



Universidad de Valladolid

Facultad de Derecho

Grado en Criminología

Estrategias contra la drogodependencia

Presentado por:

Sergio Rodríguez Villa

Tutelado por:

Prof. Dr. D. Antonio Andrés Laso

Valladolid, 29 de junio de 2019

I. ÍNDICE DE CONTENIDOS

I. ÍNDICE	0
II. ABREVIATURAS	0
1. INTRODUCCIÓN	1
2. DEFINICIONES	3
2.1.- ADICCIÓN	3
2. 2.- DROGA	6
2. 3.- DEPENDENCIA	7
2. 4.- TOLERANCIA	9
2. 5.- SÍNDROME DE ABSTINENCIA	11
2. 6.- CONSUMO DE RIESGO Y CONSUMO PROBLEMÁTICO	13
2. 7.- ABUSO	14
2. 8.- PATOLOGIA DUAL O COMORBILIDAD	16
3. CLASIFICACIÓN DE LAS DROGAS	18
3.1.- CLASIFICACIÓN SEGÚN SU EFECTO SOBRE EL SNS	19
4. EL TRATAMIENTO LEGAL DE LAS SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES EN EL ORDENAMIENTO JURÍDICO ESPAÑOL	24
4. 1.- DROGAS EN EL ORDEN PENAL	24
4.1.1. Las drogas en el Código Penal español: infracciones, atenuantes y eximentes	24
4. 2.- DROGAS EN EL ORDEN ADMINISTRATIVO	30
4..2.1. Ley Orgánica 4/2015 de Protección de la Seguridad Ciudadana	31
4. 3.- CONCLUSIONES	32
5. EFECTOS Y PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES	33
5.1.- FACTORES CRIMINÓGENOS DE LA DROGADICCIÓN	35
5.2.- CONCLUSIONES	36
6. ESTADO DE LA CUESTIÓN	38

6.1.- ENCUESTA SOBRE EL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN ESPAÑA: 'EDADES', PERIODO 2017-2018	38
6.2.- INDICADORES DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LAS DROGAS	40
6.2.1.- Las admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas	41
6.2.2.- Las urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas	44
6.2.3.- La mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas	45
6.2.4.- El consumo problemático/de riesgo de drogas	46
6.2.5.- Las infecciones por consumo de drogas	49
6.3.- DROGAS EN ENSEÑANZAS SECUNDARIAS: 'ESTUDES', PERIODO 2016/2017	50
7. ESTRATEGIAS CONTRA LA DROGODEPENDENCIA: LA ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE ADICCIONES	53
7.1.- CONTENIDOS	55
7.1.1.- La situación de las adicciones en España	55
7.1.2.- Epígrafes intermedios de la Estrategia Nacional sobre Drogas	58
7.1.3.- Las metas, áreas de actuación y los objetivos estratégicos de la Estrategia Nacional sobre Drogas	60
7.1.4.- Las áreas transversales	60
7.2.- LAS METAS DE LA ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE DROGAS	60
7.2.1.- Meta 1: hacia una sociedad más saludable e informada	63
7.2.2.- Meta 2: hacia una sociedad más segura	66
7.3.- LAS ÁREAS TRANSVERSALES	69
8. CONCLUSIONES	73
9. BIBLIOGRAFÍA	77

II. ABREVIATURAS

BOE: Boletín Oficial del Estado.

CIE (ICD en inglés): Clasificación Internacional de Enfermedades.

CITCO: Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado.

C.P.: Código Penal.

DGPNSD: Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas.

DSM-5: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders.

DUDH: Declaración Universal de los Derechos Humanos.

END: Estrategia Nacional sobre Adicciones.

FAD: Fundación de Ayuda a la Drogadicción.

FFCCS: Fuerzas y Cuerpos de Seguridad

INE: Instituto Nacional de Estadística.

LECRIM: Ley de Enjuiciamiento Criminal.

LOPSC: Ley Orgánica de Protección de Seguridad Ciudadana.

OEDA: Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones.

OMS: (WHO en inglés) Organización Mundial de la Salud.

ONG: Organización no gubernamental.

RAE: Real Academia de la Lengua Española.

SEAT: Sistema Español de Alerta Temprana

SNS: Sistema Nervioso Central.

UNGASS: United Nations General Assembly Special Session (Sesiones especiales de la Asamblea General de Naciones Unidas)

1. INTRODUCCIÓN

Desde los años 80, España ha sido un país en el que la droga ha tenido un impacto arrollador. En aquella década, la heroína causaba estragos en toda una generación que a día de hoy, aún continúa arrastrando los efectos devastadores de haber consumido este opioide. En ese momento, se produjo un punto de inflexión y, desde entonces, el Estado ha intentado evitar, en la medida de lo posible, que las drogas provoquen daños irreversibles en quienes las consumen. Para ello, se han establecido políticas de prevención y de neutralización tanto del consumo como del tráfico, el transporte, el cultivo, la elaboración y, en definitiva, de todos los actos que directa o indirectamente promueven la difusión de las sustancias estupefacientes por el territorio nacional. Casi cuarenta años después, observamos que concentrar en exclusiva esfuerzos sobre las sustancias conocidas como ‘drogas ilegales’ (cocaína, heroína, marihuana, etc.) resulta a todas luces insuficiente. A día de hoy, y con una revolución digital en ciernes, no se deben perder de vista las adicciones provocadas por el juego y las nuevas tecnologías, ni el acceso de personas cada vez más jóvenes a las drogas legales (alcohol y tabaco).

Con el sintagma “estrategias contra la drogodependencia” hacemos referencia a estas políticas, generalmente públicas, que buscan neutralizar todo lo que se relaciona con el abuso de sustancias que generan adicción. De igual manera, y atendiendo al contexto social imperante, se han implementado medidas que persiguen erradicar unas realidades que presentan sintomatologías similares a las de las adicciones a sustancias estupefacientes, si bien poseen la peculiaridad de que la adicción la provocan elementos o conductas relacionados, por regla general, con el juego y las nuevas tecnologías.

En el presente trabajo no pretendemos elaborar una estrategia que erradique la droga en un territorio dado. Eso sería un trabajo imposible para una sola persona ya que, como se verá, las estrategias las elaboran gobiernos de mayor o menor entidad (generalmente internacionales o estatales, si bien en España también lo hacen las autonomías). Lo que verdaderamente se busca

en las siguientes páginas es conocer dicha realidad a través del contexto social, criminológico, estadístico y legal de las sustancias estupefacientes (y las conductas adictivas) en España, y observar cómo el Gobierno aborda dichos problemas en la redacción de su Estrategia Nacional sobre Adicciones.

Siendo conscientes de que el campo de las sustancias estupefacientes es un terreno con una terminología que presenta un alto grado de especialización, hemos tenido a bien redactar un pequeño glosario que, a pesar de lo escueto, entendemos favorecerá la comprensión de lo redactado en subsiguientes páginas. De igual manera, al final del presente trabajo se expondrán una serie de conclusiones relacionadas con los diferentes epígrafes del mismo. En este apartado se ofrecerá una visión global y final de todo lo estudiado en los precedentes, resumiendo e interrelacionando los diferentes capítulos, y favoreciendo que el lector se forme una opinión personal sobre el mundo de la droga en España, especialmente en cuanto a su situación contextual y a su tratamiento por parte de los diferentes organismo públicos. Además, haremos hincapié en las políticas públicas que dispone el estado a través del Plan Nacional sobre Drogas, con el fin de acotar este universo cada vez más diverso y globalizado.

2. DEFINICIONES

Para llegar a un entendimiento pleno de la dimensión que el problema de la drogadicción genera en la sociedad actual, es preciso tener claro una serie de conceptos que van a aparecer de manera constante en las sucesivas páginas:

2.1. ADICCIÓN

Según el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua¹, la adicción se define de la siguiente manera:

Del lat. addictio, -ōnis 'adjudicación por sentencia'; cf. adicto.

1. f. **Dependencia de sustancias o actividades nocivas para la salud o el equilibrio psíquico.**
2. f. Afición extrema a alguien o algo.

La Organización Mundial de la Salud (en adelante OMS), por su parte, ofrece una definición más extensa de lo que denomina *adicción a las drogas o alcohol*, un término que para el estudio de este texto resulta más adecuado por su concreción al tema a tratar y por la inclusión de terminología especializada y derivada, que reseñaremos más adelante.

Adicción, a las drogas o alcohol (*addiction, drug or alcohol*):

Consumo repetido de una o varias sustancias psicoactivas, hasta el punto de que el consumidor (denominado adicto) se intoxica **periódicamente o de forma continua**, muestra un **deseo compulsivo** de consumir la sustancia (o las sustancias) preferida, tiene una enorme dificultad para interrumpir voluntariamente o modificar el consumo de la sustancia y se muestra decidido a obtener sustancias psicoactivas **por cualquier medio**.

Por lo general, hay una **tolerancia acusada** y un **síndrome de abstinencia** que ocurre frecuentemente cuando se interrumpe el consumo. La vida del adicto está dominada por el consumo de la sustancia, hasta llegar a excluir prácticamente todas las demás actividades y responsabilidades. El término adicción conlleva también el sentido de que el consumo de la sustancia

¹ Real Academia Española. (2001). Diccionario de la lengua española (22.a ed.). Consultado en <http://www.rae.es/rae.html>

tiene un efecto perjudicial para la sociedad y para la persona; referido al consumo de alcohol, es equivalente a alcoholismo.

“Adicción” es un término antiguo y de uso variable. Es considerado por muchos expertos como una enfermedad con entidad propia, un trastorno debilitante arraigado en los efectos farmacológicos de la sustancia, que sigue una progresión implacable. Entre las décadas de 1920 y 1960, se hicieron varios intentos para diferenciar entre “adicción” y “habitación”, una forma menos severa de adaptación psicológica. En la década de los años 60 la Organización Mundial de la Salud recomendó que dejaran de usarse ambos términos a favor del de **dependencia**, que puede tener varios grados de severidad.

La adicción **no figura** entre los términos diagnósticos de la CIE-10 (ICD-10)², pero sigue siendo un término ampliamente utilizado tanto por los profesionales como por el público general.³

Como podemos observar, la OMS relaciona un término de por sí ambiguo como lo es la adicción, con otras realidades que son de un interés primario para el pleno entendimiento de la mastodóntica realidad que engloba dicho término en el siglo XXI. Estos términos son, por ejemplo, la tolerancia, la dependencia o el síndrome de abstinencia, los cuales definiremos en epígrafes sucesivos.

También relaciona el término “adicción” con la sanidad, al catalogarla, en nombre de expertos en la cuestión, de enfermedad, si bien reseñan que en el catálogo de enfermedades CIE-10 (publicado en el año 1990) no aparece como tal.

Sin embargo, cabe reseñar que en la nueva edición de dicho catálogo, que se denomina CIE-11 y que entrará en vigor en el año 2022, ya aparece reseñado el concepto de adicción y sus problemas derivados como enfermedad. De esta manera, y adelantándonos a la entrada en vigor de dicho documento (que ya está publicado y es plenamente accesible), podemos

² Clasificación internacional de enfermedades, 10ª edición correspondiente a la versión en español de la versión en inglés ICD, siglas de International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems y determina la clasificación y codificación de las enfermedades y una amplia variedad de signos, síntomas, hallazgos anormales, denuncias, circunstancias sociales y causas externas de daños y/o enfermedad.

³ World Health Organization (Organización Mundial de la Salud) (1994). Glosario de términos de alcohol y drogas. Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.

agregar varias definiciones relacionadas con la adicción, la cual está indexada en el epígrafe: **“Trastornos mentales, del comportamiento y del neurodesarrollo”**⁴. Así, la OMS define esta realidad como:

Los trastornos debidos al consumo de sustancias y comportamientos adictivos son los trastornos mentales y del comportamiento que se desarrollan como resultado del consumo de sustancias predominantemente psicoactivas, lo que incluye los medicamentos, o comportamientos específicos y repetitivos de búsqueda de recompensa y de refuerzo.

La OMS establece aquí una división entre lo que considera, por una parte, el consumo de sustancias (lo que conocemos en sentido amplio como drogadicción); y, por otra, los comportamientos adictivos, que englobarían realidades nuevas (y no tan nuevas) que presentan una sintomatología similar y que comienzan a producir a nivel social problemas muy similares a las adicciones a sustancias estupefacientes. Estas realidades pueden ser, por ejemplo, las adicciones a las nuevas tecnologías (teléfono móvil, videojuegos, redes sociales, etc.) o al juego (tragaperras, apuestas y, más recientemente, juegos online). En lo sucesivo, usaremos este catálogo para definir elementos esenciales de esta realidad, tales como el síndrome de abstinencia o la tolerancia.

En otro orden de cosas y continuando con la definición que ofrece la OMS del término adicción, hallamos la pertinencia de trabajar este problema desde el punto de vista criminológico, dado que afirma que un individuo que sufre adicción se muestra “decidido a obtener sustancias psicoactivas por cualquier medio”. Este medio es habitualmente el delito, por lo que, llegado el caso, se podría establecer como una hipótesis que rozaría la utopía, que habida cuenta de que la droga es génesis de un porcentaje nada desdeñable de la criminalidad, eliminando esta, descendería la tasa de delincuencia de una manera drástica.

⁴ World Health Organization (2019), *ICD-11 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)*. Disponible en <https://icd.who.int/en/> [Fecha de última consulta 05 de junio de 2019]

2.2. DROGA

Según el Diccionario de la Real Academia Española de la Lengua, la droga se define de la siguiente manera:

*Del ár. hisp. *ḥaṭrúka; literalmente 'charlatanería'.*

1. f. Sustancia mineral, vegetal o animal, que se emplea en la medicina, en la industria o en las bellas artes.
2. f. **Sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno.**
3. f. Actividad o afición obsesiva. El fútbol es una droga.
4. f. medicamento.

Droga blanda:

1. f. droga que no es adictiva o lo es en bajo grado, como las variedades del cáñamo índico.

Droga de diseño

1. f. droga obtenida mediante ligeras modificaciones químicas a partir de otra para obtener especiales efectos psicotrópicos.

Droga dura

1. f. droga que es fuertemente adictiva, como la heroína y la cocaína.

Por otra parte, para la OMS, en su *Glosario de términos de alcohol y drogas*, la droga queda definida tal y como sigue:

Droga (drug): Término de uso variado. En medicina se refiere a toda sustancia con potencial para prevenir o curar una enfermedad o aumentar la salud física o mental y en farmacología como toda sustancia química que modifica los procesos fisiológicos y bioquímicos de los tejidos o los organismos. De ahí que una droga sea una sustancia que está o pueda estar incluida en la Farmacopea⁵. En el lenguaje coloquial, el término suele referirse concretamente a las sustancias psicoactivas y, a menudo, de forma aún más concreta, a las drogas ilegales. Las teorías profesionales (p. ej., "alcohol y otras drogas") intentan normalmente demostrar que la cafeína, el tabaco, el alcohol y otras sustancias utilizadas a menudo con fines no médicos son también drogas en el sentido de que se toman, el menos en parte, por sus efectos psicoactivos.

⁵ La farmacopea se refiere a libros recopilatorios de recetas de productos con propiedades medicinales reales o supuestas, en los que se incluyen elementos de su composición y modo de preparación editados desde el Renacimiento, y que más tarde serían de obligada tenencia en los despachos de farmacia.

No cabe duda de que determinadas sustancias con capacidades psicoactivas, tanto estimulantes como depresoras, tienen propiedades muy valoradas en la medicina moderna. Sin embargo, cuando utilicemos el término “droga” como concepto genérico en las páginas sucesivas, nos estaremos refiriendo a sustancias estupefacientes en el sentido coloquial.

2.3. DEPENDENCIA

La dependencia es un término clave para comprender todo lo que genera el mundo de la droga en la sociedad moderna. Es el porqué y el cómo de un problema que los gobiernos contemporáneos intentan atajar desde una vertiente multidisciplinar. La RAE, como autoridad principal en el marco de la semántica, define este término como sigue:

Dependencia

De dependiente.

1. f. Subordinación a un poder.
2. f. Relación de origen o conexión.
3. f. Sección o colectividad subordinada a un poder.
4. f. Oficina pública o privada, dependiente de otra superior.
5. f. En un comercio, conjunto de dependientes.
6. f. Cada habitación o espacio de una casa o edificio.
7. f. Situación de una persona que no puede valerse por sí misma.
- 8. f. Necesidad compulsiva de alguna sustancia, como alcohol, tabaco o drogas, para experimentar sus efectos o calmar el malestar producido por su privación.**
9. f. desus. Negocio, encargo, asunto.

Al respecto de la finalidad de este trabajo, la acepción a la que nos debemos adherir es únicamente la octava, una definición escueta pero definitiva que remarca la compulsividad de las necesidades que afectan a los adictos. Si queremos obtener una definición más amplia acudimos al

documento previamente citado de la OMS *Glosario de términos de alcohol y drogas*, en el cual la dependencia se define así:

Dependencia (dependence): En sentido general, estado de **necesitar** o depender de algo o de alguien, ya sea como apoyo, para funcionar o para sobrevivir. Aplicado al alcohol y otras drogas, el término implica una necesidad de consumir dosis repetidas de la droga para encontrarse bien o para no sentirse mal. En el DSM-III-R⁶, la dependencia se define como un grupo de síntomas cognitivos, fisiológicos y del comportamiento que indican que una persona presenta un **deterioro del control sobre el consumo** de la sustancia psicoactiva y que sigue consumiéndola a pesar de las consecuencias adversas. Equivale, más o menos, al síndrome de dependencia recogido en la CIE-10 (ICD-10). En el contexto de la CIE-10 (ICD-10), el término dependencia podría referirse en general a cualquiera de los componentes del síndrome. Este término se intercambia a menudo con el de adicción y alcoholismo.

En 1964, un Comité de Expertos de la OMS introdujo el término “dependencia” para sustituir a los de **adicción y habituación**. Por regla general, el término puede utilizarse en referencia a toda la gama de sustancias psicoactivas (farmacodependencia, drogodependencia, dependencia de sustancias químicas, dependencia del consumo de sustancias) o para referirse a una droga o a una clase de drogas concreta (p. ej., dependencia del alcohol, dependencia de opiáceos). Pese a que en la CIE-10 (ICD-10) se describe la dependencia de manera que puede aplicarse a todas las clases de drogas, existen diferencias en los síntomas de dependencia característicos de cada sustancia concreta⁷.

Si no se especifica, la dependencia se refiere tanto a los elementos físicos como a los psicológicos. La **dependencia psicológica** o psíquica se aplica al deterioro del control sobre la bebida o sobre el consumo de la sustancia (por ejemplo el ansia o “craving”, compulsión), mientras que la **dependencia fisiológica** o física se refiere a la tolerancia y los síntomas de abstinencia. En los debates centrados en la biología, el término dependencia suele emplearse únicamente en referencia a la dependencia física.

Este documento nos aporta una serie de puntos a desarrollar muy interesantes:

⁶ Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (en inglés, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, abreviado DSM), 3ª edición revisada.

En primer lugar habla, al igual que la Real Academia, de un estado de necesidad. Se descarta de esta manera el consumo puntual y aleatorio de una o varias drogas en concreto. Así, se define un estado tanto físico como psicológico en el que la persona no tiene otra opción que acudir a las sustancias que posean el efecto que frene esa necesidad. El sujeto ha perdido pues el control sobre el consumo de una droga dada.

En segundo lugar, la definición de la OMS establece la equivalencia, en cierta medida, al síndrome de dependencia recogido en la CIE-10. En el contexto de este catálogo, el término dependencia podría referirse en general a cualquiera de los componentes del síndrome y sería aplicable a la adicción a cualquier sustancia estupefaciente. Sin embargo, en la nueva versión del catálogo, denominado CIE-11, ya se desglosa la sintomatología de los tipos de drogas más comunes y se individualizan sus tipologías.

En tercer y último lugar, la OMS establece una separación entre la dependencia psicológica (definida por el ansia que sienten los adictos de consumir más sustancias y el deterioro que sufren en el control del consumo) y la dependencia física (exteriorizada en la tolerancia y el síndrome de abstinencia, términos que desarrollaremos a continuación).

2.4. TOLERANCIA

Para explicar el proceso que experimenta una persona determinada frente al consumo continuo de sustancias estupefacientes usamos el término tolerancia. Cuando acudimos a la RAE, esta nos ofrece una definición un tanto escueta:

Tolerancia

Del lat. *tolerantia*.

1. f. Acción y efecto de tolerar.

Por tanto, debemos acudir a una fuente de información más especializada para extraer una definición más adecuada a nuestro objeto de estudio. De nuevo, un documento de gran ayuda para los propósitos que guían

estas páginas es el *Glosario de términos de alcohol y drogas* publicado por la OMS.

Tolerancia (tolerance): Disminución de la respuesta a una dosis concreta de una droga o un medicamento que se produce con el uso continuado. **Se necesitan dosis más altas de alcohol o de otras sustancias para conseguir los efectos que se obtenían al principio con dosis más bajas.** Los factores fisiológicos y psicosociales pueden contribuir al desarrollo de tolerancia, que puede ser física, psicológica o conductual. Por lo que se refiere a los factores fisiológicos, puede desarrollarse tolerancia tanto metabólica como funcional. Al aumentar el metabolismo de la sustancia, el organismo será capaz de eliminarla con mayor rapidez. La **tolerancia funcional** se define como una disminución de la sensibilidad del sistema nervioso central a la sustancia. La **tolerancia conductual** es un cambio en el efecto de la sustancia producido como consecuencia del aprendizaje o la alteración de las restricciones del entorno. La tolerancia aguda es la adaptación rápida y temporal al efecto de una sustancia tras la administración de una sola dosis. La **tolerancia inversa**, denominada también sensibilización, es un estado en el cual la respuesta a la sustancia aumenta con el consumo repetido. La tolerancia es uno de los criterios del síndrome de dependencia.

La definición de tolerancia establecida por la OMS habla por sí sola. Sin embargo, y a modo de síntesis, podemos decir que es el hecho de que el adicto necesite cada vez una cantidad progresivamente más alta de sustancias psicoactivas para conseguir los mismos efectos.

Cabe destacar en el mismo texto la introducción de diferentes tipos de tolerancia:

- Tolerancia metabólica: relativa a la (cada vez mayor) rapidez de la eliminación de la sustancia por parte del organismo.

- Tolerancia funcional: relativa al (cada vez menor) efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso.

- Tolerancia conductual: relativa a la (cada vez mayor) rapidez de adaptación del cuerpo a los efectos de la sustancia.

- Tolerancia inversa o sensibilización: relativa al aumento del efecto de la droga al repetir dosis.

2.5. SÍNDROME DE ABSTINENCIA

En el caso del síndrome de abstinencia, al ser un término tan concreto, la RAE establece una definición específica que incardina en el campo de la medicina:

Síndrome de abstinencia

1. m. Med. Conjunto de trastornos provocado por la reducción o suspensión brusca de la dosis habitual de una sustancia de la que se tiene dependencia.

La OMS, en el glosario de términos varias veces citado anteriormente, establece una definición fehaciente de lo que es este síndrome:

Síndrome de abstinencia (withdrawal síndrome): Conjunto de síntomas con grado de intensidad y agrupamiento variables que aparecen al suspender o reducir el consumo de una sustancia psicoactiva que se ha consumido de forma repetida, habitualmente durante un período prolongado y/o en dosis altas. El síndrome puede acompañarse de signos de trastorno fisiológico.

Es uno de los indicadores del síndrome de dependencia. Es también la característica que determina el significado psicofarmacológico más estricto de dependencia.

El comienzo y la evolución del síndrome de abstinencia son de duración limitada y están relacionados con el tipo y la dosis de la sustancia que se tomó inmediatamente antes de la suspensión o la disminución de su consumo. Por lo general, las características de un síndrome de abstinencia son opuestas a las de la intoxicación aguda.

El síndrome de abstinencia del alcohol se caracteriza por temblor, sudoración, ansiedad, agitación, depresión, náuseas y malestar general. Aparece de 6 a 48 horas después de suspender el consumo de alcohol y, si no hay complicaciones, remite al cabo de 2 a 5 días. Puede complicarse con crisis de gran mal y progresar a delirio (denominado delírium tremens).

Los síndromes de abstinencia de los sedantes tienen varios rasgos en común con la abstinencia del alcohol, pero incluyen también dolores y calambres musculares, distorsiones perceptivas y de la imagen corporal.

La abstinencia de los opiáceos se acompaña de rinorrea (moqueo nasal), lagrimeo (formación excesiva de lágrimas), dolores musculares, escalofríos, carne de gallina y, después de 24-48 horas, calambres

musculares y abdominales. El comportamiento para conseguir la sustancia es prioritario y se mantiene cuando han remitido los síntomas físicos.

La abstinencia de los estimulantes (“bajón” o “crash”) está peor definida que los síndromes de abstinencia de sustancias depresoras del sistema nervioso central; destaca la depresión, que se acompaña de malestar general, apatía e inestabilidad.

En este momento, merece la pena concretar que el síndrome de abstinencia, tal y como se establece en la definición, es uno de los tres indicadores del **síndrome de dependencia**. Este es un concepto aglutinante que, aparte del ya citado síndrome de abstinencia, también incluye el deterioro del control del consumo de unas sustancias estupefacientes dadas, así como el aumento de la tolerancia, concepto ya definido anteriormente. Este síndrome de dependencia se puede aplicar a un grupo de sustancias (opiáceos, por ejemplo), a una sustancia concreta (cocaína, alcohol o metadona, por ejemplo) o a un conjunto mucho más amplio de sustancias con diversidad de efectos psicofísicos.

El CIE-11, redactado en un contexto de mayor conciencia social sobre el problema de la drogodependencia, incluye ya una lista bastante amplia de sintomatologías concretas para los síndromes de abstinencia de las diferentes drogas: alcohol, cannabis, cannabinoides sintéticos, opioides, sedantes hipnóticos o ansiolíticos, cocaína, estimulantes (incluidas las anfetaminas, las metanfetaminas y la metcatinona), catinonas sintéticas, cafeína, alucinógenos, nicotina, inhalantes volátiles, MDMA, ketamina y fenciclidina; e incluye otros apartados a modo de cajón de sastre para otras sustancias psicoactivas especificadas, incluidos los medicamentos. Una lista que responde a la realidad fenomenológica en cuanto al abuso de sustancias estupefacientes pero que probablemente quede obsoleta en función del rápido desarrollo de nuevos tipos de sustancias que progresivamente se van introduciendo en el mercado ilícito.

2.6. CONSUMO DE RIESGO Y CONSUMO PROBLEMÁTICO

Una vez definida las sustancias que dan sentido a este estudio, así como los principales efectos que producen en el ser humano, procedemos a concretar más el tipo de consumo que se debe dar para que el problema sobrepase la esfera personal para afectar a las esferas sanitaria y social. Para ello, volvemos a hacer uso del Glosario de alcohol y drogas de la OMS, donde encontramos la definición de consumo de riesgo.

Consumo de riesgo (hazardous use, hazardous drinking): Patrón de consumo de sustancias que eleva el riesgo de sufrir **consecuencias nocivas** para el consumidor. Algunos autores limitan estas consecuencias a las de tipo físico y mental (como en el consumo perjudicial), mientras que otros incluyen también las **consecuencias sociales**. A diferencia de consumo perjudicial, el consumo de riesgo se refiere a modelos de consumo que tienen **importancia para la salud pública**, pese a que el consumidor individual no presenta ningún trastorno actual. Este término se utiliza actualmente por la OMS, pero no figura entre los términos diagnósticos de la CIE-10 (ICD-10).

La OMS, en el ya citado catálogo de enfermedades CIE-11, individualiza el consumo peligroso según el tipo de sustancia del que se abuse, manteniendo unas características comunes a todas ellas. Estas son: el aumento considerable de riesgo de consecuencias perjudiciales para la salud física o mental del consumidor; el hecho de que el abuso de dicha sustancia justifique la atención y el asesoramiento de los profesionales de la salud y, del mismo modo, la valoración de la frecuencia, la cantidad, los comportamientos de riesgo asociados con la consumición de dicha sustancia, el contexto de consumo, la vía de administración que resulte dañina o una combinación de los factores previamente reseñados. La OMS relaciona el riesgo con efectos tanto a corto plazo como acumulativos a largo plazo sobre la salud física y/o mental o el desarrollo personal de un individuo dado.

Un término que puede generar cierta confusión al respecto del consumo de riesgo es el de consumo problemático, cuya diferencia es de índole contextual. Decíamos que el consumo de riesgo es un patrón de consumo que

“eleva el riesgo” de presentar elementos nocivos para el consumidor y, por extensión, para la sociedad. El consumo problemático, por su parte, es un patrón de consumo que ya genera problemas, bien individuales, bien colectivos para el que lo consume y para quien tiene a su alrededor. Se trata de un concepto más concreto, que hace a quien se le etiqueta como tal, acreedor de una intervención social directa en aras de minimizar los efectos derivados de su situación para sí y para la sociedad en general.

2.7. ABUSO

Al ser el término abuso una palabra polisémica, cuya definición por la Real Academia de la Lengua Española es, una vez más, demasiado ambigua para la finalidad de este trabajo, debemos acudir a fuentes especializadas que concreten su definición en el marco de la drogadicción. La RAE, como decimos, define el abuso de la siguiente manera:

Abuso

Del lat. *abŭsus*.

1. m. Acción y efecto de abusar.

La autoridad de referencia que hemos escogido para la definición de los términos principales que conforman este trabajo es la Organización Mundial de la Salud en su *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Una vez más este documento nos ofrece una definición muy pertinente del vocablo abuso, ampliando el concepto definitorio para relacionarlo con varios grupos de sustancias y, de este modo, ajustar el significado a una realidad más compleja.

Abuso (abuse) (drogas, alcohol, sustancias, sustancias químicas o sustancias psicoactivas): Grupo de términos de uso extendido, pero con varios significados. En el DSM-III-R, el “abuso de sustancias psicoactivas” se define como “un modelo desadaptativo de uso de una sustancia psicoactiva caracterizado por un consumo continuado, a pesar de que el sujeto sabe que tiene un problema social, laboral, psicológico o físico, persistente o recurrente, provocado o estimulado por el consumo o consumo recurrente en situaciones en las que es físicamente peligroso”. Se trata de una categoría residual, siendo de elección el término “dependencia” cuando

proceda. El término “abuso” se utiliza a veces con desaprobación para referirse a cualquier tipo de consumo, particularmente, de drogas ilegales. Debido a su ambigüedad, este término no está recogido en el CIE-10 (ICD-10) (excepto en el caso de las sustancias que no producen dependencia); las expresiones “consumo perjudicial” y “consumo de riesgo” (“hazardous use”) son equivalentes en la terminología de la OMS, si bien normalmente hacen referencia sólo a los efectos sobre la salud y no a las consecuencias sociales. La *Office of Substance Abuse Prevention* de Estados Unidos también desaconseja el empleo del término “abuso”, aunque expresiones tales como “abuso de sustancias” siguen utilizándose de forma extendida en Norte América para referirse generalmente a los problemas relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas.

En otros contextos, se ha utilizado el término abuso para referirse a patrones de uso no autorizados o con fines no médicos, con independencia de sus consecuencias. Así pues, la definición publicada en 1969 por el Comité de Expertos en Farmacodependencia de la OMS fue “consumo excesivo, persistente o esporádico de drogas, que no es consecuente ni está relacionado con una práctica médica aceptable”.

Al respecto de la definición ofrecida por la OMS, debemos llevar a cabo una actualización del concepto de abuso, ya que el glosario data de 2014 y los criterios diagnósticos de la Organización han cambiado. La última edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales, denominado DSM-5 (publicado en 2014), cambia respecto a la tercera edición la cual se cita en la definición, y el abuso pasa a ser una categoría de lo que denominan Trastornos Relacionados con Sustancias. Así pues, aparecen niveles de severidad en atención al número de criterios diagnósticos presentes en el individuo, que pueden ser: bajo (2-3), moderado (4-5) o severo (6 o más).

Estos 11 criterios proceden de unir los de abuso con los de dependencia del DSM-IV, con la salvedad de excluir el criterio denominado *tener problemas legales* (que apenas se utilizaba y que ha sido eliminado) y de incluir el término *craving* (que significa: compulsión, ansia). Se ha sugerido por parte de expertos, que la categoría de *baja* equivale al *abuso* del DSMIV, y las de *moderado* y *severo* a las de *dependencia* del DSM-IV.

Los 11 criterios diagnósticos son: el uso peligroso, los problemas sociales relacionados con el consumo, el incumplimiento de los principales

roles por el consumo, el síndrome de abstinencia, la tolerancia, el uso de mayor cantidad o durante más tiempo de la sustancia, los intentos repetidos de dejar o controlar el consumo, el consumo de una sustancia por mucho más tiempo del que se pensaba al principio, los problemas físicos o psicológicos relacionados con el consumo, el dejar de hacer otras actividades debido al consumo y el ya mencionado *craving*⁸.

2.8. PATOLOGÍA DUAL O COMORBILIDAD

Este término, que presenta un alto grado de especialización, debe ser definido por fuentes especializadas de modo que, una vez más, acudimos al *Glosario de términos de alcohol y drogas* de la OMS. La inclusión de este término en este apartado no es aleatoria, se pretende resaltar la importancia negativa de la combinación del problema de la drogadicción con otros trastornos en una misma persona, dentro del problema genérico de las adicciones y sus derivados en la sociedad:

Comorbilidad o Patología Dual: Término general que se refiere a la comorbilidad o coexistencia de un trastorno debido al consumo de sustancias psicoactivas y de otro trastorno psiquiátrico en la misma persona. A veces, estas personas reciben el nombre de “enfermo mental consumidor de drogas”. Un significado menos frecuente es la coexistencia de dos trastornos psiquiátricos que no están relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas. El término también se ha aplicado a la coexistencia de dos diagnósticos de trastornos debido al uso de sustancias (Por ejemplo, la politoxicomanía). El empleo de este término no implica la naturaleza de la asociación entre los dos trastornos ni ninguna relación etiológica entre ambos.

Se trata pues de una circunstancia que combinaría la existencia de una adicción con un segundo trastorno psiquiátrico (enfermos mentales

⁸ Becoña, E. (2014) *Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos (Substance-related and addictive disorders)*, Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace - Revista Iberoamericana de Psicosomática nº 110.

consumidores de drogas) o de dos o más trastornos relacionados con el consumo de sustancias diferentes (la politoxicomanía).

El lexicón relacionado con el universo de las sustancias estupefacientes, su uso y abuso, daría pie a la redacción de un glosario mucho más extenso del que, por razones lógicas de extensión, se hace aquí. Por tanto, y tras definir los conceptos básicos que ayudan a una mejor comprensión de este fenómeno, iremos definiendo en lo sucesivo aquellos términos que requieran explicación mediante el uso de notas a pie de página.

3. CLASIFICACIÓN Y FENOMENOLOGÍA DE LAS DROGAS

El concepto de droga comprende una lista de tipos de sustancias adictivas bastante amplia. Sin ir más lejos, en las últimas décadas han proliferado las conocidas como drogas de diseño, cuyo génesis químico sintético favorece la aparición de diferentes tipos nuevos de sustancias cada año. Del mismo modo, su clasificación permite diversas aproximaciones teóricas. Si las reseñamos de más a menos genéricas, observamos que:

1. Por el grado y tipo de dependencia que producen: existen drogas que **no producen dependencia** (alucinógenos consumidos en determinados contextos religiosos o mágicos; si bien esta tipología es minoritaria); drogas que **generan dependencia psíquica en exclusiva** (como la cocaína o el cánnabis); y drogas que **producen dependencia tanto física como psíquica** (alcohol, opiáceos, anfetaminas).

2. Por la acción básica que ejercen sobre el sistema nervioso central (SNS), la clasificación más extendida en el ámbito científico establece que hay: **drogas psicodépresivas** (o tranquilizantes), **drogas psicoestimulantes** y **drogas psicodislépticas** (alucinógenas). Hemos elegido esta clasificación para desarrollar unas tablas de las drogas más comunes presentes en el mercado ilícito de estupefacientes en las que se hace referencia a su forma de presentación y uso más habitual y las consecuencias que tiene sobre el sistema nervioso (véanse las tablas 1, 2 y 3).

Al respecto de los efectos que provocan las sustancias estupefacientes, se dice que generan **ilusión**, cuando la percepción de un determinado objeto es inexacta; **alucinación**, cuando lo que se percibe no tiene contrapunto en la realidad, pero se percibe como real; y, por último, **delirio**, cuando la idea referente a la realidad es errónea pero, en contra de toda lógica, el sujeto que la posee la mantiene.

3. Según el grado de peligro que tiene la droga para la salud del consumidor, y de acuerdo con la doctrina y la jurisprudencia, se habla de: drogas duras (heroína, morfina, cocaína, metadona, sintéticas, LSD, mescalina, etc.), causantes de un grave perjuicio a la salud pública; y drogas blandas (marihuana o hachis mayormente).

Naciones Unidas también estableció una clasificación de estas sustancias en su Convención única de 1961 sobre estupefacientes⁹, en un intento de redactar un acuerdo internacional de aceptación general, en sustitución de los tratados existentes sobre la materia. La finalidad de la convención era limitar el uso de estupefacientes a los fines médicos y científicos y establecer cooperación y fiscalización internacionales constantes para el logro de los fines recogidos en el documento. De esta manera, clasificaron las sustancias estupefacientes y sus precursores en cuatro listas, cada una de las cuales tenía una serie de obligaciones en el ámbito de su distribución, comercialización, almacenaje, importación, exportación y demás aspectos relacionados con su difusión entre el público.

3.1 CLASIFICACIÓN SEGÚN SU EFECTO SOBRE EL SNS

Para una mejor comprensión y percepción visual de la clasificación de las sustancias estupefacientes que existen a día de hoy, lo ideal es presentarlas en forma de tablas, para cuya redacción se ha acudido a unas clasificaciones registradas por el National Institute on Drug Abuse (NIDA), una organización gubernamental norteamericana que posee una página web con una ingente cantidad de información acerca de los tipos, efectos y peligros de las sustancias estupefacientes.

Basándonos en los contenidos recogidos en dicho sitio web, e intentando actualizarlos respecto a nuevas realidades en el campo de los estupefacientes (se han incluido sustancias de reciente introducción en el mercado ilícito como el K2, la burundanga, el Alfa-PVP o el PMMA), se ha elaborado una serie de tres tablas en las que se recogen las drogas más habituales en función de si son sustancias depresivas, estimulantes o alucinógenas.

⁹ Convención única de 1961 sobre estupefacientes, enmendada por el Protocolo que modifica la Convención única de 1961 sobre estupefacientes. Nueva York, 8 de agosto de 1975.

DEPRESORES				
TIPO DE DROGA	EJEMPLOS (nombre común)	FORMA DE USO	APARIENCIA	ALGUNAS CONSECUENCIAS
Cannabis	Marihuana Hashish (Hash)	Fumada. Puede ser consumida también infundada y en galletas o pasteles	Hierba de olor característico Sustancia gomosa de color negro-café	<ol style="list-style-type: none"> 1. Posibles daños al Sistema Nervioso por las sustancias usadas para su cultivo 2. Síndrome de desmotivación. 3. Disminución de la capacidad creativa e intelectual. 4. Esterilidad en el hombre. 5. Trastornos en el ritmo ovulatorio de la mujer. 6. Factor de riesgo para cáncer 8 veces superior al del tabaco.
Cannabinoides sintéticos	Green Rush MDMB-CHMICA (mamba negra) Fubinaca, K2, spice	Fumada Oral	Hierba de color característico Pastillas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Reacciones violentas o agresivas 2. Al ser un producto nuevo, el desconocimiento de sus efectos puede llegar a provocar la muerte.
Tranquilizantes	Valium, Lexotán, Ativán, Rohypnol, Rivotril.	Oral	Pastillas y tabletas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Promiscuidad sexual 2. Desinhibición de los impulsos agresivos. 3. Deterioro en los procesos de pensamiento, atención y memoria. 4. Cambios desfavorables en actitudes escolares y sociales.
Alcohol	Cerveza, Vino, Tequila, Licor	Bebido	Líquido	<ol style="list-style-type: none"> 1. Detención y/o deterioro del crecimiento físico, mental y emocional. 2. Desinhibición de impulsos agresivos y sexuales. 3. Alto riesgo de accidentes al conducir. 4. Aislamiento social.

Opiáceos (narcóticos) de origen natural	Heroína	Inyección: subcutánea, intravenosa o intramuscular Fumada Inhalada	Piedra o polvo café, amarillento o blanco.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Deterioro en el pensamiento, atención y memoria. 2. Cambios drásticos en actitudes escolares y sociales. 3. Síndromes de supresión violentos. 4. En la supresión o en periodos de no consumo estados anímicos centrados en insatisfacción y frustración. 5. Exposición a contagio de enfermedades infecciosas (hepatitis, SIDA).
Opiáceos (narcóticos) de origen natural con efectos sobre la voluntad	Escopolamina (burundanga)	Oral o inhalada. También transdérmica.	Polvos o parches	<ol style="list-style-type: none"> 1. Puede llegar a anular la voluntad de quien la consume, siendo usada en la comisión de ciertos delitos. 2. Amnesia 3. Aumento de la frecuencia cardíaca. 4. Insuficiencia respiratoria 5. Delirios y psicosis 6. En situaciones extremas, la muerte.
Opiáceos (narcóticos) de origen sintético y análogos	Codeína, Nuvain, Darvón, Temgesic, Demerol, Fentanil	Oral Intravenosa	Jarabes Pastillas, cápsulas. Soluciones inyectables	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alto nivel adictivo. 2. Suprimen el hambre. 3. Estados de desnutrición. 4. Apatía ante la vida. 5. Deterioro de la capacidad de pensamiento. 6. Agresión en la supresión 7. Problemas escolares, laborales y sociales
Barbitúricos	Pentobarbital, Secobarbital.	Oral	Cápsulas de color rojo, amarillo o azul.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alto riesgo de intoxicación cruzada con alcohol 2. Riesgo de paro respiratorio. 3. Apatía ante las actividades cotidianas.
Inhalables	Tonsol (<i>toncho</i>), Thinner, Resistol (<i>chemo, pegue, FZ-10, flan, activo, vainilla</i>) Gasolina, Nitrito de amilo (<i>poppers, rush</i>) Cyanocrilato (<i>pegamento</i>)	Inhalado	Líquido transparente de olor penetrante Pegamento amarillo	<ol style="list-style-type: none"> 1. Conductas agresivas. 2. Depresión del sistema inmunitario del organismo. 3. Síndrome de supresión intenso. 4. Experimentación de estados anímicos de frustración y depresión. 5. Deterioro de los procesos mentales. 6. Aislamiento. 7. Aumento del ritmo cardíaco 8. Al reducir el funcionamiento del sistema inmune, aumento de la probabilidad de contraer ETS

Tabla núm. 1

Cuadro clasificatorio de sustancias estupefacientes depresoras del sistema nervioso, forma de uso, apariencia y posibles consecuencias.

ESTIMULANTES				
TIPO DE DROGA	EJEMPLOS nombre común)	FORMA DE USO	APARIENCIA	ALGUNAS CONSECUENCIAS
Cocaína	Cocaína (coca, blanca nieves, perico)	Inhalada, fumada, inyectada	Polvo blanco amarillento	<ol style="list-style-type: none"> 1. Fantasías paranoides. 2. Deterioro en el proceso del pensamiento. 3. Impotencia sexual. 4. Se presenta inseguridad . 5. Deterioro paulatino en la capacidad de aprendizaje. 6. Alteraciones cardiovasculares. 7. Alteraciones en la actividad cerebral.
	Crack (base, baserola)	Fumada	Piedras o cristales blancos con olor dulce	
Anfetaminas y análogos	Ionamín, Esbelcaps, Ritalín, Tonoate dospan, PMMA parametoximet anfetamina (superman), (anfetas)	Oral	Pastillas o cápsulas	<ol style="list-style-type: none"> 1. Disminución de la capacidad de atención, concentración y atención.
Metanfetamina y análogos	Alfa-PVP (flakka) Cristal (cristina) Ice, Crank	Oral, Inyectado Inhalado	Píldoras, sales de baño, polvo blanco o como pedazos de cera.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Generan una dependencia muy intensa. 2. Complicaciones orgánicas como daño al hígado, pulmón, riñón, irritación cerebral, pérdida de peso, desnutrición, deficiencias en el sistema inmunológico.

Tabla núm. 2

Cuadro clasificatorio de sustancias estupefacientes estimulantes del sistema nervioso, forma de uso, apariencia y posibles consecuencias.

ALUCINÓGENOS				
TIPO DE DROGA	EJEMPLOS (nombre común)	FORMA DE USO	APARIENCIA	ALGUNAS CONSECUENCIAS
Alucinógenos de origen natural	Hongos (pajaritos, san isidros, derrumbes, monguis)	Oral	Similar a champiñones	<ol style="list-style-type: none"> 1. Alta probabilidad de sobredosis por la dilación de sus efectos 2. Alto riesgo de rompimientos psicóticos. 3. Exposición a accidentes. 4. Deterioro en la capacidad de pensamiento. 5. Apatía hacia las actividades cotidianas. 6. Aislamiento. 7. Explosiones de agresión. (especialmente con el consumo de PCP) 8. Cambios desfavorables en actitudes escolares, familiares y sociales 9. Vacío existencial.
	Peyote (cabeza, botones)		Tubérculo amorfo	
Alucinógenos de origen sintético y análogos	LSD (ácidos, micropuntos)	Oral (en azúcar o BLOTTERS: calcamonías o pedazos de papel)	Líquido e incoloro	
	Doc			
	Descloroketamina	Inhalado	Líquido, cápsulas píldoras o polvo blanco cristalino	
	PCP (polvo de ángel)	Inyectado		

Tabla núm. 3

Cuadro clasificatorio de sustancias estupefacientes alucinógenas, forma de uso, apariencia y posibles consecuencias.

4. EL TRATAMIENTO LEGAL DE LAS SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES EN EL ORDENAMIENTO JURÍDICO ESPAÑOL

Partiendo de la base de que el consumo y la posesión de sustancias estupefacientes en España no se castiga *per se* (veremos el desarrollo administrativo y legal en epígrafes subsiguientes), sino que requiere de una serie de circunstancias ulteriores para que dicha conducta sea penada o sancionada, es procedente conocer por qué la drogodependencia es génesis de un problema que ha de atajar la criminología como ciencia multidisciplinar. Es decir, qué contexto criminológico-legal tiene la drogodependencia en España que la haga acreedora de una intervención integral.

4.1. DROGAS EN EL ORDEN PENAL

En el orden penal se hace referencia a infracciones relacionadas directamente con las drogas en dos vertientes diferenciadas. La primera de ellas tiene que ver con el tráfico de sustancias estupefacientes en general, estableciendo una serie de conductas merecedoras de reproche penal que van desde el mero tráfico hasta los actos de cultivo o elaboración de las mismas. La segunda de ellas hace referencia a los delitos cometidos contra la seguridad vial bajo los efectos de las drogas, una tipología delictiva que está directamente relacionada, en gran medida, más con la drogodependencia que con los consumos puntuales de este tipo de sustancias.

4.1.1 Las drogas en el Código Penal español: infracciones, atenuantes y eximentes

4.1.1.1. Artículo 368 del Código Penal

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.

El artículo 368 penaliza el cultivo, la elaboración y el tráfico de drogas y se establece como tipo marco para las conductas relacionadas con la distribución de sustancias estupefacientes con ánimo de lucro.

4.1.1.2. Artículo 369.1 del Código Penal

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 deshabitación 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 deshabitación o rehabilitación, o en sus proximidades.

8.ª El culpable empleare violencia o exhibiere o hiciere uso de armas para cometer el hecho.

El artículo 369 establece una serie de agravantes al tipo básico de tráfico de drogas. De esta manera, si la conducta es llevada a cabo por trabajadores públicos, en el ámbito de la delincuencia organizada, en establecimientos

abiertos al público, hacia menores o si las sustancias que se distribuyen tienen unas determinadas características en función de su cantidad o composición, merecerán mayor reproche penal.

Consideración especial merece, debido a la temática que aborda el presente trabajo, el apartado séptimo de anterior artículo que implica un agravante de la pena si las conductas de tráfico se llevan a cabo en las inmediaciones de centros de deshabituación o rehabilitación, unos establecimientos que son epicentro de la estrategia estatal para combatir las adicciones y cuya protección frente a incursiones de traficantes de sustancias estupefacientes en un entorno social cuyos integrantes son susceptibles de recaídas queda jurídicamente establecida.

4.1.1.3. Artículo 369 bis del Código Penal

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.

El artículo 369 bis del Código Penal establece agravantes para aquellos supuestos en los que las conductas descritas se realicen en el marco de una organización criminal, castigando especialmente a los jefes, encargados o administradores de las organizaciones. Del mismo modo, se introduce la

posibilidad de que sea una persona jurídica la que se dedique al tráfico de sustancias estupefacientes y se especifica su responsabilidad penal.

4.1.1.4. Artículo 379.2 del Código Penal

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

Una conducta que el legislador ha querido reflejar de manera específica es el manejo de vehículos a motor y ciclomotores bajo la influencia de alcohol o drogas. En el caso del alcohol, el legislador sí que establece de manera específica la tasa que delimita la conducta delictiva y, de manera evidencial, se lleva a cabo una prueba con un etilómetro autorizado por el Centro Español de Metrología.

En cuanto a las drogas, al existir tal diversidad de estas y causar unos efectos tan variables en función de la complejidad y de la genética de cada persona, los agentes responsables de la seguridad del tráfico (generalmente pertenecientes a la Guardia Civil y a las Policías Locales) toman como muestra la saliva del conductor para efectuar unas pruebas que arrojan un resultado absoluto, ya sea positivo o negativo, a la presencia de sustancias estupefacientes en el organismo. Si esta muestra resulta positiva, se toma otra de carácter evidencial que será ulteriormente analizada para determinar el tipo de sustancia y su cuantificación. Una vez analizada la muestra, el informe del laboratorio se incorpora al expediente y continúa su tramitación. Si se incoa en vía administrativa, la sanción es de 1.000 euros y la pérdida de 6 puntos del permiso de conducir. Si desemboca en la vía penal, el Código Penal establece penas de prisión de 3 a 6 meses, multa de 6 a 12 meses, o trabajos en beneficio de la comunidad de 30 a 90 días, y privación del derecho a conducir de 1 a 4 años¹⁰.

¹⁰ Dirección General de Tráfico. (2018). *Cómo se hace un control de drogas, paso a paso*. Recuperado de: <http://revista.dgt.es/es/sabia-que/normas/2018/0703como-se-hace-un-control-de-drogas.shtml#.XPPD8RYzBIU>

4.1.1.5. Artículo 20.2 del Código Penal, la eximente del estado de intoxicación plena

Están exentos de responsabilidad criminal:

2.º El que al tiempo de cometer la infracción penal se halle en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión, o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.

Esta eximente, con presencia casi testimonial en la jurisprudencia estatal, cabría ser aplicada únicamente en los supuestos de delitos de comisión por omisión en los que el inculpado haya estado presente, ya que su redacción deja patente que la persona a la que se le aplique debe estar bajo un estado de intoxicación plena, siempre que no hubiera previsto o debido prever la comisión del hecho delictivo, lo que anula el elemento intelectual y volitivo de la conducta reprochable, rozando este estado prácticamente la inconsciencia.

4.1.1.6. Artículo 21 del Código Penal: la atenuante de la grave adicción a sustancias estupefacientes

Son circunstancias atenuantes:

1.ª Las causas expresadas en el capítulo anterior, cuando no concurrieren todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos.

2.ª La de actuar el culpable a causa de su grave adicción a las sustancias mencionadas en el número 2.º del artículo anterior.

[...]

El legislador prevé con este artículo que se atenúe la pena de toda aquella persona que actué a causa de su grave adicción a las sustancias mencionadas en el artículo 20.2 (bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos) y establece una suerte de eximente incompleta para completar circunstancias en la que no quepa aplicar de manera total dicho artículo.

Esta redacción pone de manifiesto la dicotomía adicción-enfermedad y genera una responsabilidad estatal para con el adicto, cuya intervención penal, más allá del reproche de carácter punitivo que merezca, debe incorporar una serie de medidas para paliar en todo o en parte la adicción que tenga a sustancias estupefacientes.

4.1.1.7. Artículo 83.1, apartado séptimo, del Código Penal: la suspensión de la ejecución de la pena por participación en programas de deshabituación

El juez o tribunal podrá condicionar la suspensión (de la ejecución de la pena) al cumplimiento de las siguientes prohibiciones y deberes cuando ello resulte necesario para evitar el peligro de comisión de nuevos delitos, sin que puedan imponerse deberes y obligaciones que resulten excesivos y desproporcionados: [...] 7.ª Participar en programas de deshabituación al consumo de alcohol, drogas tóxicas o sustancias estupefacientes, o de tratamiento de otros comportamientos adictivos.

En los supuestos en los que el juez o tribunal lo considere necesario para evitar la reincidencia de un determinado individuo, se podrá decretar la suspensión de la ejecución de la pena impuesta, siempre y cuando dicho individuo se someta a un programa de deshabituación al consumo de sustancias estupefacientes y de otros comportamientos adictivos (juego o nuevas tecnologías, por poner un ejemplo).

De nuevo queda patente la voluntad estatal de buscar una salida a las personas con problemas de adicciones varias en una estrategia de deshabituación que rompería el círculo adicción – delito en determinadas situaciones bajo la forma de beneficios procesales.

4.1.1.8. Artículo 376 del Código Penal: la reducción de la pena por conclusión efectiva de un tratamiento de deshabituación

[...]

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.

El artículo 376 marca un nuevo beneficio procesal a aquellos individuos que, siendo drogodependientes en el momento de la comisión de los hechos tipificados en los artículos 368 a 372 del Código Penal (delitos relacionados con el tráfico de drogas, en un sentido amplio), acrediten que han completado un programa de deshabituación. Este beneficio queda supeditado a que la cantidad de droga por la que fueron condenados no fuera de notoria importancia o de extrema gravedad¹¹. Para que se considere que una cantidad de drogas es de notoria importancia habrá que acudir al Acuerdo de Pleno de la Sala Segunda del Tribunal Supremo de fecha 19 de noviembre de 2001¹² y se mantienen vigentes hasta la fecha. Si hablamos de las drogas más habituales en España, para heroína, esta cantidad de notoria importancia sería de 300 gramos; para cocaína, de 750 gramos; para hachís, de 2.500 gramos y para marihuana, de 10.000 gramos.

El cálculo de dichas cantidades se realizó a través de un estudio encomendado al Instituto Nacional de Toxicología, donde se determinó la cantidad para cada sustancia multiplicando por 500 una dosis considerada de consumo diario.

4.2. DROGAS EN EL ORDEN ADMINISTRATIVO

En el orden administrativo, podemos encontrar la presencia de figuras relacionadas con las sustancias estupefacentes en la reciente Ley Orgánica 4/2015 de Protección de Seguridad Ciudadana.

¹¹ Art. 370.3 Código Penal. 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.

¹² <http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Poder-Judicial/Tribunal-Supremo/Jurisprudencia-/Acuerdos-de-Sala/Acuerdo-sobre-la-agravante-de-cantidad-de-notoria-importancia-de-drogas>

4.2.1. Ley Orgánica 4/2015 de Protección de la Seguridad Ciudadana (LOPSC)

La apodada por parte de la población española como ‘ley mordaza’ dedica en su régimen sancionador (Capítulo V, L.O. 4/2015) un apartado a la posesión de drogas en vía pública, otro a la intervención sobre el problema conocido como de las “cundas” o “taxis de la droga”, otro más al cultivo de sustancias estupefacientes que no constituya infracción penal y que se haga a la vista del público y, del mismo modo, otro a la tolerancia del consumo de sustancias estupefacientes en locales públicos por parte de sus propietarios. Dichos artículos quedan redactados como sigue:

“Artículo 36.16. *El consumo o la tenencia ilícitos de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, aunque no estuvieran destinadas al tráfico, en lugares, vías, establecimientos públicos o transportes colectivos, así como el abandono de los instrumentos u otros efectos empleados para ello en los citados lugares.*

Artículo 36.17. *El traslado de personas, con cualquier tipo de vehículo, con el objeto de facilitar a éstas el acceso a drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, siempre que no constituya delito.*

Artículo 36.18. *La ejecución de actos de plantación y cultivo ilícitos de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas en lugares visibles al público, cuando no sean constitutivos de infracción penal.*

Artículo 36.19. *La tolerancia del consumo ilegal o el tráfico de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas en locales o establecimientos públicos o la falta de diligencia en orden a impedirlos por parte de los propietarios, administradores o encargados de los mismos.”*

Al respecto, hay que reseñar que, administrativamente, tanto la posesión de droga en vía pública, como el resto de las actividades arriba reseñadas, se califican como infracciones graves y se sancionan con multas que van desde los 601 euros hasta los 30.000 euros (Artículo 39 LOPSC).

En el caso de que dicha sanción se imponga a un menor de edad, la LOPSC establece en su Disposición Adicional Quinta que estas sanciones podrán suspenderse siempre que, a solicitud de los infractores y de sus representantes legales, aquellos accedan a someterse a tratamiento o

rehabilitación, si lo precisan, o a actividades de reeducación. Estas actividades son parte de un plan de estrategias contra la adicción que, en un estadio temprano del proceso de drogadicción, pueden arrojar resultados positivos.

4.3. CONCLUSIONES

A la vista de lo escrito, quedan pocos resquicios en nuestro ordenamiento jurídico (tanto en el ámbito criminal como en el administrativo) en los que un individuo pueda justificar la presencia de drogas en la sociedad. En este sentido, tan solo cabría entender como una posesión y/o consumo plenamente permisible de sustancias estupefacientes, aquellas que han sido cultivadas o elaboradas en el domicilio privado, sin exponerse este proceso a la vista de terceras personas y bajo cuya influencia no se conduzca ningún vehículo ni se lleve a cabo ninguna conducta de riesgo para la integridad física de cualquier persona.

Del mismo modo, el legislador, conocedor de la problemática de la drogodependencia, ha incluido una serie de circunstancias modificativas de la acción criminal en las que el abuso de estupefacientes es protagonista. Así, ha codificado una eximente para casos de intoxicación plena, un atenuante para personas que actúen a causa de su grave adicción, un supuesto de suspensión de condena para quien acceda a participar en programas de deshabituación en determinados contextos y una reducción de pena para quien efectivamente lo consiga.

5. EFECTOS Y PROBLEMAS DERIVADOS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS ESTUPEFACIENTES

Cesar Herrero Herrero¹³, en su *Criminología: Parte General y Especial*, dedica al fenómeno de los estupefacientes una serie de capítulos en los que aborda su dimensión criminógena. En este sentido, cita a Helen Nowlis, quien dice que:

“No hay un efecto único de cualquier droga. Todas las drogas tienen múltiples efectos y éstos varían según las dosis, los individuos y las ocasiones y los lugares en el caso de un mismo individuo. Los efectos de una droga dependen de la interacción entre ella y el individuo, fisiológica, psicológica y socialmente definida. Los individuos son complejos y variados. Los efectos de las drogas serán, pues, complejos y variados.

En toda droga hay a) una dosis eficaz, b) una dosis tóxica, y c) una dosis mortal. Cada uno de estos tipos de dosis es una abstracción estadística, un término medio. Cada uno de ellos es la dosis con la cual el 50 por ciento de un grupo dado alcanza a) el efecto perseguido o b) el efecto que se define como tóxico (ya sea en el plano fisiológico o bien en el del comportamiento) o c) muere. En dosis bajas y moderadas, está científicamente demostrado que factores ajenos a la droga tales como las características fisiológicas y psicológicas del sujeto, su estado fisiológico y psicológico normal, las razones por las cuales consume la droga y lo que espera de ella, el medio físico y social en que lo hace, son a menudo más importantes para determinar los efectos de una droga dada que cualquier otra característica de la propia droga. Basta con pensar en los efectos del alcohol, que puede hacer del bebedor un ser sociable, locuaz, retraído, deprimido, alegre, llorón, adormilado, ofensivo, destructivo, desenvuelto, ebrio o comatoso. Todo depende de quién ha ingerido el alcohol, de sus razones, de la cantidad y del lugar.”¹⁴

Herrero asume que lo que Nowlis quiere significar es que las sustancias estupefacientes provocan en quien las toma una variedad amplísima de efectos que van desde la anomia hasta el estado de sobreexcitación, sin perjuicio de los efectos ulteriores de degradación biológica (incluida la muerte) que puedan provocar. Sin embargo, es imprescindible otorgar un mayor grado de importancia a los síndromes de abstinencia (definidos en el capítulo 1 del

¹³ Herrero Herrero, C. (2007): *Criminología: Parte General y Especial*, Editorial Dykinson, S.L., Madrid.

presente trabajo), que provocan que la persona afectada de problemas de adicción oriente todo su esfuerzo a la consecución de sustancias estupefacientes sea cual sea el modo de conseguirlo. Así, es tal la degradación tanto física como social que viene sufriendo el drogodependiente, que el recurso al delito es el más sencillo para satisfacer sus necesidades más primarias.

En general, y salvo algunas posturas críticas¹⁵ con el supuesto de que la droga genera delincuencia, se ha llegado a la conclusión de que esta relación causa-efecto es perfectamente válida. En este sentido, diversos trabajos llevados a cabo por organismos como Cruz Roja o Proyecto Hombre¹⁶ concluyen que el consumo de estupefacientes comporta problemas a quien lo consume en diversos niveles: familiar, sanitario, social, económico, conductual, laboral, relacional, etc.

Otra visión del problema que establece Herrero Herrero en su obra tiene que ver con dónde se establece el foco a la hora de tratar el problema: si en la droga en sí, como sustancia química; o si en la adicción que provoca, sobre todo la dependencia psíquica que produce, siendo este el punto donde se genera la patología. Un enfoque que el autor califica como *humanista* y que no se excluye de los programas más avanzados de lucha contra este fenómeno al concluir que un planteamiento antropológico del problema no está reñido necesariamente con la lucha contra la droga por sus efectos nocivos para las personas. Del mismo modo, reducir el concepto a su vertiente clínica sería eliminar la dimensión social que posee y que es sumamente compleja.

¹⁵ En la propia obra de Herrero, previamente citada, se recogen críticas de criminólogos como Baratta, que afirman que el enfoque que se le da a la drogodependencia siempre proviene de los círculos de poder imperantes y que las teorías que arrojan sobre la figura del drogodependiente favorecen lo que Merton conocía como “La Profecía Autocumplida” o, desde otro prisma, el “Teorema de Thomas”; según el cual una imagen de la realidad constantemente afirmada produce efectos reales acordes con la imagen.

¹⁶ Estos datos aparecen reflejados en obras como el Informe del Observatorio de Proyecto Hombre de 2017, por ejemplo.

5.1. FACTORES CRIMINÓGENOS DE LA DROGADICCIÓN

En *Criminología: parte general y especial*, Herrero Herrero establece tres hipótesis que clarificarían la vertiente criminógena del consumo de sustancias estupefacientes, a saber:

1) La droga causa delincuencia

Hipótesis que peca de incompleta, ya que es una afirmación que debería tener en cuenta la multiplicidad de sustancias estupefacientes existentes en la esfera pública.

Sin embargo, existen trabajos¹⁷ que concluyen que el consumo de sustancias que causan dependencia física provoca criminalidad de carácter funcional, es decir, la que está dirigida a conseguir una dosis de esta. Entre los tipos delictivos predominantes en esta tipología prevalecerían los delitos contra el patrimonio en todas sus modalidades: hurtos, robos con violencia e intimidación y robos con fuerza en las cosas.

2) La delincuencia empuja a la droga

Esta hipótesis, a juicio de Herrero Herrero, es la que más se acerca a la realidad y, para demostrarlo, pone en común una serie de trabajos de diversos autores¹⁸ que concluyen que el delincuente, o al menos una parte considerable de ellos, ya lo es previamente a caer en una drogodependencia. Es decir, que la persona con problemas de dependencia cae en la drogadicción o comienza a consumir estas sustancias con carácter posterior al comienzo de su carrera delictiva.

3) La delincuencia y la droga son causalmente independientes

Que establece que la delincuencia y la droga no son causa o efecto la una de la otra, sino que ambas mantienen un origen común tanto individual como social, y habría que concluir que los factores que determinan a un

¹⁷ Jiménez Villarejo, J.: "Los drogodependientes y su incidencia en la criminalidad"; en Vol. Col. *La Droga en la Sociedad actual. Nuevos horizontes en Criminología*; Caja de Ahorros de S. Sebastián, 1985, pp. 143 y ss.

¹⁸ Herrero cita a autores como Comas Arnau en *El uso de drogas en la juventud* (1985); a Elena Pérez Fernández en *Una aproximación a las relaciones entre conductas adictivas y delincuencia en la población juvenil* (1990) o a J. M. Otero en *Droga y delincuencia. Concepto, medida y estado actual del conocimiento* (1994).

individuo concreto a delinquir, lo determinarán también a desarrollar una adicción a las sustancias estupefacientes.

De estas tres hipótesis no es descabellado deducir que un conjunto amplio de teóricos no llega a establecer una conclusión principal que prevalezca sobre el resto, lo que nos puede llevar a la conclusión de que estas tres hipótesis pueden ser diferencialmente válidas para distintos grupos de consumidores de diferentes sustancias estupefacientes. La gran diversidad tipológica de drogas y la individualidad de cada consumidor pueden ser las causantes de la falta de consenso.

No obstante, Herrero Herrero, establece una serie de conclusiones en lo referente a la relación droga-delincuencia:

a) Al respecto de la criminalidad endógena del consumidor, el autor señala como de probable comisión los delitos cometidos por imprudencia contra la seguridad vial y los delitos contra las personas (generalmente lesiones y, eventualmente, contra la vida), derivados de los efectos estimulantes que provocan el consumo de estas sustancias, comúnmente potenciadoras de agresividad y violencia.

b) Al respecto de la criminalidad exógena del consumidor, hay que tener en cuenta principalmente: los delitos contra la propiedad, con los que obtener fondos para financiar el consumo; la falsificación de documento público y, más concretamente, de las recetas médicas, con el fin de conseguir dichas sustancias o análogas; y, del mismo modo, el propio tráfico de drogas, destinado a la acumulación de fondos, con la finalidad de favorecer el autoconsumo.

5.2. CONCLUSIONES

De esta manera, cabría preguntarse: ¿es la droga la que favorece la aparición de la delincuencia o viceversa?

Herrero Herrero¹⁹ plantea dos conclusiones básicas al respecto de la relación directa entre origen de droga y delincuencia, en las que simplifica toda la literatura que se ha vertido sobre este tema que, como se ha visto en párrafos precedentes, no es escasa. De esta forma:

- Frecuentemente el delincuente ya lo era antes de convertirse en adicto, por lo que la droga, por sí misma, no genera delincuencia.
- Al hilo de lo anterior, el delincuente, al acceder a la droga potencia su carrera delictiva. De lo que cabe concluir que la droga tiene una capacidad criminógena no de génesis, sino de potenciamiento.

¹⁹ Herrero Herrero, C. (2007): *Criminología: Parte General y Especial* pp. 679-683, Editorial Dykinson, S.L., Madrid.

6. ESTADO DE LA CUESTIÓN

Podríamos decir que el primer escalón de cualquier estrategia que se precie y quiera erradicar la cuestión de las drogadicciones es el de trabajar con pleno conocimiento del estado del problema en un momento dado. Existe una pluralidad de agentes sociales y gubernamentales dedicados a tiempo completo a trabajar en este campo de estudio. Conocer la información que arrojan las investigaciones que llevan a cabo es un deber inexcusable de todo aquel que pretenda poner freno a la droga.

Una serie de valiosísimas fuentes de información a la que acudir para conocer el estado de la cuestión de las adicciones en España proviene del Instituto Nacional de Estadística (en adelante INE), la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) y del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Estos organismos públicos abordan regularmente la cuestión desde diversos puntos de vista, en consonancia con la multidisciplinariedad del sujeto de estudio, que lo hace acreedor de un abordaje desde diversos enfoques.

Pasamos a comentar cuatro estudios específicamente escogidos por su relevancia y vigencia, llevados a cabo por los organismos arriba mencionados y que nos pueden proporcionar un marco sobre el que posteriormente actuar.

6.1. ENCUESTA SOBRE EL ALCOHOL Y OTRAS DROGAS EN ESPAÑA: 'EADDES', PERIODO 2017-2018²⁰

En España se lleva a cabo bienalmente la encuesta EADDES, una encuesta que evalúa el consumo de alcohol y drogas, así como de otras adicciones, a nivel nacional. La encuesta está dirigida a personas de entre 15 y 64 años, separa el estudio entre drogas legales y drogas ilegales, trata también la prevalencia del uso de drogas e incluye, igualmente, un apartado sobre

²⁰ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, (2018). *Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EADDES) 1995-2017*. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EADDES.htm [fecha de última consulta 20-06-2019].

juego. En la última publicada, que data del año 2017, se arrojan los siguientes resultados:

- En términos generales, se estabiliza el consumo de todo tipo de drogas, excepto el del alcohol y el del cannabis, los cuales aumentan.
- El 7,4% de las personas encuestadas beben alcohol a diario. Se trata de la cifra más baja desde que se inició esta serie de encuestas en 1995.
- En cuanto a la cocaína, el 1,1% de los encuestados la han consumido en el último mes estudiado.
- El consumo de drogas minoritarias como el éxtasis, las anfetaminas y, mención especial, la heroína (una droga que causó estragos en la España de los años 80) se mantiene en el último mes estudiado por debajo del 0,3%.
- A pesar de aumentar la percepción del riesgo que genera el consumo de cannabis, su consumo ha aumentado un 2% en el último mes estudiado.
- En cuanto al juego, el porcentaje de personas que han jugado con dinero online en el último periodo de estudio es del 3,2.

La evolución o prevalencia en el consumo de drogas legales e ilegales que se ha dado en el periodo en el que ha estado activa esta encuesta (desde 1995, como decíamos, hasta esta última edición del período 2017/2018) se puede apreciar de manera visual en el siguiente gráfico:

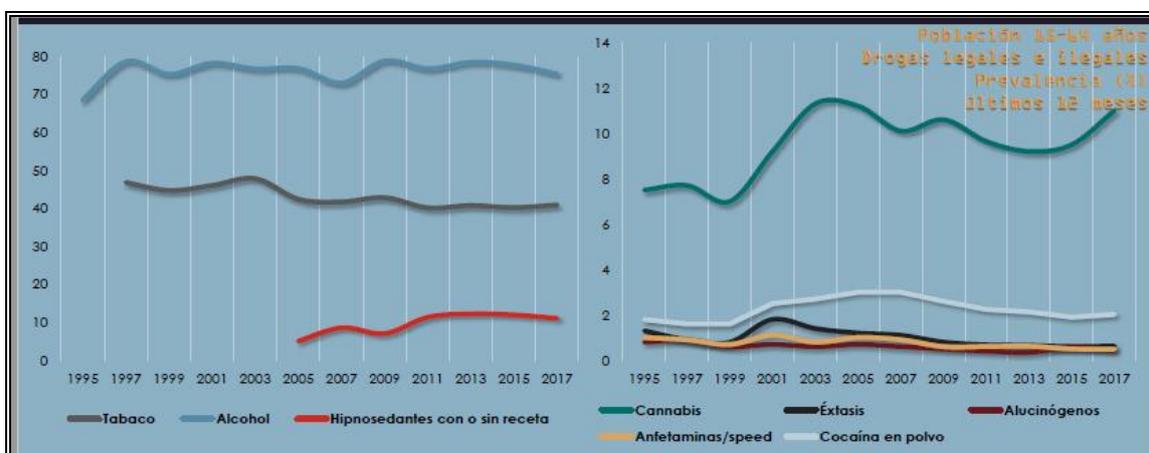


Fig. 1.- Prevalencia del consumo de drogas 1995-2018

El análisis pormenorizado de la encuesta EDADES, cuyas características principales hemos desglosado en este capítulo, nos deja una serie de desafíos en lo que a lucha estatal contra la delincuencia se refiere, sobre todo en los campos del alcohol y el cannabis.

En el caso del alcohol, es difícil abordar un plan de prevención que no choque de manera diametral con la industria del vino (una bebida alcohólica que es la base de la gastronomía estatal y de la economía de muchas regiones, recordemos que existen alrededor de 960.000 hectáreas de viñedos en el campo español²¹) y, en menor medida de la cerveza (en los últimos años se ha experimentado una explosión de la industria de la cerveza artesanal y ya es rara la región que no tiene una variedad de esta bebida aromatizada con sabores y/o olores de la zona). En este sentido, creemos positivo **potenciar el consumo y la producción de bebidas sin alcohol** (aprovechando los avances científicos en este campo, que favorecen la producción de productos que mantienen las características básicas de estos pero sin alcohol) así como el mantenimiento de **planes de lucha contra el alcoholismo** y, sobre todo, la lucha contra el conocido como **turismo de borrachera**, que sin tener que ir dirigido exclusivamente a nacionales de terceros países, aporte una visión de este tipo de diversión a la juventud que no sea positiva para reducir el número de personas que abusan de este tipo de bebidas.

6.2. INDICADORES DE PROBLEMAS RELACIONADOS CON LAS DROGAS

La Delegación del Gobierno de España para el Plan Nacional sobre Drogas (la cual se enmarca dentro del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social) establece planes anuales con el fin de obtener información sobre los problemas relacionados con las drogas en base a cinco diferentes indicadores. Estos son:

²¹ Observatorio Español del Mercado del Vino (2018). *Informe sobre la superficie del viñedo en España - 2018*. Disponible en <https://www.oemv.es/superficie-de-vinedo-en-espana-ano-2018>. [fecha de última consulta 20-06-2019]

- a) Las admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.
- b) Las urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas.
- c) La mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas.
- d) El consumo problemático/de riesgo de drogas.
- e) Las infecciones por consumo de drogas.

Los datos de estos indicadores suponen una carga de información muy valiosa con la que trabajar y llevar a cabo intervenciones más eficaces relacionadas con el campo de las adicciones, y con la que contribuir, en último término, a mejorar la salud de la población.

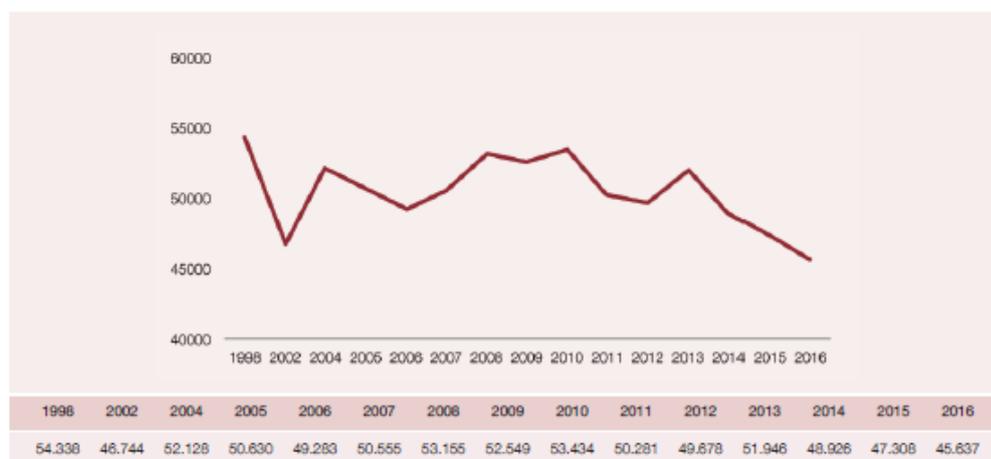
6.2.1. Las admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas²².

El Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA), relaciona directamente el conocimiento del número y las características de las personas que se están tratando por el abuso o la dependencia de sustancias psicoactivas, con el volumen de información a nuestra disposición sobre la situación y las tendencias del consumo de drogas. En concordancia, estos datos son fundamentales a la hora de establecer estrategias contra la drogodependencia.

De este informe, publicado en el año 2018 y que corresponde a las cifras obtenidas en el año 2016, se puede extraer lo siguiente:

- Que el número de personas admitidas a tratamiento (45.637) ha descendido un 4% desde el año 2015, si bien la tendencia, con altibajos constantes, se ha mantenido estable desde el comienzo de la obtención de estos datos en 1998 (véase fig. 2).

²² Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, (2018). Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas 2018. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2018_Informe_Indi_admisiones.pdf [fecha de última consulta 20-06-2019].



FUENTE: OEDA. Indicador Admisiones a Tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas.

Fig. 2.- Evolución de los admitidos a tratamiento por consumo de drogas 1998-2016

- Que la droga que causa más admisiones a tratamiento es la cocaína (un 39,2% del total), seguida del cannabis (29,2%) y los opioides (26,8%).

- Que las personas que son admitidas por primera vez en su vida lo suelen hacer por cannabis (un 40,7% del total), tendencia que se mantiene por quinto año consecutivo. Esta droga, también prevalece entre los admitidos menores de 18 años, con un aplastante 96,6% del total. En el caso de extranjeros, las tres drogas mayoritarias (cocaína, heroína y cannabis) se reparten por igual entre los admitidos a tratamiento.

- Que más de la mitad de los admitidos a tratamiento en 2016 lo hacían por primera vez en su vida, lo cual viene siendo una tendencia estable, y que el 83,9% de los admitidos fueron varones. La edad media de estas personas está en 35 años. Resulta curioso que del 9,6% de admitidos totales que supone la tasa de extranjeros no nacidos en España, el reparto entre sexos sea igualitario frente al caso de los españoles que son varones en su mayoría.

- Que la fuente principal de derivación a estos servicios de asistencia ha sido el círculo cercano de los adictos: familia y amigos (el 52,9%), mientras que el sistema público de salud derivó a casi un tercio del total (el 27,1%).

Este estudio, que hemos desglosado aquí de modo superficial, nos aporta un importantísimo volumen de información que conforma el perfil del consumidor habitual en España. De esta manera, y atendiendo al conjunto de

criterios que el estudio aborda, podemos concluir que para disminuir de manera drástica el número de adictos a una determinada sustancia (tomamos como ejemplo el decrecimiento exponencial de los adictos a los opioides como la heroína, droga que hizo mucho daño en la España deprimida de los años 80), debemos bloquear el acceso de la población a las sustancias que son consumidas de manera mayoritaria, esto es, la cocaína y los cannábicos. Esto se puede llevar a cabo desde dos frentes principales: primero, desde el campo de la prevención, alertando desde los diferentes agentes sociales y haciendo uso de medios de comunicación y redes sociales para la difusión de los riesgos derivados del consumo de dichas sustancias. Del mismo modo y en un segundo punto de ataque, se deben reforzar desde el sistema público de seguridad, el control y la eliminación de la entrada en España de este tipo de drogas. Ello se consigue dotando a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, garantes de la seguridad en las fronteras y puntos de acceso al territorio español, y al Servicio de Vigilancia Aduanera, de medios y personal para combatir el tráfico de sustancias estupefacientes. Igualmente y en el campo internacional, es imperativo establecer vías de cooperación en especial, con territorios limítrofes como Marruecos y con Sudamérica por ser estas zonas puntos de origen demostrados de estas sustancias. En este sentido, una colaboración eficaz a nivel internacional para el control y la eliminación de este tipo de sustancias se antoja importantísima para, quizá no erradicar, pero si disminuir de manera diametral, el consumo de drogas en España. De puertas para adentro, se debe poner coto a la proliferación de plantaciones de Cannabis *indoor*, dotando de herramientas y medios a los cuerpos de seguridad que luchan contra esta modalidad delictiva que comprende, no solo el delito contra la salud pública, sino la criminalidad organizada, el blanqueo de capitales y el fraude energético.

6.2.2. Las urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas²³.

El indicador por urgencias hospitalarias provocadas por el consumo de alguna droga es el más breve de los cuatro. Sin embargo, los datos que aporta son altamente significativos, puesto que la atención de urgencia de una persona causada por el consumo de sustancias estupefacientes puede ser el detonante de una intervención terapéutica sobre la misma.

Así, en 2016, último año del que se han podido recoger datos, se notificaron 8.588 episodios de urgencias en los que el historial médico reseñaba consumo de alguna droga (excluyendo casos terapéuticos). De estos, 4.565 (el 53,2% del total) tenían una relación causa-efecto directa con alguna droga. La tendencia en estos guarismos ha permanecido estable desde el año 2011.

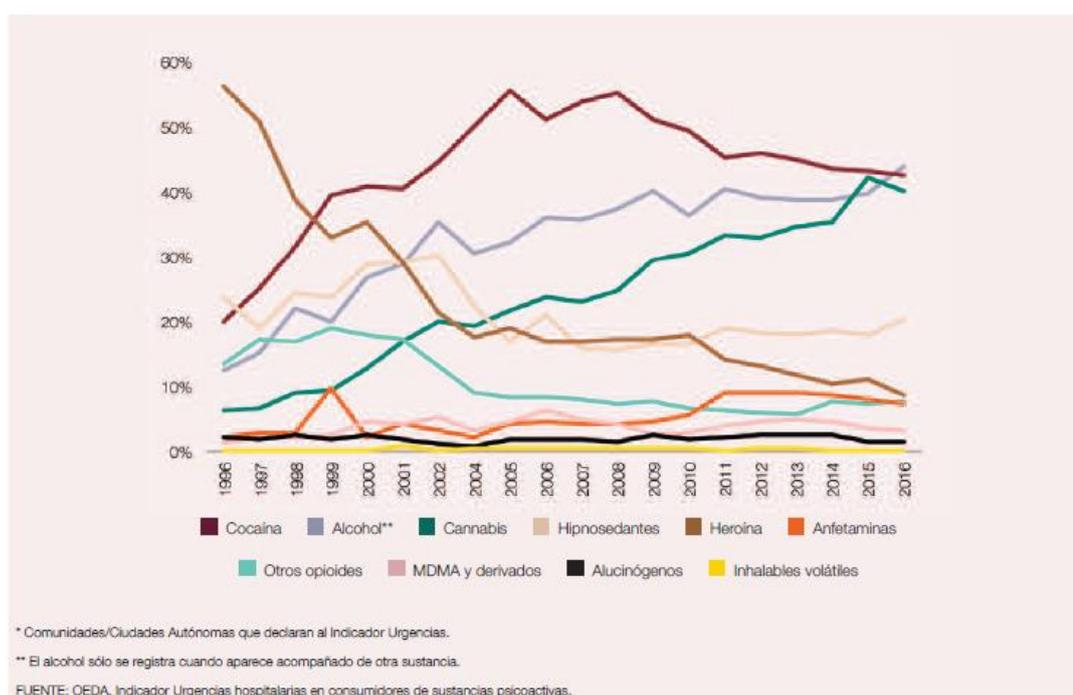


Fig. 3.- Urgencias hospitalarias según el tipo de droga que la causa desde 1996 hasta 2016.

En la Fig. 3 observamos de nuevo, una prevalencia de la cocaína (42,5%), el alcohol²⁴ y los cannábicos sobre el resto de drogas, lo que nos permite

²³ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, (2018). *Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas 2018*. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2018_Informe_Indi_Urgencias.pdf [fecha de última consulta 20-06-2019].

aventurar que el mayor volumen de información preventiva acerca de drogas por parte del estado debe ir enfocado a minimizar su consumo, sin perjuicio de hacerlo con el resto de tipos de sustancias estupefacientes. En esta gráfica también se aprecia el descenso radical de las urgencias provocadas por la heroína, que va camino de convertirse en una sustancia marginal al nivel de los estupefacientes minoritarios. Por el contrario, observamos, en correlación con el resto de los estudios, el auge del cannabis en el periodo estudiado y la estabilización desde principios de siglo de la cocaína, si bien su prevalencia, como comentábamos, es notoria.

De esta manera, estrategias que atajarían los problemas de drogadicción de personas que han tenido que ser atendidas de urgencia por el consumo de algún tipo de sustancia estupefaciente podrían ser: la entrega de folletos informativos a estas personas cuando sean atendidas en los centros médicos o su derivación automática a un especialista en adicciones tras su primera intervención de urgencia. El hecho de sufrir una patología médica que requiera de asistencia urgente bien puede ser un serio toque de atención para evitar que un consumo desbordado de una sustancia dada se convierta en un problema de adicción.

6.2.3. La mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas²⁵.

La Estadística de defunciones según la causa de muerte que recoge el Instituto Nacional de Estadística se realiza siguiendo los criterios establecidos por la OMS en la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE), a la que ya nos hemos referido en capítulos anteriores.

Los datos sobre causas de muerte se obtienen a través de tres cuestionarios: el Certificado Médico de Defunción o Boletín Estadístico de Defunción, el Boletín Estadístico de Defunción Judicial y el Boletín Estadístico de Parto.

²⁴ Nótese, que en este estudio para considerar al alcohol causante de una urgencia médica, su consumo ha de ir necesariamente acompañado por el de otra sustancia.

²⁵ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, (2018). Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas 2018. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2018_Informe_Indi_mortalidad.pdf [fecha de última consulta 20-06-2019].

En este aspecto, el INE señala que en 2017 (último año con datos observables) 0,501 personas de cada 100.000 tuvieron como causa de fallecimiento los trastornos mentales debidos al uso del alcohol; el 0,030 de cada 100.000 lo hicieron por trastornos mentales debidos al uso de drogas y el 1,631 de cada 100.000 lo hicieron por lo que conocemos generalmente como sobredosis (envenenamiento accidental por psicofármacos y drogas de abuso).

6.2.4. El consumo problemático/de riesgo de drogas²⁶.

Refrescando lo redactado, en el punto 1.6 de este trabajo definíamos el consumo que se presenta como problemático, es decir, un patrón de consumo que genera problemas, individuales o colectivos para el que lo consume y para quien tiene a su alrededor, generalmente familia, entorno laboral y grupo de iguales. Por su parte el consumo de riesgo es un patrón de consumo que “eleva el riesgo” de presentar elementos nocivos para el consumidor y, por extensión, para la sociedad. Decíamos que la diferencia es contextual y que podíamos establecer la diferencia en dos estadios de consumo: primero, el de riesgo; y, cuando ya genera conflictos, el problemático.

El OEDA dedica uno de sus indicadores a analizar el consumo problemático y de riesgo de drogas en la sociedad española y lo califica como un reto a corto y medio plazo en términos de provisión de servicios y salud pública.

Debido a la diversidad de drogas existentes en el mercado negro (entiéndase drogas en el sentido amplio), la diversidad del perfil del consumidor, el contexto social de este, etc., establecer una tipología de consumo de riesgo de manera general es una misión imposible. Por tanto el OEDA individualiza este rasgo en función de la sustancia consumida y según los datos que se aportan desde los otros indicadores que comentamos en este capítulo, fundamentalmente las encuestas en población general (EDADES) y en estudiantes (ESTUDES) y el Indicador Admisiones a tratamiento. En cuanto

²⁶ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, (2018). *Indicador Consumo problemático/de riesgo de drogas 2018*. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2018_Informe_Indi_consumo_problemativo.pdf [fecha de última consulta 20-06-2019].

al tipo de sustancia consumida, en la edición analizada de este indicador que data de 2018 (último año estudiado 2016), se han llevado a cabo estimaciones de consumo problemático de alcohol, cannabis, cocaína, heroína, uso inyectado de drogas e hipnosedantes.

La metodología que ha seguido el OEDA para identificar a los consumidores de riesgo tiene como base una estimación de la OMS de unidades de consumo en combinación con los estudios ya referidos en el presente capítulo. De esta manera, atendiendo a las dosis consumidas y diferenciando por sexos, se infiere si el consumidor es acreedor de prevención primaria o de una intervención breve.

De esta mezcla del análisis de este indicador se desprende:

- Que para el alcohol, y según el criterio de la OMS en el que establece el consumo de riesgo en 17 unidades de bebida estándar en mujeres y en 28 en hombres, el 5% de los consumidores de alcohol lo son de riesgo.

- Que para el Cannabis, el estudio se apoya de las encuestas ESTUDES y EDADES y arroja como resultado que, utilizando unos test²⁷ de evaluación del consumo de los estudiantes encuestados en ESTUDES, un 2,8% podrían estar realizando un consumo problemático de cannábicos (61.810 jóvenes de 14 a 18 años). Según la encuesta llevada a cabo sobre la población general (EDADES), el número de consumidores problemáticos se estima en 558.549 personas, sobre todo en el rango de edad de 15 a 34 años y de sexo masculino. Otro método de consideración del consumo de riesgo se lleva a cabo midiendo la frecuencia del consumo en el último mes, considerándose de riesgo el haber consumido 20 veces o más en el último mes. En tal caso la cifra se dispara hasta los 800.000 consumidores frecuentes de cannabis en el rango de 15 a 64 años.

- Que en el caso de la cocaína se establece una serie de criterios desde el OEDA, según la cual se asocia la frecuencia del consumo y la vulnerabilidad relacionada con la edad para definir a los consumidores problemáticos. Este

²⁷ El test CAST Cannabis Abuse Screening Test es un cuestionario que mide las tendencias de consumo de las personas encuestadas, arrojando unos determinados valores a las respuestas de estos. Si el resultado del test es mayor de cuatro, se considera que el encuestado es un consumidor de elevado riesgo.

estudio tiene como fuente, una vez más, la encuesta EDADES. En este sentido, el protocolo considera consumidor problemático a aquel que haya consumido cocaína 26 días o más del último año. En España existen, según los resultados de este informe, 72.962 personas que realizan consumo problemático de cocaína, lo que supone un 0,23% de la población de 15 a 64 años y un 11,7% de los consumidores del último año.

- Que en el caso de la heroína, el estudio cifra entre 46.014 y 90.579 personas que presentan un consumo de riesgo de heroína, si bien los encuestados no fueron estos consumidores de manera directa, sino que se introdujeron una serie de variables en la encuesta EDADES que arrojaron resultados sobre la existencia de estos. De este modo, podemos inferir que del informe, esta cifra no es la más concluyente. No obstante, atendiendo al resultado de los diferentes estudios consultados para el presente trabajo, se puede concluir con seguridad que la heroína es ya una droga residual en España (téngase en consideración que a principios de los noventa la heroína tuvo un pico máximo de consumidores problemáticos que superaba los 150.000).

- Que el estudio de los consumidores problemáticos por vía inyectada es similar al de la heroína, arrojando los investigadores una horquilla que se situaría en 2016 entre las 7.698 y las 17.671 personas.

- Que el caso de los hipnosedantes es peculiar, al ser un tipo de sustancia estupefaciente en el que el consumidor medio es de sexo femenino, más concretamente, una mujer de entre 45 y 54 años, con estudios secundarios, casada y que vive con su pareja e hijos. Coincide del mismo modo que un porcentaje considerable de estas personas había sido diagnosticada en algún momento de su vida de ansiedad (43%), depresión (44,1%) o insomnio (29,7%). Este estudio usó como base la encuesta EDADES usando criterios médicos incluidos en el DSM-V. La prevalencia de un consumo problemático de hipnosedantes es del 2,5% en la población española de 15 a 64 años.

6.2.5. Las infecciones por consumo de drogas²⁸.

En este indicador, se trata de analizar la prevalencia del binomio drogas-VIH, una enfermedad autoinmune que desde los años 80 ha supuesto un problema de salud relacionado con el uso de drogas grave.

A pesar del descenso de los contagios por VIH y sida desde mediados de los noventa (principalmente por la elevada disponibilidad de tratamientos de mantenimiento con metadona o los programas de intercambio de jeringuillas y material relacionado, así como del descenso del consumo de heroína en general), los investigadores están muy atentos, además, a las infecciones por hepatitis (sobre todo B y C), cuya presencia entre los adictos estudian desde el año 2014.

El estudio arroja como resultados que en 2016 se diagnosticaron en España 3.353 nuevos casos de VIH. El 3,6% de ellos se infectaron como consecuencia del consumo de drogas por vía parenteral²⁹. Según el estudio, en los últimos años, la transmisión de VIH por uso de drogas inyectadas representa un porcentaje bajo, y su prevalencia se mantiene estable en los últimos años.

En este sentido cabe destacar que las políticas públicas en relación a la drogodependencia llevadas a cabo desde los años noventa y destinadas a poner freno a la difusión del VIH entre la población adicta de España, han tenido resultados positivos a la luz de las cifras presentes en este estudio.

²⁸ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, (2018). *Indicador Infecciones en consumidores de drogas 2018*. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2018_Informe_Indi_Infecciosas.pdf [fecha de última consulta 20-06-2019].

²⁹ La vía parenteral es aquella que introduce la sustancia estupefaciente en el organismo habitualmente mediante una aguja hueca en su interior. Dentro de las principales vías de administración parenteral se encuentran la intravenosa, intraarterial, intramuscular y subcutánea, existiendo varias otras.

6.3. DROGAS EN ENSEÑANZAS SECUNDARIAS. 'ESTUDES'³⁰

La encuesta sobre el consumo de drogas en enseñanzas secundarias que el OEDA ha llamado Encuesta ESTUDES es especialmente relevante para el tema que tenemos entre manos. La razón es bastante lógica: si atacamos de manera eficiente el consumo de sustancias estupefacientes desde la raíz, desde los primeros momentos del consumo de muchas personas, se puede inferir una disminución en las adicciones *a posteriori*. De este modo, uniendo los resultados de la encuesta ESTUDES con estrategias para abordar sus puntos más débiles se podría llegar a efectuar un plan para minimizar el efecto de los estupefacientes en la adolescencia.

La encuesta ESTUDES más reciente data de 2018 y presenta los datos obtenidos entre los años 2016 y 2017. En ella se han estudiado los hábitos sobre consumo de drogas en estudiantes de 14 a 18 años. Los aspectos más relevantes de esta edición son:

- La edad media en la que los jóvenes encuestados consumen alcohol y tabaco por primera vez se sitúa en los 14 años. En el caso del alcohol, en la primera encuesta ESTUDES, el inicio del consumo en los jóvenes estudiantes se situó en los 13,5 años. Por su parte, el inicio del consumo del tabaco que en la edición de 2018 se sitúa en los 14,1 años, lo que supone un retraso progresivo de un año en el primer contacto con esta sustancia, la cual en la edición de 2006 se situaba en los 13,1 años.
- El consumo de alcohol en todos los indicadores temporales desciende, al igual que lo hacen los patrones de consumo de riesgo. Estos datos chocan con la percepción social imperante y la visión que se oferta desde los medios de comunicación de masas acerca del ocio de los menores.
- El consumo de cannabis en el último año aumenta, aunque disminuye el consumo en los últimos 30 días, llamado consumo

³⁰ Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, (2018). Encuesta sobre uso de drogas en España (ESTUDES), 1994-2016. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm [fecha de última consulta 20-06-2019].

reciente. Este dato puede indicar una futura reducción del consumo. Los jóvenes se inician en su consumo a los 14,8 años de media.

- El consumo de cocaína en el último mes alcanza mínimos históricos con el 1% de los estudiantes encuestados (en 2004 fue del 3,8%).
- La droga más consumida entre los jóvenes es el alcohol (75,6%), seguida por el tabaco (34,7%). El cannabis se sitúa a continuación, siendo la primera droga ilegal (26,3%) y tras este, los hipnosedantes con y sin receta (11,6%).
- El uso compulsivo de Internet aumenta hasta el 21% (un 4,6% más que en la anterior edición de la encuesta), una cifra nada desdeñable que, a pesar de aparentar ir en consonancia con la actual revolución digital que vive la sociedad occidental, debe tenerse en consideración. Se advierte una mayor prevalencia entre mujeres (23,8%), que entre hombres (18,3%). A los 16 años es cuando se presentan las mayores cifras en uso compulsivo de Internet (22,3%).
- El juego en Internet con dinero se sitúa en un 6,4%, frente al 9,8% anterior. Un dato que choca con el apartado precedente en el que se podría inferir que a más uso compulsivo, mayor probabilidad de que el juego con dinero online aumentara, si bien ha sido al contrario.

Es evidente que los datos arrojados por la encuesta ESTUDES, aportan una información valiosísima en el campo de la prevención de la drogodependencia. De lo arriba extraído, se pueden plantear *grosso modo* tres planes de choque: un plan para minimizar la adicción a las nuevas tecnologías, debido a su crecimiento exponencial y al bajo nivel de riesgo que se percibe en la sociedad en este ámbito; un plan para intentar dilatar el inicio en el consumo de alcohol y tabaco entre las edades de 13 y 14 años (lo que sería aproximadamente primero y segundo de ESO en el sistema educativo español vigente); y, por último, un plan de choque para alertar de los riesgos del

consumo de cannabis en edades tempranas, en particular, y que debería ir en consonancia con el plan de alerta en la población general por el mismo tema.

El contrapunto crítico hacia los planes propuestos en el párrafo anterior estaría en que si se circunscribe los planes al ámbito escolar, puede correrse el riesgo de no alcanzar a toda la población objeto de intervención por lo que, aparte del lógico trabajo en institutos del territorio nacional, debería abrirse el campo hasta otros entornos en los que llegar al mayor porcentaje de universo objetivo posible, por ejemplo: redes sociales, centros de ocio, organizaciones juveniles, escuelas de padres, medios de comunicación de masas, etc.

7. ESTRATEGIAS CONTRA LA DROGODEPENDENCIA: LA ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE ADICCIONES (ENA)³¹

Una vez contextualizados y definidos los pormenores que rodean al mundo de la droga y las adicciones en los extremos que, por razones lógicas de extensión, nos permite este trabajo, debemos abordar el epígrafe principal que da título al mismo. Pero antes, debemos responder a la siguiente pregunta: ¿quién o quiénes son los responsables de elaborar y aprobar una estrategia contra la drogodependencia?

Para comenzar, es necesario discernir entre si esta tarea compete a una sola persona o colectivo (tanto público como privado) o si, por el contrario, se puede abordar desde distintos frentes. En este sentido, y tomando como modelo el ejemplo español, debemos responder que una estrategia contra la drogodependencia efectiva debe ser consecuente con todas las realidades presentes en un contexto (temporal o físico) concreto, y saber extraer lo mejor de cada uno de los actores implicados en el mismo. Así, en España, la Estrategia Nacional sobre Adicciones, fruto del trabajo de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, que se encuadra en la Secretaría de Estado de Servicios Sociales y, a su vez, en el Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, se presenta como un documento participativo y de consenso acordado entre todas las Administraciones Públicas, las organizaciones no gubernamentales del sector, las sociedades científicas, los centros de investigación y todas aquellas instancias públicas y privadas que forman parte del Plan Nacional Sobre Drogas, cuya obra mayor

³¹ El presente capítulo ha sido redactado íntegramente siguiendo el texto de la Estrategia Nacional sobre Drogas que se reseña a continuación. En caso de incorporar información de otra fuente, ésta será debidamente citada.

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre Drogas (2018). *Estrategia nacional sobre adicciones 2017 – 2024*. Disponible en http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ESTRATEGIA_N.ADICCIONES_2017-2024_aprobada_CM.pdf [fecha de última consulta 21-06-2019].

es dicha Estrategia Nacional y que actúa a modo de marco para dirigir las actuaciones necesarias para la consecución de sus objetivos.

Esta estrategia no es un documento que haya surgido de la nada. Por el contrario, se fundamenta y apoya en los dos documentos homónimos que le precedieron en los tramos de 2000 a 2008 y de 2009 a 2016, así como en los tres Planes de Acción que desarrollaron dichas estrategias, unos documentos que fueron establecidos para los periodos 2005-2008 en relación a la primera estrategia y 2009-2012 y 2013-2016 en relación a la segunda. Al finalizar los plazos correspondientes a una estrategia nacional sobre adicciones dada, se lleva a cabo, igualmente, una evaluación de dichas estrategias que mide la eficacia de las mismas en función de los objetivos marcados en ellas. De igual manera, en la introducción de la estrategia estatal queda patente que la estructura que la sustenta se basa en la de la Estrategia de la Unión Europea para el periodo 2013-2020, si bien adaptada a la realidad española.

La implantación de la Estrategia se lleva a cabo a través de dos Planes de Acción, tal y como se ha comentado anteriormente, de periodicidad cuatrienal (de 2017 a 2020 y de 2021 a 2024 respectivamente). Estos Planes incluyen una lista de acciones específicas a desarrollar con todos los organismos responsables de su ejecución y, del mismo modo, cuentan con indicadores e instrumentos de evaluación de dichas acciones.

Así, podemos concluir que la Estrategia Nacional sobre Adicciones actúa como documento raíz en el que basan sus actuaciones los organismos dedicados a combatir las drogadicciones en España, ya sean delegaciones públicas u organizaciones no gubernamentales (La Fundación de Ayuda a la Drogadicción (FAD) o Proyecto hombre, por ejemplo, incluyen el documento en sus páginas web). Dicho documento es fruto a su vez de estrategias anteriores y para su elaboración se tienen en cuenta las evaluaciones de sus predecesoras.

Por tanto, y habida cuenta de que la Estrategia Nacional sobre Adicciones es un documento plenamente aceptado por todos los actuantes en este campo, la usaremos como modelo para definir qué es y qué debe contener una plan estratégico contra la droga.

7.1. CONTENIDOS

El documento redactado por la Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas no se basa en una mera retahíla de recomendaciones para atajar el consumo de drogas en un grupo social dado, sino que incluye varios apartados que son necesarios para, en conjunto, abordar dicho problema:

7.1.1 La situación de las adicciones en España:

Tal y como se ha realizado en el presente trabajo, en su capítulo sexto, llamado 'Estado de la Cuestión', la Estrategia Nacional Sobre Drogas incluye un apartado donde describe y comenta asuntos como: los sistemas de información existentes en el país, principalmente a nivel gubernamental; la evolución de los consumos y las conductas adictivas; los problemas asociados al consumo y a las conductas adictivas, y su impacto social; el mercado de la droga y el juego, y los aspectos relacionados; las actuaciones desarrolladas en el campo de la reducción de la demanda y la oferta y, por último, una serie de retos que afrontar en este campo de estudio.

En este sentido, cabe remarcar que la edición 2017-2024 de este plan incluye por primera vez actuaciones frente a la adicción a las nuevas tecnologías y al juego que, si bien no tienen nada que ver con sustancias estupefacientes, se están convirtiendo en un problema de primer nivel que genera perjuicios similares a los ocasionados por la droga. Del mismo modo, la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2024 prioriza su actuación en menores, mujeres y personas mayores de 64 años e incluye un amplio apartado dedicado al enfoque de género del problema.

Los sistemas de información de los que bebe la Estrategia Nacional sobre Adicciones son, además de los documentos reseñados en el capítulo anterior (indicadores, encuesta EDADES y encuesta ESTUDES, Planes Autonómicos de Drogas en conjunto con las Administraciones Públicas de ámbito estatal, autonómico y local que tienen alguna clase de contacto con el problema de la drogadicción). La puesta en común de todas estas fuentes aporta la mejor y más realista visión sobre el asunto.

En este apartado, que recordemos, pretende establecer un contexto en lo que a drogas en el estado español se refiere, se hace mención a la Evaluación de la Estrategia Nacional sobre Drogas anterior (2009-2016), la cual muestra una evolución positiva de las actuaciones desarrolladas en el campo de la reducción de la oferta y la demanda de drogas en España.

Según dicha evaluación, en España existe una alta variedad de programas de prevención, si bien las coberturas de estos han ido disminuyendo con respecto a la evaluación de 2009 y su oferta está muy centrada en el campo de la educación. La evaluación muestra que se ha de actuar principalmente sobre los condicionantes sociales que promueven el consumo de drogas, es decir: la promoción, la accesibilidad y la normalización social de este tipo de sustancias. Esto ha de hacerse a través de programas de prevención ambiental y de una cobertura universal garantizada de dichos programas.

En el caso de los consumidores precoces se concluye que la detección precoz y la prevención con los más vulnerables ha de ser una prioridad, otorgando un gran protagonismo a los sistemas educativo y sanitario ya que, según las fuentes de información estudiadas, el consumo de drogas está muy vinculado al fracaso escolar y a los problemas de conducta temprana.

Este apartado de la estrategia muestra datos positivos en cuanto a la asistencia integral de personas con problemas de adicción, los programas de reducción de daños por infecciones víricas y los programas de incorporación social (generalizados en todas las comunidades autónomas); si bien afirma que la reducción de presupuestos ha afectado a la cantidad de recursos, programas y coberturas.

En cuanto al tema del género y la equidad, establece respecto al primero que es fundamental optimizar la incorporación efectiva de las necesidades específicas de las féminas en todos los programas disponibles, así como integrar la violencia de género como un elemento más en el abordaje de la adicción. En lo referente al segundo, considera necesario mejorar la accesibilidad de los servicios ofertados en las diferentes zonas de España, sin tener en cuenta los problemas asociados al consumo en los distintos territorios con el fin de que no se generen situaciones de desigualdad.

La ENA establece, igualmente una serie de retos para abordar el problema de las adicciones en el estado español. En este sentido, tanto el cambio social y demográfico, en un contexto de desempleo y precariedad producto de la crisis, como la desestructuración de los hogares, con el consecuente aumento de los hogares monoparentales, entre otros factores, favorecen el consumo de droga. Igualmente aparecen discursos altamente influyentes que normalizan y blanquean el consumo de determinadas sustancias (los clubes de consumidores, por ejemplo), y que demandan nuevos formatos de regulación.

Las nuevas formas de adicción (fundamentalmente relacionadas con las nuevas tecnologías) son otro ámbito sobre el que intervenir, con la dificultad añadida de actuar sobre un campo en el que prácticamente todo es una novedad y cuyas estadísticas aún no permiten una interpretación plenamente válida. Por tanto, es necesario profundizar en estas nuevas tendencias de consumo en sucesivos planes de prevención.

En el ámbito asistencial, la ENA también establece un reto en relación con el envejecimiento de la población consumidora y el aumento de la cronicidad de los sujetos estudiados. En este sentido, la atención sobre la comorbilidad (véase el capítulo 2.8. *Definiciones*) se plantea como un nuevo reto en la edición más reciente de la estrategia.

Para reducir la oferta de drogas, se establecen una serie de medidas que son competencia casi exclusiva de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado: detectar nuevas modalidades de sustancias psicoactivas, controlar los delitos conexos a la producción y el tráfico de drogas, monitorizar el seguimiento de los grandes movimientos de capital procedentes de este tipo delictivo, desarticular los puntos de distribución (sobre todo al por menor) y controlar el cultivo autóctono de plantas de cannabis. Para alcanzar una consecución efectiva de estos cometidos es necesaria la colaboración con las FFCCS de otros organismos, como son: la Agencia Tributaria (en particular la Vigilancia Aduanera), el Instituto Nacional de Toxicología, los organismos sanitarios y las diferentes organizaciones que sean cauce de información a este respecto.

7.1.2 Epígrafes intermedios de la Estrategia Nacional sobre Drogas

La ENA, con el fin de establecer un contexto completo de sus actuaciones, reseña, en una serie de epígrafes intermedios, datos relevantes para justificar su redacción, tales como:

- El Marco Institucional: que básicamente consta del marco creado a raíz del Plan Nacional sobre Drogas en 1985, la Delegación del Gobierno para dicho Plan y su normativa de desarrollo, así como de los organismos análogos de ámbito autonómico y local. Igualmente, desde 2014, cuenta con el apoyo del Consejo Español de Drogodependencias y otras adicciones.

- La misión: consistente en ofrecer un marco de referencia con enfoques integrados, equilibrados y basados en la evidencia tanto en sentido decreciente (estado – entidades locales), como creciente (ámbito internacional).

- Objetivos generales: que son tres, a saber: la disminución de los daños asociados al consumo de drogas y a las adicciones comportamentales, la disminución de la presencia y el consumo de sustancias y el retraso de la edad de inicio de las adicciones.

- La visión: que pretende reducir en España para 2024 los daños asociados al consumo de drogas ejecutando políticas sobre estas sustancias y dirigiendo actuaciones a las personas y a su contexto.

- Los valores: que beben de la Carta de Naciones Unidas, el Derecho Internacional y la Declaración Universal de los Derechos Humanos (DUDH) y que se enumeran como sigue:

- El enfoque de salud pública integral, que incluye a la persona, a su entorno familiar y social y al conjunto de la comunidad.
- La universalidad, que establece una cobertura universal y gratuita en el marco estipulado por el Real Decreto de Cartera Básica de Servicios del Sistema Nacional de Salud y demás normativa estatal y autonómica relacionada con las adicciones.

- La coherencia y la colaboración entre Administraciones Públicas, que pretende la homogeneización de políticas y la integración de leyes y acuerdos para evitar la contradicción y las divergencias.
- La atención a la diversidad, que busca evitar la discriminación en el ámbito asistencial.
- La corresponsabilidad social y la responsabilidad pública, que persigue la intervención activa de todos los agentes sociales e instituciones en todos los ámbitos de actuación posibles.

- Los principios rectores, que la ENA lista de la siguiente manera:

- La equidad.
- La perspectiva de género.
- La transparencia.
- La evidencia científica.
- La participación.
- La intersectorialidad e interdisciplinariedad.
- La calidad.
- La eficiencia y la sostenibilidad.

- Y por último, el campo de actuación, que la ENA divide en cuatro ejes fundamentales en el campo de la lucha contra las adicciones:

- Las drogas legales (tabaco y alcohol).
- Los fármacos de prescripción médica y otras sustancias con potencial adictivo.
- Las Drogas ilegales, incluidas las nuevas sustancias psicoactivas.
- Las adicciones sin sustancia o comportamentales, haciendo especial énfasis en los juegos de apuesta (presenciales y online), así como en los videojuegos y otras adicciones derivadas de las nuevas tecnologías.

7.1.3 Las metas, áreas de actuación y los objetivos estratégicos de la Estrategia Nacional sobre Drogas.

Estableciendo dos metas básicas, la ENA fija su objetivo para el período en el cual se enmarca. Estas metas son el grueso del documento y, en gran medida, su razón de ser. Cada una de ellas conlleva una serie de áreas de actuación y se dirige en dos direcciones opuestas pero convergentes. Es decir, están enfocadas, por un lado, a **reducir la oferta de sustancias estupefacientes** (entiéndanse incluidos los comportamientos adictivos sin sustancia) y, por otro, a **controlar la demanda** de estas por parte de la población. Ambas metas, dada su importancia en el tema que nos asiste, serán debidamente desglosadas en el siguiente apartado.

7.1.4 Las áreas transversales

Para la consecución de las metas previamente mencionadas, la ENA establece una serie de actuaciones sobre unas determinadas áreas cuya transversalidad con el tema de estudio genera la necesidad de crear unas líneas de acción en dicho sentido. Estas áreas, al ser un epígrafe de gran importancia, serán desglosadas en un apartado propio, al igual que las metas.

7.2. LAS METAS DE LA ESTRATEGIA NACIONAL SOBRE ADICCIONES

La ENA establece dos metas claras para atajar el problema de la drogadicción:

- La primera se denomina: 'Hacia una sociedad más saludable e informada' y con ella se pretende operar, básicamente, sobre el problema de la demanda de la droga.

- La segunda se denomina: 'Hacia una sociedad más segura' y está enfocada hacia la oferta de sustancias estupefacientes.

La consecución de ambas metas está pormenorizadamente planificada y detallada en el Plan de Acción Sobre Adicciones para el periodo 2018 – 2020³². Dentro de cada meta, hay un subepígrafe denominado: ‘Área de actuación’, que está conformado por varias “acciones”, las cuales suponen la unidad mínima de intervención en el ámbito de la competencia del documento. De esta manera, por cada acción de cada área de actuación de cada meta, se establecen una serie de elementos sobre los que trabajar. Estos son:

- Una línea base que justifica la intervención en dicha área, presentando datos que demuestran que el trabajo al respecto es plenamente necesario.
- Unos objetivos cuya consecución implicaría el éxito en el área a la que hagan referencia.
- Unos participantes que deben ser protagonistas de la actuación sobre dicha parte del plan.
- Unas actividades que favorezcan el éxito de la acción
- Unos indicadores que, una vez cumplido el tramo de vigencia del plan, favorecerían la evaluación del mismo

Para una mejor comprensión de esta estructura, en la que se basa todo el Plan de Acción sobre Adicciones y que no es sino un desarrollo en profundidad de la Estrategia Nacional sobre Adicciones, pongamos como ejemplo la **acción** “Incremento de la eficacia de las herramientas para la investigación del blanqueo de capitales y la capacitación en esta materia, con especial atención a la recuperación de activos de procedencia ilícita”, el cual se enmarca en el **área de actuación** “Reducción y control de la oferta” y, a su vez, en la **meta** “Hacia una sociedad más segura”.

1. En la línea base se presenta el Centro de Inteligencia contra el Terrorismo y el Crimen Organizado (CITCO), que es la Oficina Nacional, en el ámbito del Ministerio del Interior, para la

³² Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre Drogas (2018). *Plan de acción sobre adicciones 2018 – 2020*. Disponible en http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PLAD_2018-2020_FINAL.pdf [fecha de última consulta 24-06-2019].

recuperación de activos. El CITCO participa en todos aquellos aspectos directamente relacionados con la recuperación de activos procedentes del blanqueo de capitales.

2. Los objetivos son:

- Potenciar la participación y actividad de las redes regionales de recuperación de activos en las que el CITCO participa.

- Mantener la actividad que en materia de capacitación se viene realizando por parte del CITCO, que organiza e imparte cursos de especialización relativos a investigaciones patrimoniales, blanqueo de capitales y recuperación de activos, además de seminarios internacionales específicos sobre dichos temas.

3. Los participantes son: El CITCO como coordinador de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, estas y el resto de policías que participen en las plataformas de coordinación que sean procedentes.

4. Como actividades, se establecen las siguientes:

- La participación activa en el intercambio de inteligencia e información sobre recuperación de activos en el seno de las diferentes redes y plataformas regionales, coordinándose esta actividad nacional con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

- La capacitación y especialización en la investigación policial del blanqueo de capitales y recuperación de activos son un referente en las actividades a realizar y, por ello, el CITCO continuará organizando y participando en los diferentes foros, cursos y seminarios, tanto nacionales como internacionales.

5. Por último, los indicadores que servirían para evaluar esta acción son:

- La redacción de un informe anual por cada actividad arriba reseñada que refleje los resultados obtenidos.

Siguiendo este modelo, en el Plan de Acción sobre Adicciones se desarrollan un total de 36 acciones que están enmarcadas, como ya se ha dicho, en las metas y, dentro de estas, en las áreas de actuación que componen la Estrategia Nacional sobre Estupefacientes española.

7.2.1. Meta 1: hacia una sociedad más saludable e informada

Tal y como se ha comentado en el apartado anterior, la primera meta de las dos que componen la ENA busca actuar sobre la demanda de drogas en la sociedad española. El consumo de drogas y sus consecuencias están asociados directamente a problemas sociales y de salud, por lo que atajarlos supone un desafío a nivel político.

Para la consecución de dicha meta, la estrategia estatal aborda cuatro áreas de actuación que versan sobre las siguientes materias, cada una de las cuales está compuesta por un texto explicativo, unos objetivos estratégicos, unos contextos de actuación, una población diana y una prevención selectiva y/o indicada.

7.2.1.1. La prevención y reducción de riesgo

Las intervenciones preventivas persiguen la reducción de los factores de riesgo y el aumento de los factores de protección frente al consumo de estupefacientes y de otras conductas que generan adicción. Estas intervenciones se llevan a cabo en tres niveles: universales (para toda la población), selectivas (para un grupo de riesgo) e indicadas (para un individuo concreto).

De igual manera, la reducción del riesgo en conductas adictivas también es objeto de intervención para evitar que los consumos puntuales se conviertan en patológicos.

En esta área de actuación los objetivos se basan en el control tanto de la promoción de las drogas, como de la accesibilidad hacia ellas; y en la promoción de la conciencia social al respecto.

Los contextos en los que el texto propone actuar son bastante amplios y van desde la comunidad educativa, las familias, el trabajo o los medios de comunicación, hasta el sistema sanitario y la hostelería o los centros de ocio.

La población diana de esta área son: los menores, los jóvenes, las mujeres (especialmente en edad reproductiva y en estado de gestación) y los colectivos más susceptibles de consumir drogas.

7.2.1.2. Atención integral y multidisciplinar

En esta área de actuación, no solo se pretende operar sobre los daños sociales y sanitarios, sino que también se busca potenciar la investigación científica y la práctica clínica en su ámbito de estudio. En este sentido, el objetivo es garantizar una asistencia de calidad adaptada a las necesidades de las personas directa o indirectamente afectadas por una conducta adictiva.

El modelo español integra los planes autonómicos, lo cual contribuye a la riqueza asistencial del modelo estatal, pese a no descartar la existencia de desequilibrios en la equidad y la accesibilidad al tratamiento.

Esta área también pretende incorporar nuevas realidades a la intervención contra las conductas adictivas en España, siendo las más acuciantes las adicciones a las nuevas tecnologías y la incorporación de la violencia de género como un aspecto estrechamente vinculado a las adicciones.

En este sentido, los fines son: garantizar la atención integral y de calidad de las personas que sufren de alguna clase de adicción, así como incorporar las nuevas realidades a las que se hacía referencia en el párrafo anterior. Los contextos de actuación se centrarían en el ámbito socio-sanitario, el penitenciario y el laboral. Y la población objetivo sería aquella sobre la que exista una indicación terapéutica dentro de los siguientes grupos: adolescentes, mujeres, adictos crónicos o con patologías duales y, del mismo modo, poblaciones de mayor edad, reclusos y minorías étnicas.

7.2.1.3. Reducción de daños

En esta área se pretende, tal y como su nombre indica, reducir los daños derivados de las conductas adictivas, sin que reducir su consumo sea

necesariamente un objetivo. Estas estrategias se pueden dar a nivel individual, familiar o social.

En España, por el caso de la heroína en los años 80, que provocó un aumento radical de la población toxicómana en el país, se ha adquirido una experiencia vital que ha provocado que los programas presenten un elevado nivel de desarrollo y eficacia. Sin embargo, se prevé necesario actualizar estas actuaciones y adaptarlas a las nuevas realidades en lo referente a la dependencia de sustancias o de comportamientos adictivos, especialmente en el campo de los medicamentos con o sin receta y de las nuevas tecnologías.

Así, los objetivos que marca la ENA versan básicamente sobre potenciar el parque asistencial del estado en la detección precoz de los problemas de adicciones y en la reducción de daños en general, así como en gestionar los diferentes actores dependientes del estado. Los contextos de actuación son: el familiar, el penitenciario, el socio-sanitario, los lugares de consumo y los lugares de ocio. Y la población diana, en este caso, está compuesta por: los consumidores de drogas inyectadas, los reclusos, los colectivos vulnerables, las mujeres adolescentes y las personas con patología dual.

7.2.1.4. Incorporación social

Según la evaluación de la ENA anterior, a pesar de existir una oferta bastante homogénea de programas de incorporación social, la cobertura territorial es desigual en las diferentes comunidades autónomas.

Por tanto, la actual estrategia señala como necesidad la optimización de los programas de incorporación social, que son procesos de socialización personalizados y flexibles, constituidos por acciones que pretenden implicar activamente a las personas a las que se dirige y facilitarles su bienestar social.

En España, la intervención sobre las personas no ha tenido el desarrollo de otras áreas en cuestiones de presupuesto o de despliegue de recursos, por lo que se antoja importante un desarrollo efectivo de estas políticas que sirva para apoyar eficazmente el tratamiento terapéutico de las personas que sufren problemas de adicciones.

Para ello, se establecen una serie de objetivos que giran en torno al desarrollo de un mejor catálogo de servicios y programas de incorporación social en centros dependientes de todas las entidades en los diferentes ámbitos (local, provincial o autonómico). La población diana de esta área son: las mujeres, las personas con adicciones crónicas o con patologías duales, las personas mayores y las minorías étnicas.

7.2.2 Meta 2: hacia una sociedad más segura

Esta meta pretende intervenir directamente sobre la oferta de sustancias que crean problemas de adicción, apuntando a la situación de permanente cambio que vive la sociedad actual. Del mismo modo persigue garantizar la monitorización, en todo momento, del mercado de la droga, para comprender los principales impulsores del cambio y seguir el ritmo de la innovación al respecto.

En términos generales, se busca combatir la indefensión que genera el quedarse rezagado en términos tecnológicos y la delincuencia relacionada con las drogas en el sentido más amplio del término, dada la preocupación que generan estas por sí solas y en conjunción con otras realidades delictivas como el terrorismo, la trata de seres humanos, el blanqueo de capitales y un sinfín más de delitos que en mayor o menor medida aparecen conexos al mundo de los estupefacientes.

Para llevar esta meta a buen fin, la estrategia estatal aborda, en esta ocasión, tres áreas de actuación que versan sobre las mismas materias que su predecesora, a saber: un texto explicativo, unos objetivos estratégicos, unos contextos de actuación, una población diana y una prevención selectiva y/o indicada.

7.2.2.1. Reducción y control de la oferta

La reducción y el control de la oferta es un objetivo que la estrategia estatal comparte con la europea. En este sentido, lo que buscan es favorecer la reducción de la disponibilidad de drogas ilegales en términos cuantificables. Esto se consigue a través de la prevención, la disuasión y la desarticulación de

la delincuencia relacionada con este tipo de sustancias, si bien hay que tener en cuenta el tipo de sustancia objetivo, pues la estrategia variará en función de que se trate de drogas legales o ilegales.

En lo que se refiere a las drogas ilegales, se actúa sobre cuatro grandes áreas vulnerables de las organizaciones criminales: el proceso de producción de las drogas a partir de materia prima y sustancias precursoras, así como el cultivo de cannabis; el proceso de distribución mayorista; el proceso de distribución minorista; y el blanqueo de capitales.

España no es un país en el que tradicionalmente existan laboratorios de creación o manipulación de sustancias estupefacientes, si bien se debe estar alerta por los posibles traslados de estos laboratorios a territorio nacional.

Las altas cifras procedentes de la incautación de sustancias estupefacientes refuerzan el concepto de España como muro de contención de estas sustancias, al tener una posición geográfica estratégica para ello. Por tanto, esta área de actuación, se mantiene vigente tras haber estado presente en las anteriores y haber mantenido buenas cifras en su evaluación.

Los objetivos que persigue esta área giran en torno a combatir el cultivo, la producción, la importación y la distribución de drogas ilegales (incluido en internet); la lucha contra el blanqueo de capitales y la lucha policial contra todos los elementos relacionados con estas realidades.

7.2.2.2. Revisión normativa

En esta área de actuación se pone el foco sobre el estado, como garante de la protección de la población de un determinado país mediante la promulgación de las diferentes normas legales. Normas que, en un contexto de globalización, han de ser lo suficientemente concretas para evitar pequeños vacíos que provocarían que, cambiando levemente la composición química de las diferentes sustancias o mediante ingeniería de evasión internacional, por ejemplo, la legislación estatal fuera insuficiente.

Es por ello que la ENA pretende buscar un equilibrio en lo que a responsabilidad individual se refiere que evite que el peso de la reducción de la

oferta de sustancias estupefacientes se convierta en una responsabilidad para un individuo concreto.

Los objetivos estratégicos de esta área giran en torno a la normativa, no solo aquella que persigue y sanciona la posesión, la distribución y el consumo de drogas ilegales, sino también toda la relativa al uso de las drogas legales en la sociedad (por ejemplo, la ley que prohíbe fumar en espacios públicos cerrados). En este apartado, cobra una importancia capital la revisión de la normativa de juego y apuestas online en relación a la accesibilidad y la publicidad relativa a esta modalidad de juego (la profusión de salas de juego y de anuncios de casas de apuestas en todos los medios es una realidad palpable), la cual está dirigida a la plena protección de los menores de edad.

7.2.2.3. Cooperación judicial y policial a nivel nacional e internacional

Como su propio nombre indica, esta área busca optimizar la cooperación internacional tanto judicial como policial en el marco de una globalización altamente perceptible de la producción, el tráfico de drogas y sus delitos conexos.

Los objetivos estratégicos en este sentido persiguen mejorar la cooperación, tanto a nivel estatal como internacional, de las diferentes fuerzas de seguridad y mejorar los mecanismos para el intercambio de información entre ellas, facilitando la cooperación en operaciones o investigaciones conjuntas. Del mismo modo, se busca fortalecer la cooperación con entidades financieras para detectar movimientos de capitales sospechosos así como reforzar las intervenciones policiales sobre organizaciones delictivas que se dediquen al tráfico de sustancias estupefacientes. A nivel local, este objetivo remarca la necesidad de controlar la venta de alcohol a menores, en un claro ejemplo de coherencia entre los resultados que tratábamos en el capítulo 'Estado de la cuestión', que mostraban el aumento del consumo de alcohol entre los menores y la acción gubernamental al respecto.

7.3. LAS ÁREAS TRANSVERSALES

Este apartado de la Estrategia Nacional sobre Adicciones versa sobre una serie de áreas que son de vital importancia para la consecución de los objetivos y las metas que se persiguen. De este modo, las áreas transversales que la ENA busca reforzar y optimizar y sobre las cuales establece unos objetivos estratégicos que garanticen su implementación son:

7.3.1 Coordinación

La coordinación se establece como un medio para que las actuaciones y las políticas llevadas a cabo mediante la estrategia estatal contra las adicciones sean equitativas y eficientes; y como un marco que favorezca la desaparición de duplicidades, la optimización del ahorro y la maximización del uso de recursos.

Para ello, se establecen una serie de objetivos estratégicos que persiguen garantizar la coherencia en las relaciones interadministrativas y el fomento de la participación de actores externos al ente público (ONGs, asociaciones diversas y público en general).

7.3.2 Gestión del conocimiento

El mantenimiento de unas fuentes diversas y de unos sistemas de información fiables que garanticen el seguimiento del problema de las drogadicciones y el conocimiento pleno al respecto es un imperativo en el campo de la prevención de la drogodependencia. Sin embargo, se antoja necesario dotar al sistema de información actual de una flexibilidad tal que le permita adaptarse a una realidad cambiante y fluida.

En relación a las novedades presentes en la ENA que se encuentra vigente en estos momentos, se propone como necesaria la integración de los datos provenientes de los Sistemas de Información Farmacéutica de las comunidades autónomas que permitan aportar conocimientos acerca del consumo y la distribución de hipnosedantes o de opioides farmacológicos.

Igualmente y como propuesta no existente en la ENA, se podría proponer la creación de un registro obligatorio de datos por parte de las casas de apuestas autorizadas en España que permita conocer de una manera fehaciente el nivel de impacto del juego online en la población española.

Finalmente, se recomienda la adecuación de los sistemas de información activos al marco de investigación general y a los planes estatales establecidos, evitando los sesgos de edad y potenciando elementos como el Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT)³³, que precisa de recursos que aseguren un mayor desarrollo.

En esta área entra en juego igualmente la formación de los profesionales del ámbito de las adicciones y de otros colectivos relacionados con el asunto, la cual es una herramienta indispensable para mejorar y asegurar la calidad de los trabajos emitidos que conforman el conglomerado que luego deriva en las diferentes estrategias contra las adicciones.

7.3.3 Legislación

Como consecuencia de la ampliación del campo de actuación de la ENA 2017-2024, se debe perseguir en la misma línea cubrir los huecos legislativos que pudiera haber al respecto. Entre ellos, tal y como comentábamos anteriormente, estaría la regulación de la publicidad relativa al juego online, por ejemplo. Del mismo modo, se deben reforzar aquellos aspectos de la lucha contra las adicciones que se antojen laxos y que no sean productivos para la consecución de los diferentes objetivos (por ejemplo la normativa sobre alcohol y menores); y se deben crear nuevos mecanismos que permitan hacer frente a un contexto cambiante, lo cual nos lleva a lo redactado en el apartado anterior, en el que se promulgaba una potenciación del SEAT para que detecte más eficazmente nuevas realidades relativas a las adicciones y nuevas sustancias psicoactivas presentes en la sociedad.

³³ El objetivo general del Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT) es desarrollar y mantener un sistema rápido de alerta para la detección, intercambio de información, evaluación y respuesta frente a la aparición de nuevas sustancias, o de eventos relacionados con el consumo de sustancias psicoactivas, que puedan generar un problema de salud pública.

7.3.4 Cooperación internacional

En el campo de la cooperación internacional existen dos ámbitos diferenciados:

- El ámbito **multilateral**:

En el que encuadraríamos: a las Naciones Unidas y a otros organismos internacionales similares; a la Unión Europea, al estar integrados en su territorio de influencia; y a las áreas geográficas de atención preferente (América Latina y Caribe, por un lado, y el Norte de África y Oriente Próximo, por otro).

- El ámbito **bilateral**:

En el que se dará prioridad a las relaciones con países de las áreas de atención preferente, generalmente incluidos en el ámbito del apartado anterior. Entre estos países podríamos encontrar, por ejemplo: a Marruecos o a Argelia, por su proximidad geográfica y por ser vías de entrada de cannábicos; a Colombia, por ser uno de los mayores productores de cocaína del mundo; o a los países de Oriente Medio (Irán o Pakistán, por ejemplo), por ser grandes exportadores de opiáceos.

Los objetivos que se marcan en ésta área transversal versan básicamente sobre la mejora de las relaciones de cooperación con los diferentes países y, en especial, sobre el cumplimiento de las recomendaciones operativas del documento UNGASS. Este documento, fruto de una sesión especial de la Asamblea General de Naciones Unidas que, llevada a cabo en 2016, versó íntegramente sobre drogas, se marca como objetivos el abordaje y el contrarresto eficaz del problema mundial de las drogas, haciendo especial hincapié en la defensa de los Derechos Humanos.

7.3.5 Comunicación y difusión

La nueva ENA 2017-2024 refuerza las acciones que tienen que ver con la comunicación y la gestión del conocimiento del Plan Nacional sobre Drogas, buscando establecer la Delegación del Gobierno para dicho plan como centro nacional de referencia en conocimiento respecto a las adicciones.

7.3.6 Evaluación y calidad

Esta área transversal cierra la Estrategia Nacional sobre Adicciones 2017-2014. Se trata de un apartado breve pero de vital importancia para el mantenimiento del trabajo iniciado en 1985 con la creación del Plan Nacional sobre drogas, y que asegura que las diferentes estrategias y sus documentos derivados no sean documentos aislados, sino que existan sinergias entre todos ellos que favorezcan la intervención sobre los puntos flacos y el refuerzo de los apartados ya consolidados en ediciones anteriores.

Para ello, la ENA trabajará en tres ejes principales que serán liderados por la Comisión Interautonómica y aprobados por la Conferencia Sectorial del Plan Nacional sobre Drogas. Estos serán llevados a cabo en colaboración con las universidades y la sociedad civil, y son: la acreditación de todo el material disponible en el campo de las adicciones y la accesibilidad de este en todos los rincones del territorio, la creación y difusión de un catálogo de buenas prácticas y el establecimiento de un catálogo de servicios (con su correspondiente metodología y su lista de prestaciones mínimas).

8. CONCLUSIONES

Como se ha visto, **una estrategia contra las drogodependencias y adicciones análogas no es un mero documento guía**, sino que se podría acabar definiendo como un organismo vivo que bebe de las sinergias producidas entre administraciones y colectivos. Estas administraciones públicas proceden de todos los ámbitos territoriales y los colectivos pueden ser públicos o privados, dentro del campo de la asistencia social sobre personas adictas. Decimos que es un organismo vivo porque la estrategia debe ser cambiante y evolucionar prácticamente al mismo ritmo que lo hace la realidad de las adicciones en su contexto de actuación.

Hemos visto una serie de definiciones al comienzo del texto que nos ha permitido comprender mejor estas realidades, una lista seguramente escueta, pero que sirve de base para garantizar el conocimiento sobre el tema. Hablábamos de que la fuente primaria para elaborarlo ha sido el *Glosario de términos alcohol y drogas* de la OMS, un documento que al datar de 1994 se ha quedado obsoleto en algunos ámbitos. En este sentido, y dada la utilidad de dicho documento, **se debería crear un glosario de términos, adaptado a la realidad española y actualizado con las nuevas realidades en la materia** como apoyo a los documentos que conforman la estrategia española de lucha contra la drogodependencia (Tanto la END como los Planes de Acción y todos los documentos de apoyo que se crean en las diferentes administraciones).

El apartado de la clasificación de las sustancias estupefacientes, hemos intentado adaptarlo a la realidad del mercado negro en el año 2019 mediante la inclusión de nuevos tipos de sustancias psicotrópicas como la Burundanga (una sustancia cuasi natural tristemente de moda en estos años) o la menos conocida Alfa-PVP. Sin embargo, sí que se podría **ampliar el cuadro estudiando clínicamente los efectos y consecuencias que provocan las adicciones al juego y a las nuevas tecnologías**.

En el campo de lo legal, hemos comentado la situación penal de todo lo referente a las drogas y, en el marco administrativo, lo referente a ellas en la LOPSC. Por razones lógicas de extensión no hemos referido todas las normas con rango de ley que regulan de alguna manera la presencia de drogas en la

sociedad (no hemos hablado, por ejemplo, de la Ley de Contrabando, de las infracciones administrativas a la Ley de Seguridad Vial por el consumo de alcohol, de la Ley del Dopaje, entre tantas otras). Sin embargo, este capítulo nos ha servido para enmarcar la situación en nuestro campo de actuación: la importancia que para la criminología tiene el mundo de la drogadicción está íntimamente ligado a la delincuencia que genera este submundo, cuyos actos ejecutorios quedan patentes en los textos legales vigentes en España en estos momentos. **Si un descenso en la tasa de criminalidad es posible disminuyendo el volumen de adictos en España, entonces el criminólogo es plenamente competente en el asunto.** Las eximentes o atenuantes de la pena supeditadas a la participación y/o conclusión de programas de deshabitación (que son programas plenamente contrastados y con una dilatada experiencia de actuación) son medidas positivas en este ámbito, puesto que se atajan dos problemas (el criminal y el sanitario) desde una misma vía: la intervención integral sobre el adicto.

En consonancia con la justificación de la pertinencia de la actuación de la criminología en el ámbito de las drogas y las adicciones, se llevó a cabo una aproximación teórica tomando como referente a un reputado criminólogo como lo es el Dr. D. César Herrero Herrero. En este apartado hemos observado que hay casi tantas tipologías de consumidores como sustancias que los provocan y que, por tanto, no se puede crear un perfil unívoco de consumidor puesto que las sustancias estupefacientes afectan a cada persona de una manera distinta. Pero, por el contrario sí que se ha podido llegar a una serie de conclusiones válidas. Como por ejemplo que **la delincuencia funcional y exógena al consumidor por consumo de drogas suele provocar delitos contra el patrimonio**, al ir encaminados a conseguir más dosis rápidamente de la sustancia a la que se es adicto (por ejemplo el adicto que mediante un tirón de un bolso consigue dinero para comprar una dosis de heroína). Por otra parte, **la criminalidad endógena se puede dar debido a los efectos del propio consumo y suelen ser delitos contra las personas** (por ejemplo la persona que, bajo los efectos de la cocaína agrede a otra persona con un vidrio roto causándole lesiones de gravedad). En las conclusiones que saca el Dr. Herrero al respecto, se muestra que **la droga por sí misma no genera delincuencia,**

sino que el delincuente ya es tal antes de comenzar a consumir, si bien la consumición de estas sustancias potencia la carrera delictiva de estas personas.

Una vez cercada la terminología y con una base teórica suficiente para poder abordar el problema en un territorio concreto, hemos procedido a presentar una serie de datos que muestran la situación de España al respecto de las adicciones. Para ello, hemos acudido a fuentes contrastadas, que son las que posteriormente usa el Gobierno para la redacción de su Estrategia Nacional sobre Adicciones. De los datos aportados en estas fuentes observamos como la droga que sacudió España en la década de los 80, la heroína, es actualmente una sustancia consumida casi de manera residual, lo que nos lleva a pensar que las políticas preventivas que se desarrollaron desde entonces han dado sus frutos. Por otra parte nos encontramos nuevas realidades: **el consumo de alcohol y cannabis ha aumentado frente al resto de sustancias estupefacientes**, cuyo porcentaje de abuso se mantiene más o menos estable a lo largo de los años. Esto nos puede dar pie a pensar que la **proliferación de los cultivos de marihuana indoor** que se ha dado en los últimos años, en conjunción al aumento progresivo de presencia de opinión pública (apoyada en colectivos de consumidores, cada vez más presentes) que es favorable y blanquea el consumo de esta sustancia puede haber influido en el aumento de su consumo (hoy por hoy, recordemos, ilegal). En el caso del alcohol, y visto el descenso que en el consumo de tabaco que se ha registrado en estas encuestas (la otra droga legal que se observa en los registros), se puede llegar a pensar que **las políticas públicas que han perseguido el control de su consumo no han sido suficientes**. En este sentido encontramos la dificultad añadida de que en la cultura española, el alcohol está muy interiorizado y presente.

Una vez contextualizado el ámbito de estudio, con aproximaciones legales, criminológicas y estadísticas, se ha procedido al análisis de la Estrategia Nacional sobre Adicciones en su versión más reciente y que corresponde al período 2017 – 2024. Este documento, como se ha expresado anteriormente es una guía que bebe de un número elevado de fuentes de información: se apoya en las estrategias europeas por un lado y en las

autonómicas por otro. Tiene dos documentos que desarrollan sus contenidos en dos periodos diferenciados como lo son los Planes de Acción sobre las Adicciones (documentos que son la guía de actuación de las diferentes administraciones públicas y de los diferentes organismos relacionados con este tema). Hemos observado su estructura y contenido para concluir que, **una Estrategia como la española, que ha sido conformada y optimizada desde sus primeras ediciones, que ha ido corrigiendo los puntos flacos y reforzando los fuertes que ha ido presentando, es un documento plenamente válido para atajar el problema de las adicciones en España.** Sin embargo, hemos observado algunos frentes en los que se podría mejorar: por ejemplo aumentando los rangos de edad estudiados (ya que personas cada vez más jóvenes acceden a las sustancias estupefacientes), incorporando estudios clínicos efectivos al respecto de las adicciones a las nuevas tecnologías y al juego, y, del mismo modo, incorporando otras fuentes de información al respecto de sustancias como los hipnosedantes con receta, como bien pudieran ser los registros farmacéuticos autonómicos.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Becoña, E. (2014) *Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos (Substance-related and addictive disorders)*, Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace - Revista Iberoamericana de Psicosomática nº 110.
- Código Penal, (Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código Penal). Boletín Oficial del Estado, nº 281, de 24 de noviembre de 1995.
- Convención única de Naciones Unidas de 1961 sobre estupefacientes, enmendada por el Protocolo que modifica la Convención única de 1961 sobre estupefacientes. (1975). Disponible en BOE núm. 264, de 4 de noviembre de 1981, págs. 25865 a 25880 (Madrid).
- Dirección General de Tráfico. (2018). *Cómo se hace un control de drogas, paso a paso*. Recuperado de: <http://revista.dgt.es/es/sabia-que/normas/2018/0703como-se-hace-un-control-de-drogas.shtml#.XPPD8RYzblU> [Fecha de última consulta 02 de junio de 2019]
- Herrero Herrero, C. (2007): *Criminología: Parte General y Especial*, Editorial DYKINSON, S.L., Madrid.
- Ley Orgánica de Protección de la Seguridad Ciudadana (LOPSC), (Ley Orgánica 4/2015, de 30 de marzo). Boletín Oficial del Estado, nº 77, 2015, 31 de marzo de 2015.
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, (2018). *Encuesta sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 1995-2017*. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm [fecha de última consulta 20-06-2019].
- Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, (2018). *Encuesta sobre uso de drogas en España (ESTUDES), 1994-2016*. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/encuestas_EDADES.htm [fecha de última consulta 20-06-2019].

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre Drogas (2018). *Estrategia nacional sobre adicciones 2017 – 2024*. Disponible en [http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209 ES TRATEGIA N.ADICCIONES 2017-2024 aprobada CM.pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/estrategiaNacional/docs/180209_ES TRATEGIA N.ADICCIONES 2017-2024 aprobada CM.pdf) [fecha de última consulta 21-06-2019].

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, Delegación del Gobierno para el Plan nacional sobre Drogas (2018). Plan de acción sobre adicciones 2018 – 2020. Disponible en http://www.pnsd.mscbs.gob.es/pnsd/planAccion/docs/PLAD_2018-2020_FINAL.pdf [fecha de última consulta 24-06-2019].

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, (2018). *Indicador Admisiones a tratamiento por consumo de sustancias psicoactivas 2018*. Disponible en: [http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2018 Informe Indi admisiones.pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2018_Informe_Indi_admisiones.pdf) [fecha de última consulta 20-06-2019].

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, (2018). *Indicador Consumo problemático/de riesgo de drogas 2018*. Disponible en: [http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2018 Informe Indi consumo problematico.pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2018_Informe_Indi_consumo_problemativo.pdf) [fecha de última consulta 20-06-2019].

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, (2018). *Indicador Infecciones en consumidores de drogas 2018*. Disponible en: [http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2018 Informe Indi Infecciosas.pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2018_Informe_Indi_Infecciosas.pdf) [fecha de última consulta 20-06-2019].

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, (2018). *Indicador Mortalidad por reacción aguda a sustancias psicoactivas 2018*. Disponible en: <http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistema>

[Informacion/pdf/2018_Informe_Indi_mortalidad.pdf](#) [fecha de última consulta 20-06-2019].

Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, (2018). *Indicador Urgencias hospitalarias en consumidores de sustancias psicoactivas 2018*. Disponible en: http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2018_Informe_Indi_Urgencias.pdf [fecha de última consulta 20-06-2019].

Muñoz Conde, F. (2017). *Derecho Penal Parte Especial 21ª Edición 2017*, Editorial Tirant Lo Blanch, Valencia.

National Institute of Drug Abuse (NIDA) (2018). *Commonly abused drug charts*. Disponible en <https://www.drugabuse.gov/drugs-abuse/commonly-abused-drugs-charts>, [Fecha de última consulta 07 de junio de 2019].

Real Academia Española. (2019): *Diccionario de la lengua española (23ª ed.)*. Disponible en: <https://dle.rae.es> [Fecha de última consulta 7 de junio de 2019]

Tribunal Supremo, Sala de lo Penal. (2001). *Acuerdo sobre: la agravante de la cantidad de notoria importancia de drogas*. Recuperado de: <http://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Poder-Judicial/Tribunal-Supremo/Jurisprudencia-/Acuerdos-de-Sala/Acuerdo-sobre--la-agravante-de-cantidad-de-notoria-importancia-de-drogas> [Fecha de última consulta 02 de junio de 2019]

World Health Organization (Organización Mundial de la Salud) (1994). *Glosario de términos de alcohol y drogas*. Centro de Publicaciones del Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.

World Health Organization (2019), *ICD-11 (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems)*. Disponible en <https://icd.who.int/en/> [Fecha de última consulta 05 de junio de 2019].