

# 2021 Retos Vitales

para una nueva era

## Un reto de gran calado social: drogas de abuso y criminalidad

Francisco López Muñoz



Claves para entender y mejorar el mundo



Reial Acadèmia Europea de Doctors  
Real Academia Europea de Doctores  
Royal European Academy of Doctors

BARCELONA - 1914



# Un reto de gran calado social: drogas de abuso y criminalidad



**Dr. Francisco López Muñoz**

Vicerrector de Investigación y Ciencia de la Universidad Camilo José Cela.  
Académico de Número de la Real Academia Europea de Doctores (RAED).

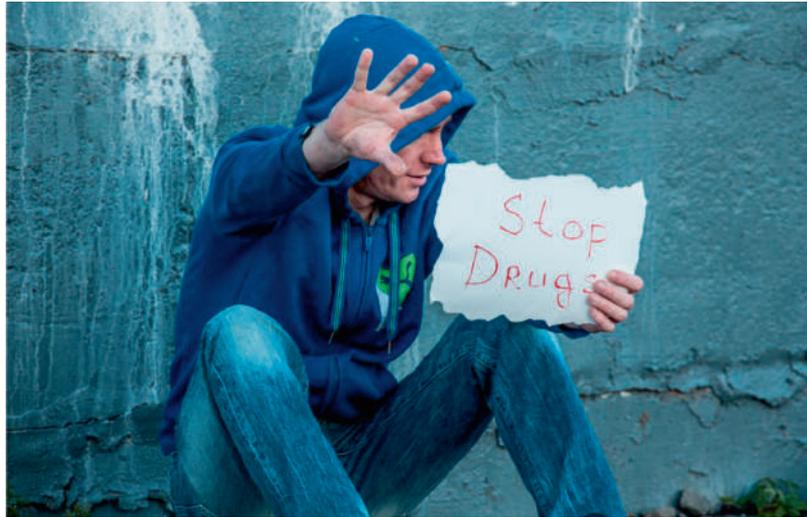
## INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias químicas con efectos psicotrópicos ha sido una constante histórica del ser humano<sup>1</sup>, que hay que enmarcar no solamente en la vertiente sociosanitaria o jurídico-legal, sino en el más amplio círculo antropológico de la cultura. De hecho, la mayor parte de las civilizaciones han incorporado una droga diferente para complementar sus diversos ritos.

Pero aparte de este uso místico o religioso y del uso terapéutico que diferentes agentes psicotrópicos han tenido a lo largo de la historia, este tipo de sustancias también han sido empleadas como instrumentos de evasión y/o placer<sup>1</sup>. El uso «recreacional» de las sustancias psicotrópicas ha constituido la base histórica del fenómeno de la drogodependencia, de tan nefastas consecuencias en las distintas sociedades. Salvo alguna excepción alarmante, como la epidemia de consumo de opio en China durante el siglo XIX, el problema de las drogas de abuso, y su conexión con el desarrollo de conductas delictivas fue incrementándose paulatinamente en el mundo occidental durante el siglo XX, alcanzando su punto álgido en fechas relativamente recientes, de manos del movimiento contracultural de Mayo del 68 y de la generación de la guerra del Vietnam<sup>2</sup>. Esta situación fue enten-

didada por Naciones Unidas como un problema de salud pública, creándose un Programa de Fiscalización de Estupefacientes (PNUFID) y una Junta Internacional del mismo nombre (JIFE) para su control y erradicación<sup>3</sup>.

El uso «recreacional» de las sustancias psicotrópicas ha constituido la base histórica del fenómeno de la drogodependencia, de tan nefastas consecuencias en las distintas sociedades. Imagen cortesía de Лечение Наркомании.



Muchas de las sustancias psicotrópicas consideradas en la actualidad como de abuso han venido siendo utilizadas por el hombre desde tiempos muy remotos y fueron pasando de un uso ritual y religioso a una utilización terapéutica, para posteriormente derivar hacia su uso recreativo; tal ha sido el caso del opio, del cannabis o de la cocaína. Otras sustancias, por el contrario, pasaron directamente de su evaluación experimental a su ilegalización y al posterior abuso recreacional, como es el caso de algunos psicodislépticos y drogas de síntesis. Por último, aunque más excepcional, también han existido sustancias psicotrópicas introducidas inicialmente con destino a un uso puramente recreativo y que después pasaron al ámbito estrictamente terapéutico, como el éter o el cloroformo<sup>4</sup>.

El último Informe Mundial sobre Drogas de la Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito<sup>5</sup> indica que, en 2017, unos 271 millones de personas, es decir, el 5,5 % de la población mundial de 15 a 64 años de edad, había consumido drogas en el año anterior y revela que el número de per-

sonas que consumen drogas en la actualidad ha aumentado en un 30 % con respecto a 2009.

El tiempo también ha ido generando un estrecho nexo entre el fenómeno de la drogodependencia y el desarrollo de conductas delictivas<sup>2</sup>. Así, teorías clásicas, como la formulada por Harry J. Anslinger, proponían que el entorno de la criminalidad arrastraba al individuo al mundo de la drogadicción, en oposición a planteamientos aún más clásicos que invertían el proceso (la drogadicción conduce a la criminalidad). Estas hipótesis, en la actualidad, han perdido vigencia, no pudiéndose aportar respuestas concretas para estos planteamientos generales, aunque el estrecho vínculo entre la capacidad para cometer diferentes delitos y el entorno del sujeto consumidor y/o dependiente hace del consumo de drogas un factor criminógeno de primer orden en nuestros días<sup>6</sup>.

Aunque existen diferentes aproximaciones al concepto de «droga», nosotros recurrimos a una acepción eminentemente neurobiológica, definiendo como droga a «toda sustancia que administrada por cualquier vía y teniendo o no propiedades terapéuticas, es capaz de producir una modificación de la conducta del sujeto, de tal naturaleza que exige la tendencia al uso continuado de esta»<sup>7</sup>, lo que sustenta muchas de las actividades delictivas en las que se ven involucradas estas sustancias. Del mismo modo, también consideraremos una acepción de tinte básicamente sociológico, para referirnos a drogas institucionalizadas o «legales», como el alcohol y ciertos psicofármacos, que no serán abordadas en este análisis, aunque su entorno también se vincula a ciertos delitos (contra la seguridad vial, contra las personas, contra la libertad e indemnidad sexual, contra la autoridad y sus agentes, desórdenes públicos, dopaje en actividades deportivas, etc.)<sup>8</sup> y drogas «ilegales», no institucionalizadas, o de uso «recreacional», en las que nos centraremos, como la heroína, el cannabis, la cocaína, las «drogas de diseño» (el éxtasis, fundamentalmente), otros psicoestimulantes, como las anfetaminas, y ciertos fármacos psicotrópicos que han pasado al ámbito recreacional, como la ketamina, la fenciclidina o el gamma-hidroxibutirato.

## PECULIARIDADES DE LAS PRINCIPALES DROGAS DE ABUSO

### Opiáceos (heroína)

Existen dos grandes hitos históricos en relación con los opiáceos como drogas de abuso: en primer lugar, el descubrimiento de la morfina, en 1805, por el farmacéutico alemán Friedrich Wilhelm Sertürner<sup>9-11</sup>, y, en segundo lugar, la síntesis de la diacetilmorfina, en 1874, por Heinrich Dreser, de la compañía alemana F. Bayer & Co. Esta sustancia fue finalmente comercializada en 1899 para el tratamiento de enfermedades respiratorias, con el nombre comercial de Heroína<sup>12,13</sup>, convirtiéndose, con el tiempo, en una de las principales drogas de abuso en la sociedad actual, que ha dado lugar a una auténtica epidemia, con unas repercusiones sociosanitarias de enorme envergadura. Su potente capacidad adictiva no fue advertida hasta 1913, momento en que la compañía fabricante detuvo su producción, y una década después, en 1924, la heroína fue prohibida en Estados Unidos, iniciándose así uno de los negocios ilícitos más lucrativos del siglo XX<sup>14</sup>, y con él, un incremento espectacular de actividades delictivas relacionadas con su consumo y tráfico.



El opio (del griego *opós* = jugo [de la adormidera]), alcaloide extraído de la amapola, *Papaver somniferum* L., es una de las drogas más antiguas empleadas por el hombre. Imagen cedida por Pixabay.

En 1906 tuvo lugar, promovida por Estados Unidos, la primera iniciativa de alcance internacional para el control de los opiáceos, la Conferencia de Shanghái, y seis años después, en 1912, se firmó el primer instrumento internacional sobre esta materia, el Convenio contra el Opio de la Haya, que pretendía disminuir la producción y exportación de dicha sustancia. Pero, realmente, las primeras «leyes internacionales» de lucha contra los opiáceos surgieron a partir de la Convención Única sobre Estupefacientes de Nueva York, en 1961, y las Convenciones de Viena de 1971 y 1988, estas sí, con fuerza vinculante para todas las partes, y que constituyen el marco de referencia de todas las legislaciones nacionales<sup>13</sup>.

**Tabla I. Cronograma-resumen de la legislación y los tratados internacionales más relevantes en materia de drogodependencia y de lucha contra el tráfico de drogas**

| Año  | Lugar    | Tratado/Convenio   |
|------|----------|--|
| 1796 |          | China fue el primer país que tomó conciencia sobre los peligros del opio, decretando que su uso se castigara con la muerte.  |
| 1858 |          | El tratado de Tientsin impuesto a China por Francia, Inglaterra, Rusia y Estados Unidos condujo a la legislación del comercio del opio.  |
| 1875 | EE. UU.  | La primera ley antidrogas de Estados Unidos se decretó en 1875 contra las «casas de opio», dictada en la ciudad de San Francisco.  |
| 1887 | EE. UU.  | Ley que prohibía que los ciudadanos chinos importaran opio a EE. UU. para fumar.   |
| 1909 | Shanghái | Primera Comisión Internacional del Opio, celebrada en Shanghái con 13 representantes.  |
| 1906 | EE. UU.  | <i>Pure Food and Drug Act.</i>   |
| 1912 | La Haya  | Convenio Internacional del Opio.   |
| 1914 | EE. UU.  | <i>Harrison Narcotic Tax Act.</i><br>Controles estrictos sobre la importación, la manufactura y la distribución de opio y opiáceos.<br>Queda prohibida la venta de dosis sustanciales de opiáceos o cocaína, excepto por fabricantes, médicos y farmacias. |
| 1924 | EE. UU.  | <i>Heroin Act.</i>   |
| 1925 | Ginebra  | II Convenio Internacional del Opio.  |

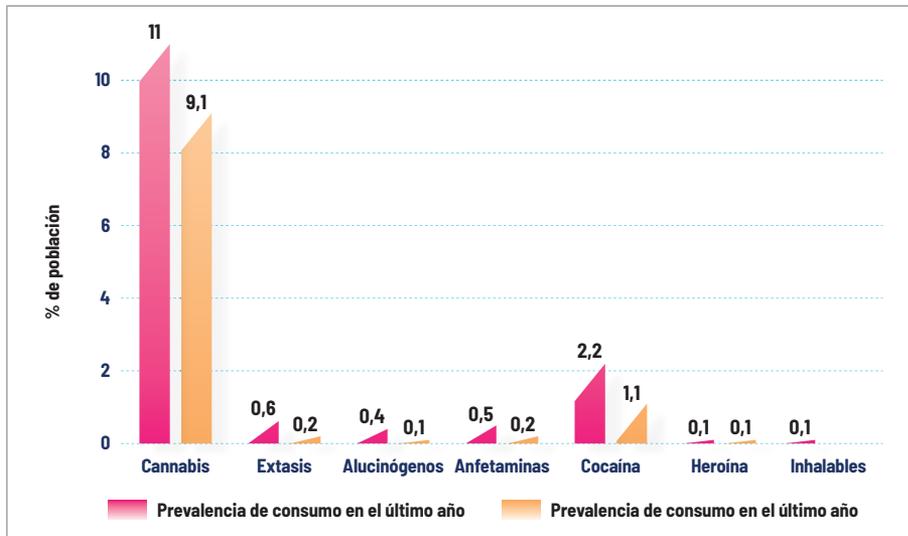
Cont...

| Año  | Lugar      | Tratado/Convenio  |
|------|------------|---|
| 1929 | EE. UU.    | «Ley seca» (18.ª enmienda a la Constitución de los Estados Unidos – <i>Volstead Act</i> –): prohibición para la fabricación, transporte o venta de bebidas alcohólicas. |
| 1931 | Ginebra    | Convenio para limitar la fabricación y reglamentar la distribución de estupefacientes.  |
| 1936 | Ginebra    | Convenio para la represión del tráfico ilícito de las drogas peligrosas.  |
| 1937 | EE. UU.    | <i>Marihuana Tax Act</i> : Prohibición del cultivo, distribución y venta de marihuana.  |
| 1942 | EE. UU.    | <i>Opium Poppy Control Act</i> : Reglamentación del cultivo de la amapola y el comercio del opio.   |
| 1946 | Nueva York | Protocolo enmendando los acuerdos, convenciones y protocolos sobre estupefacientes concertados.   |
| 1956 | EE. UU.    | <i>Narcotic Control Act</i> : endurecimiento de las penas por narcotráfico.   |
| 1961 | Nueva York | Convención Única sobre Estupefacientes.<br>Regulación de las drogas provenientes de plantas como la amapola, el cáñamo y la coca.                                       |
| 1967 | Viena      | Creación de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), para vigilar el cumplimiento de los tratados internacionales sobre estupefacientes.      |
| 1971 | Viena      | Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas.<br>Inclusión de nuevas drogas en las listas de sustancias prohibidas sometidas a fiscalización.                                |
| 1972 | Ginebra    | Protocolo de modificación de la Convención Única sobre Estupefacientes de 1961.   |
| 1973 | EE. UU.    | Drug Enforcement Administration (DEA): Agencia de lucha contra el narcotráfico.   |
| 1988 | Viena      | Convención de las Naciones Unidas contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas.  |
| 1991 | UE         | Directiva 91/308/CEE del Consejo, de 10 de junio de 1991, relativa a la prevención de la utilización del sistema financiero para el blanqueo de capitales.              |
| 2005 | UE         | Reglamento (CEE) no 111/2005 del Consejo, de 22 de diciembre de 2004, sobre precursores químicos para la producción de drogas.  |

En la actualidad, se estima que aún existen en la Unión Europea entre 300.000 y 400.000 personas en tratamiento de deshabituación de opiáceos con metadona y, aunque no existen cifras oficiales, el número de personas adictas a la heroína en los países de la antigua Europa del Este y, sobre todo, en el Suroeste de Asia, parece ser bastante mayor. Es más, la heroína ha generado más muertes en los últimos 50 años, por vía directa o indirecta, que cualquier otra sustancia química conocida, con excepción probablemente del alcohol y del tabaco<sup>15,16</sup>.

En el ámbito de la Unión Europea, el problema del consumo de heroína fue en aumento desde finales de la década de 1960 hasta 1992, fecha en la que parece haberse estabilizado. A título de ejemplo, la figura 1 muestra los datos de consumo de heroína en España, que apenas han variado en la última década, según la Encuesta Domiciliaria sobre Alcohol y Drogas en España (EDADES) 2017/18, que recoge datos de una muestra de 21.259 personas de edades comprendidas entre 15 y 64 años<sup>17</sup>. La tabla II muestra, por su parte, la evolución del consumo de las diferentes drogas de abuso, según esta encuesta, desde 2003. Las cifras del consumo de heroína, al menos una vez en la vida, se mantienen en el 0,6 % de la población, aunque el consumo en los últimos 12 meses ha descendido considerablemente (del 0,5 % en 1995 al 0,1 % en 2017), con aproximadamente 3.000 nuevos casos al año. No obstante, a pesar de que las estimaciones del número de consumidores problemáticos de opiáceos son generalmente inciertas, debido a su reducida prevalencia y a su consumo oculto, se ha estimado una prevalencia del consumo problemático de opiáceos del 0,17-0,27 % de la población española de 15 a 64 años<sup>18</sup>. Si se extrapolan estos datos a los valores demográficos europeos de 2017, nos encontraríamos frente a una cifra de 1,3 millones de consumidores problemáticos de opiáceos en la Unión Europea<sup>19</sup>.

**Figura 1.** Prevalencia del consumo de sustancias ilegales en España entre la población general de 15 a 64 años ( $n = 21.249$ )



Fuente: Datos del Observatorio Español sobre Drogas correspondientes al Informe 2017/18 de la Encuesta Domiciliaria sobre Abuso de Drogas en España (EDADES)<sup>17</sup>.

La relación entre los opiáceos y la criminalidad se engloba, fundamentalmente, en el ámbito de la delincuencia relacional<sup>20</sup>, siendo el problema más importante el derivado del tráfico, tanto legal como ilegal, aunque también existen datos que apoyan una relación directa entre el consumo de opiáceos y la comisión de delitos bajo la influencia de los mismos<sup>21</sup>. Del mismo modo, existe un aspecto que podría ser enmarcado como «gran criminalidad» o «criminalidad a gran escala», que son los conflictos suprapersonales, muchas veces de carácter bélico, detrás de los cuales existen auténticos intereses de tipo económico, político o de cualquier otra naturaleza. Un ejemplo paradigmático lo constituyen las llamadas «guerras del opio», que tuvieron lugar durante el siglo XIX<sup>22</sup>.

## Cocaína

El consumo de la hoja de la coca (*Erythroxylon coca*, L.) también tiene una historia muy remota, por parte de los indígenas sudamericanos. El principal alcaloide de esta planta, la cocaína, fue aislado en 1859 por Albert Niemann, y se comercializó, en 1882, en Estados Unidos, como un fármaco eficaz para el tratamiento de las enfermedades nerviosas y los trastornos depresivos, además de como anestésico local en intervenciones oculares y para el tratamiento del dolor odontológico en la infancia<sup>23,24</sup>. La popularidad de la cocaína creció rápidamente y entró a formar parte de la composición de numerosos preparados estimulantes y tónicos, como el famoso vino Mariani o la propia Coca-Cola. Pero, al igual que sucedió con los opiáceos, la *Pure Food and Drug Act*, de 1906, puso las primeras restricciones a su manufacturación, y en 1914 fue ilegalizada completamente en Estados Unidos, en aplicación de la *Harrison Narcotic Act*<sup>20</sup>.

Durante la década de 1970, el patrón de consumo de la cocaína se invirtió, pasando a ser la «droga del bienestar» y de la élite, y se produjo un incremento paulatino de su consumo mundial, que fue acompañado de un aumento del contrabando y del precio. Las consecuencias sociales para los países productores fueron dramáticas, con un cambio de cultivos de los campesinos sudamericanos, hacia estos cultivos más «beneficiosos». Del mismo modo, fueron (y siguen siendo) dramáticos los efectos criminológicos, con un aumento exponencial del narcotráfico, la aparición de los sangrientos «cárteles de la droga», etc.<sup>22</sup>

En los últimos años, el mercado de la cocaína ha continuado su crecimiento, debido a varios factores: el acoso que está sufriendo el mercado de la heroína; su gran disponibilidad y el descenso de su precio, al disminuir el coste del proceso de fabricación; el poseer la consideración de bajo peligro social y sanitario; su empleo, fundamentalmente por vía intranasal, evitando los riesgos de infecciones (sida, sobre todo) asociadas a la administración parenteral. Además, se ha observado, principalmente en Norteamérica, un

incremento del consumo de fórmulas alternativas y mixtas, como el *speed ball*, una mezcla de heroína y cocaína<sup>25</sup>.

En España, el segundo país de la Unión Europea donde la prevalencia del consumo de esta sustancia es mayor, un 10 % de la población la habría probado alguna vez en la vida, un 2 % la consumió en los últimos 12 meses y un 1 % en los 30 últimos días previos a la encuesta efectuada por el Observatorio Español sobre Drogas y publicada en el Informe correspondiente al año 2017/18 (tabla II). Sin embargo, como se observa en la tabla II, a partir de 2008 el crecimiento del consumo parece haberse detenido y muestra una trayectoria estable o descendente. En cualquier caso, 3,9 millones de europeos consumieron cocaína alguna vez durante el último año, y 18 millones lo han probado alguna vez en la vida (5,4 % de la población europea adulta)<sup>19</sup>. Particularmente, la cocaína está presente en el 61,6 % de las 732 muertes por reacción aguda a drogas en 2018 en España<sup>26</sup>.

## Cannabis

El cáñamo (*Cannabis sativa*) es otra de las plantas que ha acompañado al hombre desde épocas muy remotas, habiéndose empleado desde el punto de vista industrial (fabricación de tejidos), como agente terapéutico (en el manejo del dolor, por ejemplo) y como sustancia de abuso, bien su resina (hachís) o sus hojas (marihuana). La importación definitiva a Occidente de preparados psicotrópicos elaborados a partir del cáñamo fue efectuada por las tropas de Napoleón, tras su regreso de las campañas egipcias<sup>13</sup>. Desde la perspectiva terapéutica, a finales del siglo XIX, el cannabis o hachís se encontraba presente ya en todas las farmacopeas occidentales y era ampliamente utilizado en la práctica médica para el tratamiento de neuralgias, reumatismos nerviosos, insomnio, crisis epilépticas, espasmos musculares, hemorragias uterinas, dismenorreas, etc.<sup>27</sup> Sin embargo, su capacidad adictiva se hizo patente en la década de 1930, en Estados Unidos, con las grandes migraciones de mexicanos, quienes exportaron a esas tierras la costumbre de consumir derivados psicoactivos del cáñamo (marihuana) con fines recreativos. En 1961, el cannabis se incluyó en la lista de sustancias psicotró-

picas prohibidas de la Convención sobre Drogas Narcóticas y en la Lista de Estupefacientes sometidos a Fiscalización Internacional de la Convención sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, aprobada por la Organización de Naciones Unidas (ONU).



Actualmente, el cannabis es la droga más consumida en Europa. En 2019, cerca de 25 millones de europeos consumieron cannabis alguna vez durante el último año, y 91,2 millones lo han probado alguna vez en la vida. Imagen cortesía de Sudheir Kumar.

Actualmente, el cannabis es la droga más consumida en Europa. Los datos actuales, recogidos en el Informe del Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías de 2019, confirman que 24,7 millones de europeos consumieron cannabis alguna vez durante el último año, y 91,2 millones lo han probado alguna vez en la vida (27,4 % de la población europea adulta); además, más de 3 millones de adultos jóvenes lo consumían a diario o casi a diario en la Unión Europea. Pero es preciso aclarar que estas cifras son mucho más elevadas en la población juvenil, pues si se analiza el subgrupo de edad comprendido entre 15 y 34 años, el 17,5 % de la población lo había hecho durante el último año (más de 10 millones de personas)<sup>19</sup>.

En España, el consumo de cannabis durante las dos últimas décadas ha ido creciendo progresivamente, con una prevalencia de consumo, según la encuesta 2017/18, alguna vez en la vida, del 35,2 %, en el último año del 11 %, y en el último mes del 9,1 %<sup>17</sup>.

Tabla II: Evolución de la prevalencia de consumo de drogas en la población española de 15-64 años (%)

|                        | 2003 |      | 2007 |      | 2009 |      | 2011 |     | 2013 |     | 2015 |     | 2017 |      |
|------------------------|------|------|------|------|------|------|------|-----|------|-----|------|-----|------|------|
|                        | A    | B    | A    | B    | A    | B    | A    | B   | A    | B   | A    | B   | A    | B    |
| <b>Cannabis</b>        | 29,0 | 11,3 | 27,3 | 10,1 | 32,1 | 10,6 | 27,4 | 9,6 | 30,4 | 9,2 | 31,5 | 9,5 | 35,2 | 11,0 |
| <b>Éxtasis</b>         | 4,6  | 1,4  | 4,3  | 1,1  | 4,9  | 0,8  | 3,6  | 0,7 | 4,3  | 0,7 | 3,6  | 0,6 | 3,6  | 0,6  |
| <b>Alucinógenos</b>    | 3,0  | 0,6  | 3,8  | 0,6  | 3,7  | 0,5  | 2,9  | 0,4 | 3,8  | 0,3 | 3,8  | 0,6 | 4,5  | 0,4  |
| <b>Anfetaminas</b>     | 3,2  | 0,8  | 3,8  | 0,9  | 3,7  | 0,6  | 3,3  | 0,6 | 3,8  | 0,6 | 3,8  | 0,5 | 4,0  | 0,5  |
| <b>Cocaína (polvo)</b> | 5,9  | 2,7  | 8,0  | 3,0  | 10,2 | 2,6  | 8,8  | 2,2 | 12,2 | 2,1 | 8,9  | 1,9 | 10,0 | 2,0  |
| <b>Heroína</b>         | 0,9  | 0,1  | 0,8  | 0,1  | 0,6  | 0,1  | 0,6  | 0,1 | 0,7  | 0,1 | 0,6  | 0,1 | 0,6  | 0,1  |
| <b>Inhalables</b>      | 1    | 0,1  | 1,1  | 0,1  | 0,6  | 0,1  | 0,8  | 0,1 | 0,6  | 0,1 | 0,5  | 0,1 | 0,6  | 0,1  |

A: Prevalencia a lo largo de la vida. B: Prevalencia en el último año.

Fuente: Datos del Observatorio Español sobre Drogas<sup>17</sup>.

La producción, tráfico, consumo y tratamiento del cannabis se han convertido en prioritarios durante los últimos años, especialmente a causa de la introducción masiva del crimen organizado en este ámbito, lo cual ha motivado un interés creciente por parte de las fuerzas y cuerpos de seguridad y el consiguiente aumento de infracciones, que ya suponen el 60 % del total. No obstante, los datos divergen entre los diferentes países europeos en cuanto a las sanciones relativas a la oferta de cannabis. Por otra parte, existe una importancia creciente de las solicitudes para tratamiento por drogodependencia del cannabis en toda Europa<sup>28</sup>.

### Otros psicoestimulantes y alucinógenos, anfetaminas y «drogas de diseño»

En la actualidad aún se siguen empleando, con distintos fines, sustancias alucinógenas obtenidas de plantas y hongos, sobre todo entre los herederos de las culturas amerindias precolombinas, mientras que, en Occidente, la sustancia alucinógena por excelencia es el LSD. Por el contrario, el uso de agentes psicoestimulantes sintéticos ilegales, de historia mucho más corta, como las anfetaminas y sus derivados, las drogas de diseño, se ha incremen-

tado enormemente en las últimas décadas, y constituyen un verdadero problema, tanto de salud pública, como de seguridad ciudadana.



El uso de drogas que alteran las percepciones sensoriales del hombre es un hecho antiquísimo. Entre ellas, destacan las procedentes del reino vegetal. Imagen cortesía de Okan Caliskan.

## LSD

En 1943, Albert Hofmann descubrió por azar las propiedades alucinatorias de un derivado de los alcaloides del cornezuelo de centeno (*Claviceps purpurea*), la dietilamida del ácido lisérgico (LSD)<sup>29</sup>, iniciándose, de esta forma, la denominada «era psicodélica»<sup>13</sup>. La compañía farmacéutica suiza Sandoz comercializó el LSD, con el nombre Delysid®, en cuyo prospecto se especificaban dos indicaciones de uso; para la terapia psicoanalítica (como facilitador de la evacuación de material mental reprimido, sobre todo indicado en trastornos de ansiedad y neurosis obsesivas), y para el estudio experimental de las psicosis<sup>30</sup>. El uso de esta sustancia con fines lúdicos se extendió rápidamente durante las décadas de 1960 y 1970, aprovechando los mensajes contraculturales del movimiento hippie y de las corrientes antipsiquiátricas. Conforme los efectos tóxicos de esta droga se fueron conociendo, su empleo clínico fue desapareciendo, aunque en la década de 1990, con la eclosión de las drogas sintéticas, el LSD volvió a resurgir con fuerza.

En la actualidad, el consumo y el tráfico de LSD se consideran marginales, aunque las incautaciones en Europa, que han ido en aumento desde 2003,

posiblemente sugieran una revitalización del interés por esta droga<sup>31</sup>. Sin embargo, en los últimos años se viene produciendo un desplazamiento del consumo de alucinógenos hacia otras alternativas «legales», como el 251-NBOMe, el opioide sintético AH-721, o el MDPV, lo cual ha procurado un todavía mayor desplazamiento del LSD<sup>28</sup>.

## Anfetaminas

Las anfetaminas entraron en terapéutica en la década de 1930, cuando los laboratorios Smith Kline and French comercializaron una especialidad que contenía este principio activo para uso inhalatorio como descongestionante nasal, denominada Benzedrina<sup>®</sup>. Este agente era distribuido entre el pasaje de algunas aerolíneas, junto con pañuelos y otros artículos proporcionados gratuitamente, para hacer el vuelo más agradable y minimizar las incomodidades en los despegues y aterrizajes<sup>32</sup>.

Después de este primer uso «no terapéutico», las anfetaminas pasaron al campo del deporte, donde se emplearon «ilegalmente» para mejorar el rendimiento motriz de los deportistas. A pesar de sus problemas y del importante número de muertes súbitas, estas sustancias continuaron utilizándose hasta la implementación sistemática de los controles antidopaje. Las anfetaminas también fueron empleadas por las amas de casa, como instrumentos de adelgazamiento, pues su uso evitaba comer y aliviaba de las fatigas del hogar, o por camioneros y transportistas, sobre todo en Estados Unidos, que eran premiados por llegar cuanto antes a sus destinos, máxime cuando transportaban mercancías perecederas, lo que hizo aumentar la incidencia de accidentes mortales, pues cuando desaparecían los efectos de estas drogas, los camioneros se dormían al volante. Finalmente, el consumo de anfetaminas se fue extendiendo hasta la población estudiantil, que las empleaban, sobre todo en tiempos de exámenes, para aumentar el tiempo de estudio, y más recientemente para prolongar el tiempo de «marcha» durante los fines de semana<sup>33</sup>.

Aunque se trata de una droga de abuso con una prevalencia de consumo inferior a otras drogas, en algunas partes de Europa el consumo de anfetami-

nas constituye una parte importante del problema de las drogodependencias y representa una proporción significativa de las personas que requieren tratamiento<sup>31</sup>. Tanto las anfetaminas como la metanfetamina se elaboran básicamente en Europa y para consumo interior, principalmente en el norte y este del continente. De hecho, en algunos países como Noruega y Suecia parecen estar imponiéndose como sustancia principal a causa de la amplia disponibilidad de precursores. Este proceso ha motivado que las anfetaminas y la metanfetamina se destaquen en el segundo lugar en el listado de incautaciones en Europa, tras el cannabis<sup>28</sup>.

El Informe del Observatorio Europeo sobre Drogas de 2019 indica que la prevalencia del consumo de anfetaminas al menos una vez a lo largo de la vida de la población europea de 15-64 años se sitúa en el 3,7 % y su consumo durante el último año en el 0,5 % (1 % en el rango de edad de 15-34 años)<sup>19</sup>. En España, las cifras obtenidas varían entre el 4 % (consumo alguna vez en la vida) y el 0,2 % (consumo en el último mes), aunque hay que considerar que, en algunos casos, se consumen anfetaminas con la idea errónea de que se trata de éxtasis, y estos datos se pierden<sup>17</sup> (tabla II). También en el caso de esta sustancia, su consumo en población juvenil es notoriamente mayor en el año 2018 (0,5 % de los estudiantes de 14 a 18 años la consumieron en el mes previo a la encuesta)<sup>34</sup>.

## Éxtasis

Las «drogas de síntesis» o «drogas de diseño», vulgarmente conocidas como «pastillas», han adquirido una enorme relevancia en las últimas décadas, habiéndose incrementado su consumo de forma casi epidémica entre ciertos grupos de jóvenes, básicamente en medios urbanos y bajo un patrón de uso de fin de semana. Estas sustancias poseen propiedades parecidas a las de la anfetamina y la mescalina<sup>35</sup>. El prototipo de «droga de diseño», la metilendioxi-metaanfetamina (MDMA), conocida popularmente como «éxtasis» («Adam»), «XTC», «emphaty», «essence», «clarity», «M&M», etc.), fue sintetizada en 1914 en los laboratorios alemanes Merck como agente anorexígeno, aunque no llegó a ser comercializada. Sin embargo, fue utilizada durante la década de 1970

como agente facilitador de la comunicación (agente entactógeno) entre el psicoterapeuta y el paciente<sup>13,36</sup>.

El desvío de la MDMA al mercado ilícito tuvo lugar en Estados Unidos a mediados de la década de 1980 y en 1985 fue incluida en la Lista I del Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de la Comisión de Estupefacientes de la ONU. A finales de esta década, desembarcó en Europa, de la mano del movimiento *Acid House*, alcanzando un gran éxito entre la juventud, dada la facilidad de su administración, así como su bajo precio.

El informe del Observatorio Europeo sobre Drogas y Toxicomanías de 2019 estima que alrededor de 13,7 millones de adultos europeos han consumido alguna vez el éxtasis, lo que representa un 4,1 % de la población, y que unos 1,7 millones (el 0,5 %) han consumido esta droga durante el último año, siendo su consumo más frecuente en los adultos jóvenes (15-34 años)<sup>19</sup>. En nuestro país, según el Informe del Observatorio Español sobre Drogas de 2017/2018, el éxtasis es la quinta sustancia ilegal por orden de prevalencia de consumo (0,6 % de la población general y 1,9 % de la población adolescente en los 12 meses previos), caracterizándose este consumo, al igual que la cocaína, por su naturaleza esporádica<sup>17,34</sup> (tabla II).

La producción de la MDMA y sus derivados en Europa se concentra en Bélgica y los Países Bajos; en los últimos años ha aumentado la pureza de los compuestos y ha habido un singular resurgimiento del mercado tras algunos años de declive<sup>28</sup>.

## **Psicofármacos utilizados en entornos recreacionales**

Los psicofármacos desviados con más frecuencia hacia el consumo clandestino de drogas de abuso son los psicoestimulantes, ciertos anestésicos, de uso humano o veterinario, como el gamma-hidroxitirato, la ketamina o la fenciclidina, las benzodiazepinas, especialmente el flunitrazepam, y el analgésico bruprenorfina<sup>37</sup>. En este sentido, tanto el gamma-hidroxitirato como la ketamina se encuentran sometidas a una estrecha vigilancia por

parte de las autoridades de la Unión Europea desde que en el año 2000 se despertara una gran inquietud acerca del abuso de estas drogas con fines recreativos<sup>38</sup>.

## Flunitrazepam

El flunitrazepam es un hipnótico benzodiazepínico de acción rápida, introducido en clínica en Suecia en 1980, indicado para el tratamiento del insomnio, así como en el ejercicio de la preanestesia. Durante la última década del pasado siglo se reportó un incremento importante del consumo ilícito de este medicamento, fundamentalmente asociado al alcohol, lo que motivó su catalogación, en algunos países, como Estados Unidos, como droga potencialmente peligrosa, siendo su comercialización prohibida. A nivel popular, los comprimidos de flunitrazepam son conocidos con varios apelativos, derivados de su nombre comercial (Rohipnol<sup>®</sup>), como «*rophies*», «*roofies*», «*roach*», «*rope*», etc.<sup>39</sup>. Esta benzodiazepina es la única de esta familia que está incluida, desde 1995, en la Lista III de sustancias psicotrópicas sometidas a fiscalización internacional.

Desde el punto de vista criminológico, uno de los problemas en los que se ha visto involucrado el flunitrazepam en los últimos años ha sido su relación con varios casos de agresiones sexuales, pues este fármaco, mezclado con alcohol, y dada la ausencia de características organolépticas (falta de sabor, olor y color), se hace indetectable para las presuntas víctimas y puede incapacitarlas e imposibilitarlas para resistirse a una agresión sexual. Además, al igual que otros agentes benzodiazepínicos, el flunitrazepam se asocia a fenómenos de amnesia anterógrada<sup>40</sup>, lo que puede traducirse en que las personas que hayan consumido este fármaco no recuerden correctamente lo que les sucedió cuando estaban bajo los efectos del mismo<sup>39,41,42</sup>.

También se han descrito, al igual que con otras benzodiazepinas, aunque de forma más manifiesta tras su consumo abusivo ilícito y en combinación con alcohol, reacciones de agresividad y comportamientos violentos, fundamentalmente en sujetos predispuestos<sup>40</sup>. En estos casos, tiene lugar un incremento de la sensación de fuerza física por parte del sujeto, una reducción

de la sensación de miedo e inseguridad, así como una potenciación de la creencia de que «todo es posible». Estas alteraciones psicológicas, junto a la merma de memoria, hacen que el individuo pueda tornarse en potencialmente peligroso, y sobre todo más impulsivo, agresivo y violento<sup>42-44</sup>.

### **Gamma-hidroxitirato (GHB)**

El gamma-hidroxitirato (GHB), introducido en clínica por Henri Laborit hace unos 50 años, es una sustancia depresora del sistema nervioso central (SNC) que se conoce vulgarmente con el nombre de «éxtasis líquido». Esta denominación es bastante errónea y suele conducir a peligrosas equivocaciones en los consumidores, ya que, al ser un agente depresor, ocasiona efectos diametralmente opuestos a los de la MDMA (auténtico «éxtasis»), que es una droga de carácter psicoestimulante. Durante la década de 1980, el GHB era comercializado de forma libre por la industria de los alimentos como estimulante de la hormona del crecimiento, utilizándose habitualmente en los gimnasios. En relación con su prescripción ética, se ha utilizado como anestésico general y en la terapéutica de la narcolepsia, y se ha estudiado su eficacia en el tratamiento del edema cerebral y en el síndrome de abstinencia al alcohol. En el año 2001, el GHB fue incluido en la Lista de sustancias fiscalizadas internacionalmente, siendo prohibida tanto su venta, como su consumo<sup>2</sup>.

La Encuesta sobre uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias (14-18 años) en España (ESTUDES), realizada en 2018, pone de manifiesto una prevalencia de consumo alguna vez en la vida del 0,6 %, del 0,4 % en los últimos 12 meses, y del 0,2 % en los últimos 30 días<sup>34</sup>.

Las implicaciones criminológicas del GHB son muy parecidas a las del flunitrazepam; en los últimos años se ha relacionado con algunos casos de asaltos y violencia sexual. Esta droga puede mezclarse con el alcohol sin ser percibida, pues resulta insípida, inodora e incolora, y puede ocasionar también fenómenos de amnesia anterógrada, así como alucinaciones y delirios. De esta forma, los medios de comunicación han publicado la estrecha relación existente entre el consumo de GHB y casos de «*drink spiking*» y «*date rape*».

Sin embargo, demostrar este hecho es bastante difícil, por varios motivos: el GHB puede ser generado endógenamente en el organismo y, por tanto, puede ser detectado independientemente de que se haya o no consumido; el GHB presenta una vida media de eliminación muy corta, por lo que habría que tomar las muestras en un período muy breve, lo que minimiza las posibilidades de detección; finalmente, habría que realizar test específicos, no disponibles de forma rutinaria en el ámbito ambulatorio<sup>45</sup>. Así pues, los pocos estudios realizados en los que se ha determinado la presencia de drogas en orina tras un asalto sexual indican que el GHB estaba presente en, aproximadamente, el 3-5 % de las víctimas, y generalmente de forma conjunta con otras sustancias, como el alcohol ( $\approx 60\%$ ) y/o la marihuana ( $\approx 30\%$ )<sup>45,46</sup>. Algunos autores postulan que estos datos podrían estar subestimados, debido al rápido metabolismo de esta sustancia y al hecho de que, hasta ahora, no se busque de forma rutinaria en casos de agresiones sexuales<sup>47</sup>.

## **Ketamina**

La ketamina es un anestésico general disociativo, no barbitúrico y no narcótico. Su uso terapéutico habitual es como anestésico general, de potencia leve-moderada, por lo que se ha venido empleando especialmente en niños y ancianos. Sus características psicodélicas fueron descubiertas casualmente, después de que algunos pacientes, tras recuperarse de la anestesia, informaran de estos efectos<sup>48,49</sup>.

Durante los últimos años, el desvío de la ketamina («ketas», «special K») hacia el mercado ilegal, para su uso recreativo, ha ido en continuo aumento, junto a las denominadas «drogas de síntesis»<sup>50</sup>. Esta sustancia es apreciada por los consumidores por su capacidad de combinar efectos hipnóticos, analgésicos y amnésicos, sin pérdida de consciencia ni depresión respiratoria<sup>51</sup>. Sin embargo, el consumo recreativo aislado de ketamina es muy excepcional, y la mayoría de los sujetos que la consumen lo hace junto a otras sustancias. Este hecho, junto con la idea existente entre la población juvenil consumidora de que la ketamina es una «droga segura» (pues «se trata de un medicamento»), condiciona la posibilidad de que la cifra de reacciones adversas

agudas se incrementa, así como la incidencia, sobre todo en individuos genéticamente predispuestos, de ciertos trastornos de la esfera psiquiátrica<sup>52</sup>. La última encuesta de la serie EDADES de 2017 muestra que la prevalencia de consumo de ketamina en España alguna vez en la vida, entre los 15 y 64 años, es del 0,5 %<sup>17</sup>.

Finalmente, hay que mencionar que la ketamina, al igual que el flunitrazepam y el GHB, ha causado en los últimos años una cierta alarma social, al verse involucrada también en casos de agresiones sexuales, las víctimas de las cuales no recordaban adecuadamente lo que había acontecido<sup>53,54</sup>.

## **Fenciclidina**

La fenciclidina (PCP) es otro anestésico disociativo<sup>55</sup>, introducido en el mercado en la década de 1950 y retirado del mismo precisamente a consecuencia de los episodios excitatorios y las alucinaciones que se observaban durante la recuperación de la anestesia, lo que no evitó su derivación al consumo ilegal («polvo de ángel»)<sup>56</sup>. El consumo de fenciclidina, que posee una capacidad adictógena superior a la de otros psicoestimulantes, puede desencadenar fácilmente cuadros psicóticos (que se pueden observar incluso tras una sola dosis), provocar graves alteraciones comportamentales, asociadas a menudo a episodios de violencia, con lo que esto supone desde la perspectiva criminológica, e incluso puede conducir mucho más fácilmente que con otras drogas de abuso a un desenlace mortal<sup>57</sup>.

## **EL PAPEL DE LAS DROGAS DE ABUSO EN LA CRIMINALIDAD**

La relación existente entre las drogodependencias y la comisión de determinados delitos es un hecho del que nadie duda hoy en día, pero no es fácil determinar si existe relación causal entre consumo de drogas y delincuencia, es decir si el consumo de drogas es el motivo del acto delictivo, en tanto que ni la mayor parte de los drogodependientes delinquen, ni la mayor parte de los sujetos que delinquen lo hacen bajo el efecto de las drogas de abuso<sup>58</sup>.

De hecho, en los estudios realizados hasta la fecha no se ha podido establecer un nexo causal definitivo entre consumo de drogas y delitogénesis<sup>59</sup>.



La mayor parte de las drogas de abuso disminuyen la capacidad de concentración, los reflejos y la visibilidad, incrementan el tiempo de reacción y pueden ocasionar alucinaciones visuales y auditivas, hechos que condicionan una gran merma en la capacidad de conducir de forma segura un automóvil. Imagen cedida por Pixabay.

No obstante, sí se puede apreciar una conexión estadística entre consumo de drogas y delincuencia, conexión que ha quedado reflejada en nuestro país en las sucesivas Memorias de la Fiscalía General del Estado, así como en los datos publicados en los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior. Según estas fuentes, algo más del 80 % de los sujetos drogodependientes en las grandes ciudades cometen algún tipo de actividad delictiva, y la mitad de los reclusos internos en los Centros Penitenciarios españoles lo son por delitos contra la salud pública, es decir tráfico de drogas. Sin embargo, como se ha comentado previamente, lo que no ha quedado demostrado de forma clara en las investigaciones realizadas es la relación causal entre consumo de drogas y delincuencia, es decir si el consumo de drogas es la causa de la delincuencia o, al revés, si la delincuencia es la causa del consumo de drogas.

Desde el punto de vista criminológico, el vínculo entre el uso/abuso de drogas y la delincuencia puede ser clasificado de acuerdo con una triple tipología,

que ha venido a denominarse como delincuencia inducida, funcional y relacional<sup>20,60</sup>.

## **Drogas de abuso y delincuencia inducida: delitos contra las personas y la seguridad vial**

Bajo este epígrafe se engloban todos aquellos delitos que se originan a causa de los efectos producidos por el consumo de drogas de abuso. Es un hecho constatado por numerosos estudios que las sustancias psicotrópicas ocasionan una alteración temporal de la conciencia (alteraciones cognitivas, distorsión de la percepción de la realidad, etc.), bien durante el propio período de intoxicación como durante el denominado síndrome de abstinencia o deprivación del tóxico, que se asocia en numerosas ocasiones al uso de la violencia, generalmente de carácter impulsivo<sup>44</sup>. En estas situaciones pueden tener lugar delitos contra las personas (homicidio y sus formas, lesiones, etc.), así como contra la seguridad vial<sup>20</sup>.

El desarrollo de conductas agresivas se ha puesto de manifiesto con drogas como las anfetaminas, la cocaína o los alucinógenos<sup>44,61</sup>. Estos agentes psicoestimulantes pueden llevar a conductas agresivas, bien por la propia intoxicación, o bien por los episodios de psicosis paranoide subsiguientes<sup>62</sup>. Los psicoestimulantes también pueden provocar agresividad en el contexto de cuadros confusionales o de *delirium*; se han descrito incluso casos de homicidios bajo el efecto de la intoxicación por anfetaminas<sup>63</sup>. Los opiáceos, habitualmente, no son causa primaria de violencia, salvo cuando el sujeto está sufriendo el síndrome de abstinencia, en cuyo caso, la irritabilidad y los hábitos delictivos pueden generarla<sup>64</sup>. Del mismo modo, también se han descrito este tipo de conductas violentas en consumidores de cannabis<sup>65</sup>. En un estudio publicado en 2000, se mostró que el 51 % de los hombres y el 69 % de las mujeres internados en centros penitenciarios, afirmaban haber estado bajo la influencia de drogas cuando cometieron el delito por el que fueron encarcelados<sup>66</sup>.

En materia de delincuencia inducida también hay que tener presente la implicación de las drogas de abuso en la génesis de siniestros de tráfico,

según reconoció directamente Naciones Unidas en 1994. Baste recordar la alta siniestralidad en jóvenes de 18 a 25 años, en relación con el éxtasis, observada en la carretera Madrid-Valencia en los fines de semana durante el apogeo de la denominada «ruta del bakalao» (1993-1996). En este sentido, es bien conocido que la mayor parte de las drogas de abuso disminuyen la capacidad de concentración, los reflejos y la visibilidad, incrementan el tiempo de reacción y pueden ocasionar alucinaciones visuales y auditivas, hechos que condicionan una gran merma en la capacidad de conducir de forma segura un automóvil.

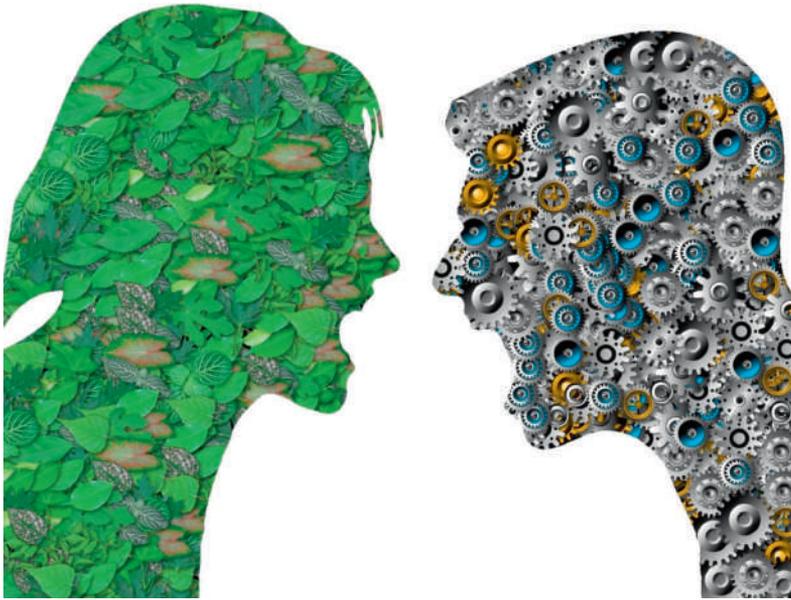
Según los datos del informe DRUID (*Driving Under Influence of Alcohol, Drugs and Medicines*) correspondiente a 2013, proyecto en el que participó la Dirección General de Tráfico, el 12 % de los españoles que conducían turismos habrían consumido alguna droga ilegal y/o alcohol antes de conducir. El 43% de los conductores fallecidos en 2013 y analizados por el Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses presentaron alguna sustancia psicoactiva en el organismo, siendo el alcohol la sustancia más común (67 %), seguida de drogas ilegales (35,4 %). De los positivos a drogas ilegales, en más de la mitad de los casos (55,3 %) se detectó cocaína, en el 43,5 % cannabis, opiáceos en el 16,5 % y anfetaminas en el 4,7 %. El informe también determinó que el 44 % de los peatones involucrados en accidentes presentaron resultados positivos a drogas y/o psicofármacos y/o alcohol<sup>67</sup>. Por otro lado, según los datos del Anuario Estadístico del Ministerio del Interior<sup>68</sup> correspondiente a 2018, el total de personas detenidas/imputadas por personal de la Agrupación de Tráfico de la Guardia Civil por la comisión de delitos contra la seguridad del tráfico por alcohol y/o drogas fue de 13.393 en 2017 y de 13.148 en 2018.

Finalmente, también hay que considerar, ateniéndonos a sus implicaciones judiciales, los fallecimientos relacionados con el uso de drogas ilegales. Se ha estimado que 782 defunciones en España, en el año 2017, estuvieron provocadas por el consumo no médico de sustancias ilegales, según los últimos datos aportados por el Observatorio Español sobre Drogas<sup>17</sup>. En el ámbito de la Unión Europea<sup>69</sup>, el número de muertes relacionadas con las drogas aumentó un 6% entre 2014 y 2015, y se debe, en concreto, al incremento de las muertes rela-

cionadas con los opioides, siendo el número total de muertes inducidas por drogas en 2017 de 8.238 casos<sup>19</sup>.

## Drogas de abuso y delincuencia funcional: delitos contra la propiedad

La delincuencia funcional o instrumental hace referencia a aquellos delitos relacionados con las conductas encaminadas a perpetuar el consumo, con objeto de minimizar las consecuencias indeseables de la abstinencia. En este caso específico, la delincuencia y el consumo de drogas presentan una relación evidente, pues la finalidad del acto delictivo estriba en la financiación de la obtención de la droga<sup>20,59</sup>.



El estrecho vínculo entre la capacidad para cometer diferentes delitos y el entorno del sujeto consumidor y/o dependiente hace del consumo de drogas un factor criminógeno de primer orden en nuestros días. Imagen cedida por Pixabay.

La delincuencia instrumental corresponde, básicamente, a delitos contra la propiedad cometidos por consumidores para financiar su dependencia, aunque no resulta infrecuente que, en el curso de los mismos, se cometan delitos

contra las personas, bien entre los propios toxicómanos o entre ellos y los traficantes. Los delitos contra la propiedad suelen comenzar con sustracciones en el ámbito doméstico, que evolucionan a robos de mayor gravedad fuera del entorno familiar, a medida que la adicción es mayor<sup>70</sup>. El programa NEW-ADAM mostró que la relación entre el consumo de drogas y el delito era más estrecha entre determinados tipos de droga y determinados tipos de delito. Por ejemplo, el consumo de heroína estaba vinculado a tres tipos de delitos concretos: hurto en tiendas, robo sin allanamiento de morada y atracos<sup>59</sup>.

Numerosos estudios, sobre datos procedentes de la Unión Europea y Estados Unidos, confirman que la mayoría de los consumidores de drogas de abuso ha tenido contacto con el sistema penal<sup>71,72</sup>, fundamentalmente por robos<sup>73</sup>, destacando, entre ellos, los consumidores de heroína y crack<sup>59</sup>. En España, el estudio realizado por la Fundación CREFAT de la Cruz Roja, y subvencionado por la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, *Perfil sociosanitario de los usuarios de los programas de Cruz Roja en Instituciones Penitenciarias*, del año 2000, constató un alto porcentaje de drogodependientes en la población reclusa. El 79,7 % de estos usuarios de los programas de drogodependencias de Cruz Roja declaró que sus delitos estaban relacionados directamente con las drogas. Considerando exclusivamente a los consumidores de heroína, y a los consumidores de heroína y cocaína, estos cometían principalmente delitos contra el orden socioeconómico (63,3 % y 72,8 %, respectivamente), seguidos de los delitos contra la salud pública (18,7 % y 10,4 %, respectivamente)<sup>74</sup>. Más recientemente, se ha confirmado, en una muestra de 106 reclusos españoles condenados por violencia de género, que un 61,3 % presentaba un diagnóstico de abuso de sustancias, fundamentalmente alcohol y cocaína<sup>75</sup>.

## **Drogas de abuso y delincuencia relacional: narcotráfico**

Los delitos incluidos en el epígrafe de delincuencia relacional corresponden a aquellos que se llevan a cabo en el entorno del consumo o que facilitan éste, siendo los más comunes los relacionados con el cultivo, elaboración y distribución, englobados todos en el concepto del «narcotráfico»<sup>20</sup>. Por otro

lado, en muchos países, el consumo de drogas se encuentra despenalizado, aunque la problemática se centra en establecer cuándo la cantidad de droga poseída puede considerarse para uso propio, o por el contrario va a ser destinada al tráfico. En España, la posesión para el autoconsumo es atípica penalmente y, si bien no existe una concreción legal sobre cuándo nos encontramos en un caso u otro, debido fundamentalmente a que se trata de un elemento intencional, ha sido la jurisprudencia la que ha establecido una serie de criterios para poder llegar a una u otra conclusión, criterios que están siendo mantenidos de forma unánime y que son los siguientes: a) cantidad de droga aprehendida, b) riqueza o grado de pureza de la droga, c) forma de presentación de la droga (papelinas, bloque, etc.), d) condición de drogodependiente del poseedor de la sustancia, e) capacidad económica del poseedor, f) tenencia de instrumentos o medios relacionados con la actividad de tráfico (balanzas de precisión, jeringuillas, recortes de plástico, etc.), y g) antecedentes del poseedor. En los casos en que se acredite que la droga poseída es para el consumo propio, si bien dicha conducta será atípica desde un punto de vista penal, puede ser que constituya una infracción administrativa si está contemplada dentro del supuesto recogido en el artículo 25.1 de la Ley Orgánica 1/1992, de Seguridad Ciudadana: «Constituyen infracciones graves a la seguridad ciudadana el consumo en lugares, vías, establecimientos o transportes públicos, así como la tenencia ilícita, aunque no estuviera destinada al tráfico de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, siempre que no constituya infracción penal, así como el abandono en los sitios mencionados de útiles o instrumentos utilizados para su consumo».

El fenómeno del narcotráfico nació en la década de 1920, tras la creación, en 1925, de la Comisión Central Permanente sobre el Opio, que comenzó a controlar el comercio internacional lícito de estupefacientes<sup>76</sup>. Este fenómeno sería dirigido, inicialmente, por las mafias italianas norteamericanas, en colaboración con distintos tipos de intermediarios, como el caso de la «conexión marsellesa». En la Convención de la Sociedad de Naciones de 1936 se introdujo, por primera vez, la petición de imponer severas penas para los traficantes de drogas ilícitas. Tras la creación de la ONU, uno de sus pri-

meros actos fue la firma del Protocolo de 1946, mediante el cual se transfirió legalmente a esta Organización las funciones de fiscalización de estupefacientes<sup>77</sup>, en 1961 se creó la JIFE y en 1971 se suscribió el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas, mediante el que se regularon ciertas normas del Derecho Internacional y se crearon las famosas cuatro listas de sustancias a fiscalización, en las que se englobaron las drogas de abuso en función de distintos parámetros, sus características farmacológicas diferenciales, su valor terapéutico o su capacidad/potencia para ocasionar dependencia.

Desde mediados de la década de 1970, los grupos locales dedicados al narcotráfico en los países de origen comenzaron a adquirir un cierto peso específico, al crear sus propias redes de distribución y de interconexiones (recolectores estacionales, transportistas, guardias, banqueros, etc.)<sup>78</sup>. En la década de 1980, la cocaína eclipsó totalmente el mercado de la droga, controlado por grupos colombianos y mexicanos. Aparecen entonces los grandes cultivos de hoja de coca, localizados principalmente en los países de la cordillera andina, de donde se distribuía al resto del mundo. Para esta nueva infraestructura se requería menos personal, aunque más capital y modernas técnicas industriales, y se generan mayores beneficios, que son manejados con técnicas financieras más refinadas y complejas. Asimismo, las propias organizaciones van evolucionando, integrándose de una forma más vertical y jerarquizada, y adquiriendo un carácter mucho más violento<sup>78</sup>. Con respecto a los opiáceos, el centro de producción fue virando también durante la década de 1980 desde Myanmar (Birmania) hacia Afganistán, que se ha configurado como el centro neurálgico de la producción mundial de opio, seguido, a enorme distancia, de Myanmar y México. En la actualidad, se ha estimado que el potencial de fabricación mundial de heroína es de 7.790 toneladas, según datos correspondientes a 2018, y el de cocaína ha alcanzado, en 2017, el máximo histórico de 1.976 toneladas, un aumento del 25 % con respecto al año anterior, fundamentalmente en Colombia, donde, según las estimaciones, se produjo aproximadamente el 70 % de toda la cocaína mundial<sup>5</sup>.

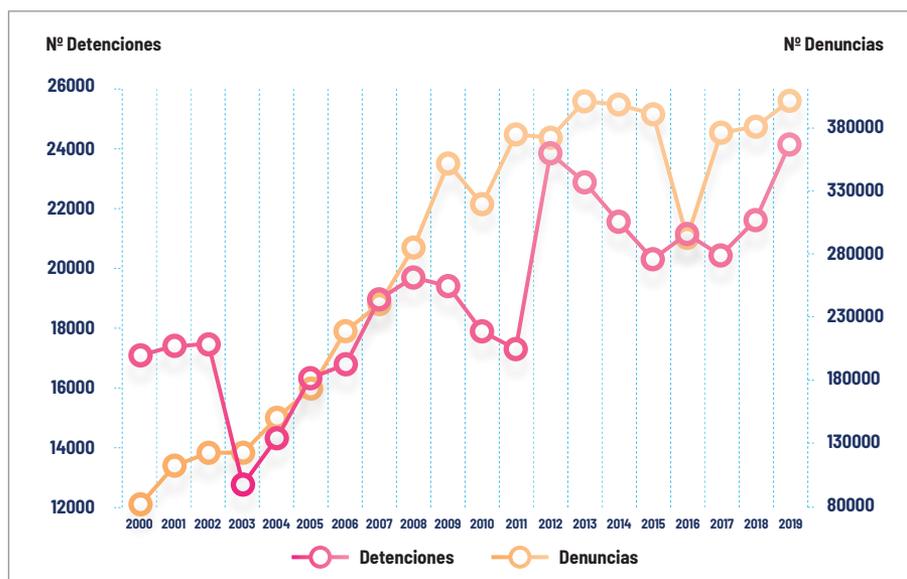
Algunos datos actuales pueden dar cierta luz sobre la envergadura del negocio del narcotráfico<sup>22</sup>. Según la ONU y la OCDE, en el año 2003, la economía

de la droga representaba el 8 % de la economía mundial; de hecho, mientras el PIB de Estados Unidos, Alemania, Francia y Gran Bretaña, en ese año, fue de 8,1, 2,1, 1,3 y 1,2 billones de euros, respectivamente, el negocio de la droga movió 3,2 billones de euros. Según este mismo Informe, en España, el delito de «tráfico de drogas» es uno de los más cometidos, responsable del 30 % de las personas recluidas en instituciones penitenciarias.

Desde el año 2002, en Afganistán, la República Islámica de Irán y Pakistán han tenido lugar más del 90 % de las incautaciones globales de opio a escala mundial<sup>79</sup>. Con respecto a la Unión Europea, en 2013 se incautaron casi 5,6 toneladas de heroína, de las cuales una sexta parte correspondió al Reino Unido. Los últimos datos europeos, correspondientes a 2017, suponen 50.000 incautaciones, que permitieron aprehender unas 29,2 toneladas de heroína (Unión Europea, Noruega y Turquía)<sup>19</sup>. Con respecto a la cocaína, dado que su consumo en Europa sigue aumentando, también se ha incrementado el volumen y el número de las incautaciones, que ascendieron a más de 142 toneladas en el año 2017, de las cuales algo menos de la mitad (42,2 %) se interceptaron en España<sup>19</sup>. Por su parte, la droga más frecuentemente implicada en los arrestos policiales relacionados con las drogas en los países de la Unión Europea es el cannabis.

Según datos del último Anuario del Ministerio del Interior, en el año 2018 aumentaron un 30,4 % las incautaciones de cannabis *versus* el año 2017 y un 18,3 % las de cocaína. Por el contrario, han disminuido un 52,1 % y un 13,7 % las incautaciones de heroína y éxtasis<sup>68</sup>. Otros datos sobre el narcotráfico en España pueden obtenerse de diferentes estudios e informes: el 50 % de toda la resina de cannabis incautada en el mundo y el 75 % de la incautada en Europa se requisan en España; España es el país europeo donde más cocaína se incauta (26,7 toneladas) y es el octavo país del mundo en este ranking, tras Colombia, Estados Unidos, Bolivia, Colombia, Panamá, Perú, Ecuador y Venezuela; las detenciones policiales por tráfico de drogas ascendieron, en el año 2018, a unas 21.664 personas<sup>17</sup>. La tabla III muestra las cifras de incautaciones policiales de las más relevantes drogas de abuso en España entre 2002 y 2018, y la tabla IV la evolución de los delitos por tráfico de drogas durante estas dos últimas décadas.

**Figura 2.** Evolución del número de detenciones por tráfico de drogas y de denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de drogas realizadas en España (2000-2019)



La mayor parte de las intervenciones en drogas se producen o realizan al amparo de la L.O. 1/1992. La evolución de las denuncias muestra una tendencia sostenida al alza. En el año 2006 se produjo un considerable incremento (26,32 %), debido a los planes operativos puestos en marcha en este año en los colegios y los centros de ocio. Fuente: Datos del Observatorio Español sobre Drogas y los Anuarios del Ministerio del Interior.

La figura 2 muestra la distribución de las detenciones policiales en España por tráfico de drogas y de las denuncias por consumo y/o tenencia ilícita de drogas (en aplicación del artículo 25 de la Ley Orgánica 1/1992)<sup>17,68</sup>, que pasaron de 181.302 en el año 2000 a 381.100 en el año 2018. Además, en el año 2014 se registraron 165.197 sanciones por infracciones graves en aplicación de los artículos 23.i y 25 de la Ley Orgánica 1/1992 sobre Seguridad Ciudadana, referidos al consumo o tenencia de drogas en la vía pública, lo que supone un crecimiento respecto al año anterior del 43,2 %<sup>80</sup>.

Tabla III. Incautaciones policiales de drogas en España durante el período 2002-2018

| Año  | Droga                   |                        |                 |   |
|------|-------------------------|------------------------|-----------------|---|
|      | Cannabis<br>(toneladas) | Cocaína<br>(toneladas) | Heroína<br>(Kg) | Drogas de síntesis*<br>(miles de dosis) |
| 2002 | 564,8                   | 17,7                   | 275             | 1.396,6                                 |
| 2003 | 727,3                   | 49,2                   | 242             | 771,9                                   |
| 2004 | 794,4                   | 33,1                   | 271             | 796,8                                   |
| 2005 | 669,7                   | 48,4                   | 174             | 572,9                                   |
| 2006 | 459,2                   | 49,6                   | 472             | 481,6                                   |
| 2007 | 653,6                   | 37,8                   | 226             | 490,6                                   |
| 2008 | 682,7                   | 27,7                   | 548             | 534,9                                   |
| 2009 | 444,6                   | 25,3                   | 300             | 404,3                                   |
| 2010 | 384,3                   | 25,2                   | 233             | 634,6                                   |
| 2011 | 355,9                   | 16,6                   | 413             | 182,9                                   |
| 2012 | 327,2                   | 20,7                   | 282             | 179,6                                   |
| 2013 | 319,2                   | 26,7                   | 291             | 154,7                                   |
| 2014 | 379,7                   | 21,6                   | 244             | 558,8                                   |
| 2015 | 380,3                   | 21,6                   | 256             | 134,1                                   |
| 2016 | 324,3                   | 15,6                   | 253             | 346,8                                   |
| 2017 | 334,9                   | 40,9                   | 524             | 348,2                                   |
| 2018 | 436,9                   | 48,4                   | 251             | 300,5                                   |
| 2019 | 349,4                   | 37,8                   | 234             | 267,6                                   |

\* Fundamentalmente MDMA («éxtasis»).

Fuente: Datos del Plan Nacional sobre Drogas, Subdirección General de Operaciones de la Guardia Civil, Unidad Central de Investigación Criminal del Ministerio del Interior, Anuarios del Ministerio del Interior, Sistema Estadístico Nacional sobre Drogas (SENDA) del Gabinete de Análisis y Prospectiva (Secretaría de Estado de Seguridad), y Observatorio Español sobre Drogas<sup>17</sup>.

Tabla IV. Evolución de los delitos de tráfico de drogas en España, entre los años 2000 y 2018

| Año  | Delitos conocidos |            |           | Esclarecidos | Detenciones |         |         |
|------|-------------------|------------|-----------|--------------|-------------|---------|---------|
|      | Total             | Consumados | Tentativa | %            | Total       | Hombres | Mujeres |
| 2000 | 11.032            | 10.993     | 39        | 97,52        | 16.865      | 14.370  | 2.495   |
| 2001 | 11.574            | 11.545     | 29        | 96,40        | 17.117      | 14.663  | 2.454   |
| 2002 | 11.370            | 11.339     | 31        | 96,28        | 16.876      | 14.495  | 2.381   |
| 2003 | 10.851            | 10.817     | 34        | 95,65        | 15.981      | 13.697  | 2.284   |
| 2004 | 11.015            | 10.985     | 30        | 94,69        | 16.762      | 14.299  | 2.463   |
| 2005 | 11.101            | 11.073     | 28        | 95,23        | 17.140      | 14.402  | 2.738   |
| 2006 | 11.363            | 11.346     | 17        | 95,91        | 17.601      | 14.765  | 2.836   |
| ...  | ...               | ...        | ...       | ...          | ...         | ...     | ...     |
| 2009 | 12.852            |            |           | 93,37        | 20.340      |         |         |
| 2010 | 12.948            |            |           | 90,04        | 19.891      |         |         |
| 2011 | 15.220            |            |           | 95,81        | 23.610      |         |         |
| 2012 | 14.509            |            |           | 95,94        | 22.575      |         |         |
| 2013 | 14.296            |            |           | 96,84        | 22.312      |         |         |
| 2014 | 13.411            |            |           | 94,38        | 20.701      |         |         |
| 2015 | 12.069            |            |           | 94,37        | 20.314      |         |         |
| 2016 | 12.448            |            |           | 93,99        | 21.180      |         |         |
| 2017 | 12.958            |            |           | 93,57        | 20.422      |         |         |
| 2018 | 14.133            |            |           | 92,97        | 21.664      |         |         |

Fuente: Datos procedentes de los Anuarios Estadísticos del Ministerio del Interior.

A modo de conclusión de este epígrafe podemos recoger la siguiente afirmación, procedente del Informe Mundial sobre las Drogas de 2012: «Aunque las aguas revueltas de los mercados mundiales de drogas ilícitas parecen haberse calmado, es posible detectar desplazamientos y cambios subya-

centes en sus flujos y corrientes. Estos cambios son considerables y, además, preocupantes, no por la forma en que afectan a los datos actuales, sino porque demuestran la flexibilidad y adaptabilidad de los proveedores y los consumidores de drogas, así como por las repercusiones futuras que esas modificaciones podrían tener en los principales mercados mundiales de drogas»<sup>81</sup>.

## CONCLUSIONES

La relación entre el entorno de las drogas y la criminalidad es sumamente estrecha, aunque no se ha establecido un nexo causal definitivo entre ambas. Pero la resolución de este problema constituye un enorme reto social por varios motivos: el consumo de drogas aumenta; las incautaciones son más altas que nunca y la cooperación internacional en materia de fiscalización es insuficiente; las complicaciones de salud son cada vez más preocupantes; la prevención y el tratamiento no son adecuados en muchos países; el número de sustancias ilícitas va en aumento; los mercados y las rutas del narcotráfico son enormemente cambiantes, etc.

## REFERENCIAS

1. López-Muñoz F., Álamo C., Domino E.F. *History of Psychopharmacology*. Arlington: NPP Books, 2014.
2. López-Muñoz F., Rubio G. (Eds.) *Manual de Drogodependencias y Criminología*. Colección «Criminología y Criminalística». Madrid: Delta Publicaciones, 2020.
3. Gómez Mengelberg E. *Un recorrido histórico del concepto de salud y calidad de vida a través de los documentos de la OMS*. TOG: A Coruña, 2009. Recuperado de <http://www.revistatog.com/num9/pdfs/original2.pdf>.
4. López-Muñoz F., Álamo C., Cuenca E. Historia de la Psicofarmacología. En: J. Vallejo y C. Leal (Dir.), *Tratado de Psiquiatría*, Tomo II (pp. 1709-1736). Barcelona: Ars Medica, 2005.

5. Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (UNODC). *Informe Mundial Sobre las Drogas 2019*, 2019. Recuperado de [https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019\\_B1\\_S.pdf](https://wdr.unodc.org/wdr2019/prelaunch/WDR2019_B1_S.pdf).
6. Swan A.C., Goodman-Delahunty J. The Relationship between Drug Use and Crime among Police Detainees: Does Gender Matter? *International Journal of Forensic Mental Health* 2013; 12: 107-15.
7. Álamo C., Valbuena A. *Avances en toxicomanías y alcoholismo*. Alcalá de Henares: Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá, 1996.
8. López-Muñoz F., Pérez-Fernández F., Marchal Escalona A.N., Álamo C. Relación entre agentes psicotrópicos y criminología desde la perspectiva histórica. Parte I: Sustancias institucionalizadas. *Revista Aranzadi Doctrinal* 2015; 5: 179-216.
9. Schmitz R. Friedrich Wilhelm Sertürner and the discovery of morphine. *Pharmacy in History* 1985; 27: 61-74.
10. Rubio G., López-Trabada J.R., Pascual J., Santo-Domingo J. Utilización de las drogas de abuso en el tratamiento de las enfermedades mentales. En: F. López-Muñoz y C. Álamo (Eds.), *Historia de la Neuropsicofarmacología. Una nueva aportación a la terapéutica farmacológica de los trastornos del Sistema Nervioso Central* (pp. 325-334). Madrid: Ediciones Eurobook S.L., y Servicio de Publicaciones de la Universidad de Alcalá, 1998.
11. López-Muñoz F., Álamo C. La síntesis de la morfina: del milagro de la analgesia a la maldición de las dependencias. *Redes en Investigación de Medicamentos* 2007; 9: 15-7.
12. Álamo C., López-Muñoz F. Historia de los fármacos analgésicos (I): Agentes opioides. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 2006; 13 (supl. 1): 13-33.
13. López-Muñoz F., González E., Serrano M.D., Antequera R., Álamo C. Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica (Parte I). *Cuadernos de Medicina Forense* 2011; 17: 21-33.
14. Brown R. Heroin dependence. *Wisconsin Medical Journal* 2004; 103: 20-6.
15. Pelt J.M. *Drogas y plantas mágicas*. París: Fayard, 1983.

16. Cabrera Bonet R., Cabrera Forneiro J. *Las drogas de abuso: Un reto sanitario*. Madrid: Universidad Pontificia Comillas, 1994.
17. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). *Informe 2019. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019. Recuperado de [http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019\\_Informe\\_EDADES.pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2019_Informe_EDADES.pdf).
18. Observatorio Español de la Droga y las Toxicomanías (OED). *Informe 2013. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013. Recuperado de [http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/2\\_Informe\\_2013.pdf](http://www.pnsd.msssi.gob.es/Categoria2/observa/pdf/2_Informe_2013.pdf).
19. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT). *Informe anual 2019: tendencias y novedades*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2019. Recuperado de [https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724\\_TDAT19001ESN\\_PDF.pdf](https://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/11364/20191724_TDAT19001ESN_PDF.pdf).
20. López-Muñoz F., González E., Serrano M.D., Antequera R., Álamo C. Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica (Parte II). *Cuadernos de Medicina Forense* 2011; 17: 67-75.
21. Muñoz Sánchez J. Responsabilidad penal del drogodependiente. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología* 2014; 16 (3): 1-27. Recuperado de <http://criminet.ugr.es/recpc/16/recpc16-03.pdf>.
22. González E., López-Muñoz F., Guerra J.A., Antequera R. Mind Altering Agent and Criminology: Historic Myth or Reality? En: F. López-Muñoz, C. Álamo y E.F. Domino (Eds.), *History de of Psychopharmacology*, Vol. 3, *The Consolidation of psychopharmacology as a Scientific Discipline: Ethical-Legal Aspects and Future Prospects. Revolution of Psychopharmacology: The discovery and Development of Psychoactive Drugs* (pp. 187-225). Arlington: NPP Books, 2014.
23. Grinspoon L., Bakalar J.B. *Cocaine: Une drogue et son evolution sociaux*. Quebec: Létincelle, 1978.
24. López-Muñoz F., Álamo C. Historia de los fármacos analgésicos (II): Agentes no opioides. *Revista de la Sociedad Española del Dolor* 2006; 13 (supl. 1): 34-55.

25. Cabrera J. (2014). Drugs as psychotropic and neurotoxic substances: A brief history of drug use. En: F. López-Muñoz, C. Álamo y E.F. Domino (Eds.), *History de of Psychopharmacology, Vol. 2, The Revolution of Psychopharmacology: The Discovery and Development of Psychoactive Drugs* (pp. 349-360). Arlington: NPP Books, 2014.
26. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). *Informe 2019. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad, 2020. Recuperado de <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2020OEDA-INFORME.pdf>.
27. McKim W.A. *Drugs and Behaviour*. New Jersey: Prentice Hall, 1991.
28. ObservatorioEuropeodelasDrogasy las Toxicomanías (OEDT). *Informe anual 2015: tendencias y novedades*, 2015. Recuperado de [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_239505\\_ES\\_TDAT15001ESN.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_239505_ES_TDAT15001ESN.pdf).
29. Clervoy P., Rafizadeh-Kabe J.D. Psychotomimetic agents. Discovery and history of LSD-25. En: F. López-Muñoz, C. Álamo y E.F. Domino (Eds.), *History de of Psychopharmacology, Vol. 2, The Revolution of Psychopharmacology: The Discovery and Development of Psychoactive Drugs* (pp. 349-360). Arlington: NPP Books, 2014.
30. Ulrico R., Patten B. The rise, decline and fall of LSD, *Perspectives in Biology and Medicine* 1991; 34: 561-78.
31. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT). *Informe anual 2008: el problema de la drogodependencia en Europa*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2008. Recuperado de <http://www.emcdda.europa.eu/publications/annual-report/2008>.
32. Alguacil L.F., Pérez-García C., Morales L. Central Nervous System stimulants. En: F. López-Muñoz, C. Álamo y E.F. Domino (Eds.), *History de of Psychopharmacology, Vol. II, The Revolution of Psychopharmacology: The Discovery and Development of Psychoactive Drugs* (pp. 349-360). Arlington: NPP Books, 2014.
33. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT) y EURO-POL. *Anfetamina. Una perspectiva de la Unión Europea en un contexto*

- global. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2013. Recuperado de [http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att\\_145911\\_ES\\_Anfetaminas%20web%20optimised%20file.pdf](http://www.emcdda.europa.eu/attachements.cfm/att_145911_ES_Anfetaminas%20web%20optimised%20file.pdf).
34. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). *Informe de la Encuesta sobre Uso de Drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES)*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, 2019. Recuperado de [http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES\\_2018-19\\_Informe.pdf](http://www.pnsd.mscbs.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/ESTUDES_2018-19_Informe.pdf).
  35. Álamo C., López-Muñoz F., Cuenca E. Efectos neurobiológicos del consumo de éxtasis. En: G. Rubio y C. Álamo (Eds.), *Éxtasis: Una droga para la controversia* (pp. 24-46). Valencia: Editorial Promolibro, 1998.
  36. López-Muñoz F., Rubio G., González-Martínez E., Álamo C. Éxtasis (3,4-metilendioximetanfetamina, MDMA): Aspectos farmacológicos, clínicos y criminológicos. *Trastornos Adictivos* 2004; 6: 16-38.
  37. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE). *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2013*. International Narcotics Control Board, 2013. Recuperado de [https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2013/Spanish/AR\\_2013\\_S.pdf](https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2013/Spanish/AR_2013_S.pdf).
  38. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT). *El Problema de la Drogodependencia en Europa. Informe anual 2006*. Lisboa: OEDT, 2006.
  39. Druid H., Holmgren P., Ahlner J. Flunitrazepam: an evaluation of use, abuse and toxicity. *Forensic Science International* 2001; 122: 136-41.
  40. Álamo C., López-Muñoz F., Cuenca E. Bases biológicas de la adicción a benzodiacepinas: una lucha por el equilibrio entre mecanismos gabaérgicos y glutamatérgicos. En: Sociedad Española de Toxicomanías, J.C. Pérez de los Cobos, J.C. Valderrama, G. Cervera y G. Rubio (Eds.), *Tratado SET de Trastornos Adictivos* (pp. 194-211). Madrid: Editorial Médica Panamericana, 2006.
  41. Anglin D., Spears K.L., Hutson H.R. Flunitrazepam and its involvement in date or acquaintance rape. *Academic Emergency Medicine* 1997; 4: 323-6.

42. Daderman A.M., Edman G., Meurling A.W., Levander S., Kristiansson M. Flunitrazepam intake in male offenders. *Nordic Journal of Psychiatry* 2012; 66: 131-40.
43. Daderman A.M., Lidberg L. Flunitrazepam (Rohypnol) abuse in combination with alcohol causes premeditated, grievous violence in male juvenile offenders. *Journal of the American Academy of Psychiatry and the Law* 1999; 27: 83-99.
44. López-Muñoz F., Álamo C. Agresividad y violencia en el marco del consumo de drogas de abuso. En: F. Pérez-Fernández (Coord.), *El fenómeno de la violencia* (pp. 115-150). Madrid: Delta Publicaciones, 2019.
45. Slaughter L. Involvement of drugs in sexual assault. *Journal of Reproductive Medicine* 2000; 45: 425-30.
46. Elsohly M.A., Salamone S.J. Prevalence of drugs used in cases of alleged sexual assault. *Journal of Analytical Toxicology* 1999; 23: 141-6.
47. Abramowitz M.Z. GHB and date rape. *British Journal of Psychiatry* 2004; 185: 176-7.
48. Krystal J.H., Karper L.P., Seibyl J.P., Freeman G.K., Delaney R., Bremner J.D., Heninger G.R., Bowers M.B. Jr., Charney D.S. Subanesthetic effects of the noncompetitive NMDA antagonist, ketamine, in humans. Psychotomimetic, perceptual, cognitive, and neuroendocrine responses. *Archives of General Psychiatry* 1994; 51: 199-214.
49. Kohrs R., Durieux M.E. Ketamine: teaching an old drug new tricks. *Anesthesia & Analgesia* 1998; 87: 1186-93.
50. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). *Informe Europeo sobre Drogas 2014. Tendencias y novedades*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2014. Recuperado de: <http://www.emcdda.europa.eu/publications/edr/trends-developments/2014>.
51. Ferrándiz J., Mataix A. Las nuevas drogas y sus consecuencias para la salud. *JANO* 2001; 61: 45-50.
52. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDA). *Informe anual 2002 sobre el problema de las drogodependencias en la Unión*

- Europea, 2002. *Observatorio Europeo de la Droga y Toxicomanías*, 2002. Recuperado de [www.emcda.org/publications/publications\\_annrep.sht](http://www.emcda.org/publications/publications_annrep.sht).
53. Negrusz A., Gaensslen R.E. Analytical developments in toxicological investigation of drug-facilitated sexual assault. *Analytical and Bioanalytical Chemistry* 2003; 376: 1192-7.
54. Stewart D.N., Jacquin K.M. Juror perceptions in a rape trial: Examining the complainant's ingestion of chemical substances prior to sexual assault. *Journal of Aggression, Maltreatment and Trauma* 2010; 19: 853-74.
55. National Institute on Drug Abuse (NIDA). *Research Report Series: Hallucinogens and dissociative drugs*, 2005. Recuperado de <http://www.drugabuse.gov/ResearchReports/Hallucinogens/Hallucinogens.html>.
56. Escohotado A. *Historia general de las drogas*. Madrid: Alianza Editorial, 2004.
57. Henderson G. (1982). Phencyclidine: a widely abused but little understood psychotomimetic agent. *Trends in Pharmacological Sciences* 1982;3:248-50.
58. Muñoz Sánchez J., Díez Ripollés J.L. (Dirs.). *Las drogas en la delincuencia*. Valencia: Tirant lo Blanch, 2003.
59. Bennett T., Holloway K. Observaciones y explicaciones de la conexión entre drogas y delincuencia. En: A. Serrano Maíllo y J.L. Guzmán Dálbora (Eds.), *Procesos de infracción de normas y de reacción a la infracción de normas: dos tradiciones criminológicas. Nuevos estudios en homenaje al profesor Alfonso Serrano Gómez* (pp. 1-27). Madrid: Dykinson Publishing Company, 2008.
60. Otero J.M. *Droga y delincuencia: un acercamiento a la realidad*. Madrid: Pirámide, 1997.
61. Nurco D.N., Ball J.C., Shaffer J.W., Hanlon T.E. The criminality of narcotic addicts. *Journal of Nervous Diseases* 1985; 173: 94-102.
62. López-Muñoz F., Álamo C., Cuenca E. Psicofarmacología de la agresividad. En: G. Gómez-Jarabo (Ed.), *Violencia: antítesis de la agresión. Un recorrido psicobiológico, psicosocial y psicopatológico para llegar a la justicia* (pp. 277-337). Valencia: Editorial Promolibro, 1999.

63. Ellingwood E.H. Assault and homicide associated with amphetamine abuse. *American Journal of Psychiatry* 1971; 127: 1170-9.
64. Blumstein A. Youth violence, guns, and the illicit-drug industry. *Journal of Criminal Law & Criminology* 1995; 86: 10-36.
65. Arseneault L., Moffitt T.E., Caspi A., Taylor P.J., Silva P.A. Mental disorders and violence in a total birth cohort. Results from the Dunedin Study. *Archives of General Psychiatry* 2000; 57: 979-86.
66. Hannon F., Kelleher C., Friel S. *General Healthcare Study of the Irish Prisoner Population*. Dublín: Government Publications, 2000.
67. Plan Nacional sobre Drogas (PND)). *Memoria 2013*. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013. Recuperado de <http://www.pnsd.msssi.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/memo2013.pdf>.
68. Ministerio del Interior. *Anuario Estadístico del Ministerio del Interior (AEMI)*. Madrid: Secretaría General Técnica del Ministerio del Interior, 2019. Recuperado de <http://www.interior.gob.es/documents/642317/1204854/Anuario+Estadístico+del+Ministerio+del+Interior+2018/>
69. Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (OEDT). *Informe anual 2017: tendencias y novedades*. Luxemburgo: Oficina de Publicaciones de la Unión Europea, 2017. Recuperado de <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/4541/TDAT17001ESN.pdf>.
70. Dietch J.T., Jennings R.K. Aggressive dyscontrol in patients treated with benzodiazepines. *Journal of Clinical Psychiatry* 1988; 49: 184-8.
71. Aristotelian University of Thessaloniki. *Evaluation report of the Leonardo da Vinci programme: needs and methods assessment for vocational training in juvenile delinquents and adolescents at risk — ORESTIS*. Tesalónica: Aristotelian University of Thessaloniki, 2000.
72. Bennett T. *Drugs and Crime: The Results of the Second Stage of the NEW-ADAM programme*. Londres: Home Office, 2000.
73. Millar D., O'Dwyer K., Finnegan M. *Alcohol and Drugs as Factors in Offending Behaviour: Garda Survey*. Informe de investigación n.º 7/98. Unidad

- de Investigación de la Policía, Tipperary, Irlanda. Dublín: Government Publications, 1998.
74. Observatorio Español sobre Drogas (OED). *Informe n.º 5 de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas*. Madrid: Ministerio del Interior, 2002. Recuperado de <http://www.pnsd.msc.es/Categoria2/publica/pdf/oed-5.pdf>.
  75. Chérrez-Bermejo C., Alás-Brun R. Consumo de sustancias y trastornos de salud mental en agresores de violencia de género ingresados en prisión: un estudio descriptivo. *Revista Española de Sanidad Penitenciaria* 2014; 16 (2): 29-37.
  76. Musto D.F. International traffic in coca through the early 20th century. *Drug and Alcohol Dependence* 1998; 49: 145-56.
  77. Ball J.C., Graff H., Chien K. Changing world patterns of drug abuse, 1945-1974. *International Journal of Clinical Pharmacology and Biopharmacy* 1975; 12: 109-13.
  78. Kaplan M. *Aspectos sociopolíticos del narcotráfico*. México, D.F.: Instituto Nacional de Ciencias Penales, 1989.
  79. Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (UNODC). *Informe Mundial Sobre las Drogas 2015. Resumen Ejecutivo*, 2015. Recuperado de [https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15\\_ExSum\\_S.pdf](https://www.unodc.org/documents/wdr2015/WDR15_ExSum_S.pdf).
  80. Ministerio del Interior. *Anuario Estadístico del Ministerio de Interior (AEMI)*. Madrid: Secretaría General Técnica del Ministerio del Interior, 2014. Recuperado de [http://www.interior.gob.es/documents/642317/1204854/Anuario-Estadistico-2014\\_v201510.pdf/0c18a800-f7f7-405c-9155-7391633618c8](http://www.interior.gob.es/documents/642317/1204854/Anuario-Estadistico-2014_v201510.pdf/0c18a800-f7f7-405c-9155-7391633618c8).
  81. Oficina de las Naciones Unidas contra las Drogas y el Delito (UNODC). *Informe Mundial Sobre las Drogas 2012*, 2012. Recuperado de [https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR\\_2012\\_Spanish\\_web.pdf](https://www.unodc.org/documents/data-and-analysis/WDR2012/WDR_2012_Spanish_web.pdf)

