consumo y el tráfico de sustancias psicoactivas. Más del 70% de la población penitenciaria consume o admite haber consumido. (Merizalde Torres, 2025).

El mismo autor menciona tres teorías que fundamentan el consumo: la hipótesis de la recompensa relacionada con la dopamina, la hipótesis de la automedicación que revela la existencia de trastornos no tratados y la hipótesis relacionada con el genoma que es la que muestra por qué a algunos sujetos el consumo les “sienta bien” y a otros les produce efectos desagradables, e incluso la tolerancia inversa en algún punto de su adicción.

Según López Muñoz y Pérez Fernández (2024) la cultura, el arte y la literatura han rodeado a los bandidos de un halo de romanticismo que aún hoy perdura. Crearon personajes de sesgo trágico protegidos por el pueblo y de algún modo admirados por él

cuando en el curso de sus actividades ilegales contribuían a la redistribución de la riqueza e incluso al restablecimiento de alguna clase de justicia social, política o económica por muy dudosa que esta fuera.

Aceptando que esta idealización sobre determinadas actividades delincuenciales puede ser cierta desde el punto de vista antropológico e historiográfico nos deja la duda de dónde queda la acción de la ley. Según esta postura sus agentes no son ni buenos ni malos, sino que están cumpliendo una función al servicio de una institucionalidad malvada. ¿Supone esta romantización del narcotráfico una influencia real en la percepción de la sociedad del fenómeno? El hecho de que el narcotráfico se legitime en la cultura popular hace que muchos de los participantes en este fenómeno no solo busquen ganancias económicas sino también fama. Un ejemplo de esto se da en los conocidos corridos mexicanos. Estos forman parte de un estilo musical tradicional en el que se tratan temas políticos, históricos, venganzas o relaciones sentimentales. Narrando batallas, hazañas, muertes, historias de bandoleros, traficantes y asesinatos. Los medios de comunicación muchas veces también contribuyen al exponer las riquezas de muchos de estos delincuentes.

La novela antes mencionada, la “Reina del Sur” de Arturo Pérez Reverte ejemplifica muy bien este fenómeno. Un tema que me llamó la atención fue que en esta novela se menciona que, en México, “el narcotráfico dejó de ser clandestino para convertirse en un hecho social objetivo”. (Reverte, 2015). El narcotráfico pasa de ser algo ilegal y oculto a infiltrarse en nuestra vida social, económica y política. Siguiendo lo mencionado en esta obra, países como México, lugar de origen de la protagonista se ha llegado a normalizar la violencia, corrupción y desigualdad como en varias ocasiones menciona Teresa. Incluso hasta el punto de que el narcotráfico se convierte en una de las principales formas de vida y de sustento del país. Realidad que también se muestra a lo largo de la novela “Noticia de un secuestro” de Gabriel García Márquez, donde la ciudadanía acepta el poder que tienen los cárteles formados en torno a este fenómeno.

Pero no todo lo relacionado con el narcotráfico es dinero o fama. En ambas obras se ven las consecuencias negativas de este, sobre todo en esta última. El narcotráfico se asocia con secuestros, torturas, asesinatos, peleas entre bandas. Violencia que utilizan los cárteles, en lugares donde el problema está más agudizado, como instrumento de control de la población. Otro problema de la violencia ejercida surge cuando alguien quiere dejar ese entorno, esto se puede apreciar muy bien cuando la protagonista necesita de ayuda de otro

narcotraficante para poder huir de su país, lo que finalmente la lleva a España. (Fernández Salinas C. , 2024).

De la lectura de este libro, extraigo otra de las posibles causas del fenómeno: la inmigración, el desplazamiento forzado y el desarraigo que este conlleva. Muchos entran al mundo del narcotráfico por la falta de oportunidades económicas. El idioma y los prejuicios no les permiten encontrar un empleo digno, y más aún cuando ya vienen del mundo del narcotráfico.

Es decir, si bien hay literatura que idealiza este tipo de vida, también se pueden extraer las conclusiones contrarias de ella.

El intentar objetivar un poco esta dimensión del fenómeno me ha llevado al mundo de la estadística. Se considera una cultura criminal por entenderse que está fuera de la norma. Porque para la estadística es anormal todo aquello que se encuentra fuera del espacio de la normal. Pero en fenómenos culturales las cosas no son tan sencillas, sino que están llenas de matices. Numerosas teorías vistas a lo largo de la carrera han tratado de explicar el fenómeno del delito y por tanto, son aplicables aquí. Comenzando por la teoría del etiquetamiento de Howard Becker, se basa en que el acto en sí del delito no es lo que convierte a la persona en delincuente, sino la respuesta social que recibe este acto. Es decir, una conducta es delictiva porque alguien con poder la define como tal. En el caso concreto del fenómeno asociado a las drogas, esta teoría es clave para entender porque ciertos consumidores son etiquetados como “criminales” o “peligrosos” mientras que otros son invisibilizados o justificados. El efecto de la etiqueta no solo se queda aquí, sino que suele ser internalizada por el sujeto y por tanto este puede terminar actuando como tal. (Fernández Salinas C. , 2025).

7.3. Propuestas personales.

De la experiencia expuesta se denota que las campañas hasta ahora utilizadas no han logrado los objetivos pretendidos. Lo que para muchos ha servido de justificación para describirlas como dilapidaciones de recursos públicos, apoyándose en que la eliminación total de las sustancias psicoactivas es una utopía inalcanzable.

Para algunos autores, las políticas basadas en la prohibición han tenido consecuencias nefastas como el incremento de la tasa de mortalidad y una impartición inequitativa de la aplicación de justicia dentro de la sociedad. (Luna- Fabritius, 2015).

Mientras que un sector doctrinal insiste en prohibir el consumo y tráfico de estas sustancias para atajar los daños causados, en épocas recientes han surgido grupos que abogan por su legalización. En este punto debaten dos posturas, la conservadora partidaria de aplicar severamente la ley y la liberal, partidaria de la legalización. En juego entran cuestiones morales, filosóficas y económicas. Los que argumentan su legalización abogan por los beneficios económicos de esta (la reducción del gasto contra el narcotráfico, los impuestos dejados de percibir). Las opiniones respecto a la legalización son tan variadas como autores se pronuncian.

Shatym Rosenbaum (1989) afirmaba que esto solo ocasionaría una mayor dependencia, asegurando que la lucha contra el narcotráfico se estaba ganando. En cambio, Ethan Nadelman opinaba que sería más benéfico propiciar la reducción del uso de la sustancia y de los males que implica el problema en vez de incrementar las leyes que promueven la prohibición. Charles Reasons opina que los fenómenos que trae consigo el tráfico ilegal de las sustancias son consecuencia de las políticas implementadas hasta ahora. Incluye entre las ventajas de la legalización que en ocasiones las sustancias ilegales son menos dañinas que el alcohol y los factores económicos. (Luna- Fabritius, 2015).

La ONU acordó para 2008 eliminar o reducir de manera significativa el cultivo ilícito de varias de estas sustancias pretendiendo que disminuyera también la demanda. Pero hasta ahora la producción y el consumo sigue siendo similar a hace décadas. Los productores se han vuelto más eficientes y la cocaína y heroína más populares y accesibles. Los cultivos de marihuana han incrementado su número en todo el planeta y los de amapola se ha extendió por América Latina. Las metanfetaminas pueden producirse en cualquier lugar. Douglas Husak afirma que unos noventa millones de personas han usado una droga ilícita en algún momento de su vida. Datos que muestran que hay que replantear la estrategia para disminuir los problemas de salud y en las estructuras sociales que esto acarrea.

Un ejemplo cercano de discriminación a pequeña escala es el caso de Holanda. País que consideró las sustancias ilegales como un problema social tratable más que como una amenaza, normalizándolo. Se basaron en que era un problema inevitable en el mundo actual y que la lucha por su erradicación mediante la represión sería más dañina para la sociedad que su prevención o tratamiento. Una aplicación de una ley rigurosa provocaría una reacción violenta, el crecimiento de un mercado ilícito y un incremento de los índices de marginalización. Este país dividió las drogas en “Suaves” y “duras”. Clasificación

duramente cuestionada debido a que cualquier sustancia de las consideradas como droga tiene afectación en el SNC.

Personalmente considero que es imposible saber qué resultados tendrían cualquiera de estas soluciones hasta que no se pongan en práctica. Ya que por muchos estudios que se hagan, no dejan de ser condiciones de laboratorio las observadas y no una sociedad constantemente cambiante. Sociedad que inevitablemente hay que tener en cuenta por la manera en que se interrelaciona con un fenómeno tan cultural como es el consumo de sustancias psicoactivas. Por lo tanto, con la información hasta ahora disponible solo cabe la opinión basada en la moralidad de este tipo de propuestas. Pero no dar una solución objetiva y con suficiente rigurosidad científica. Está claro que las soluciones prohibitivas hasta ahora propuestas, al menos en las condiciones actuales, no han servido para solucionar la problemática percibida. Pero habría que realizar una investigación mucho más profunda para averiguar si realmente estas políticas se han implementado con la intención de solucionar el problema, o solo se han implementado para tratar de ganarse a un sector de la opinión pública, sin la pretensión de observar unos efectos reales en la sociedad.

Tampoco se puede dejar de lado que el uso de estas sustancias está asociado a problemas de salud, delincuencia e incluso la muerte. Por ello sí considero que hay un problema, cuya solución, bajo mi punto de vista, estaría más en el campo de la investigación que en el de la legislación incluso en riesgo de caer en la “utopía” mencionada por de Romaní (n.d). Si se investigara más en el campo de la salud mental, incluyendo no solo los trastornos relacionados con el consumo y la dependencia, sino las circunstancias que llevan a tomar la elección de consumir, se podría dar con la clave para evitar el consumo. Evitando así también la dependencia que estas sustancias generan y la delincuencia relacional, por tanto. Se estaría solucionando el problema antes de que se convirtiese en problema.

Para mí una posible solución sería atacar esa demanda, investigar las causas por las que la gente consume tóxicos y atajar el problema desde ahí. Pero, ¿cómo es esto posible? En cuanto a las personas que están pensando en consumir, muchas de ellas lo hacen por problemas personales a los que no ven salida, y utilizan los narcóticos como vía de escape. Se usa la droga para “maquillar” problemas mentales no tratados, para huir de la situación de sufrimiento. El enfoque que bajo mi punto de vista habría que dar a esto es el tratamiento psicológico temprano. Poner en las clases asignaturas como psicológica obligatoria, y no me refiero a la teoría psicológica, sino a terapia. Invertir más en salud

mental. Pero en los ya consumidores, hay que tener en cuenta que el abuso y dependencia de las drogas es un grave problema de salud pública que no solo afecta a la esfera personal y social sino también a la legal y criminológica. Afecta negativamente a la salud física, psicológica y social del individuo. Y si hay dependencia se crea en la persona una necesidad compulsiva de consumir la sustancia a pesar de sus efectos negativos. Esto físicamente se manifiesta en la tolerancia (esa necesidad de consumir cantidades crecientes para obtener el mismo efecto) y en el síndrome de abstinencia (síntomas físicos y psicológicos que aparecen al reducir o interrumpir el consumo). En general se produce una pérdida del control sobre el consumo, problemas de salud y en sus relaciones sociales y continuación del consumo a pesar de esos problemas. En cuanto a las conductas delictivas se pueden destacar principalmente dos: la delincuencia inducida, debida a los efectos que la intoxicación tiene en el comportamiento del sujeto y la delincuencia funcional, dirigida a la obtención de recursos para mantener el consumo. La primera de ellas más relacionada con la desinhibición y la agresividad y la segunda podría relacionarla más con los delitos para financiar el consumo, participación en mercados ilegales, pero ambas con el tráfico y posesión de drogas. Y todo esto teniendo en cuenta que los cárteles de la droga, como el de Sinaloa continuamente mencionado en la lectura, controlan la producción y distribución de las sustancias ilícitas y son responsables de buena parte de los delitos violentos y económicos a nivel internacional. Ampliamente relacionados con homicidios, secuestros, corrupción política y lavado de cerebro. En estos casos la solución está en el cambio de hábitos: desintoxicación, cambio de entorno, etc. Aunque yo enfocaría más el problema en que no entraran a ese mundo en lugar de tener que sacarlos de él. Es por ello que creo en la necesidad de no romantizar el uso de drogas, no denominar a un sector como “drogas blandas”, todas tienen efectos perjudiciales a la salud.

Esto me lleva al siguiente punto, ¿legalizar el consumo sería una solución? Bajo mi punto de vista si lo que estamos es tutelando el bien jurídico salud-pública si se hiciera eso se dejaría de proteger por completo. Además, esto solo solucionaría la parte del capital no declarado de estas organizaciones, suponiendo que se lograra controlar del todo, cosa que veo poco probable. En mi opinión el problema es tan básico como la curva de la oferta y la demanda de economía. Si hay demanda siempre va a haber oferta como he mencionado antes y, por lo tanto, si queremos solucionar ese problema de salud pública lo que habría que intentar es una demanda cero, un cambio social en que la totalidad de la población rechazara su consumo.

Otro problema, a mi modo de ver es la inmigración forzada. Como ya he mencionado la mayoría de cárteles son extranjeros. Lo cual me hace reflexionar si el fenómeno del narcotráfico de la droga no está relacionado con el desarraigo. Una posible solución para esto sería un acceso tanto a españoles como a extranjeros a un trabajo de calidad suficientemente remunerado para no tener que buscar ingresos extras en la droga. Por lo tanto, considero que el acceso a un trabajo correctamente remunerado es clave para evitar este delito. Otra reflexión que me plantee aquí es ¿por qué eligen España, en concreto la Costa del Sol y Galicia para establecerse? Creo que aquí influye la situación geográfica del país. Su cercanía a las costas africanas y el paraíso fiscal de Gibraltar son buenos puntos a considerar. En cuanto a Galicia, confluyeron varios factores, una industria marinera muy desarrollada, una red de contrabando, la emigración y probablemente que es uno de los putos europeos más cercanos a Latinoamérica, entre otros muchos factores. En cuanto a la situación geográfica no podemos hacer nada salvo pedir más transparencia fiscal a los países más opacos en los que residentes españoles tengan residencia o cuentas bancarias.

Una propuesta que se me ocurre, a raíz de la perspectiva de Romaní (2008) es destinar determinados lugares al consumo. Como se hace actualmente con los espacios para fumadores. Algo así como un complejo, al igual que los hay de rehabilitación. De tal manera sería posible la convivencia pacífica entre los consumidores y los no consumidores. Pero seguramente esto no limitaría ni la delincuencia funcional, ni la instrumental. Como mucho evitando las consecuencias de la relacional y limitando las de la funcional.

Si solo prohibimos el consumo, sin tener en cuenta todo lo que nos aporta la perspectiva etnográfica antes expuesta no estaríamos resolviendo el fondo del problema.

8. CONCLUSIONES.

- El fenómeno de las drogas constituye un complejo entramado en el que convergen dimensiones sociales, culturales, políticas, económicas, criminológicas y sanitarias. Es por eso que no podemos abordarlo únicamente como un problema de salud pública, o un problema legal, sino que debemos tratar el fenómeno con una mirada mucho más amplia y contextualizada tanto cultural como históricamente. Y por lo tanto las respuestas que se den a este fenómeno deben ser multidimensionales, reconociendo que cada sociedad, grupo o comunidad tiene formas particulares de relacionarse con las drogas.
- El consumo de drogas no es simplemente una desviación individual, sino una práctica que refleja problemas sociales que trascienden de la esfera del individuo. Especialmente destaco el problema de la desigualdad, las crisis identitarias que se dan por numerosos factores y la escasa atención que se le ha dado a la salud mental.
- El título y principal pregunta del trabajo es si se trata de una cultura criminal o es una cultura criminalizada. El uso de drogas ha formado parte de numerosas culturas como prácticas tradicionales, espirituales o médicas. Si bien es innegable que estas sustancias tienen efectos perjudiciales en la salud de los individuos que las consumen, también lo tienen otros hábitos de vida como el sedentarismo, la ingesta de comida basura, o el consumo de muchas sustancias legalizadas. Pero a pesar de ello no tienen una regulación legal tan estricta como la de otras sustancias. Además, teniendo en cuenta los caminos que se han seguido, y los que se pretenden seguir, considero que no solamente se pretende regular o desregular por el “supuesto bien” de la salud de las personas, o por conseguir su adaptación a la cultura dominante. Es decir, ese interés por estas conductas no responde siempre a criterios objetivos o éticos sino a intereses políticos, económicos y geopolíticos. En este sentido, lo único que puedo afirmar con seguridad, es que estamos ante una cultura estigmatizada, donde el consumo es criminalizado de forma selectiva.
- Es precisamente esta criminalización del consumo lo que genera una relación directa con la legalidad. No se puede separar la regulación jurídica de las drogas de la alarma social que se alimenta constantemente a través de las estadísticas delictivas asociadas. Entramos así en un bucle en que el consumo deja de ser un hecho social, o sanitario para convertirse exclusivamente en un problema penal.

- La intoxicación por sustancias, tanto legales como ilegales, ocasiona entre el 10 y el 23% de la mortalidad entre los 15 y los 49 años. Por lo que realmente estamos ante un problema sanitario, y es en este punto donde debería entrar la concienciación. España aparece entre los países más consumidores de Cocaína y Marihuana, drogas que entran por nuestro país al resto de Europa.
- La prevención no puede limitarse a campañas moralistas o prohibitivas, sino que debe implicar un trabajo profundo con la salud mental, la educación emocional, la inclusión social y la reducción de los daños que ya han sido provocados. Todo esto escuchando a las comunidades y a los consumidores para construir estrategias participativas que suelen llevar a mejores resultados. El principal problema de todo esto es la gran inversión económica que requeriría.
- La globalización ha intensificado la circulación de personas, de sus bienes y sus ideas, y las drogas no se han quedado al margen de este fenómeno. El auge del narcotráfico internacional, el desarrollo de nuevas sustancias sintéticas y la sofisticación de las redes de distribución responden a la lógica del libre mercado. También los discursos políticos, las estrategias de control y las políticas relacionadas con el fenómeno. En este sentido, se debería prestar más atención a las nuevas formas de narcotráfico basadas en las nuevas tecnologías. Más aún teniendo en cuenta que no sabemos cómo puede afectar el exponencial desarrollo de la Inteligencia Artificial a la creación, elaboración, tráfico y consumo de estas sustancias.
- Una última reflexión específica es la que aborda el dilema jurídico y ético de considerar determinadas circunstancias relacionadas con el consumo como circunstancias eximentes o atenuantes en la comisión de delitos. A primera vista puede parecer contradictorio que una conducta que por si sola ya es una infracción pueda a su vez justificar o disminuir la responsabilidad penal por la comisión de otros delitos. Pero esto es una cuestión realmente compleja. El fundamento de esta eximente o atenuantes se base en el reconocimiento de la drogodependencia como condición patológica, como un trastorno que altera alguno o ambos elementos de la responsabilidad penal. Pero, desde el otro punto de vista me pregunto ¿cómo es posible que una conducta delictiva previa termine sirviendo de justificación para otro delito? ¿No sería más justo que, atendiendo a la peligrosidad social y a la reincidencia, se considerara incluso circunstancia agravante? Pero ¿plantear el consumo como agravante no contribuiría aun más a criminalizar este fenómeno? El problema de esta regulación estriba en que no se acerca a las causas del problema ¿por qué si todos tenemos problemas, algunos deciden

consumir para volverlos más llevaderos? Es decir, bajo mi punto de vista sería más adecuado atender caso por caso, ya que ni todos los consumidores son víctimas, ni todos son delincuentes. Al final, volvemos a estar ante una solución que no responde a la realidad compleja de las personas inmersas en estas circunstancias.

- Aceptando el hecho de que hay un problema de salud pública. Suena muy bonito en el papel ver a todo el mundo rehabilitado, sin esos problemas de salud, y dejando de consumir. Pero en el momento de situar a estas personas en un entorno adecuado para su reinserción, o de construir centros de rehabilitación, el estigma sigue ganando. La parte de la población no consumidora evita relacionarse con estos, no los quieren tener cerca. Lo que lleva a la instalación de este tipo de centros en las afueras de las ciudades dificultando aún más su reincorporación a la sociedad.
- Bajo mi punto de vista, si queremos seguir en la línea de la concienciación, serían necesarias campañas más duras que muestren la realidad de los efectos del consumo en la salud, sin aludir a efectos que causen en los demás o a una ética o moral. Ya que a este tipo de reflexiones requieren de una conciencia social y de una gran capacidad de reflexión.
- Si elegimos continuar por la línea de la represión, hay muchos factores que no se están teniendo lo suficientemente en cuenta, como por ejemplo la profesionalización que se da en los centros penitenciarios. Por tanto, creo que se deberían al menos reformular estas políticas para que tuvieran en cuenta más factores de los que actualmente tienen.
- En este escenario, el papel del criminólogo resulta crucial, ya que su formación multidisciplinar le permite analizar de manera crítica las estructuras que producen el fenómeno delictivo. Asimismo, el criminólogo puede y debe participar activamente en el diseño de las políticas públicas orientadas a acabar con estas causas estructurales de problemas sociales. Pudiendo realizar esta una función de especialista en intervención y prevención del delito relacionado con las drogodependencias.
- En definitiva, mientras no se transformen las causas estructurales mencionadas, cualquier política solo será un parche momentáneo a un fenómeno en auge. Deberíamos preguntarnos qué tipo de sociedad estamos construyendo para que sea una necesidad escapar de ella, utilizar las sustancias psicoactivas para socializar, o como automedicación ya que resulta más fácil acudir a estas que a un psicólogo que ataje las causas subyacentes al problema. Quizás el verdadero problema no son las drogas, sino el mundo que las hace necesarias.

Bibliografía:

- ACOPOL. (2023). Temario oposiciones Policía Nacional. Escala ejecutiva. 234-290.
- Administration, D. E. (2025, marzo 28). Fentanilo.
- Alfonso Sanjuán, M., & Ibañez López, P. (1992). *Todo sobre las drogas legales e ilegales*.
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and statisticc manual of mental disorders (5ed)*.
- Asturias, F. S. (2017, julio 17). Drogas duras y blandas, distinción social pero no científica. *Adicciones Murcia*.
- Becker, H.S. (1963). *Outsiders: Studies in the Sociology of Deviance*. The Free Press.
- Boletín Oficial del Estado . (23 de noviembre de 1995). Código Penal (1995). *Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal*. . España.
- Boletín Oficial del Estado. (1973, mayo 6). Ley 14/1973, de 6 de mayo, Genreal de Sanidad. España.
- Bravo, M. P. (2022). *Psiquiatría forense (3ªed)*. Publicaciones Universitat Alacant.
- Centers for Disease Control and Prevention. (n.d.). Datos sobre el fentanilo (Panfleto informativo).
- Cloward, R. A., & Ohlin, L.E. (1960). *Delinquency and Opportunity: A Theory of Delinquent Gangs*. The Free Pass.
- Escohotado, A. (1998). *Historia general de las drogas*. .
- Fernández Salinas, C. (2024). Apuntes de Medicina Legal.
- Fernández Salinas, C. (2024). La reina del sur. *La reina del sur. Universidad de Valladolid, Facultad de Derecho*. Valladolid, España.
- Fernández Salinas, C. (2025). Apuntes de Psiquiatría Forense.
- Fernández Salinas, C. (2025). Apuntes Política Social.
- Gamella, J., & Jimenez Rodrigo, M. (2003). El consumo prolongado de cannabis: pautas, tendencias y consecuencias. *Fundación de Ayuda contra la Drogadicción (Junta de Andalucía)*.
- García Márquez, G. (1996). *Noticia de un secuestro*. Plaza & Janés.
- Garrido Peña, F. (1999). La droga como figura contemporánea del mal. *Gazeta de Antropología*,(15).
- Gimenez-Salinas Framis, A. (2018, abril 19). *El tráfico de cocaína como mercado ilícito global: el papel de España*. Retrieved from Real Instituto Elcano.
- Gottfredson, M.R., & Hirchi, T. (1990). *A General Theory of Crime*. Stanford university Press.

- Gómez Garvi, E. (2015-2016). *Drogas y su relación con la delincuencia*. (Trabajo Fin de Grado, Universidad de Alicante, Facultad de Derecho).
- Hernández, J. (2023, julio 5). *¿Cuál es la diferencia entre fuentes primarias y secundarias?* Retrieved from Lone Star College-Montgomery LibAnswers.
- Hirschi, T. (1969). *Causes of Delinquency*. University of California Press.
- López Muñoz, F., & Pérez Fernández, F. (2024). De a leyenda del bandolero a la actual narcocultura: Anlisis de una realidad criminal desde un enfoque sociohistórico. *Logos Guardia Civil, Revista Científica del Centro Universitario de la Guardia Civil*.(3), 193-218.
- López-Muñoz, F. G. (2011). Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica (Parte I). *Cuadernos de Medicina Forense*(17(1)), 21-33.
- López-Muñoz, F. G. (2011). Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica (Parte II). *Cuadernos de Medicina Forense*(17(2)), 67-75.
- Luna- Fabritius, A. (2015). Modernidad y drogas desde una perspectiva histórica. *Revista Mexicana de Ciencias Políticas y Sociales*.
- Merizalde Torres, M. (2025). *Apuntes de Psiquiatría Forense*. Grado en Criminología. Universidad de Valladolid.
- Ministerio de Sanidad. (2021). *Plan de acción sobre adicciones 2021-2024*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Plan Nacional sobre Drogas 2022*. Indicadores de mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas en España, 2022. España.
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (2005). *Plan de Acción sobre Drogas 2005-2008*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.
- Molina Mansilla, M. d. (2008). Evolución histórica del consumo de drogas: Concepto, clasificación e implicaciones del consumo prolongado. *International e-Journal of Criminal Sciences*(2).
- Nichter, M. (2006). Reducción del daño: una preocupación central para la Antropología Médica. *Desacatos*(20), 109-132.
- Nieva P., B. G. (1995). *Centros de encuentro y acogida*. Madrid: PNSD.
- Organización Mundial de la Salud. (2018). *Clasificación internacional de enfermedades*.
- Organización Mundial de la Salud. (n.d.). *Página principal*.
- Organización Panamericana de la Salud. (n.d.). *Abuso de sustancias. Organización Panamericana de la Salud*.
- Ortuño, F. (2023). *Lecciones de psiquiatría (2da edicion)*. Editorial Médica Panamericana.
- Raine, A. (2002). *Biosocial studies of antisocial and violent behavior in children and adults: A review*. *Journal of Abnormal Child Psychology*, 30(4), 311-326.
- Real Academia Española. (2025). *Abstinencia*. *En Diccionario de la lengua española (23ªed)*.

- Real Academia Española. (2025). *Deshabituar*. En *Diccionario de la lengua española (23ªed)*.
- Real Academia Española. (2025). *Desintoxicar*. En *Diccionario de la lengua española (23ªed)*.
- Real Academia Española. (n.d.). *Droga*. En *Diccionario de la lengua española (23ªed)*.
- Real Academia Española. (n.d.). *Metadona*. En *Diccionario de la lengua española (23ªed)*.
- Real Instituto Elcano. (2022). *El tráfico de cocaína como mercado ilícito global: El papel de España*.
- Reverte, A. P. (2015). *La reina del sur*. Debolsillo.
- Romaní, O. (2008). Políticas de drogas: prevención, participación y reducción del daño. *Salud Colectiva*(4(3)), 301-318.
- Romaní, O. (n.d.). Etnografía y drogas: Discursos y prácticas. *Instituto de Investigaciones Jurídicas, UNAM*.
- Serrano Crespo, E. (2024). Puntos Perfiles Psicológicos (Bloque II).
- Sutherland, E.H. (1947). *Principles of Criminology* (4th ed.). J.B. Lippincott Company.
- Teresa Brugal, M. D.-S.-L. (2006). Más de treinta años de drogas ilegales en España: una amarga historia con algunos consejos para el futuro. *Revista española de Salud Pública*(80), 505-520.
- *Toelerancia a las drogas: en qué consiste*. *PsicoActiva*. (n.d.).
- Velasco de la Fuente, P. (2018). *Criminalmente: la criminología como ciencia*.
- Zinberg, N. (1984). *Drug, set, and setting: The basis for controlled intoxicant use*.

10. ANEXOS.

10.1. Anexo I: Tabla trastorno por intoxicación según sustancias. (Elaboración propia).

ALCOHOL	CAFEÍNA	CANNABIS	FENCICLIDINA	ALUCINÓGENO	INHALANTES	OPIÁCEOS	SEDANTES, HIPNÓTICOS O ANSIOLÍTICOS	ESTIMULANTES
Ingesta reciente de alcohol.	Consumo reciente de cafeína >250mg.	Consumo reciente.	Consumo reciente.	Consumo reciente de un alucinógeno distinto de la fenciclidina.	Exposición reciente y breve, intencionada o no, a sustancias inhalantes incluidos los hidrocarburos volátiles como el tolueno o la gasolina.	Consumo reciente.	Consumo reciente.	Consumo reciente de anfetaminas, cocaína u otro estimulante.
Comportamientos problemáticos o cambios psicológicos clinicamente significativos (agresividad, comportamientos sexuales inapropiados, cambios de humor, juicio alterado).	Cinco o más: - Intranquilidad. - Nerviosismo. - Excitación. - Insomnio. - Rubor facial. - Diuresis. - Trastornos gastrointestinales. - Espasmos musculares. - Divagaciones de los pensamientos y del habla. - Taquicardia o arritmia cardíaca. - Periodos de infatigabilidad. - Agitación psicomotora.	Comportamientos problemáticos o cambios psicológicos clinicamente significativos (descoordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de paso lento del tiempo, alteración del juicio, aislamiento social)	Cambios de comportamiento problemáticos clinicamente significativos (belicoides, agresividad, imprevisibilidad, agitación psicomotora, juicio alterado)	Comportamientos problemáticos o cambios psicológicos clinicamente significativos (ansiedad o depresión notables, ideas de referencia, miedo a perder la cabeza, ideas paranoides, juicio alterado).	Comportamientos problemáticos o cambios psicológicos clinicamente significativos (belicoides, agresividad, apatía, juicio alterado).	Comportamientos problemáticos o cambios psicológicos clinicamente significativos (euforia inicial seguida de apatía, distorsión o retraso psicomotora, juicio alterado)	Comportamientos problemáticos o cambios psicológicos clinicamente significativos (comportamiento inapropiado, cambios de humor, juicio alterado)	Comportamientos problemáticos o cambios psicológicos clinicamente significativos (euforia o embotamiento afectivo, cambios en la sociabilidad, hipervigilancia, sensibilidad interpersonal, ansiedad, tensión o rabia, comportamientos estereotípicos, juicio alterado)

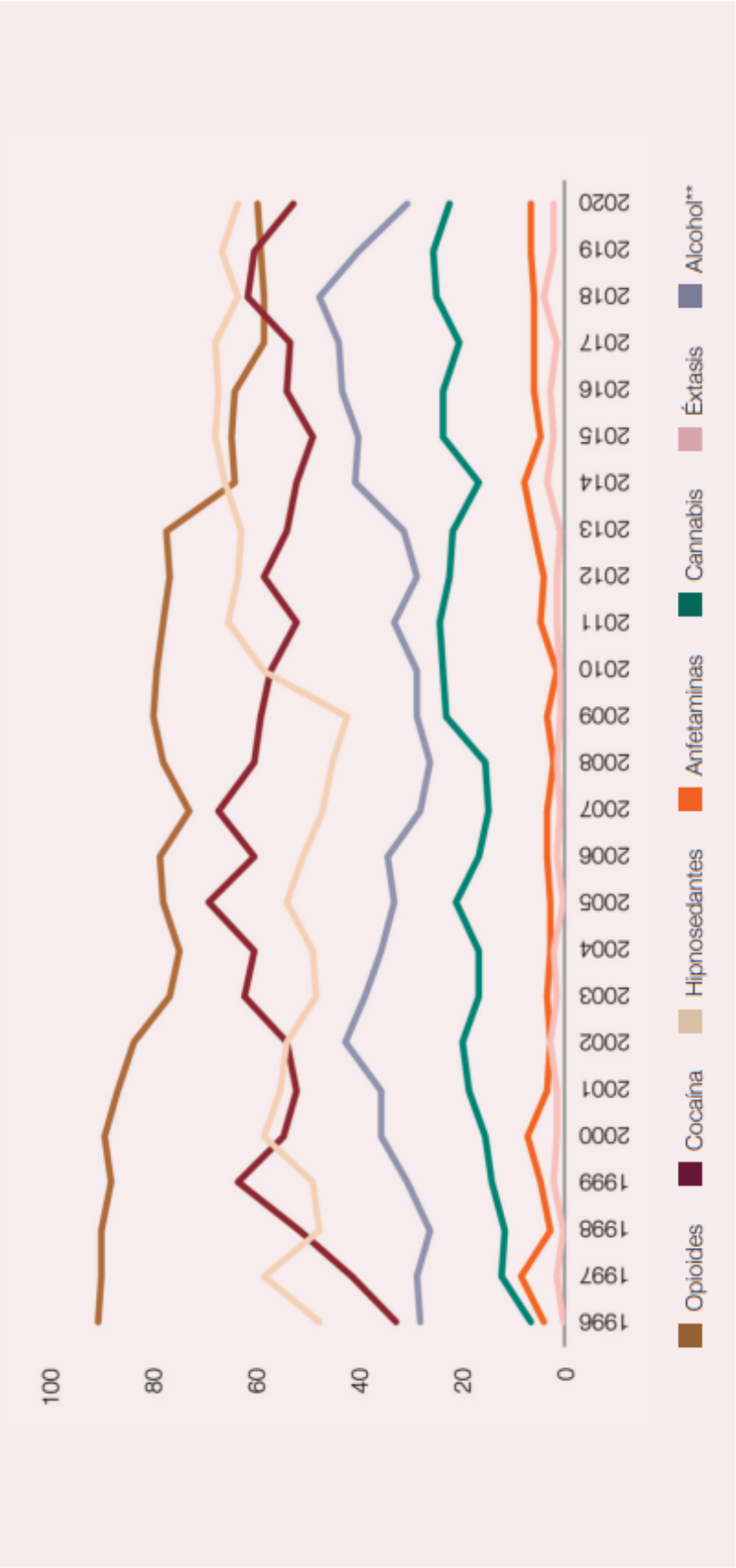
ALCOHOL	CAFÉINA	CANNABIS	FENCICLIDINA	ALUCINÓGENO	INHALANTES	OPIÁCEOS	SEDANTES, HIPNÓTICOS O ANSIOLÍTICOS	ESTIMULANTES
Uno o más: - Habla pastosa. - Incoordinación. - Marcha insegura. - Nistagmos (movimientos oculares involuntarios). - Alteración de la atención o de la memoria. - Estupor o coma.	Que provoquen un malestar clinicamente significativo o un deterioro en lo social, laboral y otras áreas importantes en el funcionamiento.	Dos o más en un plazo de dos horas tras el consumo: - Inyección conjuntival. - Aumento del apetito. - Boca seca. - Taquicardia.	Dos o más en el plazo de una hora: - Nistagmo vertical u horizontal. - Hipertensión o taquicardia. - Entumecimiento o reducción de la respuesta al dolor. - Ataxia (falta de coordinación). - Disartria (dificultad para articular palabras). - Rigidez muscular. - Convulsiones o coma. - Hiperacusia.	Cambios en la percepción estando plenamente despierto y alerta.	Dos o más: - Mareos. - Nistagmo. - Incoordinación. - Habla pastosa. - Marcha insegura. - Aletargamiento. - Reducción de reflejos. - Retraso psicomotor. - Temblores. - Debilidad muscular generalizada. - Visión borrosa. - Estupor o coma. - Euforia.	Contracción pupilar (o dilatación debida a una anoxia en caso de sobredosis grave) y uno o más: - Somnolencia o coma. - Habla pastosa. - Deterioro de la atención o la memoria.	Uno o más: - Habla pastosa. - Incoordinación. - Marcha insegura. - Trastorno cognitivo. - Estupor o coma.	Dos o más: - Taquicardia o bradicardia. - Dilatación pupilar. - Tensión arterial elevada o reducida. - Sudoración o escalofríos. - Náuseas o vómitos. - Pérdida de peso. - Agitación o retraso psicomotores. - Debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor torácico o arritmias cardíacas. - Confusión, convulsiones, discinesias, distonías o comas.
Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.	Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.	Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.	Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.	Dos o más: - Dilatación pupilar. - Taquicardia. - Sudoración. - Palpitaciones. - Visión borrosa. - Temblores. - Incoordinación.	Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.	Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.	Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.	Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.
			Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.	Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afección médica y no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.				

10.2. Anexo II: Tabla trastorno por abstinencia. (Elaboración propia).

ALCOHOL	CAFEÍNA	CANNABIS	OPIÁCEOS	SEDANTES, HIPNÓTICOS O ANSIOLÍTICOS	ESTIMULANTES	TABACO
Cese o reducción de un consumo que ha sido muy intenso y prolongado.	Consumo diario prolongado de cafeína.	Cese brusco del consumo del cannabis que ha sido intenso y prolongado.	Cese o reducción de un consumo que ha sido muy intenso y prolongado. O administración de un antagonista de los opiáceos tras un consumo prolongado.	Cese o reducción del consumo que ha sido intenso y prolongado.	Cese o reducción de un consumo prolongado de una sustancia anfetamínica, cocaína u otro estimulante.	Consumo diario durante al menos varias semanas.
Dos o más a las pocas horas o días: - Hiperactividad del sistema nervioso autónomo. - Incremento del temblor de manos. - Náuseas o vómitos. - Alucinaciones o ilusiones transitorias visuales, táctiles o auditivas. - Agitación psicomotora. - Ansiedad. - Convulsiones tónicoclónicas generalizadas.	Tres o más en las 24 horas siguientes: - Cefalea. - Fatiga o somnolencia notable. - Disforia, desánimo o irritabilidad. - Dificultades para concentrarse. - Síntomas gripales.	Tres o más en el plazo de una semana: - Irritabilidad, rabia o agresividad. - Nerviosismo o ansiedad. - Dificultades para dormir. - Pérdida de peso o apetito. - Intranquilidad. - Estado de ánimo deprimido. - Al menos uno: dolor abdominal, espasmos y temblores, sudoración, fiebre, escalofríos, cefalea.	Tres o más en el plazo de unos minutos o varios días: - Humor disfórico. - Náuseas o vómitos. - Dolores musculares. - Lagrimeo o rinorrea. - Dilatación pupilar, piloerección o sudoración. - Diarrea. - Bostezos. - Fiebre. - Insomnio.	Dos o más en unas horas o pocos días: - Hiperactividad del sistema nervioso autónomo. - Temblores de las manos. - Insomnio. - Náuseas o vómitos. - Alucinaciones o ilusiones transitorias visuales, táctiles o auditivas. - Agitación psicomotora. - Ansiedad. - Convulsiones tónicoclónicas generalizadas.	Humor disfórico y dos o más síntomas: - Fatiga. - Sueños vívidos y desagradables. - Insomnio o hipersomnía. - Aumento del apetito. - Retraso psicomotor o agitación.	Cuatro o más a las 24 horas siguientes: - Irritabilidad, frustración o rabia. - Ansiedad. - Dificultad para concentrarse. - Aumento del apetito. - Intranquilidad. - Estado de ánimo deprimido. - Insomnio.
Malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	Malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	Malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	Malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	Malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	Malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.	Malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afectación médica u no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental incluida la intoxicación o abstinencia por otra sustancia.	Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afectación médica u no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental incluida la intoxicación o abstinencia por otra sustancia.	Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afectación médica u no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental incluida la intoxicación o abstinencia por otra sustancia.	Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afectación médica u no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental incluida la intoxicación o abstinencia por otra sustancia.	Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afectación médica u no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental incluida la intoxicación o abstinencia por otra sustancia.	Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afectación médica u no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental incluida la intoxicación o abstinencia por otra sustancia.	Los signos o síntomas no se pueden atribuir a otra afectación médica u no se pueden explicar mejor por otro trastorno mental incluida la intoxicación o abstinencia por otra sustancia.

10.3. Anexo III: Gráfico porcentaje de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas de 2003 a 2020.

Porcentaje de muertes por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas, según el tipo de sustancia detectado en el análisis toxicológico. España*, 1996-2020.



* Se incluyen datos de todas las áreas geográficas monitorizadas por el indicador y los casos en los que se ha detectado alguna sustancia.
 ** El alcohol sólo se registra cuando aparece junto a otra sustancia.

FUENTE: OEDA. Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas. Registro Específico de Mortalidad.

10.4. Anexo IV: Tabla características de las personas fallecidas por reacción aguda tras el consumo de sustancias psicoactivas. De elaboración propia con los datos extraídos de (PNSD, 2022).

	2003	2004	2005	2006	2007	2008	2009	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019	2020
Nºde fallecidos	493	468	455	428	475	424	438	517	453	519	489	556	600	613	696	732	920	974
Casos analizados	490	466	455	428	475	424	427	517	408	478	437	520	518	501	632	657	819	872
Sexo (%)																		
Varones	85,3	83,9	86,3	84,3	87,4	85,6	84,5	83,9	82,1	85,7	80,7	80,9	80,6	83,4	78,1	81,6	80,8	77,4
Mujeres	14,7	16,1	13,7	15,7	12,6	14,4	15,5	16,1	17,9	14,3	19,3	19,1	19,4	16,6	21,9	18,4	19,2	22,6
Edad media (años)	35,3	37	36,1	37,2	38,2	38,1	38,3	39,8	40,2	42	42,7	44,3	43,6	44,1	44,5	44,9	44,4	45,5
Grupo de edad (%)																		
15-19	0,8	1,3	1,4	0,9	0,6	1,9	0,7	0,4	1,2	0,4	0,2	0,7	0,8	0,5	0	0,3	0,8	0,9
20-24	6,7	4,1	6,2	4,2	4,3	6,1	6,4	2,5	5	2,9	1,4	1,5	2,7	1,8	1	2,2	2,6	1,5
25-29	14,6	11,9	11,2	12,9	9,7	10,6	8	7,9	6	6,7	7,6	4,7	4,7	5,4	5,5	4,4	4,1	4,7
30-34	22,6	20,5	20	18	17,6	16,3	17,4	12,4	12,2	11,6	13,1	10,4	9,3	8,3	8,3	7,8	9,1	7,3
35-39	28,2	27,9	28,9	23,8	24,1	22,2	18,9	25,5	19,9	15,8	15,7	13,8	18,3	14	15,9	13	12,7	11,5
40-44	16,9	19,2	20,7	21,3	22,2	19,8	24,9	24,8	21,4	22,4	19,6	17,7	16,5	19,4	16,7	16,5	17,8	17,1
≥45	10,2	15,1	11,6	18,9	21,5	23,1	23,7	26,5	34	40,3	42,3	51,2	47,7	50,6	52,6	55,8	52,9	56,9
Estado civil (%)																		
Soltero	69,4	68,9	68,7	72	62,8	61,4	67,3	61	63,6	65,4	61,3	59,3	64,8	64,2	63,3	62,9	62	59,6
Casado	19,0	15,6	16,4	12,2	19,1	16,8	15,4	21,6	18,2	20,7	18,9	14,5	17,8	17,8	20,9	17,2	20,1	19,1
Separado / divorciado	10,5	14,4	13,7	13,6	17,4	18,9	15	15,9	16,2	12,8	18,9	23,1	16,5	15,6	13,9	17,8	15,6	17,7
Viudo	1,0	1,1	1,1	2,2	0,7	2,9	2,3	1,5	2	1,1	1	3,1	0,9	2,5	1,9	2,1	2,4	3,6
Procedencia del cadáver (%)																		
Domicilio	54,5	55,2	58,1	52,3	60,6	60	61,9	64,3	68,6	69,6	71,7	74,4	72,6	68,5	71,9	68,7	70,6	69,4
Hotel-pensión	5,3	5,1	6,2	5,8	4,6	3,9	5,9	4,3	2,8	2	2,1	2,4	3,3	3,8	4	2,6	3,6	4,7
Calle	18,5	17,4	13,5	20,1	13,1	15,8	11,8	14	11,1	12,3	9,1	10,1	8,2	8,2	6,1	7,5	9,1	9,4
Local público	1,8	1,3	2,5	4,8	2,4	1,7	2,8	2,6	2,6	1,2	2,5	0,9	2,1	2,1	3	2,6	2,2	1,8
Hospital	10,6	9,5	6,4	7,7	5,7	6,8	6,1	3,9	5,1	5,6	5,6	5,5	5,9	8,4	7,7	6,6	6	5,8
Cárcel	1,1	3,5	4,8	3,9	3,7	4,9	4	3,7	4,9	4	3,1	1,5	3,1	3,3	2,7	5,6	3,1	3,2
Otra	8,2	8,1	8,5	5,3	9,8	7	7,3	7,1	4,9	5,4	6	5,1	4,7	5,6	4,6	6,5	5,4	5,7
Evidencias de consumo reciente (%)																		
Sí	85,6	92,6	94,4	92,4	85,3	89	90,4	77,4	89,9	76,6	85,8	81,8	84,9	82	88,1	80,4	85,4	83,8
No	14,4	7,4	5,6	7,6	14,7	11	9,6	22,6	10,1	23,4	14,2	18,2	15,1	18	11,9	19,6	14,6	16,2
Evidencia de suicidio (%)																		
Sí	12,1	8,8	5,7	10,8	8,8	9	8,5	9,7	12,4	8,1	11,1	20,3	26,4	20,6	22,9	18,4	23,2	26,1
No	87,9	91,2	94,3	89,2	91,2	91	91,5	90,3	87,6	91,9	88,9	79,7	73,6	79,4	77,1	81,6	76,8	73,9
Signos recientes venopunción (%)																		
Sí	53,3	43	51,7	40,6	35,2	35,4	39,2	29,6	16,3	14,9	16,2	12,5	13,5	13	13,3	11,3	12,8	8,7
No	46,7	57	48,3	59,4	64,8	64,6	60,8	70,4	83,7	85,1	83,8	87,5	86,5	87	86,7	88,7	87,2	91,3
Muerte causada por patología previa agravada por el consumo de sustancias psicoactivas (%)																		
Sí	35,4	32,6	35,5	28,6	20,4	26,6	30,9	31,4	37,2	37,4	36	35,4	27	31,5	38,2	31	27,9	35,7
No	64,6	67,4	64,5	71,4	79,6	73,4	69,1	68,6	62,8	62,6	64	64,6	73	68,5	61,8	69	72,1	64,3
Anticuerpos anti-VIH (%)																		
Positivo	42,7	40,6	42,8	36,9	37,4	40,7	41,1	34,4	39,2	37,8	31,5	27,2	26,2	21,4	22,1	25,8	18	17,4
Negativo	57,3	59,4	57,2	63,1	62,6	59,3	58,9	65,6	60,8	62,2	68,5	72,8	73,8	78,6	77,9	74,2	82	82,6

10.5. Anexo V: Mapa de rutas de entrada de cocaína a Europa. (Real Instituto Elcano, 2022).

