

Evolución histórica del consumo de drogas: Concepto, clasificación e implicaciones del consumo prolongado.

M^a del Carmen Molina Mansilla

Magistrado suplente Audiencia Provincial de Avila.

Resumen

El presente trabajo tiene por finalidad mostrar al lector el desarrollo evolutivo en el consumo de las drogas y el conocimiento de las distintas concepciones y clasificaciones que la doctrina ha elaborado en torno a ellas. Las razones por las que un individuo accede al sórdido mundo de la droga son ilimitadas y complejas, aunque no por ello el Estado debe obviar dar solución a las cuestiones que su uso y abuso conllevan. Desde los albores del siglo XX hasta nuestros días, la Comunidad Internacional se afana por descubrir nuevos medios para combatir esta lacra, al ser múltiples los intereses que se encuentran afectados como son la salud –al resultar comprometida la salud de todos los individuos que componen la sociedad–, el social –porque aboca a los consumidores a la marginalidad y frecuentemente a la comisión de ciertos ilícitos relacionados con el abuso de las drogas–, el educativo –al impedir que los menores accedan a este submundo–, el económico –pues son ingentes los recursos utilizados para luchar contra el tráfico ilegal y para proporcionar servicios asistenciales–, el fiscal –al ser fácilmente constatable la cantidad de dinero que este negocio mueve dentro de la economía encubierta o sumergida– y el político –debido a que es una cuestión cuya solución incumbe al Estado, además de haber suscitado en otros tiempos opiniones encontradas sobre la pertinente despenalización de las denominadas drogas blandas–. Evidentemente, cualquier regulación normativa sobre la materia, ya sea desde el ámbito administrativo y/o penal, y las ulteriores modificaciones que se puedan efectuar, exigen una previa comprensión del devenir de la problemática, a la par de que resulta imprescindible analizar y clasificar las sustancias que introducidas en un organismo vivo son las causantes de producir efectos nocivos sobre la salud. Esta última consideración resulta de importancia trascendental porque la Estadística criminal indica que una gran parte de

la delictogénesis o proclividad delictiva¹ tiene lugar tras la ingesta de drogas por parte del sujeto consumidor, que se suele ver inmerso en ilícitos penales al procurarse la sustancia en el mercado clandestino, o cuando el sujeto sufre los efectos de síndrome de abstinencia causado por la privación del tóxico, lo que lleva aparejado consecuencias en el ámbito de la imputabilidad.

1. INTRODUCCIÓN

El consumo de drogas ha sido históricamente, en mayor o menor medida, admitido o tolerado por la sociedad, aunque es a partir del siglo XX cuando se ha ido forjando una concepción distinta, hasta el punto de entender que nos encontramos ante un auténtico problema², que en la actualidad, es considerado por el Plan de Acción 2.005-2.008, dentro del Plan Nacional sobre Drogas, como muy complejo, multifactorial, con implicaciones económicas, sociales, culturales y personales muy profundas.

En dicho Plan se afirma que: *La evolución de los consumos en los últimos años, y los efectos sobre la salud de las personas son especialmente preocupantes. A este respecto, cabe destacar: un aumento de los consumos de drogas (consumo excesivo de alcohol, consumo inadecuado de medicamentos psicotrópicos, aumento del consumo de cannabis y de cocaína, etc.). Una disminución de la percepción de riesgo en relación con el consumo de drogas. Un incremento de la percepción de la accesibilidad a las drogas. Una disminución o estabilización de la edad de inicio de los consumos. Un*

¹ Vid. FUERTES ROCAÑÍN, J.C.; CABRERA FORNEIRO, J.: La salud mental en los Tribunales, 2ª ed. revisada y ampliada, Madrid, 2.007, p. 153.

² Vid. PRIETO RODRÍGUEZ, J. I.: *El delito de tráfico y el consumo de drogas en el Ordenamiento Jurídico penal español*, 2ª ed., Pamplona, 1.993, p. 19.

*aumento de los daños sobre la salud producidos por el consumo de cannabis, cocaína, medicamentos, o consumo excesivo de alcohol*³.

2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL CONSUMO DE DROGAS

El consumo de drogas resulta ser tan antiguo como el hombre. Como expresan ALFONSO SANJUÁN e IBÁÑEZ LÓPEZ, «las drogas siempre han existido, todos los pueblos han tenido su droga»⁴. Éstas se han utilizado tanto en el plano religioso, como en el terapéutico, el productivo o el lúdico, en función de las diferentes culturas y religiones, estando documentada la utilidad terapéutica del opio como analgésico en Europa y Asia Menor. Como manifiesta BLESÁ RODRÍGUEZ⁵: «las citas más antiguas del uso del cáñamo como medicamento apuntan a los médicos chinos que lo empleaban como analgésico y estupefaciente»; otras fuentes afirman que los asirios lo empleaban como incienso en la purificación y la desinfección del aire en recintos cerrados; incluso otras fuentes mencionan que en Oriente Medio, la tribu de los escitas, colocaba hojas de la planta sobre piedras calientes, con el fin de embriagarse con el humo de las mismas. Finalmente, en civilizaciones como Grecia y Roma, el cáñamo también era empleado en la confección de telas, cordeles y en la elaboración de alimentos.

³ Cfr. Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas: *Plan Nacional sobre drogas. Estrategia Nacional sobre drogas 2.000-2.008. Plan de acción 2.005-2.008*, 2.005, pp. 12 y 13.

⁴ Cfr. ALFONSO SANJUÁN, M.; IBÁÑEZ LÓPEZ, P.: *Todo sobre las drogas legales e ilegales (incluido alcohol y tabaco)*, Madrid, 1.992, p. 19; en el mismo sentido, cfr. PALLARÉS, J.: «Las drogas en la sociedad contemporánea» en VV.AA.: *Drogas, Sociedad y Ley. Avances en drogodependencia*, Bilbao, 2.003, p. 136, refiere: «la utilización de drogas es un hecho universal, que se produce no sólo en la época contemporánea y en los jóvenes, sino en diferentes culturas y en todos los grupos de edad».

⁵ Cfr. BLESÁ RODRÍGUEZ, C.: «Notas sobre drogología» en Cuadernos de Política criminal I, nº 85, 2.005, p. 149. En el mismo sentido, vid. SÁNCHEZ TOMÁS, J. M.: *Derecho de las drogas y las drogodependencias*, Madrid, 2.002, p. 33, quien afirma que en el Lejano Oriente el cáñamo era usado, no sólo con fines terapéuticos, sino también con fines religiosos, como incienso ceremonial.

El advenimiento del cristianismo provoca un cambio en la visión del uso de ciertas sustancias psicoactivas, al ser consideradas éstas una vuelta a la época pagana, llamada a ser erradicada. En fechas posteriores y, con la expansión del Islam⁶, volverían a utilizarse el opio y el café.

Merece la pena que nos detengamos en el origen del término asesino, que procede del vocablo de origen árabe *haššāšī*⁷, cuyo significado es «bebedor de hachís». La secta de los hachesinos o asesinos⁸ (llamados también ismaelitas) procedía de Persia y habitaban la fortaleza inexpugnable de Masiaf, en Alamut (Persia). El Gran Maestro de los asesinos era el sheik Rashid ed-Din Sinan⁹, llamado el Señor o el Anciano de la

⁶ Vid. ALFONSO SANJUÁN, M.; IBÁÑEZ LÓPEZ, P.: *Todo sobre las drogas...*, ob. cit., p. 23, refiere que Mahoma prohibió el alcohol, pero no la marihuana. Al respecto de la prohibición del alcohol, vid. JIMÉNEZ DE ASÚA, L.: *Tratado de Derecho Penal*, tomo I, 3ª ed., Buenos Aires, 1.964, p. 743, comenta que en el Derecho penal musulmán en España, ingerir vino, o cualquiera otra bebida capaz de producir embriaguez, se castigaba con la pena de 80 azotes.

⁷ Vid. voz «asesino», en *Gran Enciclopedia Larousse*, tomo 2, Barcelona, 1.993, p. 871. La secta chiíta ismailí de los asesinos fue fundada alrededor del año 1.090, como sociedad secreta por el persa *Hasan-i Sabbāh*. Éste en 1.090 se apoderó de la fortaleza de *Alamūt*, cerca de *Qazwīn*. Durante las luchas por la sucesión al califato fatimí de El Cairo (1.094), apoyó a *Nizār* y organizó la propaganda nazarí en Siria (fortaleza de *Masyaf*) y en Irán. Los nazaries fueron conocidos con el apodo popular de «ebrios de hachís» ó «*haššāšīyyin*», que por deformación originó el término «asesino». Empleaban sistemáticamente el terrorismo contra sus enemigos. Los asesinos fueron eliminados de Irán, por *Hūlāgū*, en 1.256–1.258, y de Siria, por el mameluco *Baybars* (1.271–1.273); asimismo, cfr. BERLING, P.: *El Cáliz Negro*, 2ª ed., Barcelona, 2.002, pp. 1.216 y 1.217, quien define el término asesino de la siguiente manera: «el término asesino se deriva al parecer de *hashashin* (se decía de los miembros de la secta que consumían drogas) y la palabra se sigue manteniendo en el espacio mediterráneo. El uso del sobrenombre «el viejo de la montaña» se amplió a todos los sucesores en el cargo de gran maestro de los «asesinos» en Siria»; en similar sentido, cfr. BLESÁ RODRÍGUEZ, C.: «Notas...», ob. cit., p. 159, quien afirma que: «este efecto desinhibidor del cáñamo fue utilizado por el Viejo de la Montaña en su lucha contra los Cruzados que marchaban sobre Jerusalén. Previo a la batalla hacía inhalar a sus huestes humos de cannabis. Despersonalizados, desinhibidos y convenientemente arengados, se tornaban en feroces e insensibles guerreros, sin temor a las heridas, mutilaciones o muerte».

⁸ Vid. LEGUINECHE, M.; VELASCO, M. A.: *El viaje prodigioso. 900 años de la primera cruzada*, Madrid, 1.995, pp. 173 y 174.

⁹ Vid. BERLING, P.: *La Corona del Mundo*, 2ª ed., Barcelona, 2.001, p. 926.

Montaña, quien para garantizarse el sometimiento de sus seguidores, los adormecía con opio y los derivaba a un suntuoso aposento, donde eran despertados por esclavos de ambos sexos, que les hacía creer que estaban en el paraíso y se dedicaban durante varios días a colmarles de la mayor suntuosidad, de los más exquisitos y refinados placeres culinarios y sexuales. Pasados unos días eran narcotizados, de nuevo, y devueltos a sus estancias originales, de manera que al despertar, creían que habían vuelto del paraíso. En ese momento, el Anciano de la Montaña les aleccionaba para vivir a su servicio y morir como mártires de la causa, con el fin de ganarse en la otra vida el paraíso. Bajo el influjo de esta droga mataban de la manera más cruel y despiadada, por lo que eran temidos por otras facciones islámicas, e incluso por los cruzados que se encontraban en Tierra Santa. De ahí que su nombre haya sido utilizado en nuestros días para definir a las personas que matan alevosamente por dinero o con premeditación a otras personas.

Durante la Edad Media y en la época del Renacimiento, hasta el siglo XVI, se produjeron varias circunstancias que merecen destacarse. La primera de ellas es la expansión en toda Europa de la figura de las brujas, que a través del consumo de ciertas plantas¹⁰ como la mandrágora, la belladona, el estramonio y el beleño, conseguían llegar a un estado de trance. Debido a las circunstancias imperantes del momento, la Santa Inquisición consideró que estas prácticas eran contrarias a la fe cristiana y muchas de ellas fueron torturadas, condenadas y llevadas a la hoguera¹¹.

¹⁰ Vid. PRIETO RODRÍGUEZ, J. I. *El delito de tráfico...*, ob. cit., p. 647. En el proceso inquisitorial realizado por el *Aquelarre* (o reunión y confabulación de brujas) del Prado de Berroscobero, se averiguó que los participantes habían consumido el «ungüento de los brujos», compuesto de beleño, estramonio, belladona, cáñamo índico y opio.

¹¹ Acerca del tema, vid. JIMÉNEZ DE ASÚA, L.: *Tratado...*, ob. cit., pp. 312, 313, 751, 840 y ss; sobre los procesos inquisitoriales contra la brujería en España, vid. voz “brujería”, en *Gran Enciclopedia Larousse*, tomo 4, Barcelona, 1.993, p. 1.597, donde se recoge que los más importantes son el proceso de Logroño de 1.610, en que se juzgó a veintinueve brujas navarras y se condenó a muerte a una de ellas y el de Vic (1.618-1.620), donde murieron algunas más. No obstante, la gran persecución de brujas, con un

El invento de la destilación del alcohol, en el siglo XIV, generó en los monasterios y abadías una cultura del vino¹² y de otros licores que en aquella época eran consumidos, casi exclusivamente, por el clero y las clases más acomodadas de la sociedad, debido a su elevado precio.

Con el descubrimiento de América, se hallarían para Occidente nuevas variedades botánicas, aunque el consumo de especies tales como la coca¹³, el peyote, la ayahuasca, el ololiuqui y otros hongos y plantas ya existía en la época precolombina, empleadas con fines adivinatorios y para invocar a los dioses, en unas sociedades caracterizadas por el politeísmo¹⁴. De nuevo, la Santa Inquisición establecida en América, no vio con

elevado número de éstas enviadas a la hoguera, tuvo lugar en el norte y en el centro de Europa. En nuestro país la Inquisición era escéptica respecto a la brujería y dictó pocas sentencias a muerte, que no llegaron a veinte; con respecto a la Inquisición en España y, concretamente, en lo referente al final de la Inquisición, vid. DÍAZ-PLAJA, F.: *Historia de España en sus documentos. Siglo XIX*, Madrid, 1.983, p. 101, quien afirma que este Tribunal fue suprimido por las Cortes en 1.813, al ser considerado incompatible con la Constitución de 1.812; asimismo, vid. ANES, G.: *Historia de España*, vol. IV, 5ª ed., Madrid, 1.981, pp. 324 y 325; también ARTOLA GALLEGU, M.: *Los orígenes de la España contemporánea*, tomo II, 2ª ed., Madrid, 1.976, p. 204.

¹² Vid. ALFONSO SANJUÁN, M.; IBÁÑEZ LÓPEZ, P.: *Todo sobre las drogas...*, ob. cit., pp. 22 y 201, comentan que el alcohol es una de las drogas más antiguas que se conocen, con referencias en China y Mesopotamia de unos dos mil años antes de Cristo. En las pirámides de Egipto se han encontrado recipientes para bebidas alcohólicas y se sabe que en la construcción de las pirámides se daba cerveza a los esclavos, para evitar la deshidratación y tonificarlos. Como antecedente, vid. también Partidas, donde la “beodez” figura como causa para atenuar la pena, cuando no para eximir totalmente. Vid. también DORADO MONTERO, P.: *Asilos para bebedores*, Madrid, 1.901; asimismo, vid. BERNALDO DE QUIRÓS, C.: *El alcoholismo*, Barcelona, 1.903; *La mala vida en Madrid*, Barcelona, 1.901.

¹³ Cfr. ALFONSO SANJUÁN, M.; IBÁÑEZ LÓPEZ, P.: *Todo sobre las drogas...*, ob. cit., p. 143. A. de Zárate describe en 1.555 el efecto del consumo de hojas de coca, en los siguientes términos: «Hacen desaparecer la sensación de fatiga, hambre y sed. Transforman a los cobardes en valientes, mantienen el cuerpo caliente (mientras los demás se congelan), se trabajan largas horas sin indicios de fatiga y permiten subsistir sin ayuda y sin comida».

¹⁴ Vid. ALFONSO SANJUÁN, M.; IBÁÑEZ LÓPEZ, P.: últ. ob. cit., p. 23; en el mismo sentido, cfr. SÁNCHEZ TOMÁS, J. M.: *Derecho de las drogas...*, ob. cit., p. 33. Destáquese también cfr. PRIETO RODRÍGUEZ, J. I.: *El delito de tráfico...*, ob. cit., p. 127, quien expresa: «Con el descubrimiento de América, Felipe II dictó la Ley del servicio de la coca y añir de 18 de octubre de 1.569, y la Ley de 11 de

buenos ojos este hecho, que conllevó la celebración durante el siglo XVIII de una gran cantidad de juicios inquisitoriales contra los chamanes americanos¹⁵.

Es importante destacar, por su implicación posterior en Europa, la comercialización del tabaco¹⁶, controlada por ingleses y españoles, si bien, los factores que rodearon a este comercio no gustaron a las Coronas Europeas más representativas, con lo que se aplicaron todo tipo de sanciones para acabar con su consumo, citándose a título de ejemplo, el que en Rusia se cortase la nariz a todo súbdito que osase consumirlo. La Inquisición consideraba el tabaco como un «producto infernal». El Papa Urbano VIII excomulgó en 1.624 a sacerdotes que inspiraban rapé (tabaco molido) durante la celebración de la misa. A lo largo de los siglos XVI y XVII en España se emitieron ordenanzas reales y eclesiásticas que prohibían su consumo. En Inglaterra, el Rey Jacobo I prohibió su consumo en público en 1.604, perdurando hasta 1.850¹⁷.

Los portugueses llevaron el tabaco al norte de África y a China a finales del siglo XVI, mientras que los comerciantes judíos lo extendieron por toda la cuenca mediterránea.

junio de 1.573, llamada Ordenanza de la Coca. Ambas disposiciones intentan regular el uso de ciertas drogas por los indígenas, sin prohibirlo, dado que *no deseamos quitar a los indios ese género de alivio para el trabajo*, ordenándose la protección de los indios que frecuentemente salían perjudicados por el uso de tales sustancias».

¹⁵ Vid. JIMÉNEZ DE ASÚA, L.: *Tratado...*, ob. cit., pp. 983 y ss.

¹⁶ Como recuerdan al respecto, cfr. ALFONSO SANJUAN, M.; IBÁÑEZ LÓPEZ, P.: *Todo sobre las drogas...*, ob. cit., p. 398: «El misionero Fray Romano Paré, acompañante de Colón en el segundo viaje, en 1.518, envía un acta a Carlos V con las virtudes medicinales del tabaco, así como las primeras semillas que el Rey mandó cultivar con gran esmero, en espera de sus milagrosas virtudes curativas y no para de fumar, pues era cosa vil y demoníaca. Se cree que Hernán Cortés también le envió semillas».

¹⁷ Vid. ALFONSO SANJUAN, M.; IBÁÑEZ LÓPEZ, P.: *últ. ob. cit.*, pp. 399–401.

En la época de los Enciclopedistas franceses, se generalizó el uso de preparados a base de opio, muy recomendado por sus efectos analgésicos. Los primeros preparados serían el láudano de Paracelso, el abate de Rousseau y el láudano de Sydenham, aunque estos compuestos eran extremadamente costosos, por lo que se buscaron otras fórmulas más económicas, como los polvos de Dover¹⁸.

Durante el siglo XIX en Inglaterra se vuelve a redescubrir la marihuana, originándose la moda de la gunjah, «llegando a utilizarla la misma reina Victoria para sus dolencias menstruales¹⁹». En ese período, el comercio inglés pretendió hacerse con el control del opio en China, generándose dos guerras del opio²⁰, aunque finalmente China aumentó su cultivo. En Inglaterra el consumo se legalizó y se crearon centros de deshabituación e información.

En 1.804 se sintetizó la morfina²¹ del opio, para un uso terapéutico como analgésico, lo que representó un gran progreso para combatir el dolor, como en la Guerra Civil Americana, y poco después en la Guerra Francoprusiana de 1.870. Esta droga estaba reservada en sus orígenes a la clase más acomodada, debido a su elevado precio, pues para obtener un kilo de morfina eran necesarios diez kilos de opio. El problema de la

¹⁸ Vid. ESCOHOTADO, A.: *El libro de los venenos*, Madrid, 1.990, pp. 87 y 88.

¹⁹ Cfr. MARKEZ, I.: «A modo de introducción» en VV.AA.: MARKEZ (Coord.): *Las drogas: de ayer a mañana*, Madrid, 1.994, p. 11.

²⁰ La primera Guerra del Opio finalizó con la firma del Tratado de Nankin, en 1.842, que supuso la ocupación y colonización de Hong-Kong, por parte de los británicos, y la obligación de los chinos de permitir el comercio en su país. La segunda terminó con la firma del Tratado de Tien-Tsin, en 1.858, que mejoraba las condiciones comerciales para los británicos, liberalizando el comercio de opio en China y que comprometía a las autoridades de aquel país a tolerar la expansión del cristianismo por todo su territorio. Vid. FREIXA, F. y SÁNCHEZ CONCHEIRO, M. T.: *¿Camino sin salida? El drogodependiente frente al sistema jurídico-penal y sanitario*, 1ª. ed., Barcelona, 1.989, p. 27.

²¹ Cfr. voz «morfina», en *Gran Enciclopedia Larousse*, tomo 16, Barcelona, 1.993, p. 7.497. La morfina fue descubierta en 1.804 por Seguin y obtenida en forma de cristales en 1.806 por Sertürner.

morfina era su adictividad. Por ello se buscó sintetizar del opio nuevas drogas, como fue el caso de la heroína en 1.883²².

Hacia los años veinte del pasado siglo surge la moda de la cocaína, que fue sustituida en los años treinta por la heroína, aunque es después de la Segunda Guerra Mundial y, sobre todo, desde los años setenta, cuando ésta se convierte en símbolo perfecto de droga maléfica.

Poco antes de la Segunda Guerra Mundial y paralelamente a la heroína, comienzan a aparecer otros opiáceos de síntesis, como el buprex. Durante la Guerra Civil Española y en la Segunda Guerra Mundial, se generalizó entre los combatientes el consumo de anfetamínicos para reducir el cansancio y el miedo al combate²³.

A partir de los años cincuenta del siglo pasado, se generaliza el consumo de marihuana, como sinónimo de ruptura de la juventud con la sociedad establecida, asociado a movimientos tales como el hippy, el mayo francés del 68 y la rebelión de las universidades norteamericanas de finales de los sesenta, con la revuelta contracultural iniciada en las universidades de California, que luchaba por el ecologismo, el feminismo, el antimilitarismo, etc.²⁴ No obstante, este fenómeno contracultural de finales de los sesenta va también ligado al boom del consumo de LSD (Lyserg Sáure Diethylamid, derivado alcaloide del cornezuelo de centeno)²⁵, asociado al fenómeno musical de la sicodelia, que ensalzaba los efectos provocados por las drogas alucinógenas y que tuvo su mayor expresión en la costa oeste de los Estados Unidos.

²² Vid. SÁNCHEZ TOMÁS, J. M.: *Derecho de las drogas...*, ob. cit., p. 18.

²³ Vid. ALFONSO SANJUÁN, M.; IBÁÑEZ LÓPEZ, P.: *Todo sobre las drogas...*, ob. cit., p. 20.

²⁴ Vid. PALLARÉS, J.: «Las drogas en la sociedad...», ob. cit., p. 140.

²⁵ Vid. PRIETO RODRÍGUEZ, J. I.: *El delito de tráfico...*, ob. cit., p. 46. El LSD-25 fue sintetizado por Stoll y Hofmann en 1.925.

A partir de esa época y originado por la elevada escolarización y la mayor duración de la formación en los países desarrollados, se produce un retardo en la incorporación de los jóvenes al mercado laboral, lo que causa una evasión de los valores predeterminados por la sociedad, que hace que el ocio y la mayor capacidad económica les lleve a buscar otras alternativas de vida. Se desarrolla la subcultura de las tribus urbanas, que supone el acatamiento de identidades y pautas definidas por el grupo, en cuanto a música, estética, comportamiento y consumo de drogas.

Desde finales de los años ochenta hasta nuestros días se generalizan las drogas de diseño y el consumo de LSD se sustituye por drogas tales como el éxtasis (compuesto por un cóctel de mescalina, cocaína y valium), denominadas “drogas de baile”, asociadas a ciertos fenómenos musicales desarrollados en determinados tipos de discotecas. Las nuevas drogas se confeccionan, principalmente, sobre la fórmula de las anfetaminas y con derivados químicos de la fórmula de la mescalina²⁶. Una de esas nuevas sustancias es la denominada «Special K», considerada como una de las drogas de síntesis más dañinas para la salud, cuyos efectos son más peligrosos que los producidos por la cocaína o por estimulantes de diseño como el speed y el éxtasis²⁷.

Si bien en los últimos tiempos se ha mantenido el consumo de drogas que vienen utilizándose desde hace más de cuarenta años, lo que se ha producido es una variación en su modo de consumo –de manera que la heroína ha pasado de ser inyectada a ser inhalada–, hay modalidades de la cocaína que se fuman, como el crack (clorhidrato de cocaína mezclado con bicarbonato sódico, amoníaco, y agua), el éxtasis líquido

²⁶ Vid. ALFONSO SANJUÁN, M.; IBÁÑEZ LÓPEZ, P.: *Todo sobre las drogas...*, ob. cit., p. 174.

²⁷ Vid. GARCÍA JIMÉNEZ, J. M.: *Las drogas: concepto, aspectos penales y penitenciarios*, Alicante, 2.001, p. 117.

comienza a desbancar al formato en pastillas- y a realizarse esperpénticas combinaciones como la mezcla de heroína con algún otro tipo de sustancia estimulante (cocaína, anfetamina, etc.), consiguiéndose lo que se llama speedball (pelota a gran velocidad), con lo que se trata de mantener las propiedades apaciguadoras, con una intensa excitación del sistema nervioso central, cosa semejante a querer subir y bajar a la vez.

Particularizado al caso español, PALLARÉS clasifica el consumo de drogas en el siglo XX de la siguiente manera²⁸:

a) Una primera fase, hasta finales de los años sesenta, en la que las drogas ilegales tienen escaso consumo y casi todo el problema se refiere a su tráfico, al ser España el puente entre Sudamérica y Europa. El mayor consumo se centra en el alcohol, tabaco y fármacos de tipo anfetamínico e hipnosedante.

b) Hasta finales de los años setenta se produce la ruptura de la juventud con la sociedad tradicional, se lleva a cabo la transición política a la Democracia y se genera el consumo paulatino de drogas ilegales, tales como la cocaína, LSD, de consumo más minoritario, la heroína y el cannabis cuyo uso se extiende en mayor medida, con pautas de uso basadas en los movimientos o grupos y motivadas como reacción a la sociedad establecida.

c) Los ochenta suponen la explosión en el consumo de heroína cuyo uso se independiza de motivaciones culturales o de ruptura social. El consumo de alcohol se eleva y se identifica con el tiempo libre y la fiesta, generándose la cultura de la «litrona» y sirviendo de elemento socializador del grupo, lo que unido a los cambios

²⁸ Vid. PALLARÉS, J.: «Las drogas en la sociedad...», ob. cit., pp. 143–145.

generacionales lleva a un distanciamiento del mundo paterno y a un aumento de la permisividad de los cabezas de familia.

A finales de los 80 comienzan a producirse las consecuencias del fenómeno endémico del SIDA.

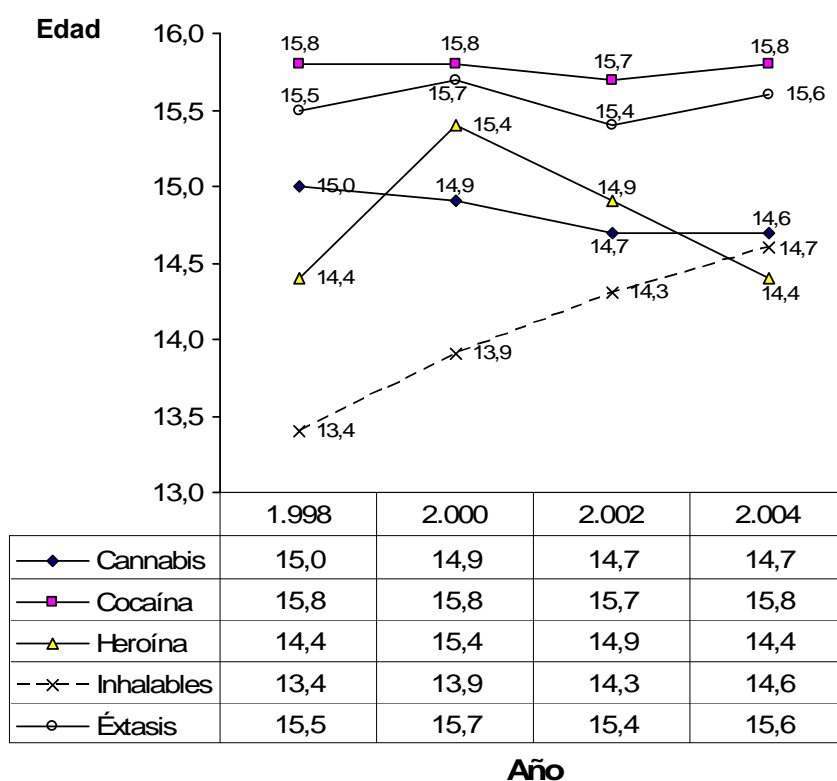
d) En los noventa se reduce el consumo de heroína al considerarse una droga muy dañina y se sustituye por el consumo de la cocaína de la que se tiene una imagen menos perniciosa. Aumenta el consumo de alcohol, de estimulantes y de drogas sintéticas.

e) En los primeros años del siglo veintiuno se incrementa entre las capas más jóvenes de la población y con reducido poder adquisitivo (básicamente el grupo de los estudiantes) el consumo de alcohol de bajo coste y baja calidad en grandes grupos en lugares públicos, generalizándose la denominada cultura del «botellón», ocasionando importantes problemas derivados de los ruidos y los residuos generados. Se han intentado adoptar medidas legales para erradicar el problema, pero no han tenido el éxito esperado.

Por lo tanto, la evocación de la naturaleza y de todo lo relacionado con las tradiciones ancestrales ha despertado el interés por la drogadicción mediante sustancias naturales tales como los hongos o el éxtasis vegetal. El desarrollo experimentado por las nuevas tecnologías tales como Internet ha propiciado nuevas formas de comercio, que han posibilitado que todos tengan acceso a los más diversos productos en cualquier lugar del mundo. Esto ha originado que se puedan consumir productos asiáticos y americanos que, de otro modo, no hubiera sido posible adquirir.

La tabla siguiente muestra una estadística sobre la evolución de la edad en el inicio del consumo de sustancias, de finales del siglo XX y principios del siglo XXI en España²⁹. Como puede apreciarse, la edad de iniciación en este tipo de sustancias se sitúa entre los catorce y quince años:

**Encuesta estatal sobre uso de drogas en enseñanza secundaria
1.998-2.004**



²⁹ Cfr. Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas: *Plan Nacional...*, ob. cit., p. 104.

3. CONCEPTO DE DROGA

Etimológicamente, el término «droga» procede de la palabra holandesa droog (seco), debido a que muchas de las plantas que se importaban a Europa desde América se desecaban previamente, para que no perecieran durante su transporte³⁰.

La doctrina se esfuerza por acuñar diferentes definiciones sobre este término, aunque a priori se debe expresar que el concepto «droga» no es unívoco, es decir, no tiene una única acepción, dependiendo de los distintos ámbitos de estudio desde los que nos situemos. Por tal motivo, conviene analizarlo desde las perspectivas que a continuación se muestran.

a) Desde un punto de vista extrajurídico, la definición del concepto de droga presenta varios significados, según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, aunque para centrar nuestro estudio, nos remitiremos a las dos siguientes: 1. Sustancia psicotrópica, natural o sintética, cuyo consumo provoca el deseo de seguir consumiéndola para reencontrar la sensación de bienestar que produce. 2. Por extensión, sustancia cuyo uso exclusivo es tóxico en razón de la dependencia que crea en quien lo utiliza. El alcohol y el café son drogas³¹.

b) Desde el punto de vista médico, la Organización Mundial de la Salud (OMS) en su Informe Técnico número 407/1.969 define las drogas de esta manera: «Se entiende por fármaco o droga toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede

³⁰ Vid. ALFONSO SANJUÁN, M.; IBÁÑEZ LÓPEZ, P.: *Todo sobre las drogas...*, ob. cit., p. 28; igualmente, vid. PRIETO RODRÍGUEZ, J. I.: *El delito de tráfico...*, ob. cit., p. 25.

³¹ Cfr. Voz «sicotropo» en *Gran Enciclopedia Larousse*, tomo 21, Barcelona, 1.993, pp. 10.143 y 10.144.

modificar una o varias funciones de éste»³². Por tanto, con arreglo a dicha definición, para la OMS fármaco y droga son términos idénticos, aunque con el matiz de que la droga produce dependencia. En este sentido, el referido organismo afirma que: «la droga produce un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que lleva a tomarla de modo continuo o periódico para experimentar placer o evitar molestias». Esto sería lo que se denomina adicción o toxicomanía, según la OMS (Informe Técnico n° 116/1.957), causada por un uso permanente y compulsivo de la droga, con un aumento de su tolerancia y, por tanto, una tendencia a incrementar la dosis, originando modificaciones en el organismo, que producen un deterioro orgánico y físico. Sin embargo, debido a las connotaciones peyorativas que presenta el término toxicomanía, la OMS acuña en 1.964 y 1.982 otro concepto, cual es «drogodependencia».

c) Por último, desde un punto de vista jurídico, es interesante contemplar la definición que del concepto droga se recoge en el Diccionario de Ciencias Penales³³, siendo del siguiente tenor literal: «se entiende por droga toda sustancia química o natural, psicotropa, que es capaz de producir dependencia, ya sea física o psicológica», siendo definida la «psicotropía» como: «que actúa sobre la función, el comportamiento o la experiencia psíquica, bien por acción directa sobre el Sistema Nervioso Central, bien por acción periférica sobre las neuronas, produciendo efectos psicolépticos, psicoanalépticos o psicodislépticos, según provoque disminución, aumentos o distorsión de la actividad psíquica».

³² Vid. PRIETO RODRÍGUEZ, J. I.: *El delito de tráfico...*, ob. cit., pp. 26–30, quien en su texto detalla una serie de definiciones, que nosotros no hemos recogido, porque quedan dentro del ámbito médico y no aportan mucho más a los legos en la materia, ni al objeto de este estudio; igualmente, ALFONSO SANJUÁN, M.; IBÁÑEZ LÓPEZ, P.: *Todo sobre drogas...*, ob. cit., pp. 27 y 28.

³³ Vid. TÉLLEZ AGUILERA, A.: «Voces de Criminología», en VV.AA.: GARCÍA VALDÉS (Direct.): *Diccionario de Ciencias Penales*, Madrid, 2.000, pp. 221 y 222.

4. CLASIFICACIÓN DE DROGAS

Como manifiesta TÉLLEZ AGUILERA, cuando define la voz droga: «Se pueden establecer varios tipos de clasificaciones de drogas, como por ejemplo entre drogas institucionalizadas y no institucionalizadas»³⁴. Otra clasificación posible es la que distingue tres grandes grupos de drogas³⁵: estupefacientes (embriagantes, barbitúricos o hipnóticos, narcótico-analgésico-euforizantes y analgésicos-euforizantes), alucinógenos (naturales y artificiales o de síntesis) y los volátiles inhalables o disolventes. Asimismo, entre las clasificaciones habituales que se hace de las drogas es la de «drogas duras» y «drogas blandas», en función de si producen, respectivamente, dependencia física o sólo hábito o dependencia psíquica, la que más extendida se encuentra. De este modo, tienen la consideración de drogas duras los opiáceos, narcóticos y barbitúricos, además del alcohol, mientras que el tabaco, el cannabis y los alucinógenos se consideran drogas blandas. Aunque, también suele estar extendida la terminología de «droga de abuso» acuñada por la OMS y entendida como aquella de uso no médico con efectos psicoactivos y susceptibles de ser autoadministrada que provoca efectos en el Sistema Nervioso Central (SNC).

Seguidamente examinaremos cada uno de estos grupos:

³⁴ Vid. ALFONSO SANJUÁN, M.; IBÁÑEZ LÓPEZ, P.: *Todo sobre las drogas...*, ob. cit., pp. 135–197. El grupo de drogas institucionalizadas (o drogas de farmacia) incluye los estimulantes, los hipnóticos barbitúricos y no barbitúricos, los ansiolíticos, los neurolépticos, el alcohol y el tabaco. En el grupo de las drogas no institucionalizadas se incluyen el opio, la cocaína, el cannabis, el LSD, los anestésicos, los alucinógenos vegetales, los inhalantes y el éxtasis; en el mismo sentido, vid. PRIETO RODRÍGUEZ, J. I.: *El delito de tráfico...*, ob. cit., p. 41.

³⁵ Cfr. PRIETO RODRÍGUEZ, J. I.: *El delito de tráfico...*, ob. cit., pp. 42–46.

A) *Estupefacientes*: se refiere a sustancias narcóticas o analgésicas que dan origen a adicción o dependencia. El dolor fisiológico desaparece por su acción. La conciencia puede reducirse hasta producir sueño (anestesia y analgesia). Su uso continuado puede dar lugar a una rápida dependencia física, lo que puede producir el síndrome de abstinencia, en caso de carencia y dependencia psíquica. Crean tolerancia.

En relación a su efecto clínico, los estupefacientes se pueden clasificar en:

a) Embriagantes: producen efectos bifásicos sucesivos de sensación de euforia y estado de depresión-narcosis. En este grupo se encontrarían, entre otros, los alcoholes, el éter, el benzol o el cloroformo.

b) Barbitúricos o hipnóticos: son drogas sintéticas que actúan sobre el sistema nervioso central, rebajando el tono emocional, la atención mental y disminuyendo la capacidad sensorial. Crean tolerancia y suelen conducir a una dependencia físico-psíquica. Inducen a un sueño similar al fisiológico, pero a diferencia de los narcóticos no alivian el dolor. Entre los hipnóticos se citan los siguientes: paraldehído, hidrato de coral, glutérimida, etc. Precisamente, dentro del grupo de los barbitúricos pueden citarse diferentes subgrupos:

- Los sedantes: son drogas que calman la agitación o excitación y que producen sueño. Entre ellas cabe citar valium o alumbren. Asimismo, se distinguen dos grupos de sedantes: los ansiolíticos (solutores de la ansiedad) y los atarácicos (tranquilizantes de ánimo).
- Los tranquilizantes que inciden sobre la ansiedad. Entre ellos se incluyen: fenotizinas, benzodiacepinas, meprobamato. La intoxicación aguda se caracteriza por: incoordinación, dimatría, pupilas normales, depresión respiratoria, braquicardia, hiporreflexia o shock. Los tranquilizantes, en el mismo estado de

intoxicación aguda, presentan una sintomatología similar a la de los barbitúricos-hipnóticos, pero menos marcada, frecuente y precoz. Entre los barbitúricos tendrían cabida el barbital, pentobarbital, el fenobarbital, el llamado Suero de la Verdad...

c) Narcótico-analgésico-euforizantes: El narcótico produce sueño o estupor y alivia el dolor. Aquí se encuentran, el opio y sus alcaloides, y productos de síntesis (meperidina, metadona, ebadol, demerol...). En los opiáceos se distinguen los naturales y los sintéticos o también, entre el opio aisladamente considerado y entre los alcaloides del grupo de la morfina (morfina, heroína, codeína, dionina).

d) Analgésicos-euforizantes: provocan un estado anímico de euforia. Se encuadran la coca y sus derivados (cocaína). También el opio y sus alcaloides naturales o sintéticos, que añaden a estas características la de ser narcóticos.

B) Alucinógenos: Por alucinación se entiende la percepción imaginaria sin causa exterior, la percepción sin objeto. Provocan distorsión en la percepción de objetos y de sensaciones. Según Lewin, son sinónimos: psicotrópicos, psicodélicos o psicodislépticos (LSD, mescalina) y psicoanalépticos (anfetaminas, anorexígenos). Éstos no producen tolerancia, no causan dependencia física, sólo psíquica, o ni siquiera ésta. El cuadro psíquico que provocan los alucinógenos comprende: cambio de humor de euforia a ansiedad; actividad intelectual de hiperactividad a desorientación; pseudopercepciones (cambios en la percepción de las cualidades de los objetos, en el espacio); aumento de la sensibilidad y de la percepción sensorial. Lo más adecuado es afirmar que los efectos de los alucinógenos son imprevisibles, desde la alegría al pánico. Los principios activos se puede encontrar en ciertas plantas (datura, peyote, belladona, mandrágora), y también pueden ser artificiales.

Se clasifican en:

a) Alucinógenos naturales o vegetales: cáñamo índico (*cannabis sativa* L), peyolt

(cactus mexicano cuyo principio activo es la mescalina), hongos adivinatorios de aztecas, cornezuelo de centeno...

b) Alucinógenos artificiales o de síntesis: Atendiendo a su estructura química, pueden distinguirse:

- de núcleo indólico: LSD-25.
- derivados triptamínicos: butofenina (extraída de la glándula parótida del sapo en 1.902); dietiltriptamina (DET); dipropiltriptamina (DPT); dimetiltriptamina (DMT)...
- derivados anfetamínicos: dimetoximetilanfetamina (DOM); Serenidad, Tranquilidad, Paz (STP)...
- derivados piperidínicos: fenciclidina (píldora de la paz).

C) *Volátiles inhalables o disolventes*: se incluyen una serie de cementos plásticos, solventes comerciales, disolventes de pintura, gasolina y combustibles, colas y pegamentos. Entre sus principios activos se encuentra el tricloroetano, triclorofluorometano... No producen dependencia física, aunque pueden producir, tolerancia y dependencia psíquica.

Otra ulterior clasificación sería de acuerdo a un criterio de toxicidad. A este respecto, Sequeros Sazatornil expresa que: «dado que el criterio de toxicidad está en función principalmente de la dosis –en orden a sus repercusiones psicosomáticas- sólo podría aceptarse una clasificación de las sustancias, de forma que en un extremo se hallaran las que requieran mayores dosis para originar un mismo efecto y que a su vez produjeran colateral o residualmente secuelas y efectos secundarios de mayor gravedad; mientras que en el otro extremo de la escala estarían los productos que ejercen su acción con menos dosis y originan más graves efectos posteriormente. Sin embargo, resultaría

ante este criterio verdaderamente difícil establecer una línea de separación –desde el punto de vista cualitativo- entre drogas peligrosas y las que no lo son»³⁶.

Todas las clasificaciones aquí recogidas y otras tantas que pueden encontrarse en textos médicos, farmacéuticos y legales, nos muestran que no hay una clasificación idónea para los fines de nuestro estudio. Por ello, al igual que Prieto Rodríguez³⁷, consideramos necesario realizar un análisis de las principales drogas tóxicas conocidas, para de esta manera conseguir una mejor visión global para nuestro enfoque. De acuerdo con ROMERAL MORALEDA y GARCÍA BLÁZQUEZ³⁸, las principales drogas son las siguientes:

a) Opiáceos y derivados: Pertenecen al subgrupo de los narcóticos, dentro del grupo de los estupefacientes³⁹, que eliminan el dolor y reducen la conciencia, dando origen a adicción.

- El opio es el látex seco de la adormidera (*papaver somniferum album*) y se cultiva principalmente en Asia Menor, Triángulo de Oro (Laos, Birmania y Tailandia), Oriente Medio (Irán, India, Pakistán y Afganistán), México y norte de Sudamérica. El opio es menos adictivo que sus derivados. Entre sus alcaloides

³⁶ Cfr. SEQUEROS SAZATORNIL, F.: *El tráfico de drogas ante el Ordenamiento Jurídico*. Evolución normativa, doctrinal y jurisprudencial, Madrid, 2.000, pp. 87 y 88; igualmente, vid. SÁNCHEZ TOMÁS, J. M.: *Derecho de las drogas y las drogodependencias*, Madrid, 2.002, pp. 17–30, recoge una clasificación similar a ésta.

³⁷ Vid. PRIETO RODRÍGUEZ, J. I.: *El delito de tráfico...*, ob. cit., p. 48.

³⁸ Vid. ROMERAL MORALEDA, A.; GARCÍA BLÁZQUEZ, M.: *Tráfico y consumo de drogas. Aspectos penales y médico forenses*, Granada, 1.993, pp. 23 y 24; asimismo CLIMENT DURÁN, C.; GARCÍA GONZÁLEZ, J.; PASTOR ALCOY, F.; PÉREZ MARTÍNEZ, A.: *Las drogas en el nuevo Código Penal*, Valencia, 1.998, pp. 127–158, quienes realizan una clasificación muy parecida a la anterior.

³⁹ Según la clasificación recogida supra, en la nota a pie n° 34 del presente trabajo.

figuran ácidos albuminoides, pectinas, aceites y sales minerales. Entre los derivados del opio se encuentran los naturales (la morfina, la codeína), sintéticos (la metadona, meperidina, pentazocina y fenazocina) y semisintéticos (la heroína). En el mercado farmacéutico se presenta como opio medicinal, opio en polvo, extracto de opio y tintura de opio.

- La morfina es un tóxico del sistema nervioso central, que posee un efecto analgésico, produciendo una sedación rápida. Causa alteraciones psíquicas características, como son un estado de euforia, de ánimo exaltado y de felicidad. Posteriormente surge un estado de malhumor y desgana en general. Su consumo habitual produce dependencia física y psíquica y fuerte tolerancia, que provoca síndrome de abstinencia, comparable al «delirium tremens» de los alcohólicos. Su consumo a largo plazo lleva a un deterioro personal físico y moral, con las secuelas, entre otras, de impotencia sexual y esterilidad y acortamiento de la vida media.
- La metadona posee una intensa acción depresora del sistema nervioso central, sobre todo del centro respiratorio y al igual que morfina y heroína crea dependencia, aunque en menor medida, por lo que se utiliza como fármaco en la desintoxicación de la heroínomanía.
- La heroína (clorhidrato de diacetilmorfina) es un alcaloide obtenido de la síntesis de la morfina y surgió como sustituto de ésta, pensándose que no creaba adicción, aunque enseguida se apreció que carece de utilidad clónica. Es un polvo cristalino, fino, con un color que va del blanco al marrón. Sus efectos son similares a los de la morfina aunque más intensos y rápidos. Deprimen menos los centros cerebrales y más los respiratorios. Sus efectos van de una euforia, hiperactividad,

sedación y sensación placentera inicial a un estado posterior de apatía y malestar. Su efecto adictivo es cuatro veces superior a la morfina, con una dependencia física, psíquica y tolerancia más fuerte que hace que el síndrome de abstinencia sea más intenso. Las sustancias más frecuentes para adulterar la heroína son: cafeína, fenobarbital, cocaína, paracetamol, procaína, lidocaína, fenatecina, anfetamina, glucosa, metadona, piracetan, morfina, diacepósidos, quinina. También se incluyen, la estricnina, la tiza, el talco o el polvo de opio.

- La cocaína: Pertenece al grupo de los estimulantes y carece de propiedades narcóticas. Se encuentra en las hojas del arbusto *erythroxylum coca*, originario de las regiones andinas. Su cultivo actual tienen lugar en Centroamérica y en el norte de Sudamérica (Colombia, Perú y Bolivia, principalmente). La cocaína se obtiene de la inmersión de las hojas del árbol de la coca en carbonato sódico. Actúa como excitante de la corteza cerebral, llevando a un estado de euforia activa (al contrario de la pasiva de la heroína), que produce vigilia y mayor rendimiento físico y se pierde la sensación de cansancio, aunque no tiene aplicación terapéutica. Si se consume en altas dosis, se pueden sufrir alteraciones en la percepción y en el juicio, alucinaciones cutáneas de insectos corriendo por la piel, que el que la sufre hace que se rasque, hasta el punto de producirse erosiones. Al desaparecer su efecto, el individuo entra en un estado de apatía, nerviosismo, irritabilidad... Su consumo habitual no produce dependencia física, aunque sí una intensa dependencia psíquica

sin tolerancia. Por tal motivo, es raro que entre sus consumidores se produzcan «síndromes de abstinencia». Sin embargo, estudios posteriores han concluido lo contrario⁴⁰.

b) LSD: Es la droga psicodélica por excelencia y produce alucinaciones o distorsiones de la realidad y una ampliación de la conciencia y la clarividencia (pertenecen a este grupo y tienen efectos semejantes el peyote y la mescalina). Se presenta en forma de polvo blanco, inodoro, insípido y muy soluble en agua. Presenta efectos anticonvulsionantes, hipnóticos y antihistamínicos y altera la actividad eléctrica cortical, originando su intensificación, por lo que provoca efectos psicodislépticos, haciendo que los sentidos perciban con mayor fuerza los estímulos (los colores son más brillantes; los sonidos que normalmente no se oyen, llegan a ser sorprendentemente audibles), con los ojos cerrados se ven formas como un torbellino de colores. Son frecuentes las alucinaciones de la sensibilidad en general. Se dificulta el mecanismo que relaciona un dato sensorial con otros y se reduce la coordinación muscular, de manera que al sujeto puede resultarle difícil constatar que su mano está tocando su pierna y viceversa, o incluso una sensación de ingravidez, por tal motivo, se produce una tendencia a estudiar el cuerpo desde fuera. Varía la percepción del paso del tiempo, de manera que parece transcurrir más despacio y desaparece la relación entre los datos actuales de los sentidos y las experiencias ya vividas, de manera que las cosas son vistas como por primera vez. Los recuerdos y experiencias que han sido reprimidos en el inconsciente pueden ser liberados y experimentados como acontecimientos actuales. Los tests de personalidad efectuados demuestran que las normas de comportamientos

⁴⁰ Vid. GALANTER y KLEBER: «Tratamientos de pacientes con abuso de sustancias psicotrópicas (1.997)», Barcelona, 2.005.

aprendidos, tienden a desaparecer; se debilitan las represiones emocionales y el sujeto se comporta de manera más elemental. Se produce una sensación de impotencia y una disminución de la percepción del dolor. Su efecto dura de ocho a doce horas, aunque alguno de estos efectos pueden reaparecer días o meses después de la ingestión de LSD. Puede desencadenar brotes psicológicos graves depresivos, agresivos o maníacos. El uso continuado de LSD no conduce a dependencia física, no existiendo, por tanto, el «síndrome de abstinencia», aunque sí puede existir dependencia psíquica moderada y presenta una reducida tolerancia, si se toma durante varios días seguidos, por lo que ha de aumentarse la dosis para conseguir los mismos efectos.

c) Psicofármacos: Podrían denominarse también como drogas de farmacia, pues se comercializan en dichos establecimientos. Se dividen en cuatro grupos, a saber: estimulantes, hipnóticos, ansiolíticos y neurolépticos.

- Estimulantes: Para nuestro ámbito de estudio sólo nos referiremos a las anfetaminas. Se trata de unos estimulantes del sistema nervioso central, que aumentan la vigilia, produciendo insomnio (y por tanto, reducen la sensación de sueño) y hacen desaparecer la sensación de cansancio. También disminuyen el apetito y la sensación de hambre. Aumentan la presión arterial y el ritmo cardíaco. A grandes dosis, podrían producir trastornos mentales, alucinaciones y reacciones psicóticas. Su consumo reiterado no produce dependencia física, pero sí una dependencia psíquica una tolerancia, que hace que haya que aumentar la dosis para tener los mismos efectos. No produce «síndrome de abstinencia», pero al dejar de consumirla se pasa por una fase de depresión, ansiedad...

- Hipnóticos: Sustancias sintéticas que producen sueño (aunque dentro del grupo

hay algunas que no lo provocan), pero no calman el dolor. Deprimen el sistema nervioso central, rebajando la capacidad sensorial y la atención. En función de la dosis, actúan como sedantes (para reducir la ansiedad), hipnóticos o anestésicos generales (con un sueño que se tiende a que sea igual al fisiológico). Crean tolerancia y pueden producir una dependencia físico-psíquica.

- **Tranquilizantes:** Su principal acción es calmar la ansiedad y eliminar la tensión, llevando al que lo consume a un estado de paz interior. Producen un sueño parecido al fisiológico, pero no son hipnóticos. Son relajantes musculares, con una acción antihistamínica. Producen dependencia e intoxicación.

- **Neurolépticos:** Actúan sobre el psiquismo, sin producir un efecto hipnótico. Se emplean para reducir la excitación, la agresividad y en cuadros psicóticos de delirios y alucinaciones. Actúan sobre el sistema nervioso central produciendo un estado de tranquilidad y de reducción de la irritabilidad o la agresividad, generando una sensación de apatía.

d) **Cannabis:** Procede de la planta denominada cannabis sativa L y se cultiva en una gran variedad de climas y de lugares. Del cannabis sativa se dan numerosas variedades cultivadas. La más conocida es la variante “índica”⁴¹. La resina de las plantas hembras se denomina hachís y tiene propiedades alucinógenas. Sus hojas desecadas y trituradas se denominan marihuana y tiene menor concentración de principio activo alucinógeno que la resina y las flores. También se consumen las

⁴¹ Como expresa Blesa Rodríguez, es la más conocida: «no sólo por ser la más rica en constituyentes activos sino por el uso que de ella hace la drogodependencia, el negocio que genera su tráfico, los problemas sanitarios y de orden público que ocasiona». Cfr. BLESÁ RODRÍGUEZ, C.: «Notas sobre drogología» en Cuadernos de Política criminal, I, nº 85, 2.005, p. 150.

eflorescencias y los tallos, convenientemente desecados y molidos. Se empleó clínicamente para tratar, entre otros problemas, cefaleas e insomnios, pero el Comité de Expertos en drogas de la Organización Mundial de la Salud reconoció en 1.952 su ineficiencia como fármaco y aconsejó a los gobiernos su prohibición. Su actividad sobre el organismo humano no está perfectamente definida. En este sentido, el ATHC (ácido tetrahidrocannabinólico) actúa sobre el sistema parasimpático⁴², de manera que los efectos que producen su consumo en el plano psíquico son una especie de hiperactividad y ligereza intelectual, acelerándose la actividad de razonamiento. Aumenta la sensibilidad y el placer psíquico, además de una ligera psicodislepsia. Todas las sensaciones finalizan con lasitud y adormecimiento. El riesgo de su consumo en dosis excesivas tras un largo período puede producir una moderada dependencia psíquica sin tolerancia, con estados psíquicos de letargo, apatía y desgana general. También puede posibilitar el surgimiento de acciones psicóticas.

5. IMPLICACIONES DEL CONSUMO PROLONGADO DE DROGAS SOBRE LA SALUD DE LOS INDIVIDUOS⁴³

Una vez analizado el significado del término droga y las diferentes clasificaciones efectuadas en torno a ella, mostraremos los efectos que produce el consumo prolongado en la salud del drogodependiente. Para ello, hemos de partir de la distinción entre «uso» y «abuso» de drogas, y «drogodependencia». El primer término se refiere a una utilización sin implicaciones clínicas ni sociales, siendo sinónimo de consumo ocasional

⁴² Cfr. BLESÁ RODRÍGUEZ, C.: últ. ob. cit., p. 155.

⁴³ *Bases psicobiológicas y sociales de las drogodependencias*, en Intervención en Drogodependencias, UNED, 2.006-2007.

o episódico. En cambio, el abuso de drogas conlleva un consumo intenso y prolongado en el tiempo, que puede producir cambios en ciertos aspectos de la fisiología cerebral conducentes a un desorden permanente del comportamiento, sobre todo, en el estado mental y emocional. El último de los vocablos empleados se conceptúa como *síndrome caracterizado por un esquema de comportamientos en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes*.

El empleo de esta terminología es de una extraordinaria importancia, pues mientras que el uso y el abuso de las drogas pueden prevenirse, la drogodependencia requiere tratarse.

La mayoría de las drogas psicotrópicas ejercen sus efectos mediante su acción directa sobre el Sistema Nervioso Central, llegando su consumo crónico a alterar de una forma especial el funcionamiento de un circuito neuronal específico, denominado sistema mesocorticolímbico dopaminérgico, generando modificaciones en la actividad electrofisiológica de algunas poblaciones neuronales (White 1.995), regulando los receptores moleculares en las vías de transducción de señales y en la regulación de la expresión genérica.

Sin embargo, la explicación a la administración abusiva de las drogas se encuentra en lo que se ha denominado «Teoría de la espiral de desregulación del sistema de recompensas cerebrales», según la cual, se debe partir de que el organismo siempre intenta mantener un equilibrio homeostático en todos sus sistemas, incluido el sistema de recompensas cerebrales. Por tanto, la administración de la droga de abuso y la aparición de sus efectos reforzantes desequilibra la homeostasis, lo que origina el desarrollo de la respuesta desadaptativa que se opone al efecto inicial de la droga. Debido a esta reacción adaptativa, los circuitos cerebrales implicados en el refuerzo, no

vuelven al nivel fisiológico que mantenían antes de la exposición de la droga, produciéndose, por tanto, ciertos cambios que podrían estar relacionados con el deseo de consumo de drogas y con la conducta de la búsqueda de droga.

6. BIBLIOGRAFÍA

- ALFONSO SANJUÁN, M.; IBÁÑEZ LÓPEZ, P.: Todo sobre las drogas legales e ilegales (incluido alcohol y tabaco), Madrid, 1.992.
- ANES, G.: Historia de España, vol. IV, 5ª ed., Madrid, 1.981, pp. 324 y 325; también
- ARTOLA GALLEGO, M.: Los orígenes de la España contemporánea, tomo II, 2ª ed., Madrid, 1.976.
- Bases psicobiológicas y sociales de las drogodependencias, en Intervención en Drogodependencias, UNED, 2.006-2007.
- BLESA RODRÍGUEZ, C.: «Notas sobre drogología» en Cuadernos de Política criminal I, nº 85, 2.005, p. 149.
- BERLING, P.: El Cáliz Negro, 2ª ed., Barcelona, 2.002.
- BERLING, P.: La Corona del Mundo, 2ª ed., Barcelona, 2.001.
- BERNALDO DE QUIRÓS, C.: El alcoholismo, Barcelona, 1.903; La mala vida en Madrid, Barcelona, 1.901.
- CLIMENT DURÁN, C.; GARCÍA GONZÁLEZ, J.; PASTOR ALCOY, F.; PÉREZ MARTÍNEZ, A.: Las drogas en el nuevo Código Penal, Valencia, 1.998.
- DÍAZ-PLAJA, F.: Historia de España en sus documentos. Siglo XIX, Madrid, 1.983.
- ESCOHOTADO, A.: El libro de los venenos, Madrid, 1.990.
- FREIXA, F. y SÁNCHEZ CONCHEIRO, M. T.: ¿Camino sin salida? El drogodependiente frente al sistema jurídico-penal y sanitario, 1ª. ed., Barcelona, 1.989.

- FUERTES ROCAÑÍN, J.C.; CABRERA FORNEIRO, J.: La salud mental en los Tribunales, 2ª ed. revisada y ampliada, Madrid, 2.007, p. 153.
- GALANTER y KLEBER: «Tratamientos de pacientes con abuso de sustancias psicotrópicas (1.997)», Barcelona, 2.005.
- GARCÍA JIMÉNEZ, J. M.: Las drogas: concepto, aspectos penales y penitenciarios, Alicante, 2.001.
- Gran Enciclopedia Larousse, tomo 2, Barcelona, 1.993.
- JIMÉNEZ DE ASÚA, L.: Tratado de Derecho Penal, tomo I, 3ª ed., Buenos Aires, 1.964.
- LEGUINECHE, M.; VELASCO, M. A.: El viaje prodigioso. 900 años de la primera cruzada, Madrid, 1.995.
- MARKEZ, I.: «A modo de introducción» en VV.AA.: MARKEZ (Coord.): Las drogas: de ayer a mañana, Madrid, 1.994.
- Ministerio de Sanidad y Consumo, Secretaría General de Sanidad, Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas: Plan Nacional sobre drogas. Estrategia Nacional sobre drogas 2.000-2.008. Plan de acción 2.005-2.008, 2.005.
- PALLARÉS, J.: «Las drogas en la sociedad contemporánea» en VV.AA.: Drogas, Sociedad y Ley. Avances en drogodependencia, Bilbao, 2.003.
- PRIETO RODRÍGUEZ, J. I.: El delito de tráfico y el consumo de drogas en el Ordenamiento Jurídico penal español, 2ª ed., Pamplona, 1.993, p. 19.
- ROMERAL MORALEDA, A.; GARCÍA BLÁZQUEZ, M.: Tráfico y consumo de drogas. Aspectos penales y médico forenses, Granada, 1.993.
- Sánchez Tomás, J. M.: Derecho de las drogas y las drogodependencias, Madrid, 2.002.

INTERNATIONAL E-JOURNAL OF CRIMINAL SCIENCES

Supported by DMS International Research Centre



Universidad
del País Vasco



SOCIÉTÉ INTERNATIONALE DE CRIMINOLOGIE
INTERNATIONAL SOCIETY FOR CRIMINOLOGY
SOCIEDAD INTERNACIONAL DE CRIMINOLOGÍA

SEQUEROS SAZATORNIL, F.: El tráfico de drogas ante el Ordenamiento Jurídico.

Evolución normativa, doctrinal y jurisprudencial, Madrid, 2.000

TÉLLEZ AGUILERA, A.: “Voces de Criminología”, en VV.AA.: García Valdés

(Direct.): Diccionario de Ciencias Penales, Madrid, 2.000, pp. 221 y 222.