

¿Las drogas y su legalización? Aspectos jurídicos y psiquiátricos

Documentos Sevilla 2025

Julio Antonio Guija

María José Moreno

(Directores)



© Del prólogo: Los directores

© De la obra: Los autores

© De la edición:

Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental

C/ Arturo Soria, n.º 311, 1º B

28033 Madrid (España)

fedsm@fedsm.org

www.fedsfm.org

Editado por Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental

C/ Arturo Soria, n.º 311, 1º B

28033 Madrid (España)

e-mail: fedsm@fedsm.org

Primera edición: 2026

N.º de páginas: 210

ISBN: 978-84-09-83666-6

Queda rigurosamente prohibida, sin la autorización correspondiente escrita de los titulares del copyright, bajo las sanciones establecidas por las leyes, la reproducción parcial o total de esta obra por cualquier medio o procedimiento, comprendidos la reprografía y el tratamiento informático y la distribución de ejemplares.

La Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental no se hace responsable de las opiniones vertidas por los autores de los capítulos del libro.

¿Las drogas y su legalización? Aspectos jurídicos y psiquiátricos

J. A. Guija, M. J. Moreno

(Directores)

XIX Jornadas de Documentos Jurídicos-Psiquiátricos

Sevilla 3 y 4 de octubre 2025

Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental

Madrid, 2026

Relación de participantes

- Alonso, Mario. Magistrado. Tribunal Superior de Justicia de Andalucía. Granada
- Arango, Celso. Psiquiatra. Catedrático de Psiquiatría. Madrid
- Bascarán, Teresa. Psiquiatra. Departamento de Psiquiatría. Oviedo
- Beltrán, Cristina. Profesora de Medicina Legal. Córdoba
- Berbell, Carlos. Periodista. Director de Confilegal
- Bobes, Julio. Psiquiatra. Catedrático de Psiquiatría. Oviedo
- Caballero, Rafaela. Psiquiatra. Profesora Titular de Psiquiatría. Sevilla
- Campo, Juan Carlos. Magistrado. Tribunal Constitucional. Madrid
- Cano, Julia. Psiquiatra. Cádiz
- Carrasco, José Luis. Psiquiatra. Catedrático de Psiquiatría. Madrid
- Cervilla, Jorge. Psiquiatra. Catedrático de Psiquiatría. Granada
- Crespo, Benedicto. Psiquiatra. Catedrático de Psiquiatría. Sevilla
- De Arcos, Luis. Magistrado. Letrado CGPJ. Madrid
- De Porres, Eduardo. Magistrado. Sala de lo Penal. Tribunal Supremo. Madrid
- Del Moral, Antonio. Magistrado. Sala de lo Penal. Tribunal Supremo. Madrid
- Del Álamo, Cecilio. Catedrático de Farmacología. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid
- Del Río, Lorenzo. Magistrado. Presidente del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía. Granada
- Delgado, Joaquín. Magistrado. Sala de lo Penal. Audiencia Nacional. Madrid
- Díaz-Marsá, Marina. Psiquiatra. Presidenta de la Sociedad Española de Psiquiatría y Salud Mental
- Elizagárate, Edorta. Psiquiatra. Profesor de Psiquiatría. Vitoria
- Fernández Nicasio, Carmen. Jurista. Departamento de Derecho Penal. Universidad Pablo de Olavide. Sevilla

- Fernández, Natalia. Magistrada. Escuela Judicial. Área Penal. Barcelona
- Gálvez, Ana. Psiquiatra infantil y de la adolescencia. Instituto Salud Madrid/ Proyecto Hombre. Madrid
- García, Jerónimo. Magistrado. Servicio de Inspección del CGPJ. Madrid
- Giner, José. Psiquiatra. Catedrático de Psiquiatría. Sevilla
- Giner, Lucas. Psiquiatra. Profesor Titular de Psiquiatría. Sevilla
- González, Gabriel. Fiscal Delegado de Criminalidad Informática. Sevilla
- González-Pinto, Ana. Psiquiatra. Catedrática de Psiquiatría. Universidad del País Vasco
- Guija, Julio Antonio. Psiquiatra. Médico Forense. IML y CF. Sevilla
- Gutiérrez, Miguel. Psiquiatra. Catedrático de Psiquiatría. Universidad del País Vasco
- Ibáñez, Ángela. Psiquiatra. Jefa de Servicio de Psiquiatría. Hospital Universitario Ramón y Cajal. Madrid
- Jaén, M^a José. Psiquiatra. Profesora de Psiquiatría. Córdoba
- Lahera, Guillermo. Psiquiatra. Profesor Titular de Psiquiatría. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid
- Martín, Manuel. Psiquiatra. Presidente de la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental
- Mayoral, Jacqueline. Psiquiatra. Subdirectora médica. Hospital Muñoz Cariñanos. Sevilla
- Menchón, José Manuel. Psiquiatra. Profesor Titular de Psiquiatría. Barcelona
- Méndez, Rosa. Magistrada. Escuela Judicial. Área Civil. Barcelona
- Morán, Rosa Ana. Fiscal. Fiscal de Sala. Jefa Antidroga. Madrid
- Moreno, M^a José. Psiquiatra. Profesora Titular de Psiquiatría. Córdoba
- Morera, Blanca. Psiquiatra. San Sebastián
- Nicasio, Isabel. Magistrada. Audiencia Provincial Sección 2^a Civil. Huelva
- Núñez, María. Magistrada. Juzgado de Instrucción nº 6. Sevilla

- Oliveras, Angustias. Psiquiatra. Alicante
- Oraa, Rodrigo. Psiquiatra. Jefe de Servicio de Adicciones. Red de Salud Mental de Bizkaia
- Parellada, María José. Psiquiatra. Profesora Titular de Psiquiatría. Madrid
- Parra, María Ángeles. Magistrada. Sala de lo Civil. Tribunal Supremo. Madrid
- Pérez-Puig, Rocío. Magistrada en excedencia. Letrada en despacho Ramón y Cajal. Madrid
- Ramírez, José Luis. Magistrado. Audiencia Provincial Sección 7ª. Sevilla
- Rodríguez, Ignacio. Fiscal. Letrado del Tribunal Constitucional. Madrid
- Roncero, Carlos. Psiquiatra. Profesor Titular de Psiquiatría. Salamanca
- Rueda, Yolanda. Magistrada. Juzgado de Instrucción nº 3. Sevilla
- Saiz, Jerónimo. Psiquiatra. Catedrático de Psiquiatría. Universidad de Alcalá de Henares. Madrid
- Saiz, Pilar. Psiquiatra. Catedrática de Psiquiatría. Oviedo
- Soria, Inés. Magistrada. Servicios especiales como asesora en materia penitenciaria del Departamento de Justicia y Derechos Humanos del Gobierno Vasco
- Subijana, Iñaki. Magistrado. Presidente del Tribunal Superior de Justicia del País Vasco
- Varela, Xerman. Magistrado. Audiencia Provincial de Pontevedra
- Velilla, Natalia. Magistrada. Juzgado de Primera Instancia nº 6 de Alcobendas. Madrid

Índice

Relación de participantes	4
Prólogo	8
Ponencias	
1. Drogas: una sinonimia difusa. Trastorno por consumo de sustancias: una catástrofe sanitaria	11
2. Límites a la libertad del consumo de drogas. Libertad individual, autoconsumo compartido y bien jurídico protegido	44
3. Consumo de sustancias: usos, costumbres e historia, con especial atención a la situación actual en España	55
4. Las drogas, ¿un problema de Estado?	85
5. Repercusiones clínicas del consumo mantenido de sustancias en adultos	95
6. Consecuencias penales sustantivas y procesales de la toxicomanía	109
7. Impacto del consumo de sustancias psicoactivas en la salud de adolescentes y jóvenes	135
8. El derecho de familia frente a las adicciones	160
Conclusiones	195

Prólogo

Hablar de drogas es hablar de la condición humana. De sus miedos, de sus búsquedas, de sus límites y de sus contradicciones. Es hablar de placer y de dolor, de libertad y de control, de mercado y de delito, de enfermedad y de responsabilidad. Pocas materias concentran una tensión tan intensa entre lo individual y lo colectivo, entre la biología y la cultura, entre el Derecho y la Psiquiatría, como el fenómeno del consumo de sustancias psicoactivas, y su eventual regulación legal.

Durante más de un siglo, la respuesta dominante de las sociedades occidentales frente a las drogas ha sido fundamentalmente punitiva. La llamada “guerra contra las drogas” ha moldeado legislaciones, políticas públicas y sistemas de control social bajo la premisa de que la prohibición, el castigo y la estigmatización eran herramientas suficientes para erradicar el consumo y el tráfico. Sin embargo, la experiencia histórica y la evidencia científica han demostrado de forma reiterada los límites —cuando no los fracasos— de este enfoque. El mercado ilegal se ha fortalecido, la criminalidad asociada se ha diversificado, los sistemas penitenciarios se han saturado y, lo que es más grave, millones de personas con trastornos por consumo de sustancias han sido tratadas más como delincuentes que como pacientes.

En este contexto emerge la pregunta central que articula esta monografía: ¿Debe el Estado persistir en el paradigma prohibicionista o avanzar hacia modelos de regulación y legalización?

La cuestión no es ideológica; es estructural. Afecta al Derecho penal, al Derecho administrativo, a la política sanitaria, a la psiquiatría clínica, a la criminología, a la economía y, en último término, a la propia concepción de libertad individual en una sociedad democrática.

La legalización de las drogas —entendida no como desregulación absoluta, sino como control normativo de producción, distribución, acceso y consumo— ya no es una hipótesis teórica. Es una realidad en expansión. Países como Portugal, Canadá, Uruguay o diversos estados de EE. UU. han adoptado modelos alternativos que, con matices y limitaciones, han desplazado el eje desde la represión hacia la salud pública, la prevención y la reducción de daños. Estos cambios no se han producido por ingenuidad política, sino como consecuencia de décadas de evaluación empírica que señalan un hecho incómodo pero innegable: la prohibición no ha logrado su objetivo fundamental.

Desde el plano jurídico, la legalización plantea desafíos de primer orden. Obliga a redefinir los límites del Derecho penal, a reconsiderar la función preventiva de la sanción, a reconfigurar el concepto de bien jurídico protegido y a replantear la responsabilidad del

Estado frente a conductas que, siendo potencialmente dañinas, forman parte de la esfera de autonomía personal. La regulación del cannabis, por ejemplo, ha generado debates constitucionales sobre el derecho al libre desarrollo de la personalidad, la proporcionalidad de las penas, la intervención mínima del Derecho penal y el principio de seguridad jurídica.

Desde el plano psiquiátrico, el consumo de sustancias no puede abordarse como un fenómeno moral ni meramente voluntarista. La neurociencia contemporánea ha demostrado que las drogas alteran de forma profunda los circuitos cerebrales de recompensa, motivación, control inhibitorio y toma de decisiones. La adicción no es un vicio: es un trastorno mental crónico con bases neurobiológicas bien documentadas. Esta realidad científica obliga a repensar radicalmente la respuesta institucional frente al consumidor problemático, desplazando el foco desde el castigo hacia el tratamiento, la rehabilitación y la integración social.

La intersección entre Derecho y Psiquiatría es, por tanto, inevitable. ¿Cómo imputar responsabilidad penal a una persona cuya capacidad de autodeterminación está significativamente afectada por un trastorno por consumo de sustancias? ¿Dónde se sitúa el límite entre la libertad individual y la protección de la salud pública? ¿Qué papel debe asumir el Estado cuando la conducta autolesiva deja de ser estrictamente privada y genera impactos colectivos? Estas preguntas no admiten respuestas simples, y cualquier aproximación honesta debe integrar conocimientos jurídicos, clínicos, sociales y éticos.

El Encuentro que da lugar a esta monografía se propone precisamente ese objetivo: analizar el fenómeno de las drogas y su posible legalización desde una mirada interdisciplinar rigurosa, evitando tanto el moralismo punitivo como el romanticismo ingenuo. No se trata de defender la legalización —o, más bien regularización—, como panacea, sino de evaluar con realismo sus ventajas, riesgos, límites y condiciones de viabilidad.

A lo largo de estas páginas, se procede a un examen crítico de los argumentos clásicos a favor y en contra de la legalización, así como a un análisis detallado de los efectos psiquiátricos del consumo de sustancias, con especial atención a los trastornos adictivos, la comorbilidad psiquiátrica y los factores de vulnerabilidad. Asimismo, se abordan las implicaciones criminológicas, económicas y sanitarias de las distintas políticas públicas, junto con su impacto en la percepción social de las drogas.

Lejos de ofrecer respuestas cerradas, esta monografía aspira a proporcionar herramientas conceptuales para un debate informado, sereno y responsable. Porque la discusión sobre las drogas no es solo una discusión sobre sustancias; es una discusión sobre qué tipo de sociedad queremos construir, cómo entendemos la libertad, la responsabilidad y el papel del Estado frente al sufrimiento humano.

En una época marcada por la polarización ideológica y los discursos simplistas, el análisis riguroso se vuelve más necesario que nunca. La política de drogas del siglo XXI no puede seguir anclada en los prejuicios del siglo XX. Requiere ciencia, Derecho, psiquiatría y, sobre todo, una profunda comprensión de la complejidad humana.

Julio Antonio Guija, María José Moreno

DIRECTORES

Drogas: una sinonimia difusa.

Trastorno por consumo de sustancias: una catástrofe sanitaria

CECILIO ÁLAMO GONZÁLEZ

Catedrático de Farmacología. Universidad de Alcalá de Henares

INTRODUCCIÓN

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) **droga** es “toda sustancia que, introducida en un organismo vivo, puede modificar una o varias de sus funciones”. En 1982, la OMS intentó delimitar cuáles eran las sustancias que producían dependencia y declaró como droga “aquella con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia, y el comportamiento) susceptible de ser autoadministrada”. En la actualidad, desde una perspectiva médica y científica, se considera además que la droga pueda provocar dependencia psicológica y/o, física.

Sin embargo, la denominación de las drogas tiene una sinonimia difusa, existiendo diferencias terminológicas según los organismos que las definen. De hecho, la OMS reconoce la dificultad de delimitar con claridad qué se considera “psicoactivo” ya que, pese a ser esta una característica fundamental, no define la gravedad ni el nivel de control de su uso. Además, existen sustancias no psicoactivas, como los anabolizantes, que pueden provocar dependencia

Las sustancias de abuso tienen la capacidad de producir efectos tóxicos en el organismo, tanto desde el punto de vista funcional como morfológico. Estos cambios aumentan el riesgo de desarrollar diversas enfermedades y trastornos que afectan a la esfera mental y a la somática, así como cuadros, en ocasiones letales, por sobredosificación. Las sustancias de abuso hacen prioritario su consumo afectando, además de a su salud mental y física, a su calidad de vida y su bienestar, provocando un deterioro individual, familiar, laboral y social que, en múltiples ocasiones, puede conllevar problemas legales y aumento del riesgo de suicidio. En definitiva, el abuso de sustancias se convierte en una auténtica catástrofe sanitaria.

DROGAS: UNA SINONIMIA DIFUSA

Según la Real Academia Española (RAE) de la Lengua el término “Droga” procede del término francés “drogue” y este probablemente tenga origen celta. La RAE señala varias acepciones para el término droga, considerándola en primer lugar como “Sustancia mineral,

vegetal o animal, que se emplea en la medicina, en la industria o en las bellas artes”. Una segunda definición, más relacionada con este trabajo, es la que considera a la droga como “Sustancia o preparado medicamentoso de efecto estimulante, deprimente, narcótico o alucinógeno”. Esta acepción tiene como sinónimos los términos de “estupefaciente, alucinógeno, narcótico, menesunda, mierda”. Este escatológico sinónimo, no parece tan extraño cuando se observan las trágicas y frecuentes consecuencias de las drogas.

Por otra parte, en lo que se podría considerar contrapuesto, la RAE considera que el término droga puede referirse a “medicamento”, teniendo como sinónimos “medicina, fármaco, específico”. En inglés, cuando se cita “*Drug*” se refieren habitualmente a medicamentos, siendo más habitual referirse a “*substance abuse*” cuando se refieren a drogas.

En el *Informe mundial sobre las drogas* (UNODC, 2024) los términos “droga” y “consumo de drogas” se refieren a las sustancias sometidas a fiscalización de conformidad con los tratados de fiscalización internacional de drogas y a su consumo con fines no médicos.

Diversos glosarios y diccionarios referidos al mundo de las drogas

La variada terminología del término droga afecta de forma aún más prolija a la denominación popular que reciben. Por ello no es de extrañar la existencia de glosarios y diccionarios terminológicos referidos al mundo de las drogas. Entre ellos destacan:

Glosario de términos de alcohol y drogas (OMS, 1994) que proporciona definiciones concisas de unos 230 términos utilizados frecuentemente por médicos, investigadores, profesores y otras personas que trabajan en el campo del abuso de sustancias. (<https://iris.who.int/handle/10665/44000>).

Glosario: Adicciones (Alldinamics) compuesto por más de 70 palabras básicas encaminadas a trabajar en talleres educativos, actividades extraescolares, con niños, adolescentes y/o adultos. (<https://alldinamics.com/glosario-adicciones/>).

Glosario multilingüe sobre drogas (Salud inmigrantes) que es un glosario en línea que recoge más de 1000 términos relacionados con las drogas, así como su definición y traducciones a 3 idiomas, editado por CSIC - Centro de Información y Documentación Científica (CINDOC). (<https://saludinmigrantes.web.uah.es/index.php/glosario-multilingue-drogas/>).

Glosario Drogomedia, editado por el Centro de Documentación de Drogodependencias del País Vasco. Es un Glosario de términos significativos en el ámbito de las drogas (<https://www.drogomedia.com/es/glosario/0-todos/>).

Glosario y definiciones en el marco de la prevención de los daños relacionados con el consumo de alcohol. Editado por Ministerio de Sanidad (Madrid; 2025). Este Glosario recoge la definición de terminología clave sobre promoción de la salud, prevención, cribado,

abordaje, e intervención breve del consumo de alcohol y daños relacionados. (<https://www.sanidad.gob.es/areas/promocionPrevencion/alcohol/documentosTecnicos/guiasAlcohol/docs/glosarioDefiniciones.pdf>).

Existen más diccionarios relacionados con las drogas y la proliferación de los mismos se debe a un intento de resolver el complejo léxico del mundo de las drogas. La complejidad en este campo no se limita a la terminología, sino que abarca aspectos técnicos, básicos y clínicos relacionados con el consumo de sustancias.

La sección de drogas de la A a la Z, que ha sido elaborado por el NIDA (*National Institute of Drugs Abuse*), consciente de la importancia que la expresión de los Trastornos por Uso de Sustancias (TUS) tiene para su manejo clínico. En este listado, además de ofrecerse información básica sobre las drogas y sustancias con potencial adictivo, se recoge, tras el nombre técnico de la sustancia, las denominaciones populares. El listado, que incluye más de 60 principios diferentes, puede consultarse en <https://nida.nih.gov/research-topics/drugs-a-to-z>.

De igual modo, la “Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y el delito” (UNODC, 2018) ha editado la tercera edición de **“Terminología e información sobre drogas”** que introducen las definiciones de los términos científicos que se emplean en este contexto. A modo de ejemplo, recogemos algunas de las drogas más consultadas en estos listados y los términos populares más empleados en EE. UU., muchos de ellos también conocidos en nuestro entorno.

Así, el “cannabis” tiene una amplísima sinonimia conociéndosele con los nombres “*Marihuana, BC Bud, Blon, Mota, Ganja, Hierba, Hachís, Porro, Kif, María, Pot, Reefer, Sinsemilla, Skunk, Mafu, Weed*” y a los “cannabinoides sintéticos” como “*Marihuana sintética, Spice, K2, RedX Dawn, Paradise, Demon, Black Magic, Spike, Mr. Nice Guy, Ninja, Zohai, Dream, Genie, Sence, Smoke, Skunk, Serenity, Yucatan, Fire, Skooby Snax and Crazy Clown*”.

La Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito (UNODC, 2018) añade algunos nombres más y a la resina de cannabis le denominan “*Charas, Chira, H, Hash, Hashish, Khif, Pot, Shit*”, mientras que al aceite del cannabis se le llama: “*Butane, hash oil, Honey oil, Red oil*”.

Otra de las sustancias más consultadas en el listado del NIDA es la “cocaína” que se denomina popularmente “*Blow, Coca, Coke, Crack, Snow, Soda*”. La UNODC (2018) recoge incluso una terminología más amplia para la cocaína: *Bazooka, Coco, Mister Coffee, Big C, Coke, Nose candy, Blanche Crack, Shake Blow Dust, Snow Cake Flake Star dust, Cane Koks, Toot Charlie, Lady White lady*”.

El “fentanilo”, responsable primordial de la epidemia silenciosa en EE. UU., se le conoce con los nombres de “*Apache, Dance Fever, Drop dead, Goodfellas, Great Bear, He-Man, Jackpot, King Ivory, Murder 8, Poison, Tango & Cash, Heroína Blanca o Sintética, N-30, el Fenta, Tango y China White*”, además de por los nombres registrados con los que se comercializa legalmente (*Actiq®, Subsys®, Lazanda®, Fentora®*).

Pero esta jerga de nombres no es exclusiva de Norteamérica. La Generalitat Valenciana ha editado un **“Manual Didáctico para Educadores”**, revisado en 2024 por Mas-Bagà, que recoge también el vocabulario usado por los drogodependientes. Para ellos, los Alucinógenos son “*Tripis, Volcanes, Micropuntos, Ácidos, Secantes, LSD*”; las anfetaminas son “*Anfetas, Speed, Ruedas, Bennies*”; los Barbitúricos son “*Barbs, Caramelos, Goodballs, Peanuts*”; Las benzodiazepinas “*Downs, Tranks, Roches (Rohipnol), Jaimitos (Rohipnol)*”; el cannabis es “*Hachís, Marihuana, Chocolate, Grifa, Goma, Mierda*”, siendo consumidos bajo el nombre de “*Peta, Porro, Canuto*”; la cocaína es conocida como “*Nieve, Pasta, Crack, Free Base, Basuko, Kisa, Perico*” y se consume como “*línea, Raya, Fila, Peinarse, Darse Pases*” o cuando se mezcla con tabaco suelen decir “*Hacerse un blanquito*”; la heroína es “*Caballo, Horse, Jaco, Potro, Brown Sugar, White Lady, Reina*” y es consumida como *Pico, Chute, Fly, Chino*, si es fumada, o *Chute o Insulina* si es inyectada. Ir a comprar droga sería ‘*Ir a pillar*’ y el modo de adquirir la droga es a través de “*Papelas, Papelinas, Bolsitas, Dosis*”, cuando se habla de cocaína o heroína, y un gramo sería ‘un Mogra’ o ‘Mugra’. Los ‘Camellos’ o ‘Dealers’ son los vendedores de drogas.

Este amplio glosario, tiene variaciones regionales, la mayoría no publicadas en revistas científicas, pero accesibles a través de internet, y el argot no es un “capricho estético” sino que tiene la finalidad de ocultar el tráfico y el consumo de estas sustancias. En el caso de los traficantes de droga, su habla está cuajada de múltiples variantes no solo por la diversidad de productos con los que mercadean (hachís, heroína, cocaína, sustancias psicotrópicas, etcétera), sino por la multitud de nacionalidades (españoles, británicos, marroquíes, colombianos, italianos, holandeses...) que intervienen en el trasiego de estos productos. Ante la ilegalidad, el vocabulario adquiere un marcado componente críptico, a modo de código secreto (Rodríguez González, 2021).

La jerga se ha transferido al lenguaje popular, en buena medida por su difusión a través de los medios de comunicación social, las novelas, las películas y las series de televisión. Las palabras secretas, cuando son conocidas por personas ajenas, están en permanente renovación. Baste como ejemplo, que maría (marihuana), porro (cigarrillo de marihuana o hachís mezclado con tabaco) y madero (policía) son palabras ya tan conocidas por el público que están recogidas en el Diccionario de la Lengua Española desde hace tiempo. Sin embargo, las constantes innovaciones y la mezcla de palabras de diversos orígenes geográficos, hace que la “jerga de los camellos” siga teniendo una función críptica (Duvás, 2021).

Terminología de los Trastornos por Uso de Sustancias (TUS)

Por otra parte, el consumo de sustancias puede provocar en el sujeto que las ingiere un cuadro tóxico que también tiene una terminología variada. En efecto, los términos adicciones, drogadicción, dependencias, se utilizan de forma indistinta según el nivel de formación de cada interlocutor. Sin embargo, algunos conceptos generales no siempre se aplican con precisión (Álamo, 2018). Además, existe cierta ambigüedad científica y jurídica en las distinciones entre “uso” o “consumo”, “uso inadecuado” y “uso indebido” o “abuso” de drogas, en el *Informe mundial sobre las drogas* (UNODC, 2024) se utiliza el término neutro “consumo de drogas”. El término “uso inadecuado” se reserva para designar el uso para fines no médicos de fármacos sujetos a prescripción médica.

Adicción: La RAE la define, en su primera acepción, como una “Dependencia de sustancias o actividades nocivas para la salud o el equilibrio psíquico”. El NIDA la define como “una enfermedad crónica y recurrente del cerebro que se caracteriza por la búsqueda y el consumo compulsivo de drogas, a pesar de sus consecuencias nocivas”.

Dependencia: En 1964, un Comité de Expertos de la OMS introdujo el término “dependencia” para sustituir los de adicción y habituación, por considerar a estos imprecisos. La dependencia se aplica globalmente a toda la gama de sustancias psicoactivas (farmacodependencia, drogodependencia, dependencia de sustancias químicas, dependencia del consumo de sustancias) o para referirse a una droga o a una clase de drogas concreta (p. ej., la dependencia del alcohol o de los opiáceos). La dependencia se considera una variable continua, determinada por la cantidad y la frecuencia del uso de la droga, por el desarrollo de tolerancia y abstinencia, así como por la incapacidad del sujeto para abstenerse de tomar la droga y por el daño social, personal y físico producido por la misma.

En la actualidad, cuando hablamos de *dependencia* nos referimos a un estado de adaptación, caracterizado por cambios neurofisiológicos de las células, circuitos, órganos o sistemas de neurotransmisión, provocados por una estimulación excesiva de los mismos por algunas sustancias, ya sea una droga o un medicamento. Aunque es motivo de discusión, clásicamente se considera la existencia de una dependencia física y otra dependencia psicológica.

La **dependencia física** se produce por una neuroadaptación de los circuitos cerebrales al incorporarse la droga como una “nueva pieza” de la maquinaria. Cuando se suspende la administración de la droga, la maquinaria cerebral “chirria” lo que se manifiesta con la sintomatología característica del “síndrome de abstinencia”, popularmente conocido como “mono” (Álamo, 2018). La manifestación clínica del síndrome de abstinencia se caracteriza por síntomas opuestos al efecto de la droga. Por ejemplo, los opioides producen analgesia, sedación, estreñimiento, etc.; su abstinencia va a manifestarse por dolor, excitación,

diarreas profusas. El síndrome de abstinencia más temible es el del alcohol “*delirium tremens*”, un cuadro grave que puede ser mortal o provocar daño cerebral irreversible (Bramness et al., 2023).

La **dependencia psicológica o psíquica** representa la necesidad de buscar una droga y tomarla de forma repetitiva, compulsivamente, para experimentar un estado afectivo positivo (placer, euforia, sociabilidad, etc.) o para revertir un estado negativo (ansia, timidez, insatisfacción). La dependencia psíquica, p. ej.: a la nicotina no desaparece hasta muchos años después de desaparecida la dependencia física. Superar la dependencia psíquica implica que el sujeto consigue normalizar su conducta y emociones sin la presencia de la droga, recuperando la satisfacción con sus actividades laborales, lúdicas y sociales habituales, superando el aburrimiento, la ansiedad y la frustración. Para conseguirlo, el tratamiento psicoterapéutico y el apoyo social es fundamental.

Salvo en ámbitos académicos y científicos, los términos dependencia, adicción son empleados como si fueran sinónimos. Sin embargo, estos términos tienen connotaciones negativas y estigmatizantes por lo que desde la edición del “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales” en su quinta edición (DSM-5) esos términos tienden a ser sustituidos por “**Trastorno por uso de Sustancias**” (TUS).

La tolerancia es un fenómeno caracterizado por la pérdida de efectos de la droga tras su administración repetitiva, es decir para conseguir los mismos efectos es necesario ir aumentando la cantidad consumida. La tolerancia se desarrolla de manera diferente para las distintas acciones de la droga, así con los opioides la tolerancia al efecto euforizante y analgésico es rápida, pero no aparece tolerancia para la miosis ni para el estreñimiento (Álamo C., 2021).

DE DROGA A MEDICAMENTO Y DE MEDICAMENTO A DROGA. UNA FRONTERA MUY PERMEABLE

La terminología difusa entre droga, con connotación negativa, y medicamento, en principio algo beneficioso, puede parecer incluso contradictoria. Sin embargo, son muchos los ejemplos en los que un medicamento se comporta como una droga y estas pueden presentar utilidad clínica en ocasiones. Por ello se considera que la frontera entre ambos conceptos es muy permeable. De hecho, algunas de las drogas actuales iniciaron su carrera como “*utilísimos*” y benéficos medicamentos.

En efecto, el cannabis fue introducido en la medicina occidental como medicamento, por sus propiedades anticonvulsivas, indicación que aún conservan alguno de sus derivados, el cannabidiol, en cuadros infantiles refractarios. En 1890, Sir John Russell Reynolds publicó, en la prestigiosa revista “*The Lancet*”, que el “hachís cuando se administra puro y

con cuidado, es una de las medicinas más valiosas que poseemos”, con efecto positivo sobre el insomnio senil, el delirio alcohólico y la melancolía (Reynolds, 1890). Sin embargo, en 1910 el “cannabis medicamento” cruzó la frontera hacia droga en Estados Unidos entre los esclavos de ascendencia africana y a través de los inmigrantes tras la Revolución Mexicana de 1910. La Convención de Ginebra de 1925 incluyó el cannabis como sustancia sujeta a fiscalización internacional, lo que no impidió la ola de cannabis con el movimiento hippie en la década de 1960 (Ihler, 2022).

El 7 de octubre de 2025, el Consejo de ministros aprobó el Real Decreto (<https://www.sanidad.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=6761>) que regula el uso medicinal del cannabis en algunas condiciones clínicas concretas, como la espasticidad asociada a la esclerosis múltiple, ciertas formas graves de epilepsia refractaria, las náuseas y vómitos derivados de la quimioterapia y el dolor crónico refractario, empleando formulaciones elaboradas en servicios de farmacia hospitalaria y prescritas exclusivamente por médicos especialistas autorizados, cuando existan razones clínicas documentadas para su uso. De nuevo se cruza la frontera.

La hoja de coca (*Erythroxylon coca*) ha sido empleada desde hace más de 6.000 años por los nativos de Sudamérica. Un alcaloide de esta planta, la cocaína, fue comercializado como medicamento en Estados Unidos en 1882, fundamentalmente para tratar el dolor odontológico en los niños, dando el primer salto de droga a medicamento. Sigmund Freud detectó que la cocaína mejoraba su estado depresivo y aumentaba su capacidad de trabajo, lo que publicó en “*Über Coca*” (“Sobre la coca”) en 1884. A esta publicación le siguieron cinco artículos de auténtico proselitismo sobre los beneficios de la cocaína aumentando el rendimiento físico e intelectual, sin producir “hábito, ni efectos secundarios, ni vicio”. Sin embargo, al comprobar sus efectos indeseables, incluida la muerte de su amigo y colega Ernst Fleischl, abandonó su defensa y se negó a que esos artículos figurasen en sus obras completas.

Paralelamente, la cocaína se incluyó en multitud de “elixires milagrosos”, entre los que se encontraba la “Coca-Cola” y el “vino Mariani”, desapareciendo el milagro cuando estas bebidas fueron privadas del alcaloide (López-Muñoz y Álamo, 2020).

La heroína de la compañía farmacéutica Friedrich Bayer & Co, un derivado semisintético de la morfina comercializada como antitusígeno en niños, alcanzó un rápido éxito comercial en todo el mundo, hasta que se descubrió su inaceptable peligrosidad. La anfetamina de los laboratorios SKF, fue un descongestionante nasal que, a partir de la década de 1960, tuvo un amplio uso como anorexígeno y en otras indicaciones, que se han ido descartando por su poder adictivo reservándose, en la actualidad, para el tratamiento del déficit de atención (TDAH) (López-Muñoz y Álamo, 2020).

Asimismo, el mundo de los anestésicos ha dado lugar a una serie de sustancias que han pasado la frontera de la clínica a las adicciones, como es el caso de la fenciclidina, conocida en el mercado ilegal como “polvo de ángel” y la ketamina, un anestésico disociativo que sus efectos psicodélicos han hecho que pase al uso recreacional (“*ketas*”, “*special K*”). El gammahidroxibutirato (GHB), conocido como “éxtasis líquido”, es un anestésico cuyo uso prioritario es recreativo (López-Muñoz y Álamo, 2020).

En la actualidad, el uso de medicamentos de prescripción como drogas, en algunos grupos terapéuticos, es habitual. Este fenómeno, que se ha dado en denominar “*pharming*”, consiste en el consumo no médico de medicamentos de prescripción buscando un fin recreativo. Es decir, el sujeto toma el medicamento para drogarse. El *pharming* se presenta con opioides, benzodiazepinas y psicoestimulantes consumidos fuera de las normas indicadas o cedidos por el paciente a terceras personas (Coombes y Cooper, 2019). En Estados Unidos el “*pharming*” es el segundo tipo de práctica adictiva más frecuente, después de la marihuana y tiene un riesgo especial con el fentanilo. En Europa, el “*pharming*” que afecta a las benzodiazepinas y sus “análogos Z”, como el zolpidem y los psicoestimulantes, como anfetaminas y metilfenidatos, es cada vez más frecuente, habiéndose incorporado la pregabalina, algunos antipsicóticos, como la quetiapina y algunos antidepresivos, como la venlafaxina y el bupropión, así como varios antihistamínicos (Chiappini y Schifano, 2020).

El papel de internet en la transformación del consumo de drogas está siendo fundamental, al facilitar la compra en “farmacias en línea”. En las redes sociales, los denominados “psiconautas”, experimentan con psicotrópicos, comparten la información y son mimetizados, facilitando todo ello el “*pharming*” (Monteith y Glenn, 2018).

CLASIFICACIONES DE LAS DROGAS Y SUSTANCIAS DE ABUSO

Clasificar las miles de drogas existentes no es tarea fácil y se puede realizar según diferentes criterios. Debido a ello no existe una clasificación única que permita encuadrar a las diferentes drogas en grupos bien definidos. Además, algunos de los criterios de clasificación pueden variar entre distintos países, desde el punto de vista jurídico, cultural e incluso entre diferentes sociedades científicas.

Clasificación de las drogas desde el punto de vista jurídico.

En el **contexto socio jurídico**, las drogas pueden clasificarse en función de las **restricciones legales** establecidas en cada estado respecto al consumo, producción y venta. Existen tres categorías principales de consumo de sustancias psicoactivas:

- (i) **Drogas o sustancias lícitas** que no tienen uso médico y que pueden ser consumidas libremente, como el alcohol o el tabaco, con restricciones solo por edad. La legalidad es variable entre países (el alcohol está prohibido en algunos países musulmanes).
- (ii) **Drogas de uso principal como medicamentos**. Son sustancias psicoactivas, como los sedantes, hipnóticos, ansiolíticos, algunos analgésicos, psicofármacos y otros medicamentos similares, recogidos en la “Lista Modelo de Medicamentos Esenciales de la OMS” (*The selection and use of essential medicines, 2025: WHO Model List of Essential Medicines, 24th list. Geneva: World Health Organization; 2025. <https://doi.org/10.2471/B09474>. Licence: CC BY-NC-SA 3.0 IGO*).
- (iii) **Drogas de Consumo ilegal o ilícito**, cuyo consumo está prohibido por las convenciones internacionales o nacionales sobre drogas. Su comercio se considera ilegal, como los derivados del cannabis, heroína, cocaína, drogas sintéticas. Además, es ilegal el uso de medicamentos de prescripción sin receta, o de laboratorios no autorizados, como p. ej.: la mayoría de los fentanilos que circulan en Norteamérica (<https://www.aemps.gob.es/medicamentos-de-uso-humano/estupefacientes-y-psicotropos/>).

La “**Convención de Fiscalización Internacional de Drogas (UNODC, 2013)**” encuadra a las drogas en función de la relación que existe entre utilidad terapéutica y el riesgo que esta plantea para la salud pública.

- (i) **Lista I:** Sustancias con un riesgo elevado para la salud pública y nula utilidad terapéutica (por ejemplo, LSD, MDMA (éxtasis), psilocina, DOM y mescalina...).
- (ii) **Lista II:** Sustancias con una amenaza grave para la salud pública que tienen un valor terapéutico bajo o moderado (p. ej.: Anfetaminas, Dexanfetamina, Metanfetamina, Metilfenidato Fenciclidina, Fenmetracina, Tetrahidrocannabinoides).
- (iii) **Lista III:** Sustancias que constituyen una amenaza grave para la salud pública con un valor terapéutico moderado o alto (p. ej.: barbitúricos).
- (iv) **Lista IV:** Sustancias con un bajo riesgo para la salud pública y la mayor utilidad terapéutica (por ejemplo, benzodiazepinas, analgésicos).

El convenio ha sufrido modificaciones para incluir nuevas sustancias, siendo la última modificación en España la recogida en el BOE: Orden SND/884/2024, de 14 de agosto.

Clasificación de las drogas y sustancias de abuso según efectos sobre la salud.

De acuerdo con la supuesta *gravedad de su consumo*:

- (i) **Drogas Duras:** son consideradas altamente adictivas, provocan dependencia física y psíquica y daños serios a la salud, como la cocaína, opioides, anfetaminas.

- (ii) **Drogas blandas:** tendrían poco potencial adictivo y no presentarían un riesgo grave para quien las consume, como el alcohol o el cannabis (Tapia et al., 2016).

Esta clasificación no cuenta con un consenso global y la terminología no es aceptada por la ICD-11 ni por el DSM-5 (Janik et al., 2017). Erróneamente, el cannabis y el alcohol se asocian a un consumo seguro a largo plazo. Sin embargo, los consumidores de cannabis presentan importantes alteraciones del funcionamiento social, incluso sin problemas de salud importantes y los grandes consumidores de alcohol presentan con frecuencia una disfunción frontal con alteraciones de las funciones ejecutivas (Pelc y Verbanck, 2006). El daño inducido por el alcohol, supuesta droga blanda, es superior al de cualquier otra droga, siendo en general la sustancia que más daño provoca al consumidor y a los que le rodean (van Amsterdam et al., 2015). Actualmente, se recomienda evitar estos términos o definirlos con precisión (Janik et al., 2017).

Clasificación de las drogas de acuerdo con su mecanismo de acción

Las sustancias psicoactivas producen sus efectos a través de un pequeño número de mecanismos farmacológicos, lo que ha permitido a la UNODC, a través de la EWA (Aviso de Alerta Temprana) en colaboración con la DEA (Administración para el Control de Drogas de los Estados Unidos) (<https://www.unodc.org/LSS/Page/NPS/pharmacology>) clasificar a la mayoría de las drogas, así como a las nuevas sustancias psicoactivas (NSP), en seis grupos principales:

- (i) **Estimulantes:** Tienen mecanismos monoaminérgicos (inhiben recaptación de dopamina, noradrenalina y serotonina) que inducen respuestas excitatorias en el SNC.
- (ii) **Opiáceos sintéticos:** Son agonistas (activadores) de los receptores opioides.
- (iii) **Agonistas sintéticos de los receptores cannabinoides:** Estimulan los CB1 y CB2.
- (iv) **Disociativos:** Antagonistas del receptor N-metil-D-aspartato (NMDA).
- (v) **Alucinógenos clásicos:** Activación de los receptores serotoninérgicos 5HT2A.
- (vi) **Sedantes/Hipnóticos:** Moduladores alostéricos positivos del GABA-A.

Es importante señalar que algunas sustancias psicoactivas pueden inducir sus efectos fisiológicos a través de uno o más de estos mecanismos farmacológicos.

Clasificaciones de las drogas y sustancias de abuso según sus acciones farmacológicas sobre el Sistema Nervioso Central

Entre los diversos sistemas de clasificación de las drogas, el sistema de la OMS ha sido de los más utilizados ya que clasifica las drogas según sus efectos sobre el sistema nervioso

central. De acuerdo con este criterio, las drogas pueden clasificarse en tres categorías: sustancias depresoras, estimulantes y psicodélicas/alucinógenas. Sin embargo, desde 2008 empiezan a aparecer nuevas sustancias psicoactivas (NSP) que no encajaban en los grupos de las drogas de la OMS, por lo que se creó el grupo inespecífico de 'otras drogas' en la que se incluyeron los cannabinoides sintéticos, drogas empatógenas, como el MDMA o éxtasis, y disociativas como la ketamina. Este cajón de sastre se llenó rápidamente con todas las NSP heterogéneas, por lo que se propuso un modelo para integrar las NSP creándose en el año 2012 "*Drugs Wheel*".

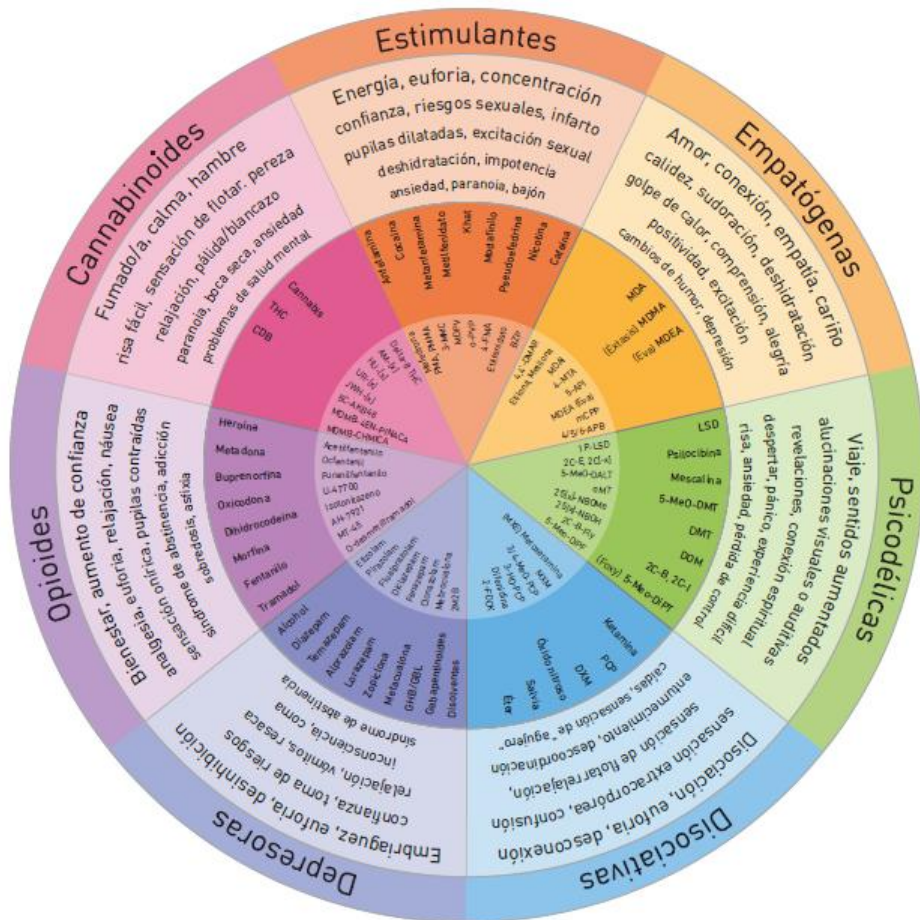
Clasificación "la rueda de las drogas" ("*Drugs Wheel*")

Esta clasificación es más ilustrativa y ágil que la restringida clasificación de la OMS. Actualmente, se hace referencia a la rueda de las drogas en la literatura académica, en libros de texto y materiales de formación para niños, adolescentes y profesionales. La rueda de la figura adjunta está formada por tres anillos concéntricos:

- (i) El anillo exterior que recoge los principales *grupos de sustancias psicoactivas* divididas en siete grupos diferenciados: Estimulantes, empatógenas, psicodélicas, disociativas, depresoras, opioides y endocannabinoides.
- (ii) El anillo intermedio recoge los principios psicoactivos establecidos de cada grupo.
- (iii) El anillo interior recoge las nuevas sustancias psicoactivas.

Además, esta rueda incluye también información sobre los efectos deseados y los daños asociados a cada categoría de drogas. Hay que tener en cuenta que La Rueda de las Drogas es un modelo y, como tal, no tiene como objetivo enumerar todas las drogas que circulan en el mercado ni señalar el efecto de cada compuesto. Su objetivo es simplificar el panorama de las drogas. (<https://thedrugswheel.com/?page=about>).

¿Las drogas y su legalización? Aspectos jurídicos y psiquiátricos



Estimulantes	Empatógenos	Psicodélicos	Disociativos	Depresores	Opiáceos	Cannabinoides
Taquicardia, sudoración, energía, confianza, bienestar, euforia, disminución del apetito, mandíbulas apretadas, pupilas dilatadas, paranoia, ansiedad, cambios de humor, excitación, impotencia.	Pertenencia, conexión, comprensión, energía, s. serotoninérgico, excitación sexual, disfunción erectil, sudor, calor, hipertermia, sobredosis, deshidratación o Sobrehidratación	Conexión espiritual, alucinaciones, pérdida de control, Agudización de los sentidos, Abrir puertas a la percepción, pánico, cambios de humor, excitación, miedo, vómitos, Daño mental	Euforia, flotante, relajado, feliz, sin dolor, entumecido, seguro, protegido, inconsciente, en un "agujero", alucinaciones visuales o auditivas, asustado, desconectado, Vulnerable	Relajado, seguro, despreocupado, arriesgado, inconsciente, euforia, coma, muerte, Desinhibición, desmayos, sueño, vómitos, náuseas, agresión, Dependencia	Confianza, no dolor, seguridad, somnolencia, calidez, invencibilidad, prurito, miosis, Dep. respiratoria, náuseas, vómitos, euforia, sudoración, sobredosis, dependencia, abstinencia	Tranquilo, relajado, descanso, flotabilidad, No dolor, paranoia, ansiedad, amnesia, ojos rojos, aumento de la sensualidad, sequedad bucal, sobreexcitación, cambios en el apetito

Clasificación nosológica del consumo de sustancias (DSM-5; ICD-11)

Las clasificaciones nosológicas han permitido a lo largo de la historia generar un lenguaje común entre los profesionales en salud mental y suelen estar más cerca de los clínicos que las clasificaciones estructurales. Las dos clasificaciones más importantes y reconocidas son la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-11) y el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-5-TR) que además permiten una equivalencia internacional del uso de sustancias.

- (i) **El ICD-11** le denomina ***“Trastornos debidos al Consumo de Sustancias” (TCS)*** y los clasifica en 14 grupos de acuerdo con la sustancia consumida: Alcohol; cannabis; cannabinoides sintéticos; opioides; sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; cocaína; estimulantes, incluidas anfetaminas, metanfetaminas y la metcatinona; catinonas sintéticas; cafeína; alucinógenos; nicotina; inhalantes volátiles; MDMA u otras drogas relacionadas, incluida la MDA; drogas disociativas, incluidas la ketamina, y la fenciclidina (PCP); otras sustancias psicoactivas especificadas, incluidos los medicamentos; sustancias psicoactivas desconocidas o no especificadas; sustancias no psicoactivas; Otros trastornos específicos; Trastornos sin especificación.
- (ii) **El DSM-5-TR** les denomina ***“Trastornos Relacionados con Sustancias” (TRS)*** los clasifica, según la sustancia consumida, en TRS por Alcohol; Cafeína; Cannabis; Alucinógenos (fenciclidina y otros); Inhalantes; Opiáceos; Sedantes; hipnóticos y ansiolíticos; Estimulantes (anfetamínicos, cocaína y otros), Tabaco y otras sustancias (o sustancias desconocidas). En el DSM-5 desaparecen las categorías de “abuso” y “dependencia”, que se sustituyen por TRS, término menos estigmatizante y más centrado en el paciente. En el DSM-5 el término adicción parece estar circunscrito a los trastornos del comportamiento, como el juego patológico, y no parece aplicarse a ningún trastorno por uso de sustancia.

NUEVAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS. LA AMENAZA DE LO DESCONOCIDO

Las Nuevas Sustancias Psicoactivas (NSP) son sustancias de abuso que se encuentran fuera de los controles legales, pero pueden representar una amenaza para la salud pública, incluso superior a las drogas establecidas. Estas drogas, conocidas en el mercado como “drogas de diseño”, “euforizantes legales”, “euforizantes herbales” o “sales de baño” se sintetizan introduciendo ligeras modificaciones en la estructura química de las drogas convencionales y por ello escapan a los controles legales. La capacidad de producción clandestina es tal que resulta difícil y lento identificarlas y por tanto ilegalizarlas. En general, *“el mercado va siempre por delante de los legisladores”*. Sin embargo, estas sustancias

pueden ser más peligrosas que la droga convencional de la que proceden por el escaso conocimiento de los efectos adversos, la toxicidad, el potencial carcinogénico y los riesgos a largo plazo. Además, la pureza y la composición de los productos que contienen las NPS suelen desconocerse, lo que expone a los usuarios a un alto riesgo (UNODC, 2025). La desinformación que todavía existe sobre estas sustancias resulta un valor adicional a su peligrosidad (<https://www.unodc.org/LSS/Page/NPS>).

La diversidad química de las NSP es inmensa, y la UNODC (2025) ha recogido entre los agonistas sintéticos de los receptores de cannabinoides 300 NPS, lo que supone el 31% de todas las NSP detectadas. De estas, El grupo más numeroso son estimulantes (35%) seguido por los alucinógenos (15%) y los opioides (12%).

Por otra parte, de los más de 300 NPS de cannabinoides se han controlado, desde el año 2015, como drogas ilegales tan solo 20 NSP, lo que quiere decir que los restantes se consideran “alternativas legales” a la marihuana que pueden adquirirse online o en tiendas especializadas “head shops” y “smart shops”, casi siempre con el desconocimiento por el usuario de lo que está comprando.

Hasta junio de 2025, en los registros del OEDA consta que en 2024 se detectaron por primera vez en España 25 NSP de las cuales 7 pertenecían al grupo de catinonas (https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasAlerta/pdf/2025_Informe_Alertas.pdf). En ese año, el Sistema Español de Alerta Temprana recibió 14 notificaciones de personas intoxicadas, atendidas por ansiedad, náuseas, paranoias y taquicardia, por consumir gominolas que contenían principios activos de cannabinoides sintéticos (https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/dosieresinformacion/pdf/20250411_Dossier_Cannabinoides_Sinteticos.pdf), catalogándose como drogas ilegales 4 NSP (HHC, THCA, 2-FDCK y Bromazepam) (BOE-A-2025-8109 Orden SND/380/2025, 14 de abril).

Entre las NSP derivadas de los opioides existe un grado de preocupación con los Nitazenos, desarrollados como analgésicos en la década de 1950, sin comercialización por su alto riesgo de efectos secundarios incluso letales. Desde el 2019 se incautaron 20 nitazenos diferentes, entre los que destaca el isotonitazeno y el etonitazeno, que pueden ser 250 y 500 veces más potentes que la heroína. Estas NSP de opioides provocaron 180 muertes en el Reino Unido hasta mayo de 2024. El problema se incrementa al haberse detectado benzodiazepinas, heroína, oxicodona y éxtasis (MDMA) “contaminadas” intencionadamente con Nitazeno, con la intención de aumentar su capacidad adictiva. Por otra parte, la clasificación del fentanilo como narcótico controlado por China en 2019, disminuyó su consumo en Estados Unidos, siendo sustituido paulatinamente por los nitazenos (Vandeputte y Stove, 2025).

En España, se estima que la amenaza de los nitazenos es baja mientras exista heroína afgana en el mercado económicamente más asequible. Sin embargo, la prohibición del

cultivo de opio en Afganistán ha multiplicado su precio por 10, lo que podría facilitar la entrada de nitazenos. De momento, en España, no se ha detectado carencia de heroína y tampoco se han reportado brotes de sobredosis con nitazenos, a diferencia de otros países europeos, pero el temor existe. Por fortuna, la poderosa red española de atención a las adicciones, forjada durante la crisis de la heroína de finales del siglo XX, ofrecerá respuestas eficaces y de calidad a esta amenaza (Martínez-Oró et al., 2025).

DE DROGA A MEDICAMENTO. LEGALIZACIÓN DEL USO DE CANNABIS

Recientemente, se ha legalizado en España el uso del cannabis con fines médicos, de acuerdo con el “Real Decreto 903/2025, de 7 de octubre, por el que se establecen las condiciones para la elaboración y dispensación de fórmulas magistrales tipificadas de preparados estandarizados de cannabis”.

Existe una preocupación legítima de que la industria de la marihuana siga la estela de la poderosa industria del tabaco como se ha observado con algunos acontecimientos recientes (Shover y Humphreys, 2019). Además, un estudio publicado el 8 de octubre de 2025 en JAMA, pone de manifiesto que las personas con psicosis reportaron un gran aumento en el consumo de cannabis tras la legalización y comercialización del mismo en Norteamérica, lo que afecta negativamente a la evolución de la enfermedad y la utilización de los servicios de salud en personas con psicosis. Estos resultados deberían ser considerados por los reguladores al diseñar políticas en materia de impuestos, potencia, publicidad y advertencias sanitarias que afecten a esta práctica (Hyatt et al., 2025).

Somo optimistas y pensamos que en España se tomarán las medidas adecuadas para que se beneficien solo los pacientes en los que el cannabis medicinal se ha aprobado. Es alentador que en España no hemos sufrido la “epidemia silenciosa” de fentanilos debido a la existencia de métodos de supervisión, control y optimización de opioides (https://www.sanidad.gob.es/areas/farmacia/publicaciones/planOptimizacion/docs/opioides/20210927_Plan_OptimizacionOpioides.pdf), y a una asistencia clínica diferencial. Las presentaciones transmucosas de fentanilo son las que presentan más riesgo de provocar dependencia por su rápida absorción que les permite alcanzar el SNC en cuestión de pocos minutos (Álamo et al., 2017). Sin embargo, en el año 2023 en España, el fentanilo más prescrito fue el transdérmico (91,39%), por lo que su abuso es menos probable, mientras que los fentanilos transmucosos bucales no llegaron al 8% de todos los fentanilos, siendo este el porcentaje más bajo desde el año 2010 (AEMPS. Utilización de medicamentos opioides en España. 31/10/2024). Estos antecedentes indican una prescripción responsable y nos permiten confiar en que el uso medicinal del cannabis será también correctamente controlado.

NEUROBIOLOGÍA DEL TRASTORNO POR USO DE SUSTANCIAS (TUS)

La complejidad de los TUS se pone de manifiesto en su neurobiología, en la que participan tanto factores ambientales externos como factores internos. Comentaremos tan solo algunos aspectos de relevancia dado el volumen de información.

Factores genéticos:

La genética desempeña un papel fundamental en la neurobiología de la adicción. Estudios gemelares y familiares sugieren que la genética explica aproximadamente entre el 40 y el 60 por ciento de la vulnerabilidad de una persona a padecer un TUS (Deak y Johnson, 2021). El TUS, como trastorno poligénico, presenta genes que marcan la predisposición genética mientras que otros protegen frente a los trastornos adictivos. La mayoría de las *alteraciones genéticas observadas en los TUS* afectan a los sistemas de neurotransmisión del SNC implicados en la recompensa que producen las drogas, como la función ejecutiva, la reactividad al estrés, el estado de ánimo y la cognición. Los principales sistemas de neurotransmisión implicados en los TUS son el dopaminérgico, glutamatérgico, gabaérgico y opioidérgico, entre otros. Los genes que impactan el ciclo neurobiológico de la adicción regulan la expresión y regulación de neurotransmisores en la vía de recompensa, que generalmente involucran dopamina, glutamato, GABA y péptidos opioides (Volkow y Blanco, 2023; Semaan y Khan, 2025). A modo de ejemplo, en un estudio realizado en 1,2 millones de sujetos, se destacó que las alteraciones genéticas que afectaban la transmisión dopaminérgica modificaron las diferentes etapas de la adicción al tabaco, inicio, cese y gravedad (Liu et al., 2019).

Otros genes se relacionan con las enzimas responsables de la metabolización de las sustancias adictivas, contribuyendo también al riesgo genético de la adicción. Por ejemplo, en individuos con polimorfismos genéticos que afectan el metabolismo del alcohol, por la alcohol y la aldehído deshidrogenasa, codificadas por ADH1B y ALDH2, respectivamente, aumentan la producción de acetaldehído que es aversivo, por lo que estos sujetos tienen menos riesgo de alcoholismo. Este fenómeno se da en algunas poblaciones, lo que puede disminuir el consumo (Semaan y Khan, 2025).

La adicción es una enfermedad poligénica influenciada por múltiples genes, sin embargo, en la actualidad, la capacidad para predecir el riesgo de TUS mediante estudios genéticos es muy incipiente (Barr et al., 2020).

Factores Epigenéticos:

La epigenética estudia los mecanismos que afectan la actividad genética sin cambiar la secuencia del ADN. Este es un elemento importante en las adicciones y en enfermedades mentales comórbidas. La influencia de factores ambientales, como el estrés, el abuso infantil, mal ambiente familiar, social o económico, el abuso físico o sexual en la

adolescencia, así como las drogas, pueden modificar la expresión de los genes influyentes en la neurobiología de la adicción (Bakulski et al., 2016). Estos factores inducen modificaciones epigenéticas, como la metilación del ADN o las modificaciones de histonas, que hacen que genes silenciosos se expresen o continúen en silencio, lo que se traduce por alteraciones en el neurodesarrollo y la funcionalidad cerebral, contribuyendo al desarrollo del TUS (Umesh y Nizamie, 2016). Además, los estudios en células sanguíneas han descubierto que las personas con TUS muestran cambios epigenéticos relacionados con la frecuencia de consumo (Kaplan et al., 2022). La epigenética es una vía prometedora en la prevención y tratamiento de las adicciones (Semaan y Khan, 2025).

EL CICLO DE LAS ADICCIONES

La teoría que considera la adicción como un ciclo recurrente de tres etapas fue planteada inicialmente por Koob y Le Moal (1997) y ha sido actualizada periódicamente.

(i) **Primera etapa “Atracón/Intoxicación”:** El consumo de la sustancia produce una experiencia placentera, con euforia y facilidad de socialización, conocida como **refuerzo positivo**. El sujeto “aprende” el refuerzo positivo y este es el paso inicial en la adicción. La droga estimula los ganglios basales lo que incentiva y refuerza el consumo repetitivo. Además, aumenta la motivación ante señales relacionadas con la droga (jeringa, cubitos de hielo, fiestas...), conocidas como “*cue*”, creando hábitos rutinarios de consumo.

En esta etapa, la gran mayoría de sustancias de abuso estimulan las neuronas del área tegmental ventral (ATV) que liberan dopamina sobre el núcleo accumbens (NAc) y el estriado ventral, componentes de la vía mesolímbica, considerada como el **centro o circuito de las recompensas**. En condiciones normales, este circuito es activado por las recompensas naturales, como la comida, el sexo, la socialización, el ejercicio, haciendo agradable y placentera la repetición de estas actividades que, en definitiva, tienen la finalidad de mantener la supervivencia de las especies. Sin embargo, esta vía es también activada por recompensas artificiales, como son las sustancias de abuso, tanto estimulantes como depresoras del SNC, que también liberan dopamina a nivel mesolímbico. Se ha comprobado que la recompensa natural producida por la comida provoca un aumento fásico (“pico”) de liberación de dopamina del 100% que llega a ser del 150% si se practica sexo (Volkow et al., 2017), mientras que el pico de dopamina se incrementa entre un 450% y 1300% si el individuo consume cocaína o metanfetamina respectivamente. También, las sustancias depresoras, como el alcohol o los opioides, liberan de dopamina en el N. Accumbens, aunque el perfil es en forma de meseta más prolongado, pero menos alto. La vía de administración de la droga es muy importante para la recompensa. En general, el sujeto busca una euforia rápida, que lo expresa como el “subidón”, y eso lo consigue mejor cuando la droga se inyecta o se fuma porque llega antes

al SNC y libera picos rápidos e intensos de dopamina. No es extraño que el circuito de recompensa sea secuestrado por las drogas, al inundarlo con dopamina con más “eficacia” que la provocada por los estímulos naturales (Lauretani et al., 2024). Cada vez que se activa este circuito de recompensa, el cerebro aprende que está sucediendo algo importante, que le produce euforia y que es placentero, lo que refuerza fuertemente el consumo de forma repetitiva hasta llegar a hacerlo de forma inconsciente (Volkow y Blanco, 2023).

(ii) Segunda fase de “Abstinencia/Afecto Negativo”. La disminución de los niveles de la droga provoca un estado emocional y físico negativo, caracterizado por estrés, irritabilidad, desregulación emocional, dolor, malestar, disforia y pérdida de la motivación. Este estado se asocia a una disminución en el sistema de recompensa mesolímbico de dopamina, que se acompaña de disminución de otros neurotransmisores euforizantes como serotonina, péptidos opioides, neuropéptido Y (NPY), endocannabinoides y oxitocina (Volkow y Blanco, 2023).

Por el contrario, en esta fase aumentan los neurotransmisores con influencias negativas sobre el humor e implicados en el estrés cerebral, como el factor liberador de corticotropina (CRF) que estimula la amígdala extendida, así como la noradrenalina, dinorfina, vasopresina, orexina y la sustancia P. En esta fase, las drogas se toman, más que para conseguir placer (refuerzo positivo), para contrarrestar las consecuencias adversas de la abstinencia, lo que se conoce como “**refuerzo negativo**” (Kwako y Koob, 2017; Murnane et al., 2023).

(iii) Tercera etapa de “Preocupación/Anticipación”. El sujeto muestra una enorme ansia (*craving*) y busca compulsivamente la sustancia para aliviar la disforia y anhedonia que le provoca la abstinencia. En esta fase, la presencia de señales (*cue*) relacionadas con las drogas (jeringas, publicidad, fiestas, etc.) libera dopamina lo que motiva al individuo y potencia la búsqueda ansiosa de la droga. Sin embargo, en esta fase, pese a liberarse dopamina, sus efectos son cada vez menos gratificantes ya que también se potencian otros sistemas de neurotransmisión emocionalmente negativos, como el glutamatérgico, el noradrenérgico y el aumento del CRF en el hipocampo, amígdala basolateral, estría terminal y la ínsula. Además, cuando se cronifica el uso de sustancias, disminuye el volumen total de la corteza prefrontal dorsolateral (CPFDI), lo que disminuye la capacidad ejecutiva del individuo, que pierde el autocontrol y la capacidad de toma de decisiones lo que le lleva a la recaída (Paludetto et al., 2024).

Estas tres etapas se retroalimentan, se intensifican y se agravan con el tiempo, produciéndose cambios neuroplásticos y moleculares en áreas del cerebro que son particularmente importantes en los TUS. Las modificaciones en los *ganglios basales* permiten que las señales asociadas con la sustancia (“Cue”) desencadenen la búsqueda de sustancias, aumentando la importancia del incentivo. Las alteraciones de la *vía*

mesolímbica hacen que disminuya la sensibilidad de los circuitos de recompensa y los cambios en la amígdala extendida aumenta el estrés cerebral. Además, las alteraciones de la *Corteza prefrontal* reducen el funcionamiento de los sistemas de control ejecutivo del cerebro, dificultando la toma de decisiones y la regulación de las emociones e impulsos. Estos cambios en el cerebro persisten después de que se detiene el uso de sustancias y no se sabe cuándo se pueden revertir tras la suspensión de la toma de la droga.

DOPAMINA: UN NEUROTRANSMISOR CLAVE EN LOS TUS, PERO NO EL ÚNICO

Clásicamente se sabe que la dopamina juega un papel trascendental en los TUS. La dopamina es un neurotransmisor clave que es la base de la motivación para buscar estímulos positivos y evitar los negativos. Por lo tanto, es una pieza clave para la supervivencia, motivando al individuo para buscar estímulos positivos y gratificantes (p. ej., comida y sexo) y evitar los negativos y aversivos (p. ej., dolor y amenazas ambientales) (Volkow y Blanco, 2023).

Sin embargo, el papel de la dopamina no solo está asociado a las recompensas que producen las drogas, ya que este neurotransmisor se relaciona también con la motivación y el “aprendizaje” necesarios para buscar la droga. De hecho, es conocido que la liberación de dopamina se produce durante todo el ritual previo a la administración de droga. Las señales externas relacionadas con el abuso de sustancias, los cues, como la visión de una jeringa o la tarjeta con la que se “corta” la cocaína, se asocian con la liberación de dopamina, lo que genera una intensa necesidad de consumir compulsivamente la droga. A este fenómeno se le denomina “relevancia motivacional”.

Además, la repetición de la liberación de dopamina convierte el consumo en un acto automático, inconsciente y fuera de control. Es importante saber que el consumo continuado de la droga reduce la sensibilidad de los circuitos a la dopamina, por lo que la droga pierde poder hedónico y el sujeto intenta solventarlo con un aumento de la frecuencia o la dosis del consumo. De hecho, con el consumo crónico, el individuo consume para aliviar la sensación de malestar, estrés y ansia (refuerzo negativo), más que para conseguir placer (Wise et al., 2021).

Sin embargo, no todas las drogas son iguales y tienen otros mecanismos de acción que afectan no solo a la señalización de la dopamina, sino también a otras dianas neurobiológicas que participan, modulan y matizan sus propiedades adictivas. Por ejemplo, la cocaína y la metanfetamina, potentes psicoestimulantes, inhiben la recaptación de dopamina, noradrenalina y serotonina y se cree que la diferencia de efectos sobre estas tres monoaminas influye en las diferencias significativas existentes en el nivel de recompensa y la propensión al abuso entre ambas drogas. Los efectos gratificantes de la

nicotina no se limitan a la activación dopaminérgica, sino que también se deben a su capacidad para estimular la liberación de varios neurotransmisores, como la noradrenalina, la acetilcolina, la serotonina, el GABA y las endorfinas. La interacción de los cannabinoides con el receptor CB-1 diversifica aún más el panorama al revelar otras vías neurobiológicas de recompensa mediadas por el sistema endocannabinoide. Los opioides activan directamente el sistema opioide lo que se asocia con efectos hedónicos. El alcohol potencia la neurotransmisión gabérgica, que se asocia a su efecto ansiolítico, a la vez que estimula indirectamente la señalización opioide y cannabinoide endógena (Greener y Storr, 2023; Murnane et al., 2023; Jones et al., 2024).

ASPECTOS MORFOLÓGICOS Y ESTRUCTURALES DE LAS ADICCIONES EN EL SNC. NO SÓLO NEUROTRANSMISORES

Los TUS son procesos neurobiológicos crónicos que implican alteraciones en los mecanismos de neurotransmisión, así como cambios en las estructuras cerebrales. El avance en las últimas décadas de las tecnologías de neuroimagen (Murnane et al., 2023), nos facilitan información de la actividad funcional y también de posibles modificaciones en la estructura cerebral de núcleos, áreas, circuitos y redes cerebrales. El conocimiento de las alteraciones neurobiológicas en las adicciones puede ser de gran trascendencia para facilitar el desarrollo de intervenciones terapéuticas biológicas, tanto físicas como farmacológicas, así como psicoterapéuticas para modular la neurobiología alterada (Ekhtiari et al., 2024).

La extensión y variabilidad de los datos que aportan la neuroimagen es tal que la descripción de los mismos se escapa de los objetivos de este trabajo. No obstante, los estudios de resonancia magnética, realizados en miles de personas con distintos tipos de TUS (mega-análisis), han revelado una pérdida general de materia gris, principalmente en la ínsula y las cortezas prefrontal y parietal, así como un menor volumen de la amígdala y el núcleo accumbens, relacionados con la gravedad del consumo. De forma simultánea se ha detectado la degeneración de la materia blanca en los tractos comisurales, la cápsula interna y el cuerpo calloso en varios tipos de TUS. Estos cambios estructurales en la materia gris y blanca de las regiones corticales frontal, parietal, insular e hipocampo podrían explicar el deterioro cognitivo, en la atención y en el control ejecutivo en las personas con TUS. Asimismo, las alteraciones detectadas en la amígdala, estriado y el núcleo accumbens indicarían un déficit de comunicación de estos con la corteza lo que alteraría el procesamiento afectivo, el craving y el déficit de las recompensas observados tras el uso continuado de sustancias (Ekhtiari et al., 2024).

Los estudios de neuroimagen han proporcionado a los clínicos mejores herramientas para diagnosticar a pacientes con abuso de sustancias, comprender la compleja neuroanatomía

y neurobiología involucradas y diseñar regímenes de tratamiento individualizados para personas con TUS (Murnane et al., 2023).

EL TUS ES UNA ENFERMEDAD CEREBRAL, AUNQUE EXISTEN DISCREPANCIAS

Una de las características más importantes en los TUS es su complejidad. Por ello no es de extrañar que existan opiniones sobre su naturaleza, a veces contrapuestas. Estas discrepancias conceptuales favorecen el diálogo y en general, ayudan al aprendizaje.

En 1997 Leshner, en aquellos momentos director del NIDA (National Institute on Drug Abuse), publicó que “los avances científicos de los últimos 20 años han demostrado que la drogadicción es una enfermedad crónica y recurrente, resultado de los efectos prolongados de las drogas en el cerebro. Al igual que muchas otras enfermedades cerebrales, la adicción presenta aspectos conductuales y sociales que son partes importantes del trastorno en sí. Por lo tanto, los enfoques de tratamiento más eficaces incluirán componentes biológicos, conductuales y sociales”.

Asimismo, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y varias asociaciones científicas, como la American Psychiatry Association (APA; 2013) o la Sociedad Española de Psiquiatría (SEP) y la Sociedad Española de Patología Dual (SEPD), conciben el trastorno por uso de sustancias como una enfermedad cerebral crónica, al igual que otros trastornos neurológicos o psiquiátricos reconocidos. Sin el tratamiento adecuado, la enfermedad es progresiva y puede derivar en discapacidad irreversible y/o muerte prematura. Los pacientes adictos son enfermos recuperables y tras un tratamiento adecuado pueden rehabilitarse completamente.

Otros autores tienen opiniones intermedias y reconocen que el modelo de la “enfermedad cerebral” no es la única explicación de la etiología de la adicción, existiendo alternativas como la que postula que la adicción es una “*enfermedad elegida*” causada por la falta de reforzadores alternativos. La adicción no es una “enfermedad” y los cambios cerebrales no serían la causa de la adicción (Pickard, 2022). Además, no se ha identificado una marca neuronal específica de la adicción (Heilig et al., 2021).

En contra de la teoría de enfermedad cerebral de las adicciones se señala que las diferencias morfológicas observadas no son privativas de la adicción. Muchas de ellas se observan también en personas víctimas de la pobreza, del estrés y de ambas con el consumo de drogas. Además, los cambios cerebrales se observan en todas las conductas orientadas a la obtención de recompensas (Pedrero, 2022). Algunos autores señalan que no se han prestado suficiente atención a la influencia de los factores sociales que subyace al consumo de drogas y reivindican “la necesidad de mostrar, como psicólogos, nuestras claras aportaciones al campo de las adicciones, como el de las variables psicológicas que

son necesarias para la comprensión de las adicciones, para su prevención, junto con el papel central del tratamiento psicológico por su eficacia en las mismas” (Becoña, 2016; 2018).

Leshner (1997) considerado el padre de la teoría de la “adicción como enfermedad del cerebro”, señala textualmente que la adicción presenta aspectos conductuales y sociales que son parte importante del trastorno en sí.

Por otra parte, la reivindicación del papel del psicoterapeuta en las adicciones es incuestionable. De hecho, en la mayoría de las guías clínicas la farmacoterapia de las adicciones es casi anecdótica, tanto por los fármacos disponibles como por sus resultados. De hecho, los medicamentos aprobados por la FDA para el tratamiento de los TUS se limitan al tabaco, opioides y alcohol, no existiendo medicamentos aprobados para tratar el resto de las adicciones químicas (Volkow y Blanco, 2023). Por el contrario, las pautas de la mayoría de las guías clínicas enfatizan el uso de psicoterapias basadas en evidencia para tratar la adicción, centrándose en el abordaje de factores psicológicos, sociales y ambientales (Yue y Pena, 2025).

Por lo tanto, conceptualizar al abuso de sustancias como una enfermedad cerebral, con base funcional y morfológica, con un componente importante de vulnerabilidad genética, no es óbice para reconocer la trascendencia de los factores de riesgo del entorno, familiares, sociales, laborales, que forman parte de la enfermedad. Además, a nuestro entender, catalogar a las adicciones a “enfermedad cerebral” no se enfrenta al modelo biopsicosocial de las adicciones. Ambos conceptos, no solo no son incompatibles, sino que, al menos en lo que al abordaje terapéutico se refiere, el tratamiento biopsicosocial de las adicciones es siempre deseable.

A nuestro entender, el problema del abuso de sustancias es tan complejo que debemos unir todos los recursos científicos y profesionales para conseguir los mejores resultados. Actitudes excluyentes de cualquier tipo de aportación terapéutica, biológica, psicológica o social que haya demostrado pruebas de eficacia, nunca benefician a los pacientes.

EL TRASTORNO POR CONSUMO DE SUSTANCIAS: UNA CATÁSTROFE SANITARIA Y SOCIAL

El impacto del consumo de drogas “legales” (alcohol, tabaco) y drogas ilegales en la salud de la población mundial en edad laboral, supera el impacto de cualquier otro factor de riesgo. Las consecuencias del abuso de sustancias son amplias, variadas y pueden ser graves. En general las personas con TUS suelen tener uno o más problemas de salud, tanto física como mental, relacionados con las drogas que, en muchos casos, contribuyen a la alta mortalidad detectada con las drogas tanto legales como ilegales.

Sería imposible en este trabajo desarrollar todos los problemas físicos y mentales que se pueden dar entre los sujetos con TUS, por lo que seguiremos fundamentalmente, aunque no exclusivamente, la publicación de la OMS (2024) titulada "*Global status report on alcohol and health and treatment of substance use disorders*" y el Informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones sobre "Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España" (OEDA, 2025).

El impacto del consumo de sustancias psicoactivas en la salud va a depender de varios factores: las propiedades tóxicas y adictivas de cada droga, las pautas y patrones de consumo, las formas de administración (oral, inyección, inhalación, etc.) y los factores socioeconómicos relacionados, como son el precio de la droga, las políticas de control, la situación jurídica y el nivel de desarrollo de los programas asistenciales psicológicos, sociológicos y sanitarios implantados.

A nivel mundial, el impacto en la salud del consumo de drogas es negativamente inaceptable. En el año 2019, el consumo de tabaco causó más de 8 millones de muertes al año, incluyendo 1,3 millones de muertes entre los fumadores pasivos, mientras que el consumo de alcohol se asoció a 2,6 millones de muertes atribuibles a enfermedades no transmisibles, mentales e infecciosas. Por su parte, el consumo de drogas ilegales se cobró 0,6 millones de muertes, causadas por enfermedades infecciosas (hepatitis virales, VIH), sobredosis, accidentes de tráfico y suicidios. La incidencia es más marcada en pacientes con nivel socioeconómico bajo y cuando existe dificultad de acceso sanitario, excesiva burocracia o actitudes negativas hacia las personas con TUS por los responsables de su asistencia. La marginación social, económica y el desempleo se relacionan con una mayor tasa de mortalidad por sobredosis de opioides y cocaína (OMS, 2024). Estos datos nos permiten titular que el consumo de sustancias es una catástrofe sanitaria de enorme magnitud.

El análisis del impacto de diferentes factores de riesgo para la **salud global** a nivel mundial indica que los principales factores son el consumo de tabaco, alcohol y drogas psicoactivas, superando a cualquier otro factor de riesgo entre los 10 a 74 años. El consumo de alcohol es el principal factor de riesgo para las personas de 25 a 49 años (GBD 2019; Risk Factors Collaborators, 2020).

Por otra parte, la relación **droga y salud mental** es estrecha, bidireccional y negativa. Los TUS con frecuencia coexisten con otros trastornos y enfermedades mentales, lo que se denomina "Patología Dual" o "*dual diagnosis*" (Alamo et al., 1999), con un peor pronóstico, incluyendo la mortalidad prematura por todas las causas, así como la mortalidad por suicidio (Szerman et al., 2012).

En algunos casos, los trastornos mentales como la ansiedad o la depresión pueden estar presentes antes de la adicción y estas personas pueden consumir drogas para

automedicarse. En otros casos, el consumo de drogas puede desencadenar o empeorar los trastornos de salud mental, particularmente en las personas que tienen ciertas vulnerabilidades específicas (Ross et al., 2012). Además, las sustancias de abuso pueden exacerbar o causar trastornos del estado de ánimo, como depresión y ansiedad, lo que puede llevar a un ciclo de uso continuo de la droga como automedicación. Existen evidencias, mejor denominarles pruebas, de un impacto significativo de la coexistencia de TUS, incluido el tabaquismo, con afecciones mentales, como trastornos del estado de ánimo, esquizofrenia y trastornos de la personalidad, en las tasas de mortalidad y la pérdida de años de vida.

El cannabis es la sustancia ilícita más consumida, especialmente entre los jóvenes. Un reciente metaanálisis (Churchill et al., 2025) ha puesto de manifiesto que el consumo de cannabis es un indicador de mayor vulnerabilidad a la depresión y un factor agravante del trastorno bipolar. El ataque de pánico es la complicación más frecuente entre los consumidores de cannabis (Coscas et al., 2013).

Además, entre los sujetos que consumen cannabis semanalmente, el riesgo de desarrollar un trastorno psicótico aumenta en un 35 % y dicho riesgo casi se dobla en quienes consumen cannabis a diario (Robinson et al., 2023). En los últimos 20 años, se ha asociado la administración de Δ^9 -tetrahidrocannabinol (THC) con síntomas psicóticos, de forma dosis dependiente. Estos síntomas, se acompañan de una hiperfunción dopaminérgica mesolímbica en neuroimagen, de forma similar a lo observado en la esquizofrenia (Ahrens et al., 2025). Con otras sustancias, como el entactógeno MDMA y los alucinógenos clásicos (mescalina, psilocibina y LSD) la información bibliográfica sugiere la posibilidad de precipitar síntomas psicóticos, pero las evidencias no son tan concluyentes (Fiorentini et al., 2021).

La asociación entre el consumo de sustancias y la **conducta suicida** es compleja, pero incuestionable. La proporción de autolesiones atribuibles al alcohol alcanza el 18 %, pudiendo existir una asociación alcohol, depresión y suicidio. También los trastornos por consumo de opioides se asocian con un mayor riesgo de suicidio, y se estiman tasas de intentos de suicidio a lo largo de la vida entre el 17% y el 48% (OMS, 2024).

El **Registro Específico de Mortalidad** por reacción aguda a drogas funciona en España desde 1990 y recoge información sobre muertes tras el consumo no médico de sustancias psicoactivas con intervención judicial. En 2023, se notificaron 1.360 defunciones de las cuales, en el 76,8% de los casos hubo evidencia de consumo reciente de drogas y solo en el 4,1% de los casos se encontraron signos recientes de venopunción. Entre las drogas detectadas las más frecuentes eran los hipnosedantes (64,3% de los casos), de los que el 61,7% eran benzodiacepinas (782 fallecimientos), opioides en el 47,6%, cocaína en el 58,2% y cannabis en el 23,4% (OEDA; 2025).

La prevalencia de los **procesos infecciosos** es sustancialmente mayor entre los pacientes con TUS. Las agujas compartidas, la falta de higiene, los contaminantes de las drogas, las conductas de riesgo, la inmunosupresión, la errática atención médica, entre otros factores, aumentan el riesgo de infecciones. A nivel mundial se estima que 14,8 millones de personas de entre 15 y 64 años se inyectan drogas, y que el 15,2 % de ellas viven con el VIH, el 38,8 % tienen infección activa por hepatitis C (VHC) y el 31,7 % han tenido una infección reciente de piel o tejidos blandos (OMS, 2024).

En España, el SIDA ha representado uno de los principales problemas de salud asociados a las drogas, fundamentalmente a la heroína intravenosa en las últimas décadas del siglo XX. En la actualidad, se ha observado un descenso importante de la infección por VIH y tan solo el 1,7% de los infectados se asoció a drogas inyectadas, el resto fueron secundarios a prácticas sexuales en las que el alcohol estaba implicado. Además, entre el 40 y el 48% de los pacientes con consumo de drogas por vía inyectable admitidos a tratamiento, presentaban serología positiva frente a la hepatitis C, siendo menor la prevalencia frente a la hepatitis B del 3,1 al 4,6% (OEDA, 2025).

La prevalencia de otras infecciones es también mayor entre los consumidores de drogas, como la tuberculosis, que presenta un riesgo tres veces mayor en los sujetos con trastorno por consumo de alcohol y entre fumadores. Las infecciones por el estafilococo resistente a la metilicina y las fúngicas son frecuentes (OMS, 2024).

El aumento de las pruebas de detección de estos trastornos, el uso de vacunas y otras estrategias preventivas, sin duda, mejorarían significativamente el pronóstico de los pacientes y fortalecerían la salud pública (Kolla et al., 2020).

Por otra parte, el consumo de sustancias tiene un impacto significativo en el desarrollo y los resultados de varias **enfermedades somáticas no transmisibles**. Dependiendo de la sustancia, los daños pueden variar, pero existen problemas físicos comunes a todas las drogas, entre los que se encuentran, además de los problemas infecciosos de inmunidad, el daño hepático, problemas cardiovasculares, trastornos respiratorios y el deterioro neurológico. El abuso de alcohol y el tabaquismo son dos de los principales factores de riesgo para las principales enfermedades somáticas no infecciosas. Ambos son estrategias prioritarias para el control de la salud (OMS, 2024).

La mayoría de las drogas ilegales pueden provocar **efectos cardiovasculares**, desde una frecuencia cardíaca alterada hasta infartos. Según la American Heart Association (2024), drogas, como la cocaína, la heroína y diversas anfetaminas, como la metanfetamina, pueden provocar alteraciones cardiovasculares que pueden facilitar una insuficiencia cardíaca, un accidente cerebrovascular o un aneurisma, especialmente en personas con enfermedad cardiovascular preexistente. Estos cuadros se asocian con un aumento de la mortalidad. La cocaína, es conocida como "*la droga perfecta para los ataques cardíacos*"

por su alto riesgo de accidentes vasculares. El cannabis fumado es también un factor de riesgo cardiovascular. Además, la administración intravenosa de drogas puede provocar problemas venosos, flebitis y valvulopatías.

Otros problemas somáticos provocados por las drogas incluyen el *daño hepático*, muy conocido con el alcohol y con medicamentos, así como con otras drogas que pueden causar cirrosis hepática y hepatitis, enfermedades ambas potencialmente mortales. Los *trastornos respiratorios* secundarios al tabaco o a la marihuana puede causar enfermedades pulmonares crónicas, incluyendo bronquitis crónica y cáncer de pulmón. El *daño Neurológico* por el uso prolongado de sustancias puede causar daños cerebrales permanentes, afectando la memoria, la cognición y el funcionamiento motor.

El papel del consumo de alcohol como factor de riesgo para cánceres de diversas localizaciones está bien establecido por la “Agencia Internacional para la Investigación sobre el Cáncer”, siendo cada vez más conocida la carcinogenicidad del consumo de opio fumado, pero no de sus alcaloides puros, como la morfina y la codeína, en los cánceres de laringe, pulmón, cabeza y colon (Bidary et al., 2021).

Finalmente, debemos considerar que los daños asociados con el consumo de sustancias psicoactivas no solo afectan a los propios consumidores, sino que se producen también **“daños a terceros”**, que se extienden a su entorno familiar y social como, por ejemplo, las víctimas de tráfico por abuso de alcohol y drogas o la teratogenia secundaria al uso de drogas en el embarazo. En efecto, el consumo de alcohol el de cannabis duplicó el riesgo de accidentes mortales en conductores bajo sus efectos y este fue mayor cuando se consumieron conjuntamente ambas sustancias. Los efectos de otras drogas en la seguridad vial señalan riesgos elevados con el consumo de benzodiazepinas, cocaína y anfetaminas, similares a los del alcohol (OMS, 2024).

Con los datos recogidos por la OMS y datos nacionales, se puede afirmar que la presencia de TUS tiene un impacto individual significativo sobre la salud de estos pacientes, lo que se traduce por una mayor mortalidad y una menor esperanza de vida. Los daños infligidos a terceros por contaminación y accidentes de tráfico ponen de relieve el impacto del consumo de sustancias en las familias, las comunidades y las sociedades, más allá de la salud y el bienestar individual de las personas que consumen sustancias psicoactivas. Además, existe una relación compleja, aunque incuestionable, entre los TUS y la actividad delictiva, con consecuencias devastadores (OMS, 2024).

Con las consecuencias señalados con el uso de sustancias de abuso, podríamos concluir que “no hay droga buena” y que los términos drogas “duras” y “blandas”, “legales” e “ilegales” no nos dan una idea de una peligrosidad diferencial. Sin embargo, existen intereses económicos, políticos, fiscales y sociales que parecen hacer imposible que estas “distinciones” desaparezcan.

LA ADICCIÓN ES UNA ENFERMEDAD CRÓNICA QUE DEBE Y PUEDE SER TRATADA

La catástrofe sanitaria y social que supone el abuso de sustancias es incuestionable. Sin embargo, la buena noticia es que los TUS pueden tratarse eficazmente y las tasas de recurrencia no son superiores a las de otras enfermedades crónicas, como la diabetes, el asma y la hipertensión. En ningún caso es tarea fácil.

Los objetivos del tratamiento de los TUS pasan por abandonar o reducir el consumo de drogas, aunque este no debería ser el único objetivo. La adicción va más allá del mero consumo de drogas. Los tratamientos eficaces deberían también abordar la salud general, el bienestar y la calidad de vida de las personas afectadas, a la vez que se previenen los daños futuros reduciendo los riesgos de las complicaciones y recaídas. Para conseguir estos objetivos, se debe contar con una atención médica general y sería deseable que se pudiera mejorar el deficiente arsenal medicamentoso para el tratamiento de los TUS, una asignatura pendiente que tenemos los farmacólogos. Además, es fundamental contar con el acceso a terapias conductuales y servicios de apoyo psicosociales. Con estas estrategias se puede conseguir que la persona reduzca o elimine el consumo de drogas y recupere la máxima capacidad funcional. Además, es recomendable una atención continuada para conseguir la recuperación (<http://www.samhsa.gov/treatment>).

Sin embargo, la realidad nos pone unas barreras que limitan la adopción de estas recomendaciones. La falta o inexistencia de recursos, el alto coste de la intervención para los pacientes, la falta de financiación, la precariedad de medicamentos para el tratamiento de la drogadicción, el estigma que supone para los pacientes y no menos importante, la formación deficiente y la falta de experiencia específica del personal sanitario, en muchos casos, dotados de recursos económicos insuficientes (UNODC, *World Drug Report 2025*; United Nations publication, 2025).

A pesar de las limitaciones señaladas, la AHRQ (*Agency for Healthcare Research and Quality*) ha desarrollado una guía clínica enfocada a adolescentes y adultos jóvenes, un momento crítico en el desarrollo de los TUS. En esta revisión las conclusiones más importantes son respaldar la eficacia de la entrevista motivacional, la terapia cognitivo-conductual y la terapia familiar, siendo esta la que tuvo el mayor efecto. Para los universitarios con consumo problemático de alcohol, la revisión respaldó la eficacia de las intervenciones conductuales. Para los adolescentes y adultos jóvenes con trastorno por consumo de opioides, la revisión respaldó el uso de un tratamiento prolongado con buprenorfina. Sin embargo, para cualquier otro consumo problemático o trastorno por sustancias, la revisión no encontró evidencia suficiente para respaldar el uso de farmacoterapia o de intervenciones conductuales.

La AHRQ señala que, ante la escasez prolongada y grave de especialistas en salud conductual, especialmente los capacitados para tratar niños y adolescentes, y en el estado

actual de falta de disponibilidad de tratamiento para los TUS, es una prioridad urgente investigar tratamientos que demuestren seguridad y eficacia. Debido a que la mayoría de TUS comienzan en la adolescencia y pocos adolescentes reciben tratamiento, existe una necesidad sustancial de una prevención más eficaz, así como de una detección e intervención tempranas (Rockhill et al., 2025).

Según recomienda la OMS en varios informes (OMS, 2010, 2013, 2022, 2023, 2024) las acciones eficaces de salud pública deben incluir medidas eficaces para hacer frente a las actividades de entidades comerciales que puedan tener un impacto negativo en la salud pública y proteger la implementación de políticas que escapen de las influencias indebidas de intereses comerciales. Siendo optimistas, podemos señalar que existen tratamientos efectivos e intervenciones preventivas para los TUS, aunque debemos profundizar en su neurobiología para desarrollar intervenciones preventivas y terapéuticas más efectivas que puedan llegar a una mayor proporción de personas con TUS (Volkow y Blanco, 2023).

BIBLIOGRAFÍA

1. Álamo C, López-Muñoz F, Cuenca E. Fundamentos neurobiológicos del trastorno dual: hipótesis etiopatogénicas. En: Salvanés A, Álamo C, editores. Avances en patología dual. Aspectos diagnósticos, clínicos, terapéuticos y asistenciales. Madrid: Universidad de Alcalá, Servicio de Publicaciones. 1999. p. 143-62.
2. Álamo, C., Zaragozá-Arnáez, C., Noriega-Matanza, C., & M.-Torres, L. Fentanilo: una molécula y múltiples formulaciones galénicas de trascendencia clínica en el tratamiento del dolor irruptivo oncológico. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 2017;24(4), 188-200.
3. Álamo C. La química del cerebro. Drogas y dependencias. EMSE EDAPP S.L. 2018. Depósito legal: M-989-2018. ISBN: 978-17506-46-9
4. Álamo C. Fármacos opioides. ¿en qué se diferencian? 2021. En <https://rafc.cat/wp-content/uploads/2021/06/farmacos-opioides-tratamiento-dolor-a-opiofobia-opiofilia-que-sabemos-hoy-de-ellos-Recomanacions-2020-RAFC.pdf>
5. American Heart Association (2024), <https://www.heart.org/en/health-topics/consumer-healthcare/what-is-cardiovascular-disease/illegal-drugs-and-heart-disease>
6. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders (5th ed.). Arlington, VA: American Psychiatric Publishing, 2013.

7. Ahrens J, Ford SD, Schaefer B, Reese D, Khan AR, Tibbo P, Rabin R, Cassidy CR, Palaniyappan L. Convergence of Cannabis and Psychosis on the Dopamine System. *JAMA Psychiatry*. 2025;82(6):609–617.
8. Bakulski KM, Halladay A, Hu VW, Mill J, Fallin MD. Epigenetic Research in Neuropsychiatric Disorders: the "Tissue Issue". *Curr Behav Neurosci Rep*. 2016;3(3):264-274.
9. Barr PB, Ksinan A, Su J. Using polygenic scores for identifying individuals at increased risk of substance use disorders in clinical and population samples. *Transl Psychiatry* 2020;10:196.
10. Becoña, E. La adicción "no" es una enfermedad cerebral. *Papeles del Psicólogo*, 2016; 37(2):118-125.
11. Becoña E. Brain disease or biopsychosocial model in addiction? Remembering the Vietnam Veteran Study. *Psicothema*. 2018;30(3):270-275.
12. Bidary MZ, Sahranavard M, Rezayat AA, Omranzadeh A, Hoseiny SH, Kabirian A et al. Opium as a carcinogen: a systematic reviews and meta-analysis. *E Clinical Medicine*. 2021; 33:100768.
13. Bramness JG, Heiberg IH, Høye A, Rossow I. Mortality and alcohol-related morbidity in patients with delirium tremens, alcohol withdrawal state or alcohol dependence in Norway: A register-based prospective cohort study. *Addiction*. 2023;118(12):2352-2359.
14. Chiappini S, Schifano F. What about "Pharming"? Issues Regarding the Misuse of Prescription and Over-the-Counter Drugs. *Brain Sci*. 2020;10(10):736.
15. Churchill V, Chubb CS, Popova L, Spears CA, Pigott T. The association between cannabis and depression: an updated Systematic Review and Meta-analysis. *Psychol Med*. 2025 Feb 12;55:e44.
16. Coombes, H.; Cooper, R.J. Sta_ perceptions of prescription and over-the-counter drug dependence services in England: A qualitative study. *Addict. Sci. Clin. Pract*. 2019;14, 41.
17. Coscas S, Benyamina A, Reynaud M, Karila L. Psychiatric complications of cannabis use. *Rev Prat*. 2013;63(10):1426-8.
18. Deak JD, Johnson EC. Genetics of substance use disorders: a review. *Psychol Med*. 2021;51(13):2189-2200.

19. Duvas J. Léxico profesional. La lengua de los camellos. Archiletras / Revista de Lengua y Letras 2021;10. (<https://www.archiletras.com/lexico-profesional/la-lengua-de-los-camellos/>).
20. Ekhtiari H, Sangchooli A, Carmichael O, Moeller FG, O'Donnell P, Oquendo M, Paulus MP, Pizzagalli DA, Ramey T, Schacht J, Zare-Bidoky M, Childress AR, Brady K. Neuroimaging Biomarkers in Addiction. medRxiv [Preprint]. 2024 Sep 3:2024.09.02.24312084.
21. Fiorentini A, Cantù F, Crisanti C, Cereda G, Oldani L, Brambilla P. Substance-Induced Psychoses: An Updated Literature Review. Front Psychiatry. 2021;12:694863.
22. Greener MR, Storr SJ. Conflicting theories on addiction aetiology and the strengths and limitations of substance use disorder disease modelling. Front Mol Neurosci. 2023; 16:1166852.
23. Heilig M, MacKillop J, Martinez D, Rehm J, Leggio L, Vanderschuren LJMJ. Addiction as a brain disease revised: why it still matters, and the need for consilience. Neuropsychopharmacology. 2021;46(10):1715-1723.
24. Hyatt AS, Flores MW, Johnson J, Bien-Aime D, Evins AE, Öngür D, Cook BL. Cannabis Use Among Individuals With Psychosis After State-Level Commercial Cannabis Legalization. JAMA Psychiatry. 2025 Oct 8:e252539.
25. Ihler HM. Cannabis - miracle medicine or psychosis-inducing drug? Tidsskr Nor Laegeforen. 2022;142(10).
26. Janik P, Kosticova M, Pecenak J Prof, Turcek M. Categorization of psychoactive substances into "hard drugs" and "soft drugs": a critical review of terminology used in current scientific literature. Am J Drug Alcohol Abuse. 2017;43(6):636-646).
27. Kaplan G, Xu H, Abreu K, Feng J. DNA Epigenetics in Addiction Susceptibility. Front Genet. 2022;13:806685.
28. Kolla BP, Oesterle T, Gold M, Southwick F, Rummans T. Infectious diseases occurring in the context of substance use disorders: A concise review. J Neurol Sci. 2020; 411:116719.
29. Kwako LE, Koob GF. Neuroclinical Framework for the Role of Stress in Addiction. Chronic Stress (Thousand Oaks). 2017;1:2470547017698140.
30. Lauretani, F.; Giallauria, F.; Testa, C.; Zinni, C.; Lorenzi, B.; Zucchini, I.; Salvi, M.; Napoli, R.; Maggio, M.G. Dopamine Pharmacodynamics: New Insights. Int. J. Mol. Sci. 2024, 25, 5293.

31. Leshner AI. Addiction is a brain disease, and it matters. *Science*. 1997 Oct 3;278(5335):45-7.
32. Liu, M.; Jiang, Y.; Wedow, R.; Li, Y.; Brazel, D.M.; Chen, F.; Datta, G.; Davila-Velderrain, J.; McGuire, D.; Tian, C.; et al. Association studies of up to 1.2 million individuals yield new insights into the genetic etiology of tobacco and alcohol use. *Nat. Genet*. 2019;51: 237–244.
33. López-Muñoz F, Álamo C. <https://theconversation.com/como-la-heroina-la-cocaina-y-otras-drogas-comenzaron-siendo-medicamentos-saludables-140222>.
34. Maiorov VI. The functions of dopamine in operant conditioned reflexes. *Neurosci Behav Physiol* 2019; 49:887-93.
35. Martínez-Oró, D. P., Piñeiro López, N.E. y Sáez Sánchez, S.. De los fentanilos a los nitazenos. Estudio de la amenaza de los nitazenos en España. *Episteme Social*. 2025.
36. Mas-Bagá M. Manual Didáctico para Educadores' Edit. Generalitat Valenciana. Bancaixa 1993 (Revisado 2024).
37. Monteith, S.; Glenn, T. Searching online to buy commonly prescribed psychiatric drugs. *Psychiatry Res*. 2018;260, 248–254.
38. Murnane KS, Edinoff AN, Cornett EM, Kaye AD. Updated Perspectives on the Neurobiology of Substance Use Disorders Using Neuroimaging. *Subst Abuse Rehabil*. 2023; 14:99-111.
39. OEDA 2025. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2025. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2025. 229p.
40. Pelc I, Verbanck P. De l'usage dur de drogues douces [Hard use of soft drugs]. *Bull Mem Acad R Med Belg*. 2006;161(7-9):450-7.
41. Pickard H. Is addiction a brain disease? A plea for agnosticism and heterogeneity. *Psychopharmacology*. 2022;239(4):993-1007.
42. Reynolds JR. On the therapeutical uses and toxic effects of cannabis indica. *Lancet* 1890; 135: 637–8.
43. Robinson T, Ali MU, Easterbrook B, Hall W, Jutras-Aswad D, Fischer B. Risk thresholds for the association between frequency of cannabis use and the development of psychosis: a systematic review and meta-analysis. *Psychol Med*. 2023; 53:3858–68.

44. Rockhill CM, Ramtekkar U, Becker TD, Greenhill L, Hayek M, Vasa RA, Abright AR, Diamond JM, Rodríguez LN, Walter HJ. Clinical Practice Guideline: Assessment and Treatment of Adolescents and Young Adults With Substance Use Disorders and Problematic Substance Use (Excluding Tobacco). *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry*. 2025 Aug 15: S0890-8567(25)01424-8.
45. Rodríguez González F. Del argot de la droga a la lengua coloquial», *Revista de Lexicografía*, XXVII (2021): 153-158.
46. Ross S, Peselow E. Co-occurring psychotic and addictive disorders: neurobiology and diagnosis. *Clin Neuropharmacol*. 2012;35(5):235-243.
47. SAMHSA, 2015. Substance Abuse and Mental Health Services Administration. (2015) Behavioral health treatments and services. <http://www.samhsa.gov/treatment>.
48. Semaan A, Khan MK. Neurobiology of Addiction. In: StatPearls [Internet]. 2025 (<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK597351/>).
49. Shover CL, Humphreys K (2019). Six policy lessons relevant to cannabis legalization. *Am J Drug Alcohol Abuse*. 45(6):698–706.
50. Szerman N, Lopez-Castroman J, Arias F, Morant C, Babín F, Mesías B, Basurte I, Vega P, Baca-García E. Dual diagnosis and suicide risk in a Spanish outpatient sample. *Subst Use Misuse*. 2012;47(4):383-9.
51. Tapia DC, Gómez B, Hernández C, Yañez G, Cadena JL, Villalobos R. Clasificación de las drogas. En *Adicciones en el adolescente. Prevención y atención desde un enfoque holístico*. 2016; 4:69-86. ISBN: 978-607-02-8163-1.
52. Umesh S, Nizamie SH. Genetics in psychiatry. *Indian J Hum Genet*. 2014;20(2):120-8.
53. Van Amsterdam J, Nutt D, Phillips L, van den Brink W. European rating of drug harms. *J Psychopharmacol*. (2015) 29:655–60.
54. Vandeputte MM, Stove CP. Navigating nitazenes: A pharmacological and toxicological overview of new synthetic opioids with a 2-benzylbenzimidazole core. *Neuropharmacology*. 2025;275:110470.
55. Volkow ND, Wise RA, Baler R. The dopamine motive system: implications for drug and food addiction. *Nat Rev Neurosci* 2017;18:741-52.
56. Volkow ND, Blanco C. Substance use disorders: a comprehensive update of classification, epidemiology, neurobiology, clinical aspects, treatment and prevention. *World Psychiatry*. 2023;22(2):203-229.

57. Yue H, Pena E. Addiction Psychotherapeutic Care. [Updated 2022 Nov 11]. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2025 Jan-. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK587365/>.

Límites a la libertad del consumo de drogas.

Libertad individual, autoconsumo compartido y bien jurídico protegido

JUAN CARLOS CAMPO MORENO

Doctor en Derecho y Magistrado del Tribunal Constitucional

1. INTRODUCCIÓN

La droga, en sus más diversas manifestaciones, se ha convertido en un fenómeno de nuestro tiempo que presenta una gravosa e importante incidencia en múltiples campos, de ahí que no solo interese al ámbito jurídico penal, sino que son muchas las disciplinas ocupadas ante este fenómeno, la medicina, la psicología, la educación o la asistencia social y, por supuesto, el jurídico.

Es precisamente este carácter multidisciplinar, lo que hace tan importante aportar pautas y vías que pasen por entender el problema e intentar dar una solución a una realidad desbordante y traumatizadora, que lleva ya cobradas un alto tributo en vidas humanas.

Cuando se repasan estas notas salta la noticia de que el Consejo de ministros, del martes 7 de octubre de 2025, ha aprobado el uso medicinal del cannabis solo en hospitales y prescrito por especialistas. La noticia en los medios ha tenido un fuerte impacto. Por ello me permito transcribir lo aparecido en el periódico El país, *El cannabis medicinal podrá ser formulado en hospitales y recetado por especialistas para ciertas dolencias para las cuales no sean eficaces otros fármacos. El Consejo de ministros ha aprobado este martes una regulación que, por un lado, restringe su uso al ámbito hospitalario (no podrá venderse en farmacias), pero por otro no acota unas dolencias específicas para su uso. El cannabis medicinal ha demostrado científicamente eficacia para algunas condiciones clínicas concretas, como la espasticidad asociada a la esclerosis múltiple, ciertas formas graves de epilepsia refractaria, las náuseas y vómitos derivados de la quimioterapia y el dolor crónico refractario (el que no se alía con otros medicamentos). En estos supuestos, los fármacos autorizados pueden resultar insuficientes y las fórmulas magistrales elaboradas a partir de preparados estandarizados de cannabis constituyen una alternativa con potencial valor terapéutico. El Real Decreto aprobado este martes no establece, sin embargo, un listado cerrado de indicaciones, según ha anunciado la ministra de Sanidad, Mónica García. En su lugar, determina que los usos clínicos autorizados, junto con las condiciones específicas de elaboración, dosificación y prescripción, se fijarán en las monografías que publicará en las próximas semanas la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios (AEMPS). Esto hace a la norma más flexible de lo que en principio se barajaba, ya que las*

primeras versiones incluían estrictamente su aplicación a las cuatro condiciones mencionadas. No quiere decir que en un principio se vaya a extender más allá, pero sí da la oportunidad a que se vayan ampliando las indicaciones a medida que la evidencia avanza, lo que hace más ágil este proceso. Lo que sí queda muy restringido es cómo y quién puede prescribir estos medicamentos. No podrán hacerlo los médicos de familia, sino los especialistas en las patologías concretas que se traten, “cuando existan razones clínicas documentadas para su uso”. Y su elaboración se podrá realizar únicamente en servicios de farmacia hospitalaria autorizados. Los productos deberán tener una composición definida de los dos principios activos del cannabis medicinal: THC (que tiene efectos psicoactivos) o CBD, que ya se usa en un medicamento de venta en farmacias para la epilepsia refractaria. El CBD también se vende en tiendas y está autorizado para utilización cosmética, pero frecuentemente se comercializa para un uso que va más allá de lo legalmente establecido, como la ansiedad o el sueño, para los que no está indicado. Los compuestos que contengan más de un 0,2% de THC estarán sujetos a una fiscalización adicional. En todos los casos, los laboratorios estarán obligados a garantizar la correcta fabricación y distribución, así como a documentar y auditar su cadena de suministro. Fuentes del ministerio de Sanidad informan de que la monografía que elabora la AEMPS en colaboración con expertos externos está ya muy avanzada. Una vez publicada, las compañías interesadas en elaborar preparados estandarizados de cannabis deben presentar una solicitud. La AEMPS evaluará si cumple con los criterios de calidad y, en caso afirmativo, lo autorizará y se publicará en el registro habilitado para este fin. Esos preparados estandarizados son los que podrá adquirir la unidad de farmacia de los hospitales para la elaboración de las fórmulas magistrales.

Dicho lo anterior, y por razones fácilmente entendibles, la óptica que más me interesa es aquella relacionada con la “delincuencia de la droga” e intentar contestar a la pregunta de si la sociedad española está preparada y madura para sostener el debate de una cierta despenalización, o legalización.

En el submundo de la droga se encuentran auténticos profesionales. Efectivamente, redes internacionales de distribución, ocultación, búsquedas de nuevos mercados, protección de los existentes, lavado de capitales, y siempre en la pretensión de encontrar de potenciales consumidores. Son estos sobre los que recaen las acciones punibles más claramente, y de ahí que nuestro Penal en su artículo 368 sanciona todo un conjunto, muy abierto, de conductas relacionadas con alimentar el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas. Las conductas sancionadas van desde cultivar, elaborar o traficar de cualquier modo promoviendo, favoreciendo o facilitando el consumo ilegal de dichas sustancias sancionando, del mismo modo, a aquellos que la tuvieran con los mismos fines, es decir, promover, favorecer o facilitar el consumo de las sustancias referidas.

Desde un primer momento se puso de relieve la gran diferencia que había entre todas esas conductas que llevan la droga al consumidor y este mismo. Tras no pocas reformas de nuestros textos penales llevaron a lo que Rey Huidobro expresó como la despenalización total del momento terminal del ciclo de la droga.

Cierto es que la jurisprudencia aquilató no pocas tensiones interpretativas al respecto. Por citar un ejemplo clásico me referiré a la idea de la donación. La sentencia del Tribunal Supremo, de 17 de octubre de 1990, se refería a la donación expresando que la salud pública, bien jurídico protegido por el tipo penal, sufre tanto ante la transmisión onerosa de droga, como ante la gratuita, por lo que el Tribunal Supremo, tras las reformas de 1983, en que desapareció esta expresión del texto legal, ha estimado que la donación sigue incluida entre las conductas sancionadas por el tipo penal. Llegando a darse sentencias condenatorias por la donación de un simple pitillo de hachís, pues tal entrega colmaba la figura delictiva. El Tribunal Supremo entendió que, pese a que el término donación había desaparecido en la reforma de 25 de junio de 1983, (LO 8/1983), la expresión tráfico debía y debe interpretarse en un sentido amplio, comprendido cualquier conducta de transmisión a terceras personas, de modo que la acción de poseer droga tóxica con la finalidad, de ser entregada a otro, sea a título oneroso o gratuita, es delictiva, ya que favorece o facilita el consumo ilegal, quedando excluido solamente los casos de tenencia para autoconsumo. Llegando a afirmar en sentencias posteriores que el regalo o la donación por razón de amistad es claramente un acto de promoción, difusión, o favorecimiento del consumo ilegal de tal modo que el ánimo tendencial está integrado por la intención de destino, finalidad proselitista o de facilitación a terceros de tan nocivas sustancias, insistiendo en la idea de que únicamente queda fuera de la sanción legal el supuesto, por atípico, el autoconsumo.

Un supuesto particular y ganado jurisprudencialmente es el del autoconsumo compartido que se considera atípico. El supuesto es claro, uno compra y comparte con sus “colegas”. El autoconsumo compartido es considerado atípico (es decir, no constituye delito según el tipo penal de tráfico de drogas) porque se fundamenta en la ausencia de peligro para el bien jurídico protegido: la salud pública. El consumo compartido no implica difusión ni promoción a terceros ajenos, sino que la droga se destina exclusivamente al consumo de un grupo determinado de personas que participan activamente en su adquisición y consumo conjunto. La jurisprudencia del Tribunal Supremo español ha reiterado que el autoconsumo no es típico penalmente, y por extensión lógica, tampoco el consumo compartido entre consumidores habituales o adictos. Se considera que en estos casos la conducta no representa un riesgo relevante para la colectividad, pues la sustancia no sale del reducido círculo de consumidores ciertos—que suelen aportar a un fondo común—y no se fomenta el tráfico ilegal.

Los requisitos para tal atipicidad del consumo compartido pueden cifrarse en los siguientes:

- Que los participantes sean consumidores habituales o adictos.

- Que el grupo de consumidores esté determinado.
- Que las cantidades poseídas sean idóneas para un consumo inmediato.

Volviendo a las conductas típicas es preciso señalar que como bloque de características propias, que justificarían un tratamiento separado, están los artículos 368 a 371 que regulan los delitos relacionados con el tráfico de drogas, estupefacientes y sustancias tóxicas.

Dentro de este grupo, se castigan las siguientes acciones:

- Cultivar, elaborar o traficar, o promover o facilitar de algún modo el consumo ilegal de drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas. También poseerlas con iguales fines. Si son sustancias gravemente nocivas para la salud, la pena es de prisión de 3 a 6 años y multa del tanto al triplo del valor de la droga. En los demás casos, será de prisión de 1 a 3 años y multa del tanto al duplo. Si los hechos son de escasa entidad o se estima justificado, se podrá imponer la pena inferior en grado.
- Fabricar, transportar, distribuir, comerciar o tener en su poder equipos, materiales o sustancias contempladas en la Convención de Naciones Unidas de 1988 sobre el tráfico ilícito de estupefacientes, u otros de la misma naturaleza, sabiendo que se van a utilizar en las actividades mencionadas en el apartado anterior. La pena es de prisión de 3 a 6 años y multa del tanto al triplo del valor de los géneros o efectos.

Tipos agravados de los delitos de tráfico de drogas

Para ambos supuestos contemplados como delitos de tráfico de drogas, se prevé tipos agravados:

- Para las acciones encaminadas a favorecer el consumo de drogas tóxicas, se contemplan los siguientes supuestos agravados:
 - Si concurren circunstancias como ser autoridad o funcionario, o profesional educador o de la salud, participar en actividades organizadas, realizar los hechos en establecimientos abiertos al público por sus responsables, que la víctima sea menor o vulnerable, que la cantidad sea notoria, que se aumente el peligro para la salud, que se realicen los actos en centros docentes o similares o que el culpable emplee violencia, intimidación o armas.
 - Si los autores pertenecen a una organización delictiva, o si el culpable es una persona jurídica.
 - Si se utiliza a menores o personas vulnerables para cometer el delito, si el autor es jefe o responsable de organización delictiva, o si la conducta reviste extrema gravedad.

- Para las acciones cuya finalidad sea favorecer la utilización de equipos, materiales o sustancias en las actividades destinadas al consumo de drogas:
 - Si los autores pertenecen a una organización dedicada a esos fines, y especialmente si son los jefes, administradores o encargados de dichas organizaciones.

Visto así, y con amplia perspectiva, se puede señalar que hay un mundo el del consumo, en principio atípico, pero que necesita una enorme atención, pero no desde la órbita del DERECHO PENAL.

La pregunta nuclear con la que se nos convoca es el de los límites a la libertad del consumo de drogas.

Este planteamiento, y por lo que después expresaré, me lleva a dedicar unos minutos al siempre complejo y difuso tema del bien jurídico protegido y desde ahí abordar los no menos tormentosos aspectos de los límites a la libertad.

2. EL BIEN JURÍDICO PROTEGIDO

El bien jurídico protegido en los delitos contra la salud pública, específicamente en los referidos a las drogas, es la salud pública, entendida como el derecho colectivo de la sociedad a la seguridad sanitaria y a no ver amenazada la salud de la población por la introducción, tráfico o distribución de sustancias nocivas como drogas tóxicas, estupefacientes y psicotrópicas. Es necesario resaltar que este bien jurídico tiene, como acabamos de decir, un carácter colectivo, y aspira a tutelar la salud de la sociedad en general. Por ello, la salud individual solo se ve afectada de una manera muy indirecta, como expresa Diez Ripollés, pues solo se ve constreñida en la medida en que la protección de la salud pública repercute en la protección de la salud de cada uno de los integrantes de la sociedad. Pero ha de quedar claro que los delitos relativos al tráfico de drogas no precisan de una efectiva lesión del bien jurídico de la salud pública. No estamos ante un delito de lesión, ni lesión material ni lesión ideal, son puros delitos de peligro para la salud pública, se castigan estas conductas en la medida en que son capaces de generar un riesgo de daño efectivo, material, en la salud de la sociedad.

Este bien jurídico se considera colectivo, es decir, protege la salud de la comunidad en su conjunto, más allá de los posibles daños individuales que puedan sufrir personas concretas. Por eso, estos delitos se califican como delitos de peligro abstracto: no es necesario que se produzca un daño concreto a una persona, basta con la potencial puesta en riesgo de la salud colectiva.

En resumen, la protección penal en estos delitos no se centra en la salud individual, sino en evitar que conductas como el tráfico o la elaboración ilegal de drogas generen un riesgo para la salud de la sociedad en su conjunto. Lo acabado de decir no impide que, llegado el momento de determinar la efectiva lesión del bien jurídico colectivo de la salud pública, se pueda atender a la concreta afección a la salud de personas individuales. Ello es posible en tanto en cuanto que esos individuos, dadas sus circunstancias personales y ambientales, estén en condiciones de representar adecuadamente al conjunto de la sociedad cuya salud se quiere proteger.

El bien jurídico protegido con estos delitos es la salud colectiva de una sociedad o una comunidad, como resultado de la suma de la salud individual de todos los ciudadanos que forman parte de ella. Dicho lo cual ha de volver a resaltarse que en lo que ahora nos atañe el DERECHO PENAL vive al margen del consumidor. El DERECHO PENAL solo atiende al consumidor cuando otros bienes jurídicos son lesionados o puestos en peligro, (quizás el ejemplo más claro es el de la conducción de vehículos de motor bajo la influencia de drogas tóxicas, estupefacientes o psicotrópicas que afecten a la capacidad de conducción, 379.2 Código Penal).

En este tipo de delitos es muy importante acotar el daño que se produce a la salud en sí, ya que es un matiz que puede hacer cambiar todo el proceso. A lo que queremos referirnos es que si, una vez acotado el delito, el supuesto daño que se produce no es grave, podríamos estar hablando de una sanción administrativa, sin que el procedimiento tuviera que juzgarse en la vía penal, la cual siempre es mucho más lesiva.

Esto implica que la protección penal no se centra en daños concretos a personas determinadas, sino en evitar la creación de riesgos generales que puedan afectar a la comunidad en su conjunto, como la introducción, elaboración o tráfico de sustancias que puedan perjudicar la salud de la población.

La legislación española, por ejemplo, entiende que estos delitos buscan preservar el bienestar general y la seguridad sanitaria de todos los ciudadanos, considerando el impacto acumulativo y potencial de las conductas ilícitas sobre la salud de la sociedad. Por eso, se trata de delitos de peligro abstracto: basta con que se genere un riesgo para la salud colectiva, sin que sea necesario que se materialice un daño concreto.

Como recogió la STS de 4 de febrero de 2020, ...El delito contra la salud pública ... tiene como denominador común el incidir de forma negativa sobre la colectividad, por afectar las conductas que sancionan a la salud general de sus integrantes y no de cada uno de sus miembros.

Insistiendo en esta idea nuestra jurisprudencia a la hora de determinar cuando la conducta descrita en el tipo penal debe entenderse apta para producir un daño a la salud pública, ha

indicado que la aptitud va referida a la capacidad de la conducta enjuiciada para realizar una difusión indiscriminada de la droga. Señalando que por indiscriminada se entiende una diseminación y accesibilidad de la droga entre personas determinadas. Es precisamente esta actitud, por lo que las conductas sancionadas recaen sobre la oferta de drogas y no en su demanda.

3. EL GRAN DEBATE

3.1. Nociones previas:

Ha de partirse de que el consumo de drogas es legal mientras no exista una norma que lo prohíba. Esa es la conclusión coherente con la realidad de nuestro ordenamiento jurídico, que jamás ha entendido como delito el consumo de drogas y que califica a éste como infracción administrativa sólo en un supuesto muy limitado.

Solo las conductas que faciliten consumos ilegales caen bajo la descripción fáctica normativa del 368, lo que conlleva entender el término consumo «ilegal» como un elemento del tipo, que marca las conductas a las que desde un principio limita su atención el citado artículo. Dicho de otro modo, todas las conductas de favorecimiento de consumos no calificados de ilegales resultan atípicas, sin que precisen depender de una autorización del consumo al que se dirigen, en la forma de una causa de justificación, para de modo excepcional dejar de estar abarcadas por el precepto.

Solo sería legal aquel consumo que estuviera específicamente autorizado. Para saber cuáles son hay que acudir a una vieja ley, entre alguna otra, la ley 17/1967, de 8 de abril, sobre Actualización de normas vigentes sobre estupefacientes, o al RD 2829/1977, de 6 de octubre, sobre Fabricación, distribución, prescripción y dispensación de sustancias y preparados psicotrópicos, o la ley 29/2006, de 26 de julio, de Garantías y uso racional de medicamentos y productos sanitarios, la RO 75/1990, de 19 de enero, por el que se regulan los tratamientos con opiáceos de personas dependientes de los mismos, modificado por RO 1131/1990, de 14 de septiembre y por RO 5/1996, de 15 de enero. A partir del RD mencionado, habrá una nueva regulación a tener en cuenta.

En términos penales eso significaría que la facilitación de cualquier consumo de drogas constituiría siempre un comportamiento típico, prohibido por el art. 368. A ello no sería obstáculo que ese injusto específico propio del favorecimiento de cualquier consumo pudiera ser neutralizado en los casos en que existiera una autorización administrativa para ciertos consumos, que convirtiera a estos en lícitos. Ello repercutiría inmediatamente en la licitud de las conductas de facilitación de ellos. Tal entendimiento del asunto supone asumir que las conductas que favorecen el consumo de drogas son en todo caso típicas, y solo

resultan lícitas en circunstancias excepcionales través de una causa de justificación vinculada a la autorización administrativa del consumo.

Creo que el debate social se centra en el cannabis, y muy particularmente del hachís y la marihuana que son dos sustancias derivadas de la planta de cannabis, usadas tanto de forma recreativa como medicinal, pero presentan diferencias notables en su presentación, composición y efectos.

Definición y Origen

La marihuana corresponde a las flores y, en menor medida, hojas secas de la planta cannabis, especialmente de su variedad femenina. Se consume normalmente fumada y contiene compuestos psicoactivos, especialmente THC, pero también CBD y otros cannabinoides. La marihuana puede variar según sea de la subespecie sativa (con tendencia a efectos energéticos y creativos) o indica (más relajante y sedante).

El hachís es una sustancia concentrada, elaborada a partir de la resina extraída de las flores y hojas de la planta femenina del cannabis. Se suele presentar en forma de pasta o bloque y contiene una concentración de THC considerablemente mayor, lo que produce efectos más intensos. Su elaboración es típica de regiones como Marruecos o Asia Central.

Diferencias principales:

- **Concentración de THC:** El hachís puede contener entre 50% y 90% de THC, mientras que la marihuana suele situarse entre 10% y 30%.
- **Forma de consumo:** Ambos pueden fumarse, vaporizarse o ingerirse, aunque el hachís suele ser más versátil en preparaciones.
- **Potencia y efectos:** El hachís, al ser más concentrado, proporciona efectos psicoactivos más intensos y duraderos. La marihuana tiende a un efecto más leve y manejable, adecuado para consumidores principiantes.
- **Aroma y sabor:** La marihuana tiene un aroma floral y fresco, mientras que el hachís suele ser más terroso y denso.
- **Riesgos y usos:** Ambas sustancias pueden causar efectos secundarios negativos (ansiedad, paranoia, psicosis) si se consumen en exceso o en personas vulnerables. Ambos productos requieren un consumo responsable y moderado.

Consideraciones legales y sociales

Ambas sustancias están reguladas en la mayoría de los países, aunque en algunos se permite su uso medicinal o recreativo bajo determinados sistemas de control. El debate

sobre su despenalización sigue vigente, ligado tanto a cuestiones de salud pública como a la lucha contra el narcotráfico.

En conclusión, el hachís y la marihuana comparten origen y principios activos, pero difieren en concentración de THC, presentación, intensidad de efectos y forma de uso, factores a tener en cuenta para su consumo o regulación.

3.2. ¿Es posible, en determinados supuestos, la destipificación o despenalización?

Lo primero que hemos de señalar es que es un tema complejo con muchos ángulos legales, sociales, médicos y económicos.

La despenalización del tráfico de marihuana se puede argumentar, como hemos dicho, desde enfoques jurídico dogmático, social y científico, integrando razones de proporcionalidad penal, protección de derechos individuales, impacto social y evidencia sobre riesgos objetivos de la sustancia.

Quizás sea provechoso centrar, a modo de esquema, una cierta situación para después abordar la cuestión principal.

1. Situación legal actual en España

- En España no está permitida la venta legal de cannabis recreativo.
- El consumo, como ya hemos reiterado, y la posesión para uso personal no están penados penalmente si se hacen en un espacio privado, siempre que no se produzca tráfico.
- En espacios públicos, la posesión o consumo pueden estar sujetos a sanciones administrativas según la Ley Orgánica de Seguridad Ciudadana.
- El cultivo para uso personal en espacio privado está en una zona “gris”: no es legalmente regulado, pero en algunos casos no se persigue penalmente si no excede ciertos límites, no está visible al público, etc.
- Hay propuestas políticas en marcha para despenalizar más cosas, regular clubes cannábicos, autoconsumo, etc. Por ejemplo, el grupo Sumar preguntó al Gobierno si está a favor de “despenalizar y regular” la tenencia para consumo de marihuana. Modelos como el canadiense están siendo objeto de atención.

No es descabellado centrarnos en qué puede significar la pretendida despenalización. Podríamos hablar de distintos grados o escalas: qué actividades se despenalizan: solo consumo/posesión, o también cultivo personal, transporte interno, clubs sociales, etc.

- Dónde: en espacios públicos, privados, hasta qué cantidad.

- Regulación: si se acompaña de un marco legal que controle producción, calidad, venta, tributación, etc.
- Tipo de sanciones: administrativas (multas) vs. penales (cárcel).

Despenalizar no es lo mismo que legalizar/reglamentar; puede implicar que simplemente ya no se castigue penalmente, aunque otras restricciones sigan vigentes.

De un modo muy genérico podrían darse argumentos a favor y argumentos en contra.

Argumentos a favor:

- Reduce la carga sobre el sistema judicial y carcelario al no penalizar conductas privadas de consumo.
- Permite al Estado regular el mercado, asegurando controles de calidad, reduciendo riesgos sanitarios.
- Puede debilitar el mercado negro / mafias al ofrecer alternativas legales.
- Ingresos fiscales potenciales si se regula la producción, venta, etc.
- Reducción de estigmas, protección de derechos de los consumidores.

Argumentos en contra:

- Posibles riesgos de salud pública, especialmente entre jóvenes: adicción, efectos psíquicos, etc.
- Dificultades para establecer límites claros (cuánta cantidad, dónde, qué potencia, etc.).
- Complicaciones en la regulación: producción, distribución, impuestos, control de calidad.
- Posible aumento del consumo si se normaliza demasiado.
- Conflictos legales entre distintas administraciones si no hay marco estatal claro.

Argumento jurídico dogmático

El bien jurídico protegido en los delitos de tráfico de drogas es la salud pública, concebida como un interés colectivo, pero su delimitación es difusa; penalizar toda conducta vinculada a la marihuana sobre la base de un peligro abstracto puede ser desproporcionado si la lesividad objetiva no es comparable a otras sustancias más dañinas legalizadas (como alcohol o tabaco).

La intervención penal debe ser el último recurso (principio de ultima ratio): si existen alternativas menos lesivas para la protección de la salud pública, el Derecho Penal debe ceder ante controles administrativos o sanitarios.

La despenalización podría avanzarse si se acompaña de una regulación administrativa estricta, preservando la protección a menores y a colectivos vulnerables, pero evitando una punición excesiva y estigmatizadora a adultos competentes para decidir sobre su consumo y tráfico en circuitos regulados.

Argumentos sociales

La prohibición genera un mercado negro controlado por el crimen organizado, fomenta la violencia y la inseguridad ciudadana; la despenalización permitiría regular el producto, disminuir la criminalidad asociada y transferir los beneficios económicos al Estado (vía impuestos y empleo).

La despenalización reduciría la carga en el sistema judicial y penitenciario, liberando recursos para otros delitos más graves y favoreciendo políticas de reducción de daños en vez de criminalización.

Regulando el tráfico se favorece la protección del consumidor (mayor control de calidad) y se pueden implementar políticas de prevención y educación específicas para colectivos en riesgo, en vez de criminalizar a toda la población usuaria.

Argumentos científicos

El cannabis no es una sustancia libre de riesgos, pero la evidencia científica muestra que su daño, tanto individual como social, no es superior al de otras sustancias legales como el tabaco y el alcohol; esto pone en cuestión la coherencia de su tratamiento penal.

Diversos estudios muestran que la criminalización no disminuye necesariamente el consumo, y sí produce efectos secundarios negativos, como la estigmatización y la exclusión social.

La regulación permitiría un acceso controlado, limitando la exposición a productos adulterados y facilitando investigación sobre aplicaciones medicinales y posibles riesgos reales.

En conjunto, estos enfoques sustentan que la despenalización del tráfico de marihuana puede ser una alternativa más coherente, proporcional y efectiva, tanto en términos de protección del bien jurídico penal, como de reducción de daños y costes sociales, siempre acompañada de regulaciones estrictas que eviten riesgos para colectivos vulnerables.

Termino sin una opción nítida sobre la cuestión, espero no encontrarme entre una mayoría social que sí tiene clara una de las opciones.

3

**Consumo de sustancias:
usos, costumbres e historia, con especial atención a la situación
actual en España**

RODRIGO ORAA GIL

Jefe de Servicio de Adicciones, Red Salud Mental Bizkaia. Vocal de la Junta de la
sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y las Otras
Toxicomanías

INTRODUCCIÓN

El consumo de sustancias psicoactivas y los usos sociales que lo rodean es un fenómeno complejo, en permanente evolución a lo largo de la historia. En cada época adopta formas distintas. En este texto, me propongo compartir una visión que se apoya en la experiencia clínica diaria y en el trabajo organizativo dentro de los servicios de adicciones, tratando de aportar una perspectiva que sirva para contextualizar unas reflexiones sobre la legalización del uso de sustancias en España. No se trata de realizar un repaso exhaustivo ni de presentar datos desde el punto de vista de la farmacología o el derecho —ámbitos que abordarán otros ponentes—, sino de situar el fenómeno en su contexto social y sanitario, y de identificar los retos reales a los que nos enfrentamos hoy desde la atención y la prevención.

No pretendo hacer aquí un recorrido exhaustivo ni zanjar el debate —tampoco sería posible—, sino más bien mostrar cómo el entorno social, cultural y sanitario condiciona los patrones de consumo en cada época. Además, algunos de los problemas más relevantes a menudo quedan fuera de las estadísticas oficiales o no se perciben con claridad desde la opinión pública. A lo largo del texto me apoyaré en fuentes históricas clave y en datos epidemiológicos recientes del Plan Nacional sobre Drogas, así como en los informes internacionales, aunque trataré de mantener siempre la perspectiva de quien trabaja “a pie de calle”, en la clínica y en la gestión de servicios, en contacto directo con quienes viven el consumo y sus consecuencias en primera persona.

Partiendo de esta base, la estructura que seguirá el análisis es clara y sencilla. En primer lugar, me detendré en cómo el uso de sustancias psicoactivas ha sido constante a lo largo de la historia de la humanidad, con motivaciones muy diversas: desde el contacto religioso y ritual, pasando por la búsqueda de alivio del dolor, el manejo del malestar emocional o físico, hasta el disfrute o el uso en contextos bélicos. Esta relación ancestral con las

sustancias, lejos de ser un fenómeno pasajero, sigue vigente, adaptándose a cada época y realidad social.

Seguidamente, haré un recorrido por la historia más reciente en España, para entender cómo el consumo y sus problemáticas han evolucionado junto a tradiciones propias, normativas, crisis sociales y cambios en la atención institucional y las políticas públicas, especialmente desde finales del siglo XX.

Por último, pondré el foco en la situación actual, donde el consumo, sus consecuencias y los desafíos que plantea se expresan en una multiplicidad de contextos sociales, culturales y clínicos. El objetivo es ofrecer una visión integrada y realista que permita comprender mejor el fenómeno y su complejidad.

Espero poder matizar algunas de las percepciones que existen en torno a la peligrosidad y relevancia de determinadas sustancias y prácticas. En muchas ocasiones, ciertas alarmas sociales pueden estar fundamentadas, pero otras veces responden a un alarmismo exagerado o incluso a un amarillismo mediático que centra la atención en sustancias como el fentanilo, desplazando el foco desde problemas que son más frecuentes y que causan un daño mayor a largo plazo. Además, buena parte de los consumos más problemáticos se producen en entornos de marginalidad y estigma, situaciones que dificultan su visibilidad y comprensión, puesto que escapan a los métodos convencionales de recogida de datos y evaluación epidemiológica.

Por eso, creo que esta ponencia debe ofrecer, por encima de todo, una visión equilibrada, científica y empática, capaz de situar la discusión sobre la legalización en el ámbito social, clínico y comunitario; ese espacio donde realmente se miden los efectos y se juegan la efectividad las políticas públicas. La intención es señalar con claridad tanto las limitaciones que tienen los enfoques tradicionales como el exceso de dramatización que en ocasiones se produce, para ayudar a enfocar mejor las intervenciones y los debates hacia objetivos que, desde la experiencia asistencial y la gestión de crisis, puedan ser realmente útiles y estén menos marcados por ideologías o prejuicios.

En definitiva, mi propósito es entregar a los asistentes una síntesis rigurosa y ponderada, que aporte al análisis legal y farmacológico la experiencia práctica y la mirada cercana con que trabajamos día a día en contacto con las personas y comunidades afectadas, y que permita comprender mejor cómo se origina, se transforma y se mantiene el fenómeno del consumo de sustancias en España en la actualidad.

BREVE RECORRIDO HISTÓRICO DEL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Para la elaboración de este breve recorrido histórico sobre el uso de sustancias psicoactivas, se ha tomado como base fundamental la obra de Escotado (1), que ofrece

un análisis exhaustivo y riguroso del fenómeno. Asimismo, se recomienda la consulta de trabajos complementarios como los artículos de López-Muñoz et al. (2 y 3), con perspectiva criminológica, y la monografía de Torres Hernández et al. (4), que profundiza en la historia de las adicciones en la España contemporánea. A partir de estas fuentes se desarrollan los principales aspectos aquí expuestos, incluyendo citas específicas para temas de especial interés

El consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno prácticamente inseparable de la historia de la humanidad. Desde épocas prehistóricas, las comunidades humanas han abierto un espacio de interacción con diversas plantas y sustancias que alteran la conciencia, motivadas por razones que van desde la búsqueda de experiencias religiosas y rituales hasta el alivio de dolencias físicas y emocionales, pasando por usos recreativos o incluso estrategias para afrontar contextos bélicos. No se trata simplemente de un fenómeno biológico, sino de un complejo entramado social, histórico y político que ha cambiado según las épocas, las culturas y los contextos tecnológicos. Este texto analiza las distintas etapas del consumo, poniendo especial énfasis en cómo el paso del control ritualizado y terapéutico a un consumo más masivo y recreativo ha supuesto el surgimiento de problemas sociales y sanitarios.

Consumos por primates

Siendo rigurosos, el uso de sustancias ni siquiera parece exclusivo de los humanos ya que se ha observado también en animales con dietas principalmente basadas en frutas, especialmente en primates. Un estudio reciente de la Universidad de California en Berkeley, realizado en parques nacionales de Uganda y Costa de Marfil, observó chimpancés silvestres que al comer frutas fermentadas naturales ingieren diariamente una cantidad que, ajustada al tamaño corporal, equivale a entre una y dos cervezas (5). Otro grupo de investigación de la Universidad de Exeter, trabajando en Guinea-Bissau, observó chimpancés que, además de consumir la fruta fermentada que contenía alcohol, la compartían, lo que sugiere un componente social que podría reforzar las relaciones y la cohesión dentro del grupo (6). Estos resultados apoyan la hipótesis del "mono borracho", planteada hace años por este grupo de investigadores: nuestra atracción hacia el alcohol parece tener un origen evolutivo compartido, mediante la exposición al consumo de frutas fermentadas con alcohol durante millones de años. La presencia de enzimas específicas en humanos y chimpancés para metabolizar el etanol confirma esta adaptación, y la dimensión social del consumo observada en primates aporta un matiz clave para entender el papel multifacético del alcohol en las sociedades humanas a lo largo de la historia.

Usos rituales

Las primeras evidencias arqueológicas sobre el consumo de alcohol por humanos datan del periodo neolítico, donde se identifican restos de fermentaciones alcohólicas que

acompañaron la vida social y cultural de las primeras sociedades agrícolas. El uso de estas sustancias formaba parte integral de ritos comunitarios relacionados con la fertilidad, la muerte o la conexión con lo trascendente. Estos usos ritualizados se observan en diferentes culturas universales, cada una con sus sustancias predominantes. En América Latina, por ejemplo, las culturas precolombinas empleaban plantas como el peyote, hongos alucinógenos, semillas de ololiuhqui y el cactus San Pedro para fines espirituales y terapéuticos, integrados en complejas ceremonias chamánicas. En África, algunas comunidades utilizaron plantas con efectos psicoactivos dentro de sus prácticas rituales y curativas, mientras que en Asia el consumo de opio y cannabis fue extendido en contextos terapéuticos y religiosos desde tiempos muy antiguos. En la cultura occidental, por su parte, predominó el consumo de bebidas alcohólicas, especialmente el vino, que no solo cumplía una función social y festiva, sino que también estaba profundamente asociado a ritos religiosos y simbólicos. La viticultura organizada probablemente tuvo su inicio en regiones del Levante Mediterráneo, como el Líbano, Siria o Chipre, donde el cultivo sistemático de la vid y la elaboración del vino se desarrollaron hace miles de años. El libro *The Wet and the Dry*, de Lawrence Osborne (7), es una lectura recomendada que narra de forma vívida estos orígenes culturales e históricos del vino y su impacto en estas sociedades, marcando hoy día una línea clara entre la cultura cristiana y la musulmana con implicaciones sociales, espirituales y políticas.

Fines terapéuticos

El consumo con fines terapéuticos tiene también una larga tradición que se remonta a las antiguas civilizaciones egipcia, mesopotámica, griega y romana. Estas culturas contaban con un amplio conocimiento farmacéutico basado en sustancias naturales como el opio, la mandrágora, el cannabis y diversas resinas, que constituyeron la base de los primeros medicamentos. Este uso terapéutico no estaba totalmente desligado de ceremonias religiosas y otras prácticas sanatorias que reforzaban el carácter ritual del consumo, configurando un sistema integrado donde lo medicinal, espiritual y simbólico convivían y se complementaban. Por ejemplo, en el antiguo Egipto, los remedios se empleaban en ritos donde la invocación a los dioses y las plegarias estaban presentes en el tratamiento de enfermedades. Los papiros médicos, como el Papiro Ebers, combinan fórmulas farmacológicas con encantamientos y rituales mágicos, mostrando la interrelación entre ciencia empírica y espiritualidad en la cura. En Grecia y Roma, el reconocimiento de propiedades analgésicas y sedantes del opio o la mandrágora convivía con la percepción de estas plantas como sustancias que podían alterar la conciencia, usándose en rituales y en contextos festivos o religiosos. Autores clásicos como Dioscórides documentaron ampliamente sus usos médicos, mientras que la literatura y la mitología reflejan la presencia de estas drogas en ceremonias, procesos de sanación y festejos. La frontera entre medicina y religión era difusa en las sociedades antiguas y las sustancias psicoactivas se consideraban herramientas para restablecer el equilibrio del cuerpo y el alma, y para

acercar al individuo a lo divino, siendo imprescindibles en los procesos de curación y renovación comunitaria.

Uso recreativo

El consumo recreativo de sustancias psicoactivas es un fenómeno cuya continuidad histórica es objeto de debate entre especialistas, particularmente en lo que respecta a sus orígenes en sociedades humanas tempranas. Aunque el consumo ritual y terapéutico de drogas vegetales está ampliamente documentado desde la prehistoria, el uso propiamente recreativo o de ocio parece ser una faceta que se fue desarrollando de manera gradual y diferenciada. En las sociedades cazadoras-recolectoras, es poco probable que existiera un consumo recreativo extendido debido a la limitada disponibilidad de sustancias y al fuerte anclaje ritual o medicinal de su uso. No obstante, en el neolítico, con el establecimiento del sedentarismo, la agricultura y la producción de bebidas fermentadas, comienza a haber indicios de que el consumo pudo extenderse hacia fines recreativos, favorecido por mayores cantidades y oportunidades de socialización. En este contexto, el alcohol fermentado jugó un papel central, no sólo en ritos religiosos y comunitarios, sino también en el disfrute social y lúdico, aunque siempre regulado por normas culturales estrictas. La evidencia arqueológica documenta la producción de bebidas alcohólicas en Asia, Europa y el Levante Mediterráneo desde hace más de 7.000 años, y sustancias como la adormidera, el cannabis o el peyote se usaron de manera ritual pero también con propósitos que probablemente incluían el placer y la evasión.

Durante la Edad Media, lo que destacaba en el uso recreativo, muy condicionado por normas sociales y religiosas, era el consumo de alcohol en formas como el vino y la cerveza. Estaba aceptado socialmente, pero comenzaron a aparecer medidas legales para controlar el consumo, con el objetivo de prevenir el desorden público, la violencia y la pérdida de la productividad laboral. Se dictaban edictos que prohibían la embriaguez en espacios públicos o durante las celebraciones oficiales, estableciendo sanciones que variaban desde multas hasta penas corporales. Estas regulaciones reflejaban un intento de equilibrar la tolerancia cultural con la necesidad de mantener el orden social. Además, la influencia de la Iglesia Católica reforzó la percepción moral del consumo, sancionando conductas consideradas excesivas o inmorales, lo que se tradujo en censuras y prohibiciones parciales. El control del consumo estaba en manos de autoridades religiosas y civiles que interpretaban el uso de drogas dentro de un marco de disciplina social y espiritual.

El siglo XIX supuso una verdadera revolución en el consumo de drogas. Los avances en la química permitieron aislar alcaloides potentes y descubrir nuevos compuestos como la morfina, la cocaína, la heroína o la mescalina. Estos productos, desarrollados inicialmente con fines terapéuticos, se generalizaron y comenzaron a ser consumidos recreativamente en Europa y América, especialmente en círculos de élite y artistas, y posteriormente de manera mucho más extendida. Continuó también el extendido consumo de alcohol y

tabaco. En este siglo se incrementaron los problemas asociados: la adicción empezó a ser visible, y comenzaron a establecerse normas restrictivas y leyes contra el abuso. Así, mientras los usos recreativos fueron inicialmente marginados o subordinados a las prácticas sociales y religiosas, la expansión de la producción, el comercio y la disponibilidad de sustancias psicoactivas en la sociedad industrializada propició un uso más amplio, problemático y con repercusiones sociales mayores, que las legislaciones y políticas públicas comenzaron a intentar controlar desde finales del siglo XIX y especialmente en el siglo XX. La epidemia de opiomanía del siglo XIX, notoria en Europa, Asia y América, sirvió para visibilizar los daños sociales y sanitarios que puede provocar el consumo masivo y descontrolado. En China, por ejemplo, el cultivo y consumo extendido de opio fue causa de graves crisis sociales y conflictos internacionales, condicionando una respuesta política y legal que influiría en la futura regulación internacional de drogas.

Con la llegada del siglo XX, el consumo masivo de sustancias nuevas y sintéticas, junto con procesos de urbanización e industrialización, multiplicó la diversidad y complejidad de los patrones de consumo. El desarrollo de los opiáceos sintéticos, las anfetaminas, el consumo recreativo de cocaína y la aparición de drogas como el LSD añadieron nuevas dimensiones y desafíos para la salud pública, con mayor visibilidad de problemas sociales como la adicción, la criminalidad y las repercusiones en la convivencia social.

La evolución histórica del consumo de sustancias psicoactivas evidencia que este fenómeno no se explica únicamente por factores biológicos o farmacológicos. Más allá de la química pura, el consumo está profundamente inserto en complejos entramados culturales, sociales y políticos que determinan no sólo qué se consume, sino cómo, cuándo, con qué significado y con qué efectos en la comunidad. Por eso, el análisis del consumo de sustancias requiere una mirada interdisciplinar que integre historia, antropología, sociología, farmacología y salud pública.

Históricamente, el uso de estas sustancias estuvo frecuentemente regulado por grupos selectos como sacerdotes, curanderos o elites sociales, que ejercían control sobre los fines, dosis y contextos, manteniendo el consumo dentro de límites simbólicos y funcionales aceptados. Este control social y ritual de las sustancias implicaba normas explícitas o implícitas que prevenían el abuso, aseguraban su significado sagrado o medicinal y reforzaban la cohesión grupal.

Los problemas asociados al consumo, tales como la dependencia, la marginación social o la criminalización, comenzaron a aparecer claramente cuando el consumo se democratizó y salió del control estrecho de esos grupos, entrando en la esfera de la sociedad más amplia y en situaciones menos reguladas. Además, los avances tecnológicos en la producción y pureza de las sustancias (como la destilación de alcohol o la síntesis de alcaloides) permitieron un desarrollo sin precedentes del consumo, facilitando mayores dosis, nuevas vías de administración y una expansión masiva y global de dichas sustancias.

Estos procesos históricos contribuyen a explicar por qué el consumo de drogas en la era moderna presenta problemáticas complejas y multifacéticas, que no sólo son cuestión de química o salud, sino que tienen raíces profundas en la estructura social, la economía y la política del consumo. Los enfoques actuales de salud pública y regulación deben tener en cuenta estas dimensiones para diseñar estrategias eficaces que integren prevención, tratamiento, justicia social y respeto cultural.

El uso bélico de las drogas: una historia oculta del conflicto

Además de las funciones rituales, terapéuticas o recreativas, las drogas han desempeñado un papel decisivo —aunque a menudo invisibilizado— en los escenarios bélicos a lo largo de la historia. El investigador polaco Łukasz Kamiński, en su obra *Las drogas en la guerra* (8), realiza un exhaustivo recorrido histórico que revela hasta qué punto las sustancias psicoactivas han sido empleadas como herramientas estratégicas en contextos de combate. Lejos de ser una excepción, su uso ha sido sistemático, transversal y adaptado a las necesidades específicas de cada conflicto.

Desde la Antigüedad, existen registros del uso de vino, opio, hongos alucinógenos o hachís entre guerreros y ejércitos. Estas sustancias no solo ayudaban a reducir el miedo, el cansancio o el dolor, sino que también se integraban en prácticas religiosas y culturales ligadas a la guerra. Sin embargo, es en la modernidad cuando el uso de drogas adquiere un carácter sistemático, institucional y tecnificado.

Durante la Primera Guerra Mundial, soldados de distintos frentes consumieron cocaína y morfina para soportar las condiciones extremas del frente. En la Segunda Guerra Mundial, el caso alemán es especialmente revelador: el ejército nazi distribuyó masivamente Pervitin, una forma de metanfetamina que aumentaba la resistencia, anulaba el sueño y reducía el miedo. Se trataba, como señala Kamiński, de una “guerra química desde dentro del cuerpo del soldado”. Otros ejércitos, como el británico o el estadounidense, también hicieron uso de estimulantes como la benzedrina.

El punto de inflexión llegó con la Guerra de Vietnam, que el autor describe como “el paraíso de las drogas”. Marihuana, heroína, alucinógenos y anfetaminas circularon ampliamente entre los soldados estadounidenses, con grados alarmantes de consumo y adicción. En este caso, las drogas no solo se usaron para mejorar el rendimiento, sino también como vía de escape ante el trauma, la desmoralización y el sinsentido del conflicto.

En las guerras contemporáneas, sobre todo en conflictos irregulares, guerrillas y organizaciones paramilitares, las drogas cumplen funciones múltiples: desde financiar la guerra (narcotráfico) hasta adormecer la voluntad de niños soldados o reforzar la agresividad de combatientes. El caso del Captagón, una anfetamina consumida por algunos

grupos yihadistas es paradigmático: permite mantener despiertos a los combatientes durante días y es utilizado como una forma de “dopaje ideológico”.

Kamiński subraya que el uso bélico de las drogas plantea un profundo dilema ético y político. Si bien pueden mejorar momentáneamente el rendimiento militar, sus efectos secundarios —adicción, deterioro psicológico, pérdida de humanidad— perduran mucho más allá del campo de batalla. Así, las drogas no solo alteran la fisiología del soldado, sino también la ética de la guerra misma.

Este recorrido histórico obliga a repensar las drogas no solo como sustancias marginales o desviadas, sino como herramientas moldeadas por las necesidades y lógicas del poder, incluyendo la más extrema: la guerra.

EVOLUCIÓN DEL CONSUMO Y LAS POLÍTICAS EN ESPAÑA

El siglo XIX marcó el tránsito entre la droga vista como medicamento y la emergencia del problema social de la drogadicción, configurando las bases legales y sanitarias que definirán la regulación del siglo XX.

El proceso en el que las sustancias han dejado de ser derivados de vegetales destinados a rituales para convertirse en fármacos se ha completado ya a mediados del siglo XIX, cuando en las farmacias de Europa y América, se comercializaban aproximadamente 70.000 remedios de “fórmula secreta”, la mayoría con drogas psicoactivas.

Este siglo XIX fue especialmente prolífico en el descubrimiento y síntesis de fármacos puros, muchos derivados de drogas tradicionales, destacando sustancias como morfina (1805), codeína (1832), atropina (1833), cafeína (1841), cocaína (1860), heroína (1874), mescalina (1888) y barbitúricos (1903). Y estas sustancias, que al principio se usaron de forma controlada, y con fines médicos casi de forma exclusiva, rápidamente fueron pasando a un consumo más amplio, más extendido, con controles más relajados, y sin ser conscientes de los problemas que podían derivarse de su capacidad adictiva. Resaltando sus supuestas virtudes terapéuticas y paliativas, no se prestaba atención a sus riesgos.

El alcohol y el tabaco eran las sustancias más consumidas en el entorno europeo-americano, especialmente el alcohol. En el caso de esta sustancia, a partir del reconocimiento de cuadros clínicos relacionados con consumos agudos y crónicos de alcohol, empezó a aparecer mayor conciencia de los riesgos vinculados a su uso, apareciendo ya a finales del siglo XIX e inicios del XX, expertos higienistas que lo vinculan con daños sobre el embarazo, la descendencia y hasta con la degeneración de la especie humana.

Pero en general, en un inicio no se reconocían las consecuencias adversas de los consumos, y predominaba una aceptación social de las drogas. Más que por su eficacia como tratamientos farmacológicos, desde la perspectiva de que facilitaban vivir y morir mejor. Y al no reconocerse las consecuencias adversas tampoco se habían desarrollado recursos de apoyo para quienes desarrollaban problemas. Sin embargo, esto cambiaría pronto, y a medida que se hacían evidentes el creciente número de adicciones y problemas sanitarios, se empezaron a promulgar leyes restrictivas tanto nacionales como internacionales, como la *Pure Food and Drug Act* en 1906 y la llegada del Convenio contra el Opio de La Haya en 1912, a las puertas de la I Guerra Mundial.

Alcohol y tabaco, parte de la cultura mediterránea

El alcohol tenía una presencia cultural muy importante desde el neolítico. El tabaco, en cambio, vino a Europa después de la llegada de Cristóbal Colón a América en 1492.

El alcohol primitivo se basaba en bebidas fermentadas como la cerveza (de cereales), el vino (de uva) y la sidra (de manzana), con una presencia de alcohol limitada. Durante la Edad Media, en un desarrollo tecnológico relevante, se incorporó el alambique, permitiendo la destilación para obtener bebidas con mayor graduación alcohólica como el aguardiente, y posteriormente una amplia gama de licores: coñac, ginebra, vodka, whisky, entre otros. Esta evolución permitió un incremento en la disponibilidad y consumo de alcohol más concentrado, y esto trajo problemas como la "epidemia de la ginebra", entre 1720 y 1740 en Inglaterra, llevando al gobierno a establecer medidas de control sobre el consumo debido a su masificación y los trastornos sociales asociados.

En España, el siglo XIX trajo un notable incremento en el consumo de alcohol, especialmente de bebidas destiladas, influenciado por la industrialización y los cambios sociales que esta conllevó. Tras el periodo de guerras napoleónicas se inició la industrialización, aunque de forma tardía y limitada en comparación con otros países europeos, concentrándose principalmente en zonas como Cataluña (industria textil), el País Vasco (siderurgia) y Asturias (minería). Al igual que sucedía en otras naciones industrializadas, los sectores populares trabajadores encontraron en el consumo de alcohol una estrategia de afrontamiento ante las duras condiciones laborales y sociales. Las tabernas no eran solo lugares de encuentro y esparcimiento, sino también espacios donde se reflejaban problemas sociales como la violencia doméstica, la prostitución y la pobreza. Aunque la embriaguez era frecuente, el alcoholismo no se entendía aún como una enfermedad, y las respuestas sociales predominantes eran esencialmente moralistas, sin intervenciones sanitarias significativas hasta bien entrado el siglo XIX.

El tabaco llegó a España gracias a las colonias americanas, y su industrialización comenzó con la creación de la Real Fábrica de Tabacos de Sevilla en 1620, la primera en Europa. Después se abrieron fábricas en Cádiz y más tarde en La Habana, en Cuba, además de

otros territorios americanos bajo dominio español. También se establecieron fábricas en otras ciudades españolas, formando así una red que cubría desde el cultivo del tabaco hasta su elaboración y exportación. Durante mucho tiempo, esta industria estuvo bajo control estatal como monopolio, hasta que a finales del siglo XIX su gestión pasó a manos privadas.

Al principio, el hábito de fumar en España estaba ligado a las élites y se consumía en formas como el rapé y el tabaco en pipa. El rapé, un polvo muy fino de tabaco molido que se aspiraba por la nariz, se popularizó especialmente entre la aristocracia y la nobleza europea desde el siglo XVIII. Poco a poco, este consumo elitista fue transformándose con la aparición del cigarrillo durante los siglos XIX y XX, que se masificó y popularizó. A pesar del aumento importante del consumo de tabaco, en especial en sectores populares, a diferencia del alcohol, no se tuvo una percepción clara sobre los daños para la salud hasta avanzado el siglo XX. Fue durante la primera mitad del siglo pasado cuando empezaron a conocerse los daños, publicándose a partir de 1929 las primeras evidencias científicas que relacionaban el tabaco con el cáncer, aunque las políticas públicas y las medidas asistenciales tardarían aún tiempo en desarrollarse.

El cannabis en España: de planta industrial a símbolo contracultural

Existen registros sobre la aplicación medicinal y ritual del cannabis en regiones como China, India y el mundo grecorromano desde hace miles de años. Culturas antiguas lo emplearon como analgésico, relajante o incluso como vía de conexión espiritual. Su uso no se limitaba al ámbito médico: también se integró en la vida cotidiana de diversas civilizaciones, desde los banquetes romanos hasta los textos sagrados de la India. A lo largo de los siglos, sus propiedades psicoactivas fueron exploradas, temidas o veneradas según el contexto cultural. Sin embargo, no fue hasta el siglo XIX cuando el cannabis entró en el marco de la medicina occidental de forma más sistemática, con la aparición de extractos y preparados en farmacias europeas, y su inclusión en numerosas farmacopeas.

En España, la planta del cannabis tuvo inicialmente un uso muy distinto al terapéutico: durante la segunda mitad del siglo XIX y principios del XX, se empleó sobre todo con fines industriales, especialmente en la producción de fibra textil, cuerdas, tejidos y velas. No obstante, también se reconocía su valor médico. En aquella época, en cualquier farmacia era posible acceder a diversos preparados de cannabis sin necesidad de receta: extracto graso (manteca de hachís), extracto seco (hidroalcohólico), sumidades floridas (cogollos), así como jarabes y píldoras indicadas para dolores nerviosos, insomnio o espasmos musculares. Aunque su uso médico era más discreto que en otros países europeos, no era marginal ni desconocido.

Este panorama cambió de forma progresiva durante el siglo XX, especialmente tras la incorporación de España a las convenciones internacionales que iniciaron la prohibición

global de sustancias psicoactivas. La presión prohibicionista, sumada a los discursos moralizantes del franquismo, redujo drásticamente la disponibilidad legal del cannabis. Sin embargo, el consumo no desapareció: se mantuvo en pequeños círculos, ganando visibilidad a partir de los años 60, en sintonía con los movimientos contraculturales internacionales. Fue en ese contexto cuando el cannabis empezó a adquirir un carácter simbólico, asociado a la disidencia política, la libertad individual y la exploración personal.

Durante la Transición y especialmente en los años 80, el hachís —importado principalmente desde Marruecos— se extendió de forma notable, primero en entornos alternativos, y después en capas sociales más amplias. A diferencia de otras drogas que circularon en esa época, el cannabis mantuvo un perfil percibido como menos destructivo, lo que favoreció su integración en espacios de ocio juvenil, arte y cultura urbana.

Desde los años 90, con la despenalización del consumo personal y el auge del autocultivo, el cannabis dejó de ser un tema marginal para convertirse en objeto de debate político y social. Han surgido los clubes sociales de cannabis, iniciativas comunitarias que proponen modelos alternativos a la venta ilegal, y se ha consolidado un mercado informal que convive con el vacío legal. En paralelo, crece el interés por sus usos medicinales, cada vez más respaldados por investigaciones científicas y por la presión de pacientes y profesionales de la salud.

Hoy, el cannabis es la sustancia ilegal más consumida en España, especialmente entre la población joven. Lejos de desaparecer, su presencia en la vida cotidiana plantea interrogantes sobre la eficacia del modelo prohibicionista, el papel del Estado en su regulación y la necesidad de abrir un debate honesto sobre su lugar en la sociedad contemporánea.

Cocaína

La **cocaína** se extrae de la hoja de la planta coca, originaria de los Andes, donde es cultivada tradicionalmente para uso social y ritual. La planta contiene numerosos alcaloides, siendo la cocaína el principal y más estudiado. Su uso tradicional implicaba mascar la hoja para ayudar a soportar las duras condiciones físicas: el hambre, el frío y la fatiga. Esto despertó el interés de científicos y médicos europeos en el siglo XIX, que fueron capaces de identificar y aislar la cocaína como alcaloide puro a mediados del siglo. A partir de entonces la cocaína se difundió rápidamente. Primero con fines médicos, como estimular el rendimiento físico y mental y calmar ciertas dolencias. Luego en productos comerciales, incluyendo tónicos, vinos energizantes y hasta la fórmula original de la Coca-Cola, con la expectativa hasta de promover la belleza y la vitalidad. Al igual que otras drogas, en España, la cocaína pudo adquirirse libremente en farmacias sin receta médica e incluso pedirse por correo, considerada un remedio eficaz para tratar fatiga, estrés y diversas dolencias.

A partir de las primeras décadas del siglo XX, el consumo de cocaína comenzó a asociarse con usos recreativos, pero entre 1920 y 1970 su consumo se restringió principalmente a círculos de artistas y ambientes bohemios. La droga se consideraba entonces símbolo de sofisticación y exclusividad. Sin embargo, en los años 70 la cocaína resurgió con fuerza convertida en la “droga del bienestar”, vista como alternativa a la heroína. Su consumo se vinculó a placer, glamour, lujo y estatus social, especialmente en grandes ciudades como Madrid y Barcelona. En esta época, aunque las anfetaminas habían sido inicialmente preferidas por ser más económicas, los usuarios terminaron retomando la cocaína por considerarla más satisfactoria.

El conocimiento de los riesgos asociados a la cocaína, como la adicción y daños físicos y mentales, llevó a la introducción de normativas restrictivas en España hacia finales del siglo XX. Sin embargo, esta regulación no ha impedido, como abordaremos más adelante, el arraigo cultural del consumo ni su expansión silenciosa en diversos estratos sociales.

El opio en España: del uso terapéutico a la crisis de los opiáceos

El opio, derivado del látex de la adormidera (*Papaver somniferum*), es una de las sustancias psicoactivas más antiguas empleadas por el ser humano, con evidencias arqueológicas de su uso en Asia Menor hace más de cuatro milenios. Sus propiedades analgésicas, sedantes, antitusígenas y antidiarreicas lo situaron durante siglos en el núcleo de la medicina tradicional de numerosas culturas. A partir del siglo XIX, la farmacología occidental consolidó su uso clínico mediante preparados como el láudano y, especialmente, con el aislamiento de la morfina (1805), el principal alcaloide del opio. La introducción de la jeringuilla hipodérmica, en la mitad del siglo XIX supuso un avance técnico que, sin embargo, también facilitó el desarrollo de cuadros de dependencia física, especialmente entre pacientes hospitalizados y veteranos de guerra.

En Europa, el opio y sus derivados circularon ampliamente en el circuito farmacéutico, sin grandes restricciones legales hasta bien entrado el siglo XX. España no fue una excepción: durante el siglo XIX y las primeras décadas del XX, el opio, la morfina y posteriormente la heroína —esta última sintetizada en 1874 e inicialmente promovida como sustituto no adictivo de la morfina— se dispensaban en farmacias bajo distintas formas (jarabes, píldoras, inyectables) para tratar múltiples patologías, desde dolores crónicos hasta trastornos respiratorios o digestivos. Su presencia estaba normalizada en la farmacopea y su consumo no estaba sujeto a una vigilancia específica.

Este escenario comenzó a modificarse en el marco de las primeras convenciones internacionales sobre estupefacientes en las décadas de 1910 y 1920, promulgándose en España la primera normativa que limitaba la libre venta de opiáceos, iniciando una progresiva medicalización y control administrativo de estas sustancias. Durante el franquismo las políticas de drogas se orientaron hacia un modelo prohibicionista con escasa

sensibilidad hacia el abordaje terapéutico de las adicciones. Aunque la morfina se mantuvo como fármaco hospitalario, su acceso fuera del ámbito clínico se vio restringido, lo que no impidió que numerosos pacientes con dependencia continuaran recurriendo a canales clandestinos para abastecerse, en un contexto de fuerte estigmatización.

El punto de inflexión llegó durante las décadas de 1970 y 1980, cuando la heroína irrumpió de forma masiva en el contexto sociopolítico de la Transición. Su consumo se extendió rápidamente entre sectores juveniles vulnerables, marcados por altos niveles de desempleo, desestructuración social y ausencia de políticas preventivas eficaces. El modelo de consumo pasó de lo terapéutico o marginal a una forma de uso intensivo y predominantemente inyectado, lo que generó una grave crisis sanitaria: aumento exponencial de las sobredosis, expansión del VIH/SIDA, hepatitis C, y colapso de los servicios sociales en barrios obreros y periféricos. Esta “epidemia de heroína” —visible en el espacio público y asociada a fenómenos como la exclusión, la criminalización del usuario y la delincuencia asociada al consumo— constituye uno de los episodios más críticos en la historia contemporánea de las drogas en España.

Durante los años 90 y 2000, las estrategias de intervención evolucionaron hacia modelos más integrales, incorporando programas de reducción de daños, tratamientos sustitutivos con metadona, atención multidisciplinar y un enfoque más sanitario que punitivo. Aunque el consumo de heroína ha disminuido considerablemente desde su pico histórico, las adicciones a opiáceos no han desaparecido, y se han visto parcialmente desplazadas hacia nuevos escenarios, como el uso indebido de opioides sintéticos, analgésicos prescritos y policonsumo con benzodiacepinas y alcohol.

LSD, anfetaminas y barbitúricos en España: entre la psiquiatría, la contracultura y el consumo marginal

Estas sustancias emergieron en el siglo XX, a diferencia de las drogas tradicionales, sintetizadas por la industria farmacéutica moderna.

El **LSD (dietilamida de ácido lisérgico)**, sintetizado por Albert Hofmann en 1938 a partir del cornezuelo del centeno, fue inicialmente una sustancia de interés farmacológico para la psiquiatría. Su potente efecto psicodélico fue descubierto en 1943, abriendo una etapa de exploración clínica en instituciones europeas y estadounidenses. En España, su introducción se dio en las décadas de 1950 y 1960 en contextos académicos y psiquiátricos experimentales, en un intento por estudiar la esquizofrenia o explorar sus aplicaciones en psicoterapia. No obstante, su perfil como disruptor de la percepción y la conciencia lo convirtió rápidamente en un símbolo de los movimientos contraculturales de los años 60, asociándose a experiencias psicodélicas, exploración de la conciencia y contestación social. En este periodo, su consumo recreativo creció en ciertos sectores urbanos y alternativos, lo que llevó a su inclusión en listas de sustancias prohibidas a finales de la

década. Aunque marginal, su presencia nunca ha desaparecido del todo, y en los últimos años se ha revivido el interés por los psicodélicos como terapéutica en algunos contextos.

Las **anfetaminas**, sintetizadas en 1887, comenzaron a utilizarse con fines médicos a partir de las primeras décadas del siglo XX, especialmente como broncodilatadores y estimulantes del sistema nervioso central. Durante la Segunda Guerra Mundial se extendió su uso entre soldados y trabajadores industriales para mantener la vigilia y el rendimiento, y esta práctica tuvo eco también en la España de posguerra: a lo largo de las décadas de 1940 y 1950, se comercializaron distintos preparados para combatir la fatiga, la depresión, el asma o incluso como supresores del apetito. A partir de los años 60 se inició una regulación más estricta al apreciarse su elevado potencial adictivo, y en 1968, la metanfetamina fue retirada oficialmente del mercado. A pesar de ello, las anfetaminas no desaparecieron completamente: persistieron en contextos recreativos —especialmente ligados a la cultura de clubes y el consumo nocturno—, deportivos y en colectivos específicos, como estudiantes o trabajadores en condiciones precarias. En la actualidad, su uso médico se limita a indicaciones muy concretas, como el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH), aunque existe un mercado ilegal activo que alimenta su consumo puntual en determinados entornos urbanos.

En cuanto a los **barbitúricos**, introducidos en la clínica en 1904, fueron durante varias décadas la principal familia de fármacos sedantes e hipnóticos empleados para el tratamiento del insomnio, la ansiedad, los estados epilépticos o como anestésicos en cirugía. Su uso en España fue amplio desde la década de 1920 hasta bien entrados los años 60, cuando comenzaron a documentarse con mayor claridad sus riesgos: tolerancia, dependencia, interacciones farmacológicas, intoxicaciones accidentales y alta letalidad en sobredosis. Estos efectos adversos, junto con la aparición de las benzodiacepinas en la década de 1960, llevaron a una progresiva retirada de los barbitúricos de la práctica clínica habitual. Sin embargo, no desaparecieron del todo: su uso persistió en determinados tratamientos hospitalarios y todavía hoy tienen un papel residual en contextos muy específicos. En paralelo, el acceso no regulado a estas sustancias —ya fuera por desvío del canal farmacéutico o por circulación ilegal— generó durante décadas un patrón de consumo crónico entre poblaciones vulnerables, frecuentemente vinculado a policonsumo con alcohol o anfetaminas.

Respuestas institucionales, sociales y legales al consumo de alcohol y drogas en España

Durante el último tercio del siglo XIX y los inicios del XX, España vivió una profunda transformación social derivada de la industrialización, la urbanización y los cambios en los modos de vida. En este contexto, el alcohol —especialmente el vino y los destilados— formaba parte esencial de la cultura mediterránea, de la dieta cotidiana y de la economía nacional. Su peso económico y simbólico dificultaba cualquier intento de regulación estricta.

Sin embargo, comenzó a reconocerse la existencia de un problema social y sanitario vinculado al abuso del alcohol, especialmente en entornos obreros urbanos.

Desde finales del siglo XIX surgieron voces médicas y sociales que describieron el alcoholismo como una forma de “degeneración” o enfermedad moral, con repercusiones en la salud, la familia y el orden público. Aun así, las primeras respuestas institucionales se orientaron más a la regulación y control del consumo público —a través de límites horarios, licencias para establecimientos y sanciones por embriaguez o violencia— que al desarrollo de recursos de prevención o tratamiento. El discurso predominante era moralizador, y las medidas respondían más al mantenimiento del orden social que a una preocupación sanitaria.

En paralelo, el tabaco siguió un recorrido diferente. Pasó de ser un producto de lujo a un consumo masivo durante el siglo XIX, con gran relevancia industrial y fiscal, pero sin cuestionamientos significativos sobre su impacto en la salud hasta mediados del siglo XX. En contraste, el consumo de otras drogas —como la morfina, la cocaína o el opio— se mantuvo durante décadas dentro de la medicina y las farmacias, sin regulación específica. No fue hasta la primera mitad del siglo XX, con el impulso internacional de la Convención de La Haya (1912) y los acuerdos posteriores de Ginebra y Viena, cuando España comenzó a incorporar políticas más restrictivas, inicialmente centradas en el control del comercio y la prescripción médica.

En conjunto, las respuestas institucionales, sociales y legales de esta etapa fueron tímidas y fragmentarias. Predominaban la descoordinación y el peso de los intereses económicos y culturales. Solo progresivamente, a lo largo del siglo XX, la cuestión del consumo de alcohol y drogas empezó a adquirir un enfoque más sanitario y social, acorde con la evolución internacional.

Publicidad, prevención, y asistencia

A finales del siglo XIX y comienzos del XX, la publicidad desempeñó un papel destacado en la normalización del consumo. Los anuncios de vinos digestivos, tónicos “reconstituyentes” o licores “higiénicos” eran omnipresentes, y muchos productos con alcohol o cocaína se presentaban como remedios terapéuticos. La crítica a estos mensajes fue ganando fuerza desde sectores higienistas y religiosos, que apelaban a la educación y la moral para reducir el abuso, pero sin una estrategia pública coherente.

No fue hasta la segunda mitad del siglo XX cuando la regulación publicitaria empezó a desarrollarse. La primera normativa general se promulgó en 1964, y en las décadas siguientes se introdujeron restricciones específicas en medios públicos y medidas para proteger a los menores y evitar asociaciones entre el consumo y el éxito social o deportivo.

Estas regulaciones evolucionaron hasta las directivas europeas de los años 2000, centradas en la salud pública y la responsabilidad empresarial.

Las políticas preventivas en el primer tercio del siglo XX fueron limitadas. Algunas se orientaron a mejorar las condiciones de vida de la clase trabajadora —vivienda, educación, higiene— con la esperanza de reducir el consumo abusivo, y otras a restringir horarios o licencias. Sin embargo, carecían de continuidad y coordinación.

En cuanto a la asistencia sanitaria y social, hasta mediados del siglo XX el abordaje de las adicciones era muy escaso. Se entendían principalmente como un problema de moral o de carácter, más que como una enfermedad. Los tratamientos se concentraban en manicomios, hospitales provinciales y dispensarios de higiene mental, donde las personas con adicciones compartían espacio con pacientes con otros trastornos mentales. El seguimiento posterior era prácticamente inexistente.

Durante las décadas de 1950 y 1960, el panorama comenzó a cambiar. Se fundaron instituciones clave como el Patronato Nacional de Asistencia Psiquiátrica (PANAP), la Asociación Española de Neuropsiquiatras y la Liga Española de Higiene Mental, que impulsaron programas de prevención y asistencia, así como la formación de profesionales especializados. La OMS también tuvo un papel decisivo al promover un enfoque integral y multiprofesional, reconociendo las adicciones como un problema sanitario y social de alcance global.

En España, esta modernización se tradujo en la creación de dispensarios antialcohólicos, el desarrollo de investigación epidemiológica y la introducción de equipos multiprofesionales que sentaron las bases del modelo asistencial posterior. A pesar de los avances, la coordinación entre niveles asistenciales y entre la salud mental y la atención general seguía siendo deficiente.

La crisis de la heroína y el surgimiento de las políticas públicas modernas

Entre 1972 y 1985, España atravesó un cambio radical en el panorama de las adicciones. A la elevada prevalencia del alcoholismo se sumó la expansión del consumo de heroína, cocaína, anfetaminas y cannabis. La heroína —especialmente por vía inyectada— generó una auténtica epidemia con graves consecuencias: sobredosis, propagación del VIH/SIDA y un fuerte impacto social, especialmente entre los jóvenes.

La reacción institucional fue inicialmente lenta, pero la magnitud del problema y la presión social llevaron a una movilización inédita. Se crearon asociaciones de familiares y de ayuda mutua, se impulsaron comisiones interministeriales y, finalmente, en 1985 se estableció el Plan Nacional sobre Drogas, punto de inflexión en la política española. Este plan sentó las bases de la red asistencial pública, integrando la prevención, el tratamiento y la reinserción, y coordinando la acción entre sanidad, educación, justicia y servicios sociales.

En paralelo, la legislación penal evolucionó: se revisaron el Código Penal y la Ley de Peligrosidad Social, diferenciando entre drogas “duras” y “blandas”, y se reforzaron los programas de atención y reducción de daños. A mediados de los años 80 y 90, las estrategias se diversificaron con la introducción de tratamientos de sustitución con metadona, programas de reducción de riesgos y el impulso de las comunidades terapéuticas y de entidades del tercer sector como Proyecto Hombre.

Consolidación del modelo científico y asistencial contemporáneo

Entre mediados de los años 80 y principios del siglo XXI, las adicciones se consolidaron como un campo científico y sanitario específico. La OMS promovió el concepto de dependencia, superando los modelos morales o punitivos y abriendo paso a un enfoque biopsicosocial que integraba factores genéticos, psicológicos y sociales.

Los sistemas de clasificación internacionales (DSM-III-R en 1987 y CIE-10 en 1992) incorporaron criterios más precisos para los trastornos por consumo, incluyendo la comorbilidad con otros trastornos mentales. Paralelamente, se desarrollaron tratamientos farmacológicos y psicoterapéuticos basados en la evidencia, así como programas de reducción de daños y prevención comunitaria.

En España, la red asistencial se expandió y profesionalizó, con servicios especializados en hospitales, centros de salud mental y programas comunitarios. La colaboración entre administraciones públicas, profesionales sanitarios y organizaciones sociales permitió un abordaje más integral y sostenible.

La legitimación científica de las adicciones como problema sanitario crónico y complejo representó un cambio profundo respecto a etapas previas. A partir de entonces, las políticas públicas españolas se apoyaron en tres pilares: prevención, tratamiento y reinserción, incorporando la participación comunitaria y la reducción de daños como elementos estructurales.

En poco más de un siglo, España pasó de respuestas morales y descoordinadas a un modelo moderno basado en la salud pública y los derechos sociales. El recorrido histórico muestra una clara transición: del control y la represión hacia la comprensión, la atención y la inclusión.

SITUACIÓN ACTUAL ESPAÑA

Este apartado analiza la situación actual del consumo de drogas en España desde una visión amplia que combina datos, contexto social y perspectivas clínicas.

Alcohol y tabaco

Alcohol y tabaco son las sustancias con mayor prevalencia de consumo en la población adulta española.

Según los informes más recientes del Observatorio Español para las Drogas y Adicciones (9) y la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas, Encuesta EDADES (10) 2024 del Plan Nacional sobre Drogas, el 92,9% de las personas entre 15 y 64 años ha bebido alguna vez, el 76,5% lo hizo en el último año y el 63,5% en el último mes. Un 10,5% consume alcohol a diario.

El consumo es más frecuente en hombres y alcanza su punto más alto entre los 25 y 34 años en cuanto al consumo reciente, aunque el consumo diario aumenta con la edad, siendo los mayores de 55 años quienes presentan los porcentajes más elevados.

En cuanto a los consumos de riesgo, el 14,7% de la población se ha emborrachado en los últimos 12 meses, y el 16% hace atracones, *binge drinking*, consistentes en la ingesta de grandes cantidades de alcohol en un corto período de tiempo con el objetivo principal de emborracharse rápidamente, especialmente entre los 20 y 29 años.

Entre los jóvenes de 14 a 18 años, los datos de la Encuesta ESTUDES 2023 señalan que el 56,6% ha bebido en el último mes, y cerca del 30% ha tenido episodios de consumo excesivo. El 47,4% participó en botellones durante el último año, práctica muy extendida entre los 15 y 24 años.

En cuanto al tabaco, según EDADES 2024, los datos muestran una disminución progresiva del consumo de tabaco, con diferencias por edad y sexo, y con nuevos hábitos de consumo emergentes en los sectores más jóvenes. En la población de 15 a 64 años, el 33,9% fumó en el último mes y el 25,8% lo hizo a diario, cifras que reflejan una reducción respecto a años anteriores. El consumo diario es más frecuente entre los 45 y 64 años, mientras que entre los jóvenes de 15 a 24 años menos del 20% fumó en el último mes. Por sexo, los hombres presentan una mayor prevalencia: 28,9% de consumo diario frente al 22,6% en mujeres, y 37,9% frente al 30% en cuanto al consumo en el último mes. La edad media de inicio se sitúa en 16,6 años. También se observa un aumento en el uso de cigarrillos electrónicos y vapeo, que han sido probados alguna vez por el 19% de la población, sobre todo entre los más jóvenes, aunque su uso frecuente es menor.

Estas tendencias se enmarcan en un contexto de evolución favorable en el patrón de consumo en España, con una disminución progresiva en el consumo diario de tabaco y algunos indicadores de riesgo en alcohol, especialmente entre los más jóvenes. No obstante, emergen nuevos retos derivados de los cambios en los hábitos de consumo, como el auge del uso de cigarrillos electrónicos o vapeo, que requieren una atención

específica en las políticas públicas y sistemas de vigilancia para asegurar el mantenimiento y avance en la prevención y reducción de daños (12).

Hipnosedantes

Los hipnosedantes constituyen uno de los grupos de fármacos psicoactivos más consumidos en España. En esta categoría se incluyen principalmente las benzodiacepinas - como diazepam, lorazepam, alprazolam o clonazepam - y otros medicamentos con propiedades similares, utilizados para tratar la ansiedad, el insomnio y otros trastornos.

Según el Informe EDADES del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA), el 27,4% de la población de 15 a 64 años ha consumido hipnosedantes alguna vez en su vida y el 12% lo ha hecho en el último año, cifras que sitúan a España entre los países europeos con mayor uso. Este dato ilustra la amplitud del fenómeno: se trata de sustancias legales, de prescripción médica, pero con un potencial de dependencia y abuso que las convierte en un ámbito relevante dentro de las políticas de drogas.

Patrones de consumo y diferencias de género

El consumo de hipnosedantes es notablemente más alto en mujeres, lo que refleja tanto diferencias en los diagnósticos (mayor prevalencia de ansiedad e insomnio) como factores sociales y culturales. Las mujeres reciben con más frecuencia prescripciones para manejar el estrés, los cuidados familiares o situaciones de sobrecarga emocional, y tienden a mantener los tratamientos durante más tiempo. Este uso prolongado, aunque médicamente indicado al inicio, puede derivar en dependencia, síndrome de abstinencia y dificultades para suspender el fármaco (13).

En los hombres, aunque la prevalencia es menor, los riesgos suelen concentrarse en el uso combinado con alcohol u otros depresores, lo que incrementa las probabilidades de sobredosis y accidentes. Este patrón muestra cómo los riesgos no dependen solo de la sustancia, sino también de los contextos sociales y culturales del consumo.

Nuevas modas y uso recreativo

En los últimos años se ha detectado un uso recreativo o experimental de estos fármacos, especialmente entre jóvenes y adolescentes. En redes sociales circulan vídeos o mensajes que promueven mezclas de Rivotril líquido (clonazepam) con alcohol o refrescos para lograr un efecto de sedación euforia. También se emplean jarabes con codeína o benzodiacepinas combinadas con bebidas energéticas o alcohol, en un intento de buscar sensaciones intensas o de “desconexión” (14). Estas prácticas, difundidas por internet y redes sociales, reflejan nuevas formas de socialización y consumo, más alejadas del uso médico tradicional y con un fuerte componente imitativo y cultural.

Gabapentinoides y otros fármacos en expansión

Un fenómeno emergente en España es el aumento del uso de gabapentinoides, que incluyen la gabapentina y la pregabalina. Inicialmente, estos fármacos estaban indicados para el tratamiento de epilepsia y dolor neuropático, pero cada vez se prescriben más y a veces se consumen sin control para trastornos como ansiedad, dolor crónico o fibromialgia (15).

En poblaciones migrantes, especialmente de origen norteafricano, se han observado usos específicos motivados por el alivio de síntomas psicológicos asociados a experiencias de migración y trauma, el manejo de dolor físico o emocional en condiciones laborales y sociales precarias, la percepción de estos fármacos como más seguros o menos estigmatizados que el alcohol o drogas ilegales, y su accesibilidad a través de prescripción médica o del mercado informal (16).

Este contexto conlleva una mezcla frecuente con otros depresores del sistema nervioso, como benzodiacepinas, opioides o alcohol, lo que aumenta notablemente los riesgos de intoxicación y dependencia. Por ello, es esencial una evaluación clínica culturalmente sensible y un abordaje psicosocial integral de estos casos.

El consumo de gabapentinoides en España ha aumentado significativamente en los últimos años, en gran parte debido a prescripciones fuera de indicación autorizada. Estos medicamentos no son opioides, pero generan dependencia y pueden causar eventos adversos graves, especialmente cuando se combinan con otros depresores. Su uso ha sobrepasado en algunos casos las recomendaciones clínicas, motivando alertas sanitarias y recomendaciones para estrategias de desprescripción (17).

Abordaje clínico y social

El uso extendido de hipnosedantes y otros fármacos prescritos plantea un reto para las políticas de salud y justicia. No se trata solo de una cuestión de control de la oferta, sino de comprender los contextos sociales, las presiones culturales y los estilos de vida que favorecen su uso. Muchos pacientes recurren a estos medicamentos en un intento de gestionar malestares cotidianos, estrés crónico o problemas emocionales que no siempre se abordan de forma integral en la atención sanitaria.

En definitiva, los hipnosedantes ilustran la frontera difusa entre lo terapéutico y lo adictivo, y ponen de relieve que las políticas efectivas deben ir más allá de la simple reducción de la demanda: requieren entender los usos sociales, las motivaciones y los contextos de vulnerabilidad donde estos consumos se desarrollan.

Cannabis

El cannabis sigue siendo la sustancia ilegal con mayor prevalencia en España, con un consumo concentrado en la juventud y adultos jóvenes, y con un patrón orientado principalmente al uso social y recreativo. El porcentaje de consumo se ha mantenido estable con ligeras fluctuaciones en los últimos años. En torno a un 13,5% de la población de 15 a 64 años lo ha consumido en el último año. El consumo ocasional predomina sobre el regular, la prevalencia del consumo en el último mes es alrededor del 10%.

La edad media de inicio del consumo de cannabis en España se sitúa en torno a los 16 años. Es importante destacar que esta edad de inicio es ligeramente menor que la edad media de inicio del consumo de tabaco, que se encuentra cerca de los 16,6 años.

Por sexo, el consumo de cannabis es mayor en hombres, aproximadamente un 15% a 17% ha consumido en el último año, frente a un 10% a 12% de mujeres. En jóvenes de 15 a 24 años, el consumo anual supera el 30%, siendo este grupo poblacional donde el consumo es más alto. La mayoría de los jóvenes consumidores de cannabis lo usan en contextos sociales y recreativos.

La encuesta ESTUDES 2023 indica que en estudiantes de 14 a 18 años más del 20% ha consumido cannabis en el último año, y alrededor del 10% en el último mes. El uso frecuente, varias veces al mes o más, afecta a una minoría significativa dentro de este grupo.

Existen diferencias significativas en el consumo de cannabis en distintas regiones de España. Las áreas urbanas y metropolitanas, como Madrid, Cataluña (especialmente Barcelona) y la Comunidad Valenciana, presentan prevalencias de consumo más altas, con un mayor porcentaje de jóvenes consumidores. Por ejemplo, en Madrid la edad media de inicio se sitúa alrededor de los 14,8 años, siendo una de las más bajas del país.

En cambio, en zonas rurales o en comunidades con menor densidad urbana, la prevalencia de consumo y la edad de inicio tienden a ser algo menores, reflejando diferentes patrones sociales y de acceso. Andalucía y País Vasco muestran también niveles importantes de consumo, aunque con ligeras variaciones territoriales dentro de cada comunidad.

Estas diferencias regionales resaltan la importancia de diseñar estrategias preventivas y políticas de salud pública adaptadas a las particularidades socioculturales de cada territorio para abordar eficazmente el consumo de cannabis (18).

Cocaína

España mantiene uno de los consumos históricos más altos de cocaína en Europa. Según la última Encuesta EDADES 2024, aproximadamente un 2,3% de la población española de entre 15 y 64 años ha consumido cocaína en el último año, con predominio claro en

hombres. Además, alrededor del 13,3% admite haberla probado alguna vez en la vida, cifra que la sitúa en la cabeza de Europa, superando a países como Francia, Dinamarca y Países Bajos. El porcentaje es ligeramente superior al registrado en 2022, mostrando una tendencia estable, pero con ligeros incrementos. En contraste, Portugal, que comparte frontera y rutas de tráfico con España, tiene un consumo aproximadamente diez veces menor, lo que evidencia diferencias relevantes en patrones de consumo entre ambos países.

En Madrid, Barcelona y Valencia, el consumo es especialmente elevado y se observa un patrón de uso que comienza en edades tempranas, alrededor de los 15 años. La cocaína ha pasado de asociarse a élites sociales a democratizarse, siendo consumida por personas de diversas generaciones y clases sociales. Este fenómeno viene acompañado de una normalización y trivialización del consumo en la sociedad española, lo que limita el debate público y político sobre esta problemática. Factores que explican esta elevada prevalencia incluyen la posición estratégica de España como puerta de entrada del narcotráfico procedente de Latinoamérica, la disponibilidad y bajo precio relativo de la sustancia, así como un estilo de vida mediterráneo caracterizado por la socialización y el hedonismo. La cocaína se usa para "sentirse la mejor versión de sí mismo", reduciendo el cansancio y promoviendo la euforia. A pesar del consumo masivo, el tema permanece como un tabú social y cultural, dificultando la implementación de políticas públicas eficaces. Se recomienda la lectura de un breve libro de David López Canales, que reflexiona sobre estos aspectos (19).

Opioides

Situación general y consumo de heroína

En comparación con otros países europeos, el consumo de heroína en España se mantiene en niveles bajos y estables. Según el Informe Europeo sobre Drogas 2024 y los datos del Centro Europeo de Observación de Drogas y Toxicomanías (EUDA) (20), la prevalencia de consumo en la Unión Europea ronda el 0,3% de la población adulta, lo que equivale a unas 860.000 personas en 2022.

En el caso de España, el Informe del Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) 2025 estima una prevalencia menor al 0,1% en los últimos 30 días entre la población de 15 a 64 años, y una tasa anual igualmente baja. Estas cifras contrastan con las epidemias de heroína de las décadas de 1980 y 1990, aunque conviene recordar que las encuestas de población general no siempre reflejan adecuadamente el consumo en grupos reducidos y estigmatizados, como el de consumidores problemáticos.

El perfil del consumidor de heroína ha cambiado de forma notable: es un grupo envejecido, con comorbilidades médicas, psiquiátricas y sociales complejas. Se calcula que en España

hay entre 15.000 y 20.000 consumidores problemáticos activos, de los cuales alrededor del 90% se encuentra en programas de tratamiento con agonistas opioides (principalmente metadona y buprenorfina). Las cifras de personas en tratamiento se han mantenido estables en los últimos años. Las intervenciones se centran en la reducción de daños y el abordaje integral, combinando atención médica, social y psicológica.

Aumento del uso de opioides médicos

A diferencia de la heroína, el uso de analgésicos opioides con prescripción médica ha crecido de forma sostenida en la última década. Es importante distinguir ambos fenómenos: mientras la heroína pertenece al ámbito del consumo ilícito, los opioides médicos se utilizan dentro del sistema sanitario, aunque su uso indebido puede derivar en dependencia.

Entre 2010 y 2021, el consumo de analgésicos opioides aumentó más de un 100%, con incrementos notables en fentanilo, codeína y tramadol. El aumento está vinculado al tratamiento del dolor crónico, especialmente en pacientes con patologías complejas o degenerativas. Este patrón de uso plantea un reto asistencial relevante: requiere seguimiento prolongado, evaluación del riesgo de dependencia y abordaje multidisciplinar, con intervenciones tanto farmacológicas como psicológicas.

Fentanilo y comparación con Estados Unidos

El fentanilo es un opioide sintético de altísima potencia. En Europa, las muertes por sobredosis y las incautaciones siguen siendo relativamente bajas, aunque se observa un aumento en países como Reino Unido, Irlanda, Dinamarca o Países Bajos, donde se han detectado brotes de sobredosis relacionados con nitazenos y otros adulterantes potentes mezclados con heroína o vendidos como analgésicos falsificados.

En España, esta situación no se ha reproducido con la misma magnitud. Los casos detectados son aislados y, en su mayoría, vinculados a productos farmacéuticos o a profesionales sanitarios. El mercado ilícito español sigue dominado por la heroína sin adulterar o mezclada con sustancias menos potentes, y la presencia de fentanilo en el mercado negro es prácticamente inexistente (21).

Esta diferencia se explica por varios factores: el control estricto de la prescripción médica, la vigilancia activa de la oferta ilegal y la escasa demanda de fentanilo entre consumidores, que siguen prefiriendo heroína. Además, España dispone de una red pública de tratamiento y reducción de daños sólida, que evita las dinámicas de mercado y exclusión social observadas en Estados Unidos.

Allí, la crisis del fentanilo se vio alimentada por un sistema sanitario privatizado, una regulación débil y la venta masiva de opioides prescritos sin control, generando una ola de adicciones y sobredosis sin precedentes.

Perspectivas y vigilancia

Aunque la probabilidad de una crisis de fentanilo similar a la estadounidense es actualmente baja en España, las autoridades sanitarias deben mantener la alerta y reforzar los sistemas de vigilancia. La reciente reducción de cultivos de opio en Afganistán —principal proveedor mundial de heroína— podría provocar escasez de esta droga en Europa y favorecer la aparición de sustitutos sintéticos más potentes, incluido el propio fentanilo y sus derivados. Anticiparse a este escenario requerirá una política continuada de control sanitario, cooperación internacional y estrategias de reducción de daños, que permitan prevenir una transición hacia opioides de alto riesgo (22).

Consumo de otras drogas ilícitas y emergentes: éxtasis, anfetaminas, metanfetaminas, alucinógenos, ketamina, GHB, y nuevas sustancias psicoactivas (NPS)

El consumo de éxtasis, anfetaminas y metanfetaminas en España es relativamente bajo en comparación con las drogas más prevalentes como el cannabis y la cocaína. Según el Informe EDADES 2024, menos del 1% de la población entre 15 y 64 años ha consumido éxtasis o metanfetaminas en el último mes, con una prevalencia anual también inferior al 1%. Las anfetaminas presentan cifras similares. El consumo de estas sustancias es mayoritariamente recreativo y se asocia a contextos de ocio nocturno, especialmente en zonas urbanas y en personas jóvenes.

Speed en el País Vasco: una función estimulante y accesible

El speed, que es principalmente sulfato de anfetamina, presenta un patrón de consumo muy particular en el País Vasco, donde su nivel de consumo es hasta 30 veces mayor que en el resto de España, según análisis de aguas residuales (23). Esta droga cumple una función estimulante similar a la cocaína en otras regiones, incrementando la energía y disminuyendo el cansancio, pero con un coste mucho más accesible, lo que facilita su consumo en sectores con menores recursos económicos. Mientras que en la mayoría de las zonas españolas el consumo de speed es marginal, en Euskadi es un fenómeno extendido y profundamente vinculado a patrones culturales y sociales específicos, además de contar con un importante historial de producción local. Se le ha llegado a denominar la "cocaína de los pobres" por cumplir un papel análogo en el ocio y la socialización, pero con mayor accesibilidad tanto en precio como en disponibilidad. A diferencia de la cocaína, el consumo de speed en el País Vasco está más asociado a ambientes de fiesta nocturna y a jóvenes, aunque también conlleva riesgos elevados de adicción y daños a la salud. Esta diferencia regional es un claro ejemplo de cómo las modas y factores socioculturales influyen en la elección de sustancias, condicionadas por factores económicos y estatus social.

Nuevas sustancias psicoactivas (NPS)

Las nuevas sustancias psicoactivas (NPS) forman un grupo en constante evolución de compuestos creados para reproducir los efectos de drogas conocidas, pero que escapan a la legislación vigente. Según el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) y el Sistema Europeo de Alerta Temprana, cada año surgen nuevas variantes, lo que dificulta su detección, regulación y control.

Entre 2023 y 2024 se registraron entre 40 y 47 nuevas sustancias, incluyendo cannabinoides sintéticos, catinonas y nitazenos, muchas de ellas con potencias superiores a las drogas tradicionales, lo que incrementa el riesgo de sobredosis y daños graves para la salud. Los principales países productores son China e India, que suministran tanto productos terminados como precursores químicos.

El comercio de NPS se ha trasladado en gran medida al entorno digital, utilizando mercados en la darknet, tiendas online denominadas “research chemicals” o “sales para laboratorio”, redes sociales, grupos cerrados y aplicaciones de mensajería cifrada. La oferta se mueve mediante anuncios discretos, cuentas temporales o enlaces compartidos en chats privados, usando códigos o términos inventados para evitar filtros y atraer especialmente a jóvenes o personas interesadas en nuevas experiencias. Este fenómeno evidencia lo difícil que resulta legislar y controlar estas sustancias en la actualidad.

Dentro de estas NPS, la ketamina destaca por sus efectos disociativos y psicodélicos, diferentes de otros psicodélicos clásicos. Su consumo recreativo ha sido adoptado por los psiconautas, un grupo de personas que buscan explorar la mente y los estados de conciencia mediante psicodélicos, tanto clásicos como NPS, incluyendo ketamina. Los psiconautas no solo buscan efectos recreativos, sino experiencias de autoconocimiento, crecimiento personal, exploración espiritual o fines terapéuticos, mostrando que el consumo de NPS también refleja intereses sociales más amplios que van más allá del simple uso recreativo.

La rápida aparición de nuevas moléculas, la complejidad de su regulación y la dimensión internacional del comercio digital requieren cooperación internacional, actualizaciones normativas ágiles y estrategias de prevención adaptadas. La vigilancia técnica, el análisis químico y la comunicación dirigida a grupos de riesgo son herramientas clave para abordar un fenómeno que combina innovación química, consumo juvenil, búsqueda de experiencias y desafíos legales y sanitarios (24).

Chemsex

El chemsex combina las palabras inglesas *chemicals* (drogas químicas) y *sex* (sexo), y se refiere al consumo intencionado de sustancias psicoactivas durante encuentros sexuales para intensificar el placer, prolongar la duración y aumentar la intensidad de la experiencia.

Se asocia principalmente a hombres que tienen sexo con hombres (HSH), aunque también incluye colectivos trans y otras identidades de género y orientaciones sexuales. Aunque el uso de drogas en contextos sexuales puede ocurrir en distintos grupos, el concepto de chemsex se ha desarrollado históricamente en torno a la práctica en HSH, con dinámicas, riesgos y redes de contacto particulares.

Estas prácticas suelen desarrollarse en casas privadas, clubs, saunas, fiestas o encuentros organizados mediante aplicaciones móviles y redes de geolocalización, como Grindr o Scruff. En estas plataformas no solo se coordinan encuentros, sino que también se facilita el acceso a sustancias psicoactivas, a través de anuncios discretos, mensajes privados o enlaces a tiendas online, lo que dificulta el control y contribuye a la rápida expansión del fenómeno.

Las sustancias más utilizadas incluyen metanfetamina, mefedrona, GHB/GBL, ketamina, cocaína, poppers y éxtasis (MDMA). Cada sustancia tiene efectos específicos: estimulantes para prolongar la actividad sexual, desinhibidores para favorecer la conexión social y disociativos que alteran la percepción corporal. El policonsumo es frecuente, combinando varias drogas para potenciar sus efectos.

La PrEP (profilaxis preexposición) consiste en la administración de antirretrovirales antes de la exposición al VIH, reduciendo significativamente el riesgo de infección. Su disponibilidad ha modificado la práctica del chemsex, ya que muchos participantes perciben menor riesgo frente al VIH, lo que puede facilitar encuentros más prolongados o intensos y la adopción de conductas que antes se consideraban demasiado arriesgadas. No obstante, no protege frente a otras infecciones de transmisión sexual ni frente a los riesgos derivados del consumo de sustancias.

El chemsex tiene motivaciones variadas: búsqueda de placer, desinhibición, conexión social, escape del estrés o la ansiedad, y construcción de identidad en un contexto que históricamente ha supuesto marginalización social (25).

Abordar el chemsex requiere estrategias multidisciplinares: educación sobre riesgos, promoción del consentimiento informado, reducción de daños, tratamiento de adicciones, atención a la salud sexual y soporte psicosocial. La intervención debe ser empática, basada en evidencia y derechos humanos, evitando la estigmatización o criminalización de las personas que participan en estas prácticas (26).

El chemsex refleja también la dificultad de legislar y controlar ciertos consumos en la actualidad: las prácticas están ligadas a espacios privados y digitales, a dinámicas de placer y búsqueda de experiencias, y a comunidades que exploran sus identidades y vínculos sociales de maneras que no encajan fácilmente en regulaciones tradicionales. Abordarlo

requiere una visión multidisciplinar, basada en evidencia y derechos humanos, que reconozca tanto los riesgos como las motivaciones detrás de estos consumos.

CONCLUSIONES GENERALES

El consumo de sustancias psicoactivas es un fenómeno inherente a la historia humana. Ha acompañado nuestra evolución desde los orígenes, adoptando funciones rituales, terapéuticas, recreativas y bélicas, y adaptándose a los contextos sociales, culturales y tecnológicos de cada época. Esta continuidad histórica muestra que no estamos ante un fenómeno nuevo ni aislado, sino ante una realidad profundamente arraigada en la experiencia humana, que se transforma, pero no desaparece.

Comprender esta dimensión histórica ayuda a reconocer que las sustancias no se explican solo por su química o sus efectos farmacológicos, sino por los significados y usos sociales que les damos. Así, más que pensar en la erradicación total del consumo, el desafío contemporáneo consiste en aprender a convivir con él, reduciendo los daños, minimizando los riesgos y promoviendo la salud y la convivencia.

El abordaje actual requiere una mirada multidimensional que integre tres planos interdependientes:

La **persona**, con su biografía, género, historia de traumas, contexto social y motivaciones particulares. Cada individuo interactúa con las sustancias desde una situación única, donde la vulnerabilidad psicosocial, la comorbilidad y las finalidades del consumo son determinantes.

La **sustancia**, con sus propiedades farmacológicas y con una dinámica de mercado en constante transformación, marcada por nuevas drogas, adulteraciones y policonsumos que modifican los riesgos y los patrones de uso.

El **entorno social y cultural**, que influye decisivamente en la percepción, la disponibilidad y el significado del consumo: las modas, la publicidad, las redes sociales, las leyes, las crisis económicas y los valores de cada época modulan los comportamientos individuales y colectivos.

En este marco, los problemas más graves se concentran a menudo en los márgenes sociales, donde confluyen la exclusión, el estigma y la falta de oportunidades. Ello exige una respuesta empática y basada en la evidencia, capaz de ir más allá del alarmismo o de la mera estadística para comprender la diversidad de trayectorias y realidades.

Finalmente, el debate sobre las políticas de drogas se enriquece cuando se aborda desde una visión integrada y realista, que combine la prevención, el tratamiento, la justicia social

y el respeto a la diversidad cultural e histórica. En ese contexto, el enfoque de reducción de daños puede entenderse no como una renuncia, sino como una estrategia madura y pragmática orientada a proteger la salud pública y la dignidad de las personas.

Desde una perspectiva amplia —histórica, social, científica y humana— es posible avanzar hacia respuestas más eficaces, proporcionadas y respetuosas, que contribuyan al bienestar individual y colectivo en las sociedades contemporáneas.

BIBLIOGRAFÍA

1. Escohotado A. Historia General de las Drogas. Madrid: Alianza Editorial; 2004.
2. López-Muñoz F, González E, Serrano MD, Antequera R, Alamo C. Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica (Parte I). Cuad Med Forense. 2011;17(1):21-33.
3. López-Muñoz F, González E, Serrano MD, Antequera R, Alamo C. Una visión histórica de las drogas de abuso desde la perspectiva criminológica (Parte II). Cuad Med Forense. 2011;17(2):67-75.
4. Torres Hernández MA, Santodomingo Carrasco J, Pascual Pastor F, Freixa Santfeliu F, Álvarez Vara C. Historia de las adicciones en la España contemporánea. Madrid: Plan Nacional sobre Drogas; 2009. ISBN: 978-84-612-8923-3. Dep. Legal: V-386-2009.
5. Maro A, Sandel AA, Blaire ZB, Wittig RM, Mitani JC, Dudley R. Ethanol ingestion via frugivory in wild chimpanzees. Sci Adv. 2025 Sep 19;11(38):eadw1665. doi:10.1126/sciadv.adw1665.
6. Bowland AC, Bersacola E, Ramón M, Bessa J, Melin AD, Carrigan MA, Harrison XA, Hockings KJ. Wild chimpanzees share fermented fruits. Curr Biol. 2025 Apr 22;35(8):R279-R280. doi:10.1016/j.cub.2025.02.067.
7. Osborne L. The wet and the dry: a drinker's journey. Nueva York: Vintage Digital; 2013.
8. Kamiński Ł. Las drogas en la guerra. Barcelona: Crítica; 2017.
9. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2025. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2025. 229 p.

10. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), 2024. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2025.
11. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA). Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (ESTUDES), 1994-2023. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2023.
12. Brime B, Villalbí JR. ¿Está disminuyendo el consumo de tabaco, alcohol y cannabis por los adolescentes? Adicciones. 2023;35(4):383-386.
13. Socidrogalcohol. Guía de consenso para el buen uso de benzodiazepinas: gestión de riesgos y beneficios. Valencia: Socidrogalcohol; 2019. ISBN: 978-84-949467-4-5.
14. Pirris Sosa. Me siento mejor [prod. El Gordo del Funk]. YouTube; 2019 Oct 28. Disponible en: <https://www.youtube.com/watch?v=bTqPGZXmids>.
15. Fonseca F, Lenahan W, Dart RC, et al. Non-medical use of prescription gabapentinoids (gabapentin and pregabalin) in five European countries. Front Psychiatry. 2021;12:676224.
16. Cunha C, Corvacho M, França G. "Just give me pregabalin, doctor": pregabalin use disorder in two undocumented migrants from North Africa. Discov Psychol. 2023;3:33.
17. Anderson PA, McLachlan AJ, Abdel Shaheed C, et al. Deprescribing interventions for gabapentinoids in adults: A scoping review. Br J Clin Pharmacol. 2023;89(9):2677-2690.
18. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD). Monografía sobre Cannabis 2025: Consumo y Consecuencias. Madrid: Ministerio de Sanidad, Gobierno de España; 2025.
19. López Canales D. ¿Una rayita? Por qué en España se consume tanta cocaína y no se habla de ello. Barcelona: Editorial Anagrama S.A.U.; 2023. ISBN: 9788433946799.
20. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). European Drug Report 2024: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2024. DOI: 10.2810/91693.
21. Martínez-Oró DP. Fentanilo en España. Evidencias, percepciones y realidades. Episteme Social; 2024.

22. Socidrogalcohol. Tratamiento del Trastorno por Consumo de Opioides. Necesidades No Cubiertas en España. Valencia: Socidrogalcohol; 2025.
23. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2023. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas; 2023.
24. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (EMCDDA). European Drug Report 2024: Trends and Developments. Luxembourg: Publications Office of the European Union; 2024.
25. Ministerio de Sanidad. Informe sobre Chemsex en España. Madrid: Ministerio de Sanidad; 2020. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/chemSex/docs/informeCHEMSEX20ene20.pdf>
26. Ministerio de Sanidad. CHEMSEX. Abordaje. Madrid: Ministerio de Sanidad; s.f. Disponible en: https://www.sanidad.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/chemSex/docs/CHEMSEX._ABORDAJE.pdf

Las drogas, ¿un problema de Estado?

ROSA ANA MORÁN MARTÍNEZ

Fiscal de Sala. Fiscal Jefa de la Fiscalía Especial Antidroga

1. INTRODUCCIÓN

El enfoque del problema de las drogas desde la Fiscalía Especial Antidroga, centrado preferentemente en la tarea de reducción de la oferta a través del derecho penal, difiere, obviamente, del punto de vista de la psiquiatría que atiende a los problemas de salud mental que conducen y/o derivan de la adicción. Ambas orientaciones son complementarias y, sin duda alguna, absolutamente necesarias en un abordaje actual y realista del problema de las drogas. Está plenamente aceptada la necesidad de aproximación al problema desde una perspectiva completa, holística, que integre con igual interés las labores de prevención para reducir la demanda y las tareas de represión de las actividades relacionadas con el tráfico ilícito y, por supuesto también, la más actual configuración de las diversas actuaciones dirigidas a la reducción de daños.

Cualquier reflexión sobre el problema o los problemas que generan las drogas deben atender al contexto actual de todos estos aspectos: el uso recreativo de las drogas es un problema mayor de salud pública, generador de gravísimos problemas de salud física y mental, pero su ilícito comercio es también el origen de riesgos en la seguridad pública derivados de la vinculación del mercado ilegal con la delincuencia organizada y la violencia. Todo ello, sin olvidar el perjuicio que causa a la economía legal el blanqueo de las enormes ganancias de este comercio ilegal.

Desde el punto de vista de política criminal es importante ampliar la visión de los bienes jurídicos en riesgo. Así, junto al bien jurídico directamente protegido por el delito de tráfico de drogas que es la salud pública y la innegable afectación de la seguridad pública ya mencionada, aparecen otros bienes jurídicos afectados de forma indirecta por el tráfico de drogas que deben ser tenidos en cuenta para cualquier debate; solo por mencionar algunos, las drogas están detrás de muchos casos de violencia de género y cualquier tipo de agresiones personales, son germen de abusos y explotación o de creación de situaciones esclavitud, ya que cada vez es más frecuente encontrar personas inmigrantes obligadas a trabajar en condiciones inhumanas en plantaciones de cannabis. El uso de mujeres, y también hombres vulnerables, como mulas para el transporte de drogas y también para la venta en lugares de explotación de víctimas de trata hacen converger estos delitos con cada vez más frecuencia. El medio ambiente está siendo también gravemente afectado, tanto por las actividades ligadas a la producción de drogas con efectos evidentes de

deforestación, merma de recursos hídricos y abuso de consumo eléctrico, como por el transporte; basta mencionar en España los vertidos tanto de la propia sustancia estupefaciente como de la gasolina y sus contenedores en aguas marítimas y fluviales. Incluso, hay que tener en cuenta los enormes gastos y los posibles daños que derivan de la acción del Estado en la necesaria destrucción de las sustancias.

Como fiscal y responsable de la Fiscalía Especial Antidroga, mi aportación útil en el debate se debe centrar en presentarles la situación actual del fenómeno criminal del tráfico de drogas y resumirles las principales estrategias con las que actualmente enfrentamos este problema desde la Fiscalía, contando obviamente con las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado y con Vigilancia Aduanera.

2. TRÁFICO DE DROGAS EN LA UE. HOJA DE RUTA DE LA COMISIÓN EUROPEA

La frase de “*everywhere, everyone, everything*” con que el *Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías* (EMCDDA – European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction), actual *Agencia Antidroga Europea* EUDA¹, resumía la situación en sus informes de 2022 y 2023, refleja la actual realidad de una situación alarmante y globalizada que se deriva del crecimiento del fenómeno del narcotráfico, el dominio de grandes organizaciones internacionales y las, cada vez mayores, implicaciones de la corrupción y la violencia.

El *Informe Mundial de Drogas* de 2025², publicado este año por UNODC, confirma las advertencias sobre la histórica disponibilidad de cocaína que ya realizaba Naciones Unidas en 2023 y constata que la producción mundial de cocaína ha alcanzado un récord en 2024 y se cuadruplica en una década. La producción y el consumo mundial de cocaína alcanzaron nuevos máximos, y su mercado se expande más allá de América y Europa, con un crecimiento alarmante en Asia y África.

Las cantidades de cocaína incautadas en la UE³ muestran que Europa está en el centro del tráfico de drogas y del consumo de cocaína. Pero, además, los europeos no solo somos consumidores, sino que parte de la cocaína se fabrica o cocina en la UE. Por otro lado, es importante no olvidar que la UE es una de las principales regiones creadoras y productoras de todo tipo de drogas sintéticas con Países Bajos a la cabeza y, por si fuera poco, Europa

¹ La Agencia Europa sobre las drogas empezó a funcionar el 2 de julio de 2024 sustituyendo al observatorio en su sitio web se encuentran los informes actuales de la agencia y los anteriores del observatorio. www.euda.europa.eu

² <https://www.unodc.org/unodc/en/data-and-analysis/world-drug-report-2025.html>

³ https://www.euda.europa.eu/index_en

es una gran productora de cannabis, con el lamentable y vergonzoso liderazgo español en la producción y exportación por todo el territorio europeo.

Efectivamente, el tráfico de drogas es uno de los delitos más comúnmente cometido en Europa y cada vez más de imposible desvinculación con la delincuencia organizada. Conforme al *Informe SOCTA -Evaluación de la Amenaza de la delincuencia Grave y Organizada-* publicado por Europol en 2025, el tráfico de drogas sigue siendo una de las principales actividades del crimen organizado en Europa y la amenaza que representan las redes de narcotraficantes ha aumentado y parece que seguirá haciéndolo: *“Utilizando herramientas como la corrupción, la violencia y el blanqueo de dinero, las redes de narcotraficantes desestabilizan la sociedad y socavan la economía legal y la confianza en las instituciones”*.

La Comisión Europea ha reaccionado con preocupación y también con decisión al incremento de la delincuencia organizada vinculada al narcotráfico y a su mayor violencia presentando en octubre de 2023 una hoja de ruta⁴ que comienza afirmado literalmente que: *“El comercio de drogas orquestado por la delincuencia organizada es una de las amenazas para la seguridad más graves a las que se enfrenta Europa en la actualidad, y la situación está empeorando”*. La Comisión advierte de la histórica entrada de cocaína en la UE, citando como mayor incautación precisamente de 9,5 toneladas incautadas en 2023 en Algeciras, e informa también del crecimiento de la producción de drogas sintéticas. La evolución ha seguido a peor y en 2024 también en Algeciras se han incautado más de 13 toneladas en una sola operación.

La Comisión expresa su inquietud por esta realidad en la que las redes delictivas recurren a la violencia extrema, la corrupción y la intimidación por lo que, ante la magnitud de la amenaza, propone una acción firme y sostenible a escala mundial y de la UE y plantea en esa hoja de ruta 15 acciones en cuatro ámbitos prioritarios: reforzar la resiliencia de los centros logísticos con una Alianza Europea de Puertos, dismantelar las redes delictivas, incrementar los esfuerzos de prevención y reforzar la cooperación con los socios internacionales.

Gran parte de estas acciones están dirigidas a prestar una atención especial a los puertos, lo que se ha plasmado en la creación de la *Alianza Europea de Puertos*⁵ de la que ya forman parte 34 de los 1200 puertos europeos y que, sin duda, coincide con la preocupación de España, con grandes puertos utilizados para la entrada de droga (Valencia, Barcelona, Algeciras, Vigo, etc.) que requieren de mayor y mejor control y nuevas estrategias.

⁴ <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=CELEX:52023DC0641>

⁵ European Ports Alliance Public Private Partnership (europa.eu)

De entre el resto de las acciones de este plan destacamos la llamada a la mejora de la cooperación internacional y la creación de una nueva red de fiscales contra el narcotráfico y la delincuencia organizada, EJOEN (European Judicial Organized Crime Network), creada efectivamente en el año 2025, y en la que tengo el honor de representar a España, con el objeto de intercambiar experiencias, compartir datos y proponer diseño de estrategias para mejorar las investigaciones transnacionales.

3. EL TRÁFICO DE DROGAS EN ESPAÑA

Coincide la situación que muestra ese mapa europeo con la realidad que enfrenta España, donde la delincuencia organizada sigue estando principalmente vinculada a tráfico ilícito, de forma que el tráfico de drogas es una amenaza criminal cierta y con un alto potencial para desestabilizar nuestra sociedad. La última *Estrategia Nacional contra el Crimen Organizado y la Delincuencia Grave*⁶ indica una prevalencia de actividades criminales relativas a los tráfico ilícitos, especialmente de cocaína y cannábicos, y confirma que el narcotráfico como actividad principal o asociada a otras, representa en España la mayor amenaza proveniente del entorno del crimen organizado y la delincuencia grave.

Pues bien, analizando los procedimientos judiciales incoados en nuestro país en 2024, lo que podría parecer en los últimos años una amenaza silenciosa para la sociedad va mostrando efectivamente más potencial de daño, utilizando más violencia y una potente y peligrosa capacidad de corrupción que se ha revelado real y que conduce a un deterioro de la seguridad y una merma la confianza en las instituciones públicas.

España es en las últimas estadísticas europeas el tercer país en cantidad de entrada de cocaína (tras Bélgica y Países Bajos) y es el primero en Europa en entrada de hachís desde Marruecos y, tristemente como decíamos, el primer productor de cannabis cuyo vigoroso y productivo cultivo sigue incrementándose, tanto en grandes extensiones aprovechando zonas despobladas como en cultivos *indoor* cada vez más frecuentes.

Respecto a otras sustancias, el *Informe del Centro de Inteligencia contra el terrorismo y el Crimen Organizado del Ministerio de Interior (CITCO) en 2024* recoge que han aumentado también las incautaciones de heroína, en contraposición con las comunicaciones recibida de Organismos internacionales que informan sobre la disminución del cultivo de opio. En todo caso, en España la disponibilidad de esta droga en el mercado ilícito no ha disminuido en los últimos años, experimentando en 2024 el mayor aumento de los últimos cinco años.

Las cifras sobre las cantidades incautadas de drogas sintéticas sufren también un ascenso generalizado notable, tanto de las de consumo más común (por ejemplo, anfetaminas y

⁶ BOE 29 de julio 2025

MDMA), como de otras que se incautaban en círculos más cerrados, como la metanfetamina, que este año ha experimentado un crecimiento casi exponencial en su formato de polvo/roca y se ha duplicado en su formato de pastilla.

4. EL PARTICULAR PROBLEMA DEL CANNABIS

El cannabis es una sustancia estupefaciente sometida a fiscalización internacional, incluida tanto la planta como su resina, extractos y tinturas en la *Lista I de la Convención Única de 1961 sobre estupefacientes de Naciones Unidas*, en cuyo artículo 1 se define el cannabis como “*Las sumidades, floridas o con fruto de la planta del cannabis (a excepción de las semillas y hojas no unidas a las sumidades) de las cuales no se ha extraído la resina cualquiera que sea el nombre con que las designe*” (En 2020, tras la decisión 63/17 de la Comisión de Estupefacciones, se eliminó de la lista IV).

La facilidad de producción de cannabis atrae a nuestro país a organizaciones de delincuentes nacionales y extranjeros, como se observa en la realidad de los procedimientos judiciales incoados por tráfico de cánnabis, muchos de ellos cometidos a través de grandes organizaciones extranjeras que crean opacos complejos empresariales para la explotación de una sustancia económicamente muy rentable y que además goza cada vez mas de cierta aceptación social.

Es importante en este análisis advertir que la idea que relaciona la gravedad de la organización criminal con el mayor o menor daño que causa la sustancia con la que trafica es completamente falsa. Sin embargo, en el imaginario general tienden a considerarse más peligrosas las organizaciones que se dedican al tráfico de cocaína que las que trafican con hachís o marihuana; no es así, la realidad nos muestra cada vez mayor violencia de los clanes y organizaciones dedicados a la producción y tráfico de cannabis, lo que se muestra con el crecimiento en la intervención de cantidades alarmantes de armas de fuego en las operaciones con incautación de cannabis. Alertamos en la Fiscalía en las últimas memorias de la instalación de organizaciones extranjeras dedicadas a este cultivo y tráfico (holandeses, lituanos, ucranianos, chinos y especialmente albaneses) que encuentran en nuestro país la base de operaciones de sus organizaciones criminales. Penas más benignas y el menor disvalor en la consideración de la sociedad animan a las organizaciones a dedicarse al cultivo y tráfico de marihuana.

Las investigaciones por estas actuaciones, sin embargo, no dejan de ser muy complicadas y precisamente por la extensión, confusión y banalización de su comercio. Se dan por ejemplo diligencias judiciales por ventas de cogollos en cantidades y formatos de todo tipo, muchos de ellos con embalajes recreativos simulando golosinas por todo el territorio nacional incluso en máquinas de auto venta. Las actuaciones policiales y procedimientos

judiciales en estos casos son muy complejos y de difícil gestión ya que tenemos ejemplos de incautación de cogollos vendidos por ejemplo en gasolineras, con más de 250 establecimientos inspeccionados en 31 provincias, con la intervención de toneladas de cogollos, más de 100 plantas de marihuana y en la que figuran más 150 personas como investigadas.

Por otro lado, nos preocupa extraordinariamente un hecho del que alerta del *Informe Mundial sobre drogas de 2022*, que constata el aumento de las concentraciones de THC que alcanzan un 50% en la hierba de cánnabis y casi se ha triplicado en la resina, lo que agrava los daños para la salud del consumidor. Reseña este informe que, frente a una realidad donde alrededor de un tercio de las personas que recurren a los servicios de tratamiento relacionados con la droga lo hacen por consumir cánnabis, los intereses comerciales publicitan lo contrario otorgando beneficios de todo tipo a la sustancia, atrayendo a jóvenes consumidores que terminan sufriendo graves daños en su salud. En marzo de 2023, la *Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes*, JIFE (INCB por sus siglas en inglés), publicó su informe anual en el que expresa su preocupación por el negativo impacto de la tendencia a la legalización del consumo recreativo, afirmando que la experiencia muestra que legalización conduce a un mayor consumo y a la minimización de la percepción del riesgo alertando sobre la enorme extensión y difusión de esta sustancia.

Las aprehensiones en España confirman estas mismas tendencias y muestran cultivos mayores, más organizados, con mayores concentraciones de THC y de los que se obtiene por tanto un mayor rendimiento. En los últimos años se han encontrado porcentajes superiores al 20% de THC en la planta de cánnabis, aumentos del 50% y hasta del 92% de aumento en el hachís, fruto de una cada vez más fácil manipulación genética y que debería generar la consiguiente alarma dado el notorio potencial nocivo de esta sustancia. Sin embargo, en España se observa esta confusión que denuncia la JIFE y una enorme y creciente banalización de su consumo, que se extiende especialmente entre jóvenes que no son conscientes de los efectos nocivos mientras que desde la Fiscalía hemos llegado a plantear si, en casos de elevadas concentraciones, cabría comenzar un estudio para reconsiderar la clasificación del cánnabis y valorar si las altas concentraciones de THC deberían dar lugar a la consideración de esta sustancia como de las que causan grave daño a la salud.

5. LA AFECTACIÓN DE LA ECONOMÍA. EL BLANQUEO DE LAS GANANCIAS

El punto de vista del negocio que está detrás de cualquier entramado dedicado al tráfico de drogas no puede quedar fuera de esta nota informativa porque si para el adicto la droga es un problema de salud, para la sociedad el tráfico de drogas conlleva una amenaza seria

para la economía legal. Así, el *Informe Europeo sobre Mercados de Droga* presentado a principios de 2024 conjuntamente por EUROPOL y el *Observatorio Europeo de Drogas y Adicciones* (EMCDDA) realiza un análisis estratégico con un enfoque integral que sitúa al tráfico de drogas como fuente principal de ganancias de un mercado criminal que se expande globalmente a través de redes internacionales sólidas, basadas en la interconexión y la facilidad de las comunicaciones, la digitalización y la especialización para lograr minimizar riesgos y maximizar ganancias.

Las ganancias se introducen de múltiples formas en la economía lícita. Según la *Oficina de las Naciones Unidas contra la Droga y el Delito* (ONUDD), cada año se blanquea entre el 2% y el 5% del PIB mundial. Esto se traduce en la asombrosa cantidad de entre 715.000 y 1,87 billones de euros cada año, gran parte de ellos procedente de los beneficios del narcotráfico.

Si el fin primordial perseguido por las organizaciones criminales dedicadas al narcotráfico no es otro que su enriquecimiento, el blanqueo de capitales es la verdadera columna vertebral que sostiene al narcotráfico, cuyos autores centran toda su atención en la obtención, pero también en la ocultación del máximo beneficio económico. En consecuencia, la recuperación de activos y la lucha económica contra el narcotráfico se erige como una de las herramientas más eficaces al servicio del Estado para el combate contra los principales protagonistas en el mercado del tráfico internacional de droga.

Este planteamiento aparece ya consagrado en diversos instrumentos nacidos en el seno de las Naciones Unidas, como el *Convenio contra el tráfico ilícito de estupefacientes y sustancias psicotrópicas de 1988*, y del Consejo de Europa, como los *Convenios relativo al blanqueo, seguimiento, embargo y decomiso de los productos del delito, hecho en Estrasburgo en 1990*, y el más reciente *Convenio relativo al blanqueo, seguimiento, embargo y comiso de los productos del delito y a la financiación del terrorismo, hecho en Varsovia el 16 de mayo de 2005* y, por supuesto, en el seno de la Unión Europea, a través de diversas Decisiones Marco aprobadas en relación con el blanqueo. En la última de ellas, la 6ª Directiva Antiblanqueo de mayo de 2024, se afirma que “los Estados miembros siguen siendo los más indicados para detectar, evaluar, comprender y decidir cómo atenuar los riesgos de blanqueo de capitales y financiación del terrorismo que les afectan directamente. Por consiguiente, cada Estado miembro debe adoptar las medidas adecuadas para detectar, evaluar y comprender adecuadamente los riesgos de blanqueo de capitales y financiación del terrorismo que le conciernen, así como los riesgos de no aplicación y elusión de sanciones financieras específicas, y definir una estrategia nacional coherente para adoptar medidas con el fin de atenuar dichos riesgos”.

Siguiendo la misma orientación, la *Acción 6 de la hoja de ruta de la UE para la lucha contra el tráfico de drogas y la delincuencia organizada* se centra en facilitar las investigaciones financieras y prioriza el enfoque basado en “seguir el dinero”, afirmando

que, en las Conclusiones del Consejo sobre la mejora de las investigaciones financieras para luchar contra la delincuencia grave y organizada, los Estados miembros se comprometieron a mejorar las investigaciones financieras como parte crucial de la lucha contra la delincuencia organizada.

Siendo cierto que la regla en relación con el tráfico de drogas es realizar investigaciones financieras paralelas, es importante que estas investigaciones sean realmente efectivas lo que exige no solo conocimientos especializados sino contar con medios e instrumentos tecnológicos que faciliten el rastreo.

La consecuencia de una buena estrategia en la lucha contra el blanqueo y en la recuperación de activos es el incremento de los bienes decomisados y el aumento del *Fondo de Bienes Decomisados*⁷ que se utilizaran posteriormente en beneficio de acciones dirigidas a enfrentar el problema de la droga, tanto en los aspectos de reducción de la demanda como en la disminución de la oferta. Un uso público dirigido a enfrentar para el futuro el problema que dio lugar a su obtención. España es pionera y ejemplo de un efectivo uso social de bienes incautados que es, sin duda, una de las mejores estrategias en las políticas contra la droga.

En esta dimensión económica del delito de tráfico de drogas no podemos dejar de, al menos, mencionar la inmensa capacidad de corrupción que tiene el narcotráfico y que afecta, no solo a funcionarios públicos, sino a trabajadores privados, especialmente aquellos de nudos de transporte esenciales para la actividad comercial como los puertos o los aeropuertos, entre muchos otros que puedan proporcionar información de interés o cobertura para todo tipo de actividades ilícitas. Sin ayuda de personas, funcionarios o no, en los puertos o aeropuertos la entrada de cocaína en Europa no sería tan fácil. El trabajo de vigilancia y control de las actividades en estos centros de transporte es vital para evitar esta cooperación interna y la creación de alianzas público-privadas una necesidad que muestra que el enfrentamiento a este problema es una responsabilidad compartida.

6. ESTRATEGIAS EN ESPAÑA

En España la responsabilidad en materia de tráfico de drogas está actualmente dividida en varios Ministerios y órganos y, aunque parezca sorprendente, no existe una buena y

⁷ El Fondo de Bienes Decomisados, regulado por la Ley 17/2003, de 29 de mayo, está integrado por los bienes, efectos e instrumentos decomisados por sentencia firme en procesos por narcotráfico y otros delitos relacionados. Estos fondos se dedican a apoyar las actuaciones de prevención, investigación, persecución y represión estos delitos, prevención de toxicomanías, asistencia e inserción social y laboral de drogodependientes y cooperación internacional en la materia.

frecuente comunicación, lo que se refleja en la realidad de que este momento no existe ningún órgano o instancia conjunta de coordinación. El reconocido enfoque holístico se ha desvanecido en la práctica a través planes y estrategias unilaterales que a veces no se comparten ni se ejecutan conjuntamente.

Por un lado, el Plan Nacional sobre Drogas (PNSD), situado actualmente en el Ministerio de Sanidad, se centra en los aspectos de análisis de las adicciones, prevención, tratamiento y rehabilitación del adicto, extendiendo sus funciones a otras adicciones a sustancias legales o al juego, incluso los riesgos del abuso que conduce a la adicción del uso de redes sociales. También el PNSD es el destinatario y gestor del *Fondo de Bienes Decomisados* que posteriormente se asignan a los distintos beneficiarios para su uso en las distintas necesidades relacionadas con el problema de las drogas.

Mientras, los aspectos de control de la oferta parecen situarse prioritariamente en las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado con un estrategia diseñada y ejecutada exclusivamente desde el Ministerio del Interior, pero también en la Agencia Tributaria a través de las responsabilidades que competen a la Dirección General de Aduanas y al cuerpo de Vigilancia Aduanera.

Sin embargo, la actividad de reducción de la oferta no termina con los aspectos de seguridad; es un error conformarse con el éxito de incautaciones y detenciones sin tener en cuenta que es necesaria tanto la desarticulación del entramado criminal y la condena de los culpables, como la recuperación de las ganancias para que estas acciones tengan un resultado real y efectivo. En este punto, la Administración de Justicia y la Fiscalía Especial Antidroga juegan un papel central.

Lo cierto es que el problema o los problemas que para el Estado generan la producción, la manipulación, el transporte, la venta y el consumo de drogas requieren un análisis coordinado, continuado y multidisciplinar que se corresponde con la complejidad de este fenómeno.

Por eso, estos últimos años desde la Fiscalía estamos proponiendo la recuperación de un espacio interministerial e interinstitucional de encuentro y debate sobre los problemas derivados del tráfico de drogas del que pudieran derivar algunas acciones, espacios de coordinación que sí existieron en otras etapas. En este momento, el único espacio común en el que nos reunimos todas aquellas instituciones con responsabilidad en alguno de los aspectos de lucha contra el tráfico de drogas es la Comisión para el seguimiento del “Acuerdo Marco de 3 de octubre de 2012 de colaboración entre el CGPJ, el Ministerio de Justicia, el Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, el Ministerio del Interior y la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios por el que se establece el protocolo a seguir en la aprehensión, análisis, custodia y destrucción de drogas” (CAMD), que tiene un objeto y una función muy limitada dirigida a afrontar un problema extra para el

Estado: el almacenamiento, la custodia y la destrucción de estas sustancias es un proceso complicado y que genera un gasto muy elevado para el Estado.

Que no exista ningún foro o comisión de lucha contra el narcotráfico de reunión periódica o, al menos, de convocatoria puntual en momentos de crisis transmite la idea de que probablemente el narcotráfico ha caído sino en el olvido, al menos en la resignación de las autoridades ante un fracaso que parece aceptado. Contrasta la realidad del tratamiento de otros fenómenos criminales de atención más reciente, como la violencia de género, la trata o los delitos de odio que es, en este momento, integrador y para los que se han creado foros o instancias nacionales multidisciplinarias de debate con el objeto de tener un abordaje integral que en relación con la droga curiosamente ha desaparecido y que considero que procedería recuperar para dar lugar a integrar las distintas estrategias nacionales parciales que superen lo que en muchos casos han sido planes regionales limitados y fallidos, por estar centrados solo en el incremento de las actuaciones de las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado.

Para la Fiscalía Especial Antidroga un encuentro como este, que cuenta con la información y experiencia de los expertos en salud mental, de los psiquiatras y de otros expertos en la materia reunidos con magistrados y fiscales, suple de alguna forma y en relación con los informes relativos a la salud mental la falta de este deseable centro de coordinación que nos permitiría abordar de forma periódica o puntual, según las necesidades, de un enfoque holístico al que me refería que efectivamente se mantiene en España de forma integral pero poco integrada.

Repercusiones clínicas del consumo mantenido de sustancias en adultos

CARLOS RONCERO ALONSO

Profesor Titular de Psiquiatría. Universidad de Salamanca

Presidente Sociedad Española de Patología Dual

DROGAS Y ADICCIÓN

Las drogas son sustancias activas sobre el sistema nervioso central, que modifican o alteran el comportamiento. Su consumo regular puede generar una adicción, que es un trastorno complejo que implica una interacción entre factores biológicos, psicológicos y sociales. Las neurociencias conceptualizan la adicción a sustancias como una enfermedad cerebral con tendencia a la cronicidad y a las recaídas (Volkow et al, 2017, 2019; Roncero et al, 2019).

Desde una perspectiva clínica, la adicción se define como un patrón de comportamiento desadaptativo caracterizado por el uso compulsivo de sustancias o la realización de actividades a pesar de sus consecuencias negativas. Estas actividades pueden incluir acciones ilícitas o contrarias a la organización legal y social. El fenómeno de la adicción ha sido abordado por los principales sistemas de clasificación diagnóstica: el DSM-5-TR (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) de la American Psychiatric Association (APA) y la CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades) de la Organización Mundial de la Salud (OMS/WHO).

Según el DSM-5-TR, los trastornos por uso de sustancias se diagnostican cuando se cumplen al menos dos de once criterios durante un período de 12 meses. La gravedad del trastorno se clasifica en leve (2-3 síntomas), moderado (4-5) y grave (6 o más). Los criterios diagnósticos se pueden agrupar en cuatro categorías o grupos:

1. Control deficiente (como el consumo en mayores cantidades o durante más tiempo del previsto).
2. Problemas sociales (como el abandono de responsabilidades o conflictos interpersonales).
3. Uso de riesgo (como el consumo en situaciones peligrosas).
4. Criterios farmacológicos (como la tolerancia y el síndrome de abstinencia).

El manual de la OMS/WHO (CIE-11) introduce una clasificación más detallada de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias, diferenciando entre episodios de uso nocivo, patrones nocivos y dependencia. La dependencia se caracteriza por un deseo

intenso de consumir la sustancia, dificultad para controlar el consumo, síntomas de abstinencia, tolerancia, y abandono de otras actividades. Además, la CIE-11 incluye trastornos inducidos por sustancias como el delirium, trastornos psicóticos, del estado de ánimo y de ansiedad, entre otros. La adicción es un trastorno multidimensional que requiere una evaluación rigurosa basada en criterios diagnósticos estandarizados como los del DSM-5-TR (APA, 2019) y la CIE-11 (WHO, 2022). Sin embargo, durante muchos años, y quizás aún en algunos ámbitos sociales e incluso clínicos, se han planteado las adicciones como una conducta propia de personas viciosas y especialmente hedonistas o que no sabían manejar los estímulos ambientales adecuadamente y que no eran capaces de autocontrolarse por lo que realizaban conductas compulsivas y repetitivas por el “puro placer” (Roncero et al, 2025).

Es evidente que el consumo de sustancias y las adicciones comportamentales en algunas ocasiones proceden placer, entendido como activación del circuito de refuerzo (Ambrosio et al, 2016), especialmente en las etapas tempranas del desarrollo de la enfermedad. Sin embargo, la visión del puro hedonismo ha sido superada ampliamente, ya que afortunadamente el progreso de las neurociencias incluyendo las nuevas técnicas de neuroimagen funcional, neurofisiología, genéticas y epigenéticas (Arcos-Burgos et al, 2019; Francis et al, 2025, Nestler, 2025; Pineda-Cireda et al, 2018; Roncero et al, 2021) y el análisis de la conducta han ayuda a consolidar la idea de que las adicciones son enfermedades de base cerebral, con un importante componente epigenético y con tendencia a la cronicidad, si no se interviene adecuadamente.

Las bases neurobiológicas de la adicción y las disfunciones del sistema de refuerzo fisiológico cada vez están mejor establecidas y en muchos casos se comparten con otros trastornos mentales (Nestler 2025, Volkow et al, 2019). Ya hace años que se conoce que el refuerzo tiene una base neurobiología en la liberación de dopamina en el circuito meso corticolímbico (Ambrosio et al, 2016). El conocimiento de las bases cerebrales no debe hacernos olvidar que los factores personales y psicosociales son muy importantes tanto en el proceso de mantenimiento de la adicción como en la facilidad o dificultad para la rehabilitación y reinserción.

La patología dual, definida como la coexistencia en un mismo individuo de una adicción y otro trastorno mental tan frecuente en los pacientes con adicciones ha supuesto incorporar una visión integradora de las adicciones con el resto de los trastornos mentales y es un campo sujeto a permanente investigación (Roncero et al, 2016; Szerman et al, 2013, 2022). Es una situación clínica conocida desde hace décadas (Regier et al, 1990; Kessler et al, 2006; Roncero et al 2016) ampliamente descrita que no debe ser vista simplemente como la suma de dos trastornos, sino como una interacción compleja que requiere un abordaje específico, ya que los pacientes con patología dual presentan mayores tasas de hospitalización, peor evolución clínica y mayor riesgo de recaídas. Diversos estudios han

demostrado que la patología dual puede superar el 50-70% de los pacientes en contextos clínicos (Arias et al, 2013a, 2013b, 2026; 2017; Roncero, 2025), sin incluir la adicción al tabaco.

Los avances en neurociencias y genética han evidenciado la relación estrecha entre conductas adictivas y los otros trastornos mentales, lo que ha permitido una mejor comprensión de la patología dual (Arcos-Burgos et al, 2019; Nestler et al, 2025; Pineda-Cireda et al, 2018). Desde una perspectiva neurobiológica, se ha propuesto que la patología dual puede estar relacionada con vulnerabilidades genéticas y alteraciones en los sistemas de recompensa y estrés (Ambrosio et al 2016, Nestler, 2025). Estas alteraciones predisponen a los individuos a desarrollar tanto los otros trastornos mentales como conductas adictivas o a modular su gravedad (Ambrosio et al 2016; Francis et al, 2025). La teoría de la automedicación ha sido utilizada para explicar por qué algunos pacientes con trastornos mentales recurren al consumo de sustancias como forma de aliviar sus síntomas (Khanzian et al, 1985). Independientemente del origen o explicación de la presencia de adicción o patología dual, en muchos casos, no se debe olvidar que el paciente es consciente de la trascendencia legal y social de sus actos.

REPERCUSIONES CLÍNICAS DEL CONSUMO DE SUSTANCIAS

El consumo regular de drogas tiene consecuencias clínicas que afectan no solo al individuo, sino también a su entorno familiar y social. El consumo puede generar múltiples problemas tanto médicos como psiquiátricos (Koo et al, 2025; Masters et al, 2025; Roncero et al, 2009, 2016):

- Sistema cardiovascular, drogas como la cocaína y las anfetaminas elevan la presión arterial y la frecuencia cardíaca, lo que puede desencadenar enfermedades cardíacas, embolias y accidentes cerebrovasculares.
- Sistema respiratorio también se ve comprometido, especialmente con el consumo de sustancias inhaladas como el tabaco y la marihuana, que pueden causar bronquitis crónica, enfisema y cáncer pulmonar.
- Sistema infeccioso: el consumo de sustancias puede asociarse a mayor riesgo de infectarse y de la transmisión de enfermedades infecciosas. Compartir agujas puede facilitar el contagio de VIH, hepatitis B y C, así como infecciones bacterianas como endocarditis y celulitis. Estas complicaciones no solo afectan al consumidor, sino que también representan un riesgo para la salud pública
- El sistema nervioso central es uno de los más afectados: drogas como los inhalantes y las metanfetaminas, pueden destruir células nerviosas, provocando deterioro

cognitivo, pérdida de memoria, alteraciones en la atención y problemas de coordinación.

El consumo de drogas altera el equilibrio neuroquímico del cerebro, afectando neurotransmisores como la dopamina y la serotonina, lo que puede generar trastornos del estado de ánimo, ansiedad, depresión e incluso psicosis y se asocia a múltiples riesgos psicosociales (Tabla 1). La presencia de los distintos trastornos, su frecuencia e intensidad varía en función de la sustancia o combinación de sustancias, de la situación de intoxicación, de abstinencia o en el puro contexto de consumo regular.

Tabla 1: Riesgos asociados al consumo regular de sustancias

Psicopatología	Otros riesgos
Trastornos psicóticos	Aumento de la impulsividad
Trastornos depresivos	Riesgo suicida
Trastornos de ansiedad	Mala calidad de vida
Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)	Accidentes de tráfico
Alteraciones del sueño	Conductas violentas (Aumento) Delitos

Se ha descrito que existe una relación bidireccional entre el consumo de drogas y los otros trastornos psiquiátricos (Roncero et al, 2025). Por un lado, personas con trastornos como ansiedad o depresión, TDAH... pueden recurrir a las drogas como forma de automedicación, lo que facilita el desarrollo de la adicción (Khanztian et al, 1985). Por otro, el uso prolongado de sustancias puede desencadenar o intensificar trastornos mentales preexistentes e incrementar el riesgo de presentar otros problemas, como son los accidentes, especialmente en la conducción de vehículos y la comisión de delitos (Svendsen et al, 2025).

CONSUMO DE SUSTANCIAS Y SÍNTOMAS PSICÓTICOS

Una de las situaciones clínicas más frecuentes asociadas al consumo de drogas es la presencia de síntomas o trastornos psicóticos (Bramness et al, 2024). Los síntomas psicóticos incluyendo alteraciones sensorceptivas, (alucinaciones) como alteraciones del curso o contenido del pensamiento (desde referencialidad hasta ideas delirantes bien

estructuradas) suponen siempre alteración una relevante para el paciente. Incluso cuando el paciente contemple que la presencia de estos síntomas tiene una relación directa con el consumo o la abstinencia de sustancias su existencia se ha asociado a alteraciones conductuales que pueden desembocar en episodios de violencia (Lagerberg et al, 2025) problemas legales, detenciones (Roncero et al, 2014). En algunos casos el trastorno psicótico puede independizarse del consumo o ser el comienzo de una psicosis crónica (Bramness et al, 2024).

La presencia de síntomas o trastornos psicóticos depende del tipo de sustancia o sustancias que la persona consume. El consumo de metanfetamina, sustancia estimulante, ha sido muy frecuentemente asociado con su presencia, siendo en ocasiones complejo distinguirlo de la propia esquizofrenia (Cohen-Laroque et al, 2024). Otras sustancias estimulantes como la cocaína también producen síntomas psicóticos en situación de consumo mantenido (Roncero et al, 2012, 2014). En contraposición las sustancias depresoras como son los opiáceos suelen presentarlos en situación de procesos abstinencia (Casado-Espada et al, 2019; Lozano-López et al, 2021), el alcohol podría producirlos en procesos de abstinencia, aunque incluso hay casos de presencia durante el consumo mantenido (Skryabin et al 2023). El cannabis, que tiene un perfil depresor del SNC, produciría los síntomas psicóticos fundamentalmente en situación de consumo (Pearson et al, 2019), que en ocasiones facilitan o son el preludio de una esquizofrenia (Ortiz-Medina et al, 2018). Sin embargo, la realidad clínica es más compleja, ya que habitualmente se consume simultáneamente varias sustancias y por diversas vías.

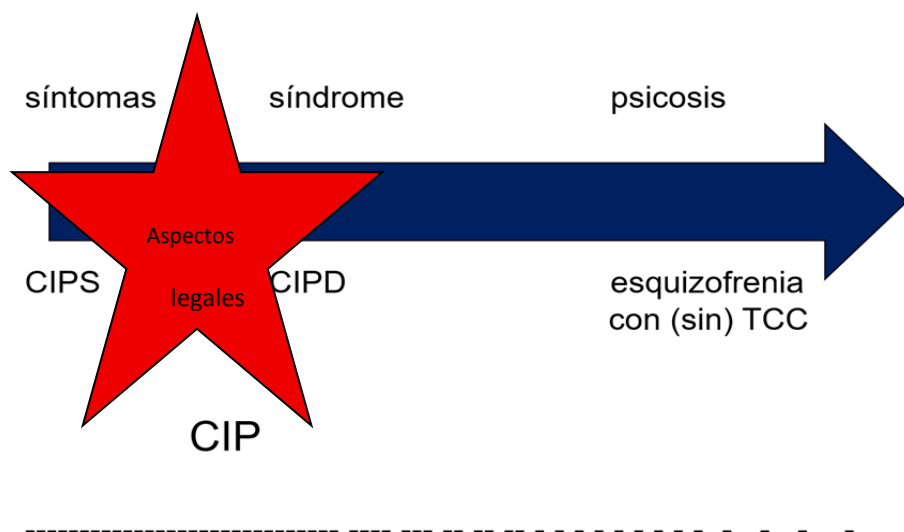
Cocaína y síntomas psicóticos

El consumo de cocaína puede inducir una amplia gama de síntomas psicóticos incluyendo paranoia, alucinaciones auditivas, delirios de persecución, ansiedad intensa, que se presentan hasta en el 70-80% de los casos (Roncero et al, 2012, 2014, 2015, 2017b, 2019, 2025) o incluso más (Vorspan et al, 2012). Estos síntomas pueden presentarse tanto durante la intoxicación como en los periodos de consumo regular, que pueden persistir incluso después de la abstinencia (Roncero et al, 2013, 2014b).

La realidad clínica sobre la presencia de síntomas psicóticos en consumidores de cocaína es compleja ya existiría un continuum desde la simple presencia de síntomas psicóticos aislados, un síndrome psicótico inicialmente sin conciencia de realidad (en el que el paciente asocia los síntomas al consumo de estimulantes y es capaz de criticarlos y relativizarlos total o parcialmente), hasta episodios o momentos con conciencia de realidad (el auténtico trastorno psicótico inducido por sustancias). Incluso en los casos extremos se puede presentar una esquizofrenia, que se independiza del consumo de cocaína.

La situación del paciente puede variar en cada momento del consumo o de las situaciones asociadas, como son el consumo de psicofármacos (Roncero et al 2017). La presencia de

síntomas psicóticos se asocia a claramente a alteraciones conductuales y detenciones. Sin embargo, en contra de lo que pudiera parecer el riesgo de tener problemas legales es mayor cuando el paciente presenta solo síntomas y no el síndrome completo (Roncero et al, 2014), posiblemente porque cuando existe un síndrome completo la desconexión de la realidad y las alteraciones conductuales y cognitivas son tan evidentes que los pacientes son referidos al sistema sanitario y no al judicial (Figura 1). El ejemplo de la clínica psicótica asociada al consumo de cocaína sirve para ilustrar las dificultades en la relación entre la psicopatología y el consumo de drogas.



CIP: Cocaine Induced Psychosis

CIPS: Cocaine Induced Psychotic Symptoms

CIPD: Cocaine Induced Psychotic Disorder

TCC: Trastorno por consumo de Cocaína

Adaptado de Roncero 2025b

CONSUMO DE SUSTANCIAS: LEGALIZACIÓN Y COMERCIALIZACIÓN

Las drogas (sustancias) no son ni buenas ni malas depende cómo, quién y para qué se utilizan. Existen sustancias, incluso algunas que se consumen con fines recreativos, como

son los psicodélicos, que son utilizadas o están siendo investigadas en el tratamiento de trastornos psiquiátricos (Breeksema et al, 2020), incluyendo las adicciones (van der Meer et al, 2023). También alguno de los cannabinoides como es el cannabidiol es utilizado para el tratamiento de enfermedades médicas (Navarro et al, 2025) o psiquiátricas (Manzoni et al, 2025), incluyendo la propia adicción (Shafie et al, 2025) e incluso la propia heroína ha sido estudiada en el tratamiento de la adicción (Colom et al, 2012).

En el sentido opuesto no se debe obviar las consecuencias psicopatológicas del consumo mantenido de sustancias se asocia frecuentemente a la aparición de alteraciones transitorias o auténticos trastornos mentales (Bramness et al, 2024; Lagerberg et al, 2025; Roncero et al, 2014), ni el riesgo de morbilidad asociado al consumo (Alho et al, 2020) o a la presencia de pensamientos e intentos suicidas (Rodríguez-Cintas et al, 2018).

Por lo tanto, se debe diferenciar claramente el posible uso médico de algunas sustancias y los procesos de consumo puramente recreacional. En ocasiones bajo el primer epígrafe realmente se está planteando la liberalización o la regulación del consumo recreacional.

Sin olvidar los usos de las drogas desde la perspectiva de los programas de reducción del riesgo y daño, cuyo objetivo es minimizar o paliar las consecuencias psicomédicas del consumo (Martínez-Luna et al, 2018), cuando se contemple el uso médico de las drogas se deben incluirlos los parámetros y procedimientos que se utilizan en el desarrollo y comercialización de los fármacos habituales, de eficacia, seguridad, y de balance de riesgo-beneficios, evaluando las sustancias de manera individualizada. Como sucede con el resto de los fármacos, las indicaciones clínicas, pautas posológicas, manejo de efectos secundarios, deben estar basadas en las evidencias y ser permanentemente revisada (Coelho et al, 2025). En este contexto es de difícil encaje como fármaco del uso de "cannabis/marihuana" medicinal ya que realmente incluye más de 60 cannabinoides en el mismo compuesto y en los procedimientos médicos habituales se estudia y evalúa los efectos de una sustancia, o un número muy limitado de sustancia. En este sentido se debe recordar que cannabis es un conjunto o agrupación de sustancias (cannabinoides) con efectos incluso contrapuestos entre ellos o no definidos.

El debate del consumo recreacional o lúdico, además del estudio de los posibles beneficios económicos para el estado derivados de los ingresos directos vía impuestos etc. de la regulación de la comercialización, debería establecer un análisis que permita incorporar distintos parámetros medicolegales, psiquiátricos, de salud pública... (Tabla 2). Como se puede intuir es un debate extremadamente complejo y la respuesta a él es muy improbable que pueda ser dicotómica para toda la población y para todas las sustancias. En el caso que para alguna sustancia se regule el uso y acceso con fines recreacionales es evidente que hay grupos como son los adolescentes, mujeres embarazadas, pacientes con trastornos mentales... que deberían tener una especial protección, sin olvidar los posibles riesgos del consumo para sus descendientes (Roncero et al, 2020b).

Tabla 2: Factores relevantes en el análisis del uso de las drogas como sustancias recreacionales regulados y comercializables.

Base jurídico- técnica sólida
Análisis de los efectos basado en los conocimientos de las neurociencias
Análisis científico de los datos de experiencias previas
Evitar visiones personales y prejuicios e ideas preconcebidas
Visión sincrónica/diacrónica de los efectos del consumo y los riesgos de desarrollar /precipitar otros trastornos mentales
Visión centrada tanto en la persona como en la sociedad (familia)
Discriminar riesgos diferenciando grupos de poblaciones en función de la edad, género...
Análisis de los datos de salud pública de gestión y costes asociados a las complicaciones psicomédicas del consumo recreacional, en el propio medio
Evaluación de factores de riesgo clínicos: existencia de trastornos mentales previos o asociados y del riesgo de sobredosis en los consumidores
Evaluación de los factores de riesgo psicosociales: accidentes de tráfico, conducción peligrosa, comisión de delitos en contexto de consumo

CONCLUSIONES

El consumo de sustancias activa de diversas maneras el circuito de placer y el consumo mantenido puede asociarse a la presencia de múltiples trastornos mentales como son los trastornos depresivos, de ansiedad, psicosis.... Por otra parte, los pacientes con otros trastornos mentales tienen más riesgo de desarrollar una adicción si consumen drogas de abuso, por lo que la relación entre ambas es bidireccional. La patología dual entendida como la presencia de una adicción y otro trastorno mental es la norma y no excepción.

En pacientes consumidores la presencia de síntomas o trastornos puede asociarse al desarrollo de problemas legales, incluyendo detenciones, accidentes de tráfico.... Es de especial relevancia la presencia de síntomas psicóticos o psicosis asociados al consumo o la abstinencia, dependiendo de las sustancias estudiadas. El caso del consumo de estimulantes evidencia la facilidad y frecuencia de la presencia de síntomas psicóticos y su relevancia con alteraciones conductuales, que pueden desembocar en problemas legales.

Con todos los conocimientos y riesgos reseñados se debe abordar el debate de la legalización del consumo de sustancias, aunque primero se debe diferenciar claramente el uso médico de las drogas del uso recreacional o lúdico, ya que conceptualmente son totalmente diferentes. El uso médico debe seguir los parámetros científicos habituales sobre indicaciones, posología, vías de uso etc., sujetas a revisión, como sucede con cualquier otro fármaco. El debate de la legalización del consumo en contextos y con objetivos lúdicos es muy incipiente, complejo y se debe hacer en contexto multidisciplinar, de manera sosegada y muy probablemente no podrá tener una respuesta dicotómica, debiendo contemplar múltiples factores relacionados con la sustancia, la persona y el entorno donde se puede consumir.

BIBLIOGRAFÍA

1. Alho H, Dematteis M, Lembo D, Maremmanni I, Roncero C, Somaini L. Opioid-related deaths in Europe: Strategies for a comprehensive approach to address a major public health concern. *Int J Drug Policy*. 2020;76:102616. doi: 10.1016/j.drugpo.2019.102616.
2. Ambrosio EC, Roncero C. Fundamentos neurobiológicos. En: Roncero C, Casas M. *Patología Dual. Fundamentos clínicos y terapéuticos*. Ed. Marge. Barcelona. 2016: 27-46. ISBN 978-84-15004-54-7 DL-B 7448-2016.
3. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 5th ed., text revision. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2022. Disponible en: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>.
4. Arcos-Burgos M, Vélez JI, Martínez AF, Ribasés M, Ramos-Quiroga JA, Sánchez-Mora C, Richarte V, Roncero C, Cormand B, Fernández-Castillo N, Casas M, Lopera F, Pineda DA, Palacio JD, Acosta-López JE, Cervantes-Henriquez ML, Sánchez-Rojas MG, Puentes-Rozo PJ, Molina BSG; MTA Cooperative Group; Boden MT, Wallis D, Lidbury B, Newman S, Eastaugh S, Swanson J, Patel H, Volkow N, Acosta MT, Castellanos FX, de Leon J, Mastronardi CA, Muenke M. ADGRL3 (LPHN3) variants predict substance use disorder. *Transl Psychiatry*. 2019;29;9(1):42. doi: 10.1038/s41398-019-0396-7.
5. Bramness JG, Hjorthøj C, Niemelä S, Taipale H, Rognli EB. Discussing the concept of substance-induced psychosis (SIP). *Psychol Med*. 2024;54(11):2852-2856. doi: 10.1017/S0033291724001442.
6. Breeksema JJ, Niemeijer AR, Krediet E, Vermetten E, Schoevers RA. Psychedelic Treatments for Psychiatric Disorders: A Systematic Review and Thematic Synthesis

- of Patient Experiences in Qualitative Studies. *CNS Drugs*. 2020;34(9):925-946. doi: 10.1007/s40263-020-00748-y.
7. Casado-Espada NM, Martín C, De La Iglesia-Larrad JI, De Alarcón R, Fombellida CI, Fernández-Martín LC, Roncero C. Psychotic symptoms following oxycodone withdrawal, case report and update. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2019;23(14):6315-6320. doi: 10.26355/eurrev_201907_18454.
 8. Coelho CF, Vieira RP, Araújo-Junior OS, Lopes-Martins PSL, Dos Santos LG, Dias LD, Filho ASS, Leonardo PS, Silva SDE, Lopes-Martins RAB. The Impact of Cannabidiol Treatment on Anxiety Disorders: A Systematic Review of Randomized Controlled Clinical Trials. *Life (Basel)*. 2024, 25;14(11):1373. doi: 10.3390/life14111373.
 9. Cohen-Laroque J, Grangier I, Perez N, Kirschner M, Kaiser S, Sabé M. Positive and negative symptoms in methamphetamine-induced psychosis compared to schizophrenia: A systematic review and meta-analysis. *Schizophr Res*. 2024;267:182-190. doi: 10.1016/j.schres.2024.03.037.
 10. Colom Farran J, Casas M, Pérez de Los Cobos J, Del Río M, Roncero C, Castells X, Valero S, Eiroa-Orosa FJ, Batlle F, Trujols J. Feasibility of double-blind clinical trials with oral diacetylmorphine: a randomized controlled phase II study in an inpatient setting. *Eur Addict Res*. 2012;18(6):279-87. doi: 10.1159/000336849.
 11. Francis AN, Salloum IM. High-resolution mapping of alcohol-related brain connectivity in adults using 7T fMRI and multivoxel pattern classification. *Psychiatry Res Neuroimaging*. 2025;352:112046. doi: 10.1016/j.psychresns.2025.112046.
 12. Lagerberg T, Lambe S, Paulino A, Yu R, Fazel S. Systematic review of risk factors for violence in psychosis: 10-year update. *Br J Psychiatry*. 2025;226(2):100-107. doi: 10.1192/bjp.2024.120.
 13. Lozano-López MT, Gamonal-Limcaoco S, Casado-Espada N, Aguilar L, Vicente-Hernández B, Grau-López L, Álvarez-Navares A, Roncero C. Psychosis after buprenorphine, heroin, methadone, morphine, oxycodone, and tramadol withdrawal: a systematic review. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2021;25(13):4554-4562. doi: 10.26355/eurrev_202107_26248.
 14. Koo BH, Kanekar S, Healey T, Agarwal S. Recreational Drug-induced Cardiopulmonary Injury. *Radiographics*. 2025;45(10):e250013. doi: 10.1148/rg.250013.

15. Manzoni OJ, Manduca A, Trezza V. Therapeutic potential of cannabidiol polypharmacology in neuropsychiatric disorders. *Trends Pharmacol Sci.* 2025 Feb;46(2):145-162. doi: 10.1016/j.tips.2024.12.005.
16. Martínez-Luna NG, Rodríguez-Cintas L, Esojo A, Palma-Álvarez RF, Robles-Martínez M, Grau-López L, Perea M, Roncero C. Harm reduction program use, psychopathology and medical severity in patients with methadone maintenance treatment. *Adicciones.* 2018;15;30(3):197-207.
17. Masters J, Goodman-Meza D, Russell D, Marks L, McCreary E, Jacka B, Seear K, Davis JS, Matthews G, Martinello M, Tong SYC, Dore GJ. Bacterial and fungal infections in persons who inject drugs. *Clin Microbiol Rev.* 2025, 11;38(3): e0016223. doi: 10.1128/cmr.00162-23.
18. Navarro CE. Practical approach to the safe use of cannabidiol in patients with refractory epilepsy: a mini review. *Front Pharmacol.* 2025;4;16:1681815. doi: 10.3389/fphar.2025.1681815.
19. Nestler EJ. The biology of addiction. *Sci Signal.* 2025, 4;18(872):eadq0031. doi: 10.1126/scisignal.adq0031.
20. Ortiz-Medina MB, Perea M, Torales J, Ventriglio A, Vitrani G, Aguilar L, Roncero C. Cannabis consumption and psychosis or schizophrenia development. *Int J Soc Psychiatry.* 2018 Nov;64(7):690-704. doi: 10.1177/0020764018801690.
21. Pearson NT, Berry JH. Cannabis and Psychosis Through the Lens of DSM-5. *Int J Environ Res Public Health.* 2019; 28;16(21):4149. doi: 10.3390/ijerph16214149.
22. Pineda-Cirera L, Cabana-Domínguez J, Roncero C, Cozar M, Grau-López L, Abad AC, Martínez-Luna N, Robles-Martínez M, Sánchez-Mora C, Ramos-Quiroga JA, Casas M, Ribasés M, Fernández-Castillo N, Cormand B. Evaluation of previous substance dependence genome-wide significant findings in a Spanish sample. *Drug Alcohol Depend.* 2018; 1;187:358-362. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2018.03.013. Erratum in: *Drug Alcohol Depend.* 2020 ,1;208:107844. doi: 10.1016/j.drugalcdep.2020.107844.
23. Rodríguez-Cintas L, Daigre C, Braquehais MD, Palma-Alvarez RF, Grau-López L, Ros-Cucurull E, Rodríguez-Martos L, Abad AC, Roncero C. Factors associated with lifetime suicidal ideation and suicide attempts in outpatients with substance use disorders. *Psychiatry Res.* 2018Apr; 262:440-445. doi: 10.1016/j.psychres.2017.09.021.
24. Roncero C, Abad AC, Padilla-Mata A, Ros-Cucurull E, Barral C, Casas M, Grau-López L. Psychotic Symptoms Associated with the use of Dopaminergic Drugs, in

- Patients with Cocaine Dependence or Abuse. *Curr Neuropsychopharmacol.* 2017;15(2):315-323. doi: 10.2174/1570159x14666160324144912.
25. Roncero C, Aguilar L, Vicente-Hernández B, Álvarez-Navares A. Pruebas de apoyo al diagnóstico y tratamiento. En: Tratado de drogodependencias. Enfoque editorial. 2021: 47-57.
26. Roncero C, Barral C, Rodríguez-Cintas L, Pérez-Pazos J, Martínez-Luna N, Casas M, Torrens M, Grau-López L. Psychiatric comorbidities in opioid-dependent patients undergoing a replacement therapy programme in Spain: The PROTEUS study. *Psychiatry Res.* 2016;30(243), 174-181. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2016.06.024>.
27. Roncero C, Comín M, Daigre C, Grau-López L, Martínez-Luna N, Eiroa-Orosa FJ, Barral C, Torrens M, Casas M. Clinical differences between cocaine-induced psychotic disorder and psychotic symptoms in cocaine-dependent patients. *Psychiatry Res.* 2014; 30;216(3):398-403. doi: 10.1016/j.psychres.2014.01.026.
28. Roncero C, Daigre C, Gonzalvo B, Valero S, Castells X, Grau-López L, Eiroa-Orosa FJ, Casas M. Risk factors for cocaine-induced psychosis in cocaine-dependent patients. *Eur Psychiatry.* 2013;28(3):141-6. doi: 10.1016/j.eurpsy.2011.06.012.
29. Roncero C, Daigre C, Grau-López L, Barral C, Pérez-Pazos J, Martínez-Luna N, Casas M. An international perspective and review of cocaine-induced psychosis: a call to action. *Subst Abus.* 2014b;35(3):321-7. doi: 10.1080/08897077.2014.933726.
30. Roncero C, Daigre C, Grau-López L, Rodríguez-Cintas L, Barral C, Pérez-Pazos J, Gonzalvo B, Corominas M, Casas M. Cocaine-induced psychosis and impulsivity in cocaine-dependent patients. *J Addict Dis.* 2013;32(3):263-73. doi: 10.1080/10550887.2013.824330.
31. Roncero C, Fusté G, Barral C, et al. Manejo terapéutico y comorbilidades del paciente con dependencia a opiáceos: estudio PROTEUS. *Trastornos Adictivos.* 2009;11(4):266-270.
32. Roncero C, Grau-López L, Palma-Álvarez RF, Rodríguez-Cintas L, Ros-Cucurull E, Esojo A, Daigre C. Higher severity of cocaine addiction is associated with tactile and somatic hallucinations. *Eur Psychiatry.* 2017b May;42:63-69. doi: 10.1016/j.eurpsy.2016.11.006.
33. Roncero C, Palma-Álvarez RF, Díaz-Morán S, Grau-López L, Rodríguez-Cintas L, Ros-Cucurull E, Álvarez AI, Casas M, Daigre C. Cocaine relapse and health-related quality of life: a 23 weeks study. *Actas Esp Psiquiatr.* 2019;47(2):37-44.

34. Roncero C, Remón-Gallo D, García-Ullán L, Vicente-Hernández B, Buch-Vicente B, Palma-Álvarez RF, Grau-López L, González-Bolaños KR, Álvarez-Navares A, Pérez J, Aguilar L. Gender differences in ADHD and impulsivity among alcohol or alcohol- and cocaine-dependent patients. *Front Psychiatry*. 2025; 27;16:1446970. doi: 10.3389/fpsyt.2025.1446970.
35. Roncero C, Ros-Cucurull E, Daigre C, Casas M. Prevalence and risk factors of psychotic symptoms in cocaine-dependent patients. *Actas Esp Psiquiatr*. 2012;40(4):187-97.
36. Roncero C, Valriberas-Herrero I, Mezzatesta-Gava M, Villegas JL, Aguilar L, Grau-López L. Cannabis use during pregnancy and its relationship with fetal developmental outcomes and psychiatric disorders. A systematic review. *Reprod Health*. 2020b; 17;17(1):25. doi: 10.1186/s12978-020-0880-9.
37. Roncero C. DE LAS ADICCIONES A LA PATOLOGÍA DUAL: LA SITUACIÓN EN EL SIGLO XXI. 2025b Servicio de Publicaciones de la Universidad Europea Miguel de Cervantes (UEMC). Colección Lidera, n.º 30. ISBN: 978-84-126114-5-8. Disponible en <https://www.uemc.es/documents/download/4861>
38. Skryabin VY, Martinotti G, Franck J, Zastrozhin MS. Acute Alcoholic allucinosis: A Review. *Psychopathology*. 2023;56(5):383-390. doi: 10.1159/000528573.
39. Szerman N, Torrens M, Maldonado R, Balhara YPS, Salom C, Maremmanni I, Sher L, Didia-Attas J, Chen J, Baler R; World Association on Dual Disorders (WADD). Addictive and other mental disorders: a call for a standardized definition of dual disorders. *Transl Psychiatry*. 2022;13;12(1):446. doi: 10.1038/s41398-022-02212-5.
40. Szerma, N, Martinez-Raga J, Peris., Roncero C, Basurte I, Vega P, Ruiz P, Casas C. Rethinking Dual disorders/pathology. *Addictive Disorders & Their Treatment*, 2013; 12 (1), 1-10. <https://doi.org/10.1097/ADT.0b013e31826e7b6a>
41. Shafie M, Ing K, Rostam-Abadi Y, Weleff J, Griffin M, Ranganathan M, Mohammad Aghaei A, Pratt N, Funaro MC, Bassir Nia A. The Potential Use of Cannabidiol in the Treatment of Opioid Use Disorder: A Systematic Review. *Addict Biol*. 2025;30(5):e70047. doi: 10.1111/adb.70047.
42. Svendsen V, Stavseth MR, Skardhamar T, Havnes IA, Bukten A. Substance use disorders, severe mental illness and risk of reoffending among women released from prison: a national cohort study. *Sci Rep*. 2025; 3;15(1):15473. doi: 10.1038/s41598-025-00215-y.
43. van der Meer PB, Fuentes JJ, Kaptein AA, Schoones JW, de Waal MM, Goudriaan AE, Kramers K, Schellekens A, Somers M, Bossong MG, Batalla A. Therapeutic

effect of psilocybin in addiction: A systematic review. *Front Psychiatry*. 2023 Feb 9;14:1134454. doi: 10.3389/fpsyt.2023.1134454.

44. Volkow ND, Michaelide M, Baler R. The Neuroscience of Drug Reward and Addiction. *Physiol Rev.*, 2019, 99(4), 2115-2140.
45. Volkow ND, Wise RA, Baler R. The dopamine motive system: implications for drug and food addiction. *Nat Rev Neurosci.*, 2017,18(12), 741-752. <https://doi.org/10.1038/nrn.2017.130>.
46. Vorspan F, Brousse G, Bloch V, Bellais L, Romo L, Guillem E, Coeuru P, Lépine JP. Cocaine-induced psychotic symptoms in French cocaine addicts. *Psychiatry Res*. 2012; 30;200(2-3):1074-6. doi: 10.1016/j.psychres.2012.04.008.
47. World Health Organization. International classification of diseases for mortality and morbidity statistics (11th Revision). Geneva: WHO; 2019. Disponible en: <https://icd.who.int/>

Consecuencias penales sustantivas y procesales de la toxicomanía

JOSÉ LUIS RAMÍREZ ORTIZ

Letrado de adscripción temporal en el Tribunal Constitucional

Magistrado Audiencia Provincial de Sevilla

1. INTRODUCCIÓN

A) El 2 de diciembre de 1989, el Grupo de Estudios de Política Criminal ¹ aprobó en Málaga un manifiesto identificando las razones que evidenciaban el fracaso de la política criminal represiva en materia de drogas. En síntesis: (i) No se había logrado erradicar ni disminuir sensiblemente ni el tráfico ni el consumo, siendo cada vez mayor la oferta y la demanda; (ii) Se había producido un notable encarecimiento del producto, lo que había dado lugar a la emergencia de poderosas organizaciones de traficantes, y causado o agravado la marginación social de buena parte de los consumidores que carecían de medios económicos para adquirir la droga, lo que les llevaba a cometer delitos; (iii) La criminalidad vinculada al tráfico de drogas había dado lugar a un desbordamiento del sistema judicial penal y a un incremento de la población reclusa por esa criminalidad dificultando la aplicación de la Ley General Penitenciaria; y, (iv) La acentuación de la vía represiva se había producido mediante un derecho penal de excepción que no respetaba los principios garantistas, creando figuras delictivas que violaban los principios de seguridad jurídica y de proporcionalidad.

Ante esa situación, el Grupo elaboró una propuesta alternativa a la actual política criminal sobre drogas el 12 de mayo 1990, aprobada en Barcelona, en la que postulaba la despenalización del tráfico de drogas entre adultos, bajo la premisa de que los adultos debían tener la posibilidad de acceder legalmente a la posesión para su posterior consumo. A tal efecto, como ocurría con los medicamentos u otras sustancias que podían tener efectos nocivos sobre la salud, se preveía establecer un estricto control administrativo de la producción y venta de la droga, sancionando penalmente sólo las infracciones más graves y lesivas de la normativa administrativa y el suministro a menores de edad y personas carentes de autonomía para decidir. Se trataba, en definitiva, de modificar la legislación penal y administrativa para instaurar un sistema controlado de dispensación con receta, distinguiendo entre el cannabis y sus derivados y los restantes estupefacientes o psicótopos; prohibir la publicidad de tales sustancias; desarrollar programas específicos

¹ Asociación constituida por más de 200 catedráticos, profesores titulares, magistrados, jueces y fiscales del orden penal.

para la formación de profesionales y para la información, educación, prevención y deshabituación de los consumidores; establecer un sistema de precios moderadamente desincentivadores y exentos de ayudas públicas y garantizar a las personas adictas el consumo de la sustancia con especial atención médica.

B) La propuesta no encontró eco. Por el contrario, las reformas legales de las siguientes décadas, con alguna excepción puntual, profundizaron en la tendencia represiva.²

C) En el año 2016, el Grupo realizó una revisión de la situación³ concluyendo que los problemas denunciados persistían. Así, la Oficina de las Naciones Unidas contra la droga y la delincuencia estimaba, en su informe de 2013, que cerca de 315 millones de personas consumieron drogas ilícitas, por lo menos una vez en el año anterior, cifra creciente cada año. En España, las detenciones por narcotráfico se habían elevado en 2012 un 24 % respecto del año anterior, siguiendo igualmente una tendencia creciente. La droga seguía siendo un producto caro, que intensificaba el poder de las organizaciones de traficantes, que podían llegar a disputar el poder de algunos Estados, y agravaba la marginación social de muchos consumidores. Además, el narcotráfico, junto con los delitos patrimoniales, muchos de ellos asociados, suponían las dos terceras partes de la población penitenciaria española. Por tales razones, se proclamaba la vigencia de la propuesta despenalizadora. Propuesta que, además, parece encontrar eco en los cambios en la realidad social producidos en los últimos años, donde se aprecia la expansión de la corriente despenalizadora y una mayor tolerancia hacia el consumo de ciertas drogas.

D) En tanto llega a producirse, si es que tiene lugar, la necesaria reforma, conviene abordar, en este foro mixto, de psiquiatras y juristas, el análisis de algunos de los elementos más importantes que en relación con el fenómeno de la toxicomanía precisan del auxilio del perito psiquiatra en el proceso penal y de aclarar los ámbitos respectivos de actuación jurisdiccional y pericial, con la finalidad de dar la mejor respuesta individualizada a la persona encausada por la comisión de delitos de tráfico de drogas o de otros cometidos en el contexto de lo que se conoce como delincuencia funcional, esto es, la que se lleva a cabo para procurar la adquisición de drogas para el consumo. Se trata, en definitiva, de mejorar y humanizar la respuesta penal en el marco de un sistema de penas sobredimensionado.

La exposición girará sobre tres ejes: la descripción del régimen jurídico de la imputabilidad y de la capacidad procesal en el ámbito de la toxicomanía, esto es, el abordaje de algunos aspectos penales sustantivos y procesales del fenómeno, y algunas recomendaciones que podrían incorporarse a los dictámenes forenses.

² Por ejemplo, la reforma de 2010 introdujo un subtipo atenuado de menor entidad que permitía la rebaja de las elevadas penas en determinados casos.

³ Revisión y actualización de las propuestas alternativas a la regulación vigente. 25 años de trabajo del Grupo de Estudios de Política Criminal. Tiran lo Blanch. Valencia. 2016.

2. LA IMPUTABILIDAD

2.1. Culpabilidad e imputabilidad

A) Por lo que aquí interesa, la conducta del sujeto contraria a la ley penal debe ser objeto de tres juicios de valor. Un juicio de tipicidad, o de adecuación del hecho cometido a la ley penal. Un juicio de antijuridicidad, o de contraste del hecho típico con todo el ordenamiento jurídico, que podría dar lugar a que la conducta prevista en la ley penal estuviera justificada si, por ejemplo, se realizara en legítima defensa o en estado de necesidad. Finalmente, un juicio de culpabilidad, que trata de clarificar si la conducta le puede ser atribuida al sujeto. Los dos primeros juicios son prioritariamente jurídicos. Para la emisión del juicio de culpabilidad es conveniente el auxilio del perito psiquiatra. La conducta será culpable si, en la situación concreta en la que se hallaba, le puede ser reprochado haber actuado en contra de las exigencias del ordenamiento jurídico. Tal reproche tendrá lugar si, en esa situación concreta, el sujeto podría haberse abstenido de realizar la conducta, esto es, si pudo haber actuado de otro modo.

B) Los sistemas penales democráticos se sustentan en una doble asunción⁴: (i) Existe el libre albedrío, por lo que todo ciudadano debe asumir la responsabilidad por las consecuencias de su actuar. Con independencia de los avances y los desafíos que plantean las neurociencias, el reconocimiento de la capacidad de actuar libremente es el presupuesto sobre el que se han construido los sistemas constitucionales. (ii) Es posible verificar en el proceso si una persona concreta en una determinada situación tuvo un margen apreciable de actuación, sea aplicando instrumentos de verificación individualizados, sea, de no ser ello posible, acudiendo a criterios generalizadores que nos permitan determinar qué capacidades habría tenido, en las circunstancias del caso, una persona media de la sociedad.

C) La imputabilidad forma parte del juicio de culpabilidad y se conoce como capacidad de culpabilidad. A través de ella se trata de dilucidar si, en el momento previo a la ejecución del hecho, el sujeto tenía la capacidad para haber desarrollado un proceso de motivación distinto que le hubiera llevado a actuar de forma diferente. Ello supone disponer de ciertas cualidades biológicas y psicológicas y ciertos conocimientos y experiencias vitales que le permitan conocer la licitud o ilicitud del hecho y para actuar conforme a dicho conocimiento. En definitiva, el término imputabilidad expresa la capacidad de imputación y comprende algunos de los requisitos y condiciones exigibles para considerar a una persona merecedora de reproche.

⁴DÍEZ RIPOLLÉS, J.L., 2020. *"Derecho penal español. Parte General"*. Valencia. Tirant lo Blanch, aunque existe consenso en lo nuclear sobre las ideas generales acerca de la culpabilidad y la imputabilidad en la doctrina penalista.

D) El Código Penal (en lo sucesivo, CP) recoge las causas que eximen de responsabilidad penal por falta de imputabilidad en los tres primeros números del artículo 20, si bien pueden ser reconducidas a una sola: la pérdida de la capacidad de comprender la ilicitud del hecho o de la capacidad de actuar conforme a esa comprensión.⁵

Pérdida, que puede deberse a tres grandes grupos de causas: la existencia de una anomalía o alteración psíquica (art. 20.1 CP), la ingestión masiva de sustancias alcohólicas o estupefacientes (art. 20.2 CP) o el padecer alteraciones en la percepción desde el nacimiento o la infancia que hayan influido sobre el normal desarrollo de la personalidad y la comprensión de los datos suficientes para entenderla.

En todos los casos rige lo que se conoce como sistema mixto biológico-psicológico: ha de concurrir el presupuesto biológico que puede determinar la ausencia de imputabilidad (la anomalía, la ingesta o la alteración en la percepción), pero es el efecto psicológico que aquél debe provocar el que adquiere centralidad jurídica, ya que lo que importa al derecho penal y a su aplicador son los efectos que sobre la conducta humana puede tener una determinada calificación clínica y no el diagnóstico clínico por sí solo.

Por otra parte, la imputabilidad es una magnitud graduable, de modo que, en función de los casos, su afectación puede dar lugar a una exención de pena, a una semiexención con rebaja notable de pena o a una atenuación.

Veamos, de forma más específica, de qué modo la toxicomanía puede afectar a la imputabilidad en nuestro sistema legal.

2.2. Imputabilidad y toxicomanía en la jurisprudencia penal

La jurisprudencia de la Sala Penal del Tribunal Supremo tiene establecido de forma pacífica que la toxicomanía puede repercutir sobre la esfera de la imputabilidad del sujeto, bien excluyendo total o parcialmente la responsabilidad penal, (artículos 20.1, 20.2 y 21.1 CP), o bien actuando como mera atenuante de la responsabilidad penal, por la vía del artículo 21.2ª CP, propia atenuante de drogadicción, o como atenuante analógica, por el camino del artículo 21.7º CP. A grandes rasgos, cabe distinguir los supuestos que se exponen a continuación.

A) Eximente completa de enajenación del artículo 20.1º CP (*"El que, al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión"*). Su aplicación exige la constatación de que el sujeto padece una anomalía o alteración psíquica que le impida

⁵ SÁNCHEZ YLLERA, I., 1996: *"De las causas que eximen de la responsabilidad penal"*, en Comentarios al Código Penal de 1995, obra colectiva dirigida por VIVES ANTÓN, T.S. Valencia: Tirant lo Blanch.

comprender la ilicitud de su conducta o de actuar conforme a esa comprensión. Ello puede tener lugar si debido a una prolongada dependencia se acaban originando alteraciones o anomalías psíquicas o si, por el consumo, se desencadena una psicosis, lo que permitirá, además, aplicar las medidas de seguridad correspondientes. En los supuestos de patología dual (cuando de modo simultáneo estén presentes un trastorno por consumo de sustancias y otro trastorno psiquiátrico), la doctrina mayoritaria opta por aplicar el principio de especialidad y aplicar, en su caso la eximente que mejor capte el problema de fondo para aplicar la medida de seguridad más adecuada en términos terapéuticos y preventivos.

B) Eximentes completas de intoxicación y de síndrome de abstinencia del artículo 20.2º CP (*“El que al tiempo de cometer la infracción penal se halle en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión, o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión”*). Su aplicación exige la constatación de las circunstancias que se indicarán a continuación ⁶.

a) Supuesto de intoxicación:

(i) La ingesta de una sustancia que produce efectos sobre el sistema nervioso. El Código Penal distingue entre alcohol, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos. Según las Convenciones de las Naciones Unidas⁷, tienen la condición de estupefacientes los derivados del opio, hoja de coca y cáñamo y de psicótrapos los depresores o reductores de la conciencia, los estimulantes del sistema nervioso central y los alucinógenos. El concepto de droga tóxica sería residual y aplicable a los casos de inhalantes como gasolinas o pegamentos.

(ii) Una intoxicación debida al consumo de la sustancia. Esto es, un estado físico y mental que ocasione trastornos de diverso orden (percepción, vigilia, atención, pensamiento, control emocional o conducta psicomotora), junto a una conducta desadaptada debido al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central.

(iii) Ese estado debe estar presente en el momento de cometer la infracción y excluir sus facultades intelectivas y volitivas, sin que sea preciso que el sujeto tenga la condición

⁶ DÍEZ RIPOLLES, JL. Obra citada.

⁷ Convención Única sobre Estupefacientes de 1961, Convención sobre sustancias psicotrópicas de 1971 y Convención contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas de 1988.

de toxicómano, aunque la jurisprudencia lo exige en ocasiones confundiendo esta circunstancia con la drogadicción.

(iv) La intoxicación debe ser plena o, en términos clínicos, aguda, ya que en otro caso se reduciría su aplicación a los estados de inconsciencia.

(v) Debe dar lugar a la exclusión completa de las facultades intelectivas y volitivas.

(vi) El estado de intoxicación no debe haber sido buscado con el propósito de cometer el delito o no debe haberse previsto o debido prever su comisión.

b) Supuesto de síndrome de abstinencia:

(i) El síndrome de abstinencia se concibe como el estado físico y mental que se desarrolla tras la supresión de la ingesta de una sustancia psicoactiva tras su consumo prolongado, que influye en el momento de la comisión de la infracción excluyendo las facultades intelectivas y volitivas.

(ii) Presupone, por ello, la adicción, y el síndrome orgánico que desencadena varía en función de la sustancia a la que se es adicto.

C) Eximentes incompletas de enajenación, intoxicación y síndrome de abstinencia del artículo 21. 1ª CP, en relación con los artículos 20. 1º y 20. 2º CP (*"Las causas expresadas en el capítulo anterior, cuando no concurrieren todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos"*). Su aplicación precisa de la constatación de una afección significativa que disminuya considerablemente las facultades intelectivas y volitivas sin excluirlas, debida, bien a la existencia de una anomalía o alteración psíquica desencadenada como consecuencia de la adicción, bien a una intoxicación no plena, bien a un síndrome de abstinencia.

D) Circunstancia atenuante de grave adicción artículo 21. 2ª CP (*"...actuar el culpable a causa de su grave adicción a las sustancias mencionadas en el número 2.º del artículo anterior"*). La aplicación de la atenuante exige acreditar las siguientes circunstancias:

a) Una adicción a sustancias, entendida como conjunto de síntomas psíquicos y físicos que provocan la pérdida de la capacidad de control del uso de las sustancias pese a los efectos adversos que provoca dicho consumo.

b) Debe tratarse de sustancias que provoquen dependencia.

c) Los síntomas deben prolongarse en el tiempo.

d) La adicción debe ser grave, esto es, debe interferir intensamente en la vida del sujeto. Tal gravedad no se exige, sin embargo, para acordar la modalidad específica de suspensión de la ejecución de las penas de prisión inferiores a 5 años que contempla el art

80.5 CP, que exige sólo que el sujeto haya cometido el delito a causa de su dependencia a las sustancias psicoactivas antes referidas.

e) La adicción debe ser la causa de la comisión del delito. Ello ha sido interpretado en el sentido de exigir una afectación a las capacidades intelectivas y volitivas del sujeto, así como una vinculación con el delito, lo que comprende los supuestos de delincuencia funcional, esto es, aquéllos en los que delinque para obtener recursos con los que sufragar el consumo.

f) Puede apreciarse como muy cualificada si la adicción es especialmente intensa.

E) Atenuante analógica de intoxicación y de adicción. Finalmente, cuando la incidencia de la adicción sobre el conocimiento y la voluntad del agente es escasa, sea porque se trata de sustancias de efectos menos devastadores, sea por la menor antigüedad o intensidad de la adicción, o se ha producido un simple abuso de la sustancia podrá aplicarse la atenuante analógica del artículo 21. 7ª CP respecto de los artículos 20. 1º y 20.2º.

2.3. La realidad normativa

La regulación vigente pone de relieve algunos aspectos de interés.

A) En primer lugar, puede sorprender el detalle regulativo y su falta de necesidad aparente. Y ello, por cuanto los supuestos de intoxicación, síndrome de abstinencia y adicción grave podrían derivarse a la eximente completa o incompleta de enajenación o de trastorno mental transitorio, tal y como venía ocurriendo antes de la aprobación del CP de 1995.

B) En opinión de Díez Ripollés ⁸ la regulación se debió a la necesidad de facilitar la tarea judicial en el contexto de la explosión del consumo de drogas que arranca en los años 80, pues no siempre era posible apreciar las eximentes de enajenación o trastorno mental transitorio. Con ello, se dispensaba un trato favorable a las personas toxicómanas, al menos en el plano teórico, con la finalidad de resolver vicariamente un problema que se encontraba en otro lugar: la imposibilidad de modificar la política criminal sobre drogas, debido a los compromisos internacionales adquiridos ⁹, y las durísimas penas asociadas a los delitos contra la salud pública cometidos por los consumidores traficantes y los realizados en el marco de la "delincuencia funcional".

C) La regulación, no obstante, plantea algunas lagunas. Así, no contempla el supuesto de la persona toxicómana que comete el delito sin estar intoxicado ni padeciendo síndrome de abstinencia, pero se encuentra muy deteriorado por el consumo prolongado. Por otra parte, como hemos visto con anterioridad, la toxicomanía se concibe como una escala gradual compuesta por cuatro niveles de gravedad, en la que la adicción grave se ubica en el tercer

⁸ DIEZ RIPOLLÉS, JL. Obra citada.

⁹ Véanse las Convenciones de Naciones Unidas antes citadas.

nivel, pese a ser conceptualmente distinta y poder ser causa, en la realidad empírica, de una exención.

2.4. La práctica judicial

Ahora bien, con independencia de la normativa vigente, lo que evidencia la praxis judicial es la frecuencia con la que los tribunales de instancia dejan de apreciar causas de imputabilidad vinculadas con el trastorno mental y la toxicomanía, salvo en dos casos: cuando se trata de apreciar una simple atenuante analógica y en los supuestos de sentencias de conformidad, en los que la no celebración del juicio supone un potente incentivo para la acusación y los tribunales de justicia, por lo que admiten semiexenciones o atenuantes cualificadas que no reconocerían en otros casos. Esta praxis judicial, incongruente con el contenido regulativo, no sirve, en consecuencia, para mitigar el impacto de las elevadas penas de prisión de nuestro sistema penal, en particular las relativas al tráfico de drogas, salvo, paradójicamente, para los casos de delincuencia grave cuando se produce la conformidad.

El análisis de la jurisprudencia evidencia la concurrencia de diversos factores que interactúan y provocan un resultado de inaplicación de las eximentes y atenuantes vinculadas con la exclusión o mitigación de la imputabilidad en el ámbito que nos ocupa. Entre esos factores destacan los siguientes ¹⁰ :

A) Tratándose de las causas de inimputabilidad, la doctrina jurisprudencial parte, desde antiguo, de la *"presunción de sanidad mental"*. Así, la STS de 29 de junio de 1984 ya indicó que *"los hechos en que se funda una exención de responsabilidad o circunstancia modificativa de la misma han de hallarse probados como el hecho mismo, y mientras tanto debe aceptarse la salud mental como estado normal del sujeto que provoca, mediante una acción dolosa, el resultado delictivo"* (STS de 29 de junio de 1984, antes citada). Más recientemente, la STS 335/2017 añade: *"No hay una presunción constitucional de que todo ciudadano presenta déficits psíquicos que le convierten en inimputable penal en tanto y en cuanto no se haya practicado una prueba lícita realizada con todas las garantías en un proceso penal acreditativa de su normalidad mental"*.

En consecuencia, conforme a la doctrina clásica del Tribunal Supremo, la prueba de la eximente o atenuante incumbe a quien la alega y pretende beneficiarse de ella, de modo que sólo se aprecia cuando se alegue por la defensa y se acredite por ella más allá de toda duda razonable el sustrato fáctico determinante de su aplicación.

¹⁰ Con mayor detalle en RAMIREZ ORTIZ, JL (2019): *"Cargas probatorias y circunstancias eximentes y atenuantes. El caso de las causas de inimputabilidad"*. Revista italo-española de Derecho Procesal, nº 2, 2019.

Es comprensible que, en el ámbito psiquiátrico, no pueda afirmarse de forma tajante que una persona padezca una toxicomanía si no se dispone de los elementos de juicio que, médicamente, puedan prestar respaldo a la conclusión, pues en dicho ámbito no rige la presunción de inocencia. No es el caso de la resolución judicial que pone término al proceso, que, si alberga dudas sobre la toxicomanía no puede declarar probada la conducta como plenamente culpable.

La STS 291/2024, de 21 de marzo de 2024, en línea con la STS 639/2016, ha supuesto un giro radical en la doctrina clásica. Esta resolución pone de relieve la incompatibilidad entre tal doctrina y el derecho a la presunción de inocencia pues, lo relevante no es quién debe probar qué sino qué cosa ha de ser probada, así como que la duda razonable sobre la concurrencia de la eximente o la atenuante exige su apreciación. Ante un resultado probatorio de clara incertidumbre sobre si la persona acusada es inimputable o semiimputable, o sobre la concurrencia de una atenuante, no es asumible que la duda pueda despejarse metodológicamente en contra de la persona encausada declarando probada la mayor imputabilidad posible porque no se haya probado plenamente la inimputabilidad. Si la duda sobre la imputabilidad subsiste tras el juicio, afecta a uno de los elementos del delito y debe estimarse no probado.

B) En segundo lugar, en la jurisdicción hay cierta reticencia a dar por acreditada la eximente o atenuante si el perito forense no dictamina, de modo inequívoco, que el sujeto tenía anuladas o afectadas sus facultades intelectivas y volitivas justamente en el concreto momento en que ejecutó los hechos. Se ignoran, de este modo, los roles que a peritos y jueces corresponden en la tarea de aplicación de la ley, así como las posibilidades probatorias de otras fuentes de prueba (v.gr. indicios tales como los datos contenidos en las hojas de asistencia médica a personas detenidas que evidencien estados de afectación de capacidades volitivas o intelectivas, el carácter anómalo o extravagante de la conducta, la existencia de otras condenas en las que se haya apreciado atenuantes o eximentes o impuesto medidas de seguridad, etc.).

C) Además, una labor deficitaria de la defensa, generalmente del turno de oficio, puede acentuar esta situación. No es infrecuente que el letrado defensor vea a su defendido durante el curso del proceso solo en dos momentos: durante su declaración sumarial tras ser puesto a disposición judicial una vez detenido, y en el juicio oral. Y, en ese contexto, en ese escaso período de tiempo, generalmente no advertirá la existencia de posibles anomalías o alteraciones, lo que imposibilitará o dificultará su alegación y prueba.

D) Finalmente, en la cultura judicial, se encuentra extendida la idea de que las cuestiones relativas a la falta de imputabilidad han de dilucidarse, en su caso, en juicio oral, por lo que son ajenas a la fase de investigación, en flagrante vulneración no sólo del artículo 2 sino también del artículo 299, ambos de la LECrim, que imponen el deber de clarificar las circunstancias no sólo favorables sino también desfavorables para la persona encausada.

2.5. Dos ejemplos extraídos de la experiencia profesional

A) La Sentencia 477/2018, de la Sección 6ª de la Audiencia Provincial de Barcelona (Roj: SAP B 9956/2018) resolvió el recurso de apelación interpuesto por el acusado condenado en la instancia como autor de un delito de robo con intimidación en casa habitada y uso de instrumento peligroso, sin la concurrencia de circunstancias modificativas de la responsabilidad penal. El letrado defensor solicitó la aplicación de la eximente, completa o incompleta, de enajenación mental interesando la práctica de prueba en segunda instancia, alegando que con anterioridad no había tenido conocimiento de la enfermedad que tenía diagnosticada el acusado. Lo cierto es que durante la instrucción afloraron datos que debieron haber llevado al instructor, al Ministerio Fiscal y a la defensa a realizar indagaciones a tal efecto. Así, en su hoja histórico penal figuraba una condena reciente anterior en la que se había apreciado una eximente completa por enajenación mental y aplicado la medida de libertad vigilada; por otro lado, el acusado, quien carecía de familia en España y constaba en la fecha de los hechos con 22 años, había estado bajo la tutela de la Administración desde los 14 años. Esta circunstancia también debió haber llamado la atención de los órganos encargados de la investigación, pues, de haber hecho las averiguaciones oportunas, habrían constatado que aquél, siendo menor, había recibido tratamiento psiquiátrico en un Centro de Salud mental. A todo ello había de sumarse la extraña conducta, en términos de lo que es habitual o regular, desarrollada por el acusado durante la ejecución del hecho. Tal combinación de factores exigía, en el caso concreto, una investigación de oficio, con independencia de la mayor o menor pasividad del letrado defensor.

Pues bien, la prueba pericial practicada en segunda instancia, puso de relieve que el apelante padecía un trastorno antisocial de la personalidad y un trastorno por abuso de diversas drogas desde los 14 años de edad (cannabis, alcohol, disolventes, cocaína), con aparición de clínica psicótica, dato que, unidos a otros de tipo indiciario, determinó la estimación parcial del recurso y la apreciación de una eximente incompleta, al considerarse que en el momento de ejecución de los hechos, y como consecuencia de tales trastornos y de la ingesta de tóxicos, aquél tenía gravemente alteradas sus facultades intelectivas y volitivas.

B) Un segundo ejemplo. La Sentencia 214/2019 dictada por la Sección 6ª de la Audiencia Provincial de Barcelona (Roj: SAP B 6059/2019). El acusado, condenado como autor de un delito de robo con violencia en un bar, formuló recurso de apelación interesando la apreciación de una eximente completa o incompleta o, al menos, una atenuación debido al consumo de tóxicos o la adicción a las drogas o el alcohol.

La sentencia de instancia, tras hacerse eco de la doctrina del Tribunal Supremo, rechazó la pretensión con el siguiente razonamiento probatorio *“No concurre ni la eximente ni la atenuante solicitada por la Defensa (art. 20.2 o 21.2 del Código Penal), tras el informe*

pericial de 10 de julio de 2018 y declaración en Juicio de la Médico Forense, quien por un lado afirmó que no era probable que el estado de intoxicación alcohólica que mostró el acusado en su ingreso hospitalario lo sufriera en el momento de los hechos, ya que era propio de una persona que no puede mantenerse en equilibrio, por lo que lo que la hipótesis de que la ingesta fue posterior a los hechos (que sucedieron sobre las 14.30 horas y el ingreso comienza a las 16.56 horas), teniendo en cuenta a su vez, que precisamente contaba con tres botellas de alcohol con alta graduación recién sustraídas. Respecto de la posible adicción a las drogas y su afectación en el momento de cometer los hechos, nada se ha probado por la Defensa del Acusado, ni siquiera de modo indiciario, más allá de que existan pruebas de que es consumidor de drogas, ese hecho por sí solo no determina o indica nada respecto del momento concreto de los hechos”.

La sentencia de apelación estimó el recurso y apreció una eximente incompleta sobre la base de la siguiente información, omitida en la instancia, información resultante tanto de la documentación clínica obrante en la causa como del informe forense: a) El acusado padecía una severa adicción al alcohol de larga evolución. b) El acusado era, igualmente, consumidor diario de cocaína. d) Apenas dos horas después de los hechos, el acusado fue atendido en el servicio de urgencias de la Mutua de Terrassa por intoxicación alcohólica y de tóxicos, detectándose a nivel analítico cocaína, una acidosis láctica y un nivel de etanol de 2,9. Tenía una disminución de conciencia con Glasgow 10, que recuperó al cabo de una hora. e) Había sido tratado por otras crisis debidas a intoxicaciones por consumo de cocaína y alcohol. En concreto, un mes antes de los hechos, fue atendido por consumo de cocaína excesivo, refiriendo entonces que llevaba tres días consumiendo alcohol y cocaína. f) La conducta que el acusado desplegó el día de autos fue, en términos de la experiencia, altamente anómala. Así, agredió y robó 6 botellas de bebidas alcohólicas, 3 de las cuales se rompieron durante el forcejeo con el dueño, en un establecimiento del que era cliente habitual y a cuyo dueño conocía, tras lo que se desplazó al domicilio de su madre, en el que reside habitualmente, sito a tan solo 500 metros de aquél.

En consecuencia, aunque no existía prueba directa de la incidencia de la adicción y del consumo de alcohol y cocaína en la ejecución del hecho, de los datos anteriormente expuestos cabía razonablemente inferirlos, sin que el hecho de que con posterioridad al robo continuara consumiendo bebidas alcohólicas excluyera la opción, plausible y congruente con el resto de los indicios disponibles de que con anterioridad había consumido dicha sustancia y cocaína.

2.6. Dos aspectos vinculados con los déficits de imputabilidad por toxicomanía: la suspensión de la ejecución de la pena de prisión y el pronóstico de peligrosidad de las medidas de seguridad

2.6.1. La suspensión de la ejecución de la pena de prisión por toxicomanía

A) El artículo 80.5 CP contempla una modalidad específica de suspensión de la ejecución de las penas de prisión.¹¹ En el caso de esta modalidad, la suspensión se basa en el presupuesto de que la concreta comisión del hecho delictivo cuya pena se pretende ejecutar pudiera haber sido determinada por la toxicomanía, de modo que el riesgo de reiteración puede ser prevenido mediante la adopción de las correspondientes medidas terapéuticas evitando el recurso a la pena privativa de libertad. Como recuerda la STC 110/2003, FJ 4º: *“A la finalidad genérica de rehabilitación que persigue la institución del beneficio de suspensión de la ejecución de las penas, destinado a evitar el cumplimiento en prisión de determinadas penas privativas de libertad en quienes concurren los requisitos previstos legalmente, se une, en el caso especial del art. 87.1 CP, la de propiciar que quienes han cometido un delito no grave por motivo de su adicción a las drogas -caso habitual del llamado traficante/consumidor- reciban un tratamiento que les permita emanciparse de dicha adicción con carácter preferente a un ingreso en prisión que, lejos de favorecer su rehabilitación, pudiera resultar contraproducente para ella”*. En definitiva, se trata de ofrecer una alternativa a la ejecución penitenciaria de la pena privativa de libertad que posibilite la reinserción del autor del hecho delictivo condicionado por su toxicomanía.

B) Los requisitos de esta modalidad son los siguientes:

a) El penado debe haber cometido el delito a causa de su dependencia a de sustancias psicoactivas. La dependencia se define en los mismos términos que contempla la atenuante de drogadicción del art. 21. 2ª CP, si bien no es preciso que concorra una adicción grave. Además, es necesaria la vinculación entre la adicción y el delito bastando,

¹¹ *“Aun cuando no concurren las condiciones 1.ª y 2.ª previstas en el apartado 2 de este artículo, el juez o tribunal podrá acordar la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad no superiores a cinco años de los penados que hubiesen cometido el hecho delictivo a causa de su dependencia de las sustancias señaladas en el numeral 2.º del artículo 20, siempre que se certifique suficientemente, por centro o servicio público o privado debidamente acreditado u homologado, que el condenado se encuentra deshabitado o sometido a tratamiento para tal fin en el momento de decidir sobre la suspensión.*

El juez o tribunal podrá ordenar la realización de las comprobaciones necesarias para verificar el cumplimiento de los anteriores requisitos.

En el caso de que el condenado se halle sometido a tratamiento de deshabituación, también se condicionará la suspensión de la ejecución de la pena a que no abandone el tratamiento hasta su finalización. No se entenderán abandono las recaídas en el tratamiento si estas no evidencian un abandono definitivo del tratamiento de deshabituación”.

a tal efecto y como indica la jurisprudencia, que se acredite “*cierta influencia o repercusión en la comisión del hecho delictivo*” (entre otras, STS 809/2002, de 30 de abril). Por otro lado, el hecho de que la sentencia de condena no haya declarado probado que el acusado cometió los hechos a causa de su adicción a las drogas tóxicas, estupefacientes o sustancias psicotrópicas, y de que, consecuentemente, no haya apreciado la correspondiente circunstancia modificativa de la responsabilidad penal no es óbice para la concesión de la suspensión siempre y cuando la sentencia no haya descartado su aplicación.

b) No es necesario que se trate de delincuente primario.

c) La privación de libertad a cumplir no ha de superar los 5 años.

d) Han de haberse abonado las responsabilidades civiles derivadas del delito.

e) El sujeto debe encontrarse deshabitado o sometido a tratamiento a tal fin. Por ello, habrá de verificarse, bien la deshabitación, bien la sujeción a tratamiento a tal efecto en centro o servicio público o privado debidamente acreditado u homologado.

f) La ejecución de la pena debe valorarse como de no necesaria para evitar la comisión de nuevos delitos, estimando que la sumisión a tratamiento es suficiente para conjurar el riesgo de reiteración.

2.6.2. El pronóstico de peligrosidad por toxicomanía para la imposición de medidas de seguridad

Otro ámbito que suele requerir del auxilio pericial psiquiátrico es el de la realización del pronóstico de peligrosidad para la imposición de medida de seguridad. En aquéllos supuestos en los que en sentencia se aprecia una eximente completa o incompleta vinculada con la toxicomanía, el tribunal, a continuación, y sólo en el caso de que advierta “*peligrosidad criminal*” (art. 6 CP) en el sujeto deberá imponer una medida de seguridad de internamiento para tratamiento psiquiátrico o para deshabitación en centro público o privado debidamente homologado (arts. 101 y 102 en relación con 96.2.1ª y 96.2.2ª CP), o una medida de seguridad no privativa de libertad que puede consistir en libertad vigilada con obligación de seguir tratamiento ambulatorio o someterse a control médico periódico o la custodia familiar (arst. 106 en relación con el 96.3. 3ª y 96.3. 4ª CP). La emisión del pronóstico exige, como requisito la constatación de la previa comisión del hecho delictivo en sentencia firme, y supone la afirmación de la probabilidad de la comisión futura de nuevos delitos (art. 95.1. 2ª CP).

3. LA CAPACIDAD PROCESAL

3.1. Aspectos generales

A) Puede ocurrir que el sujeto cuando cometiera el hecho tuviera afectadas sus facultades intelectivas y volitivas, pero que ello no le impida comprender el significado y alcance del proceso, o que la anomalía fuera transitoria y dejara de existir cuando se entabló el procedimiento. Esto es, el sujeto puede ser inimputable, pero tener capacidad procesal. También puede ocurrir que no concurriera causa de exención o atenuación pero que, con posterioridad, el sujeto desarrollara algún trastorno que afectara a su capacidad procesal. Ambas situaciones pueden darse simultáneamente en un caso concreto.

En suma, mientras que la imputabilidad alude a la capacidad de entender y de querer del sujeto en el momento de comisión del hecho que se le atribuye, la capacidad procesal alude a la disposición del encausado para comprender la imputación y la acusación, seguir los actos procesales y ejercer el derecho de defensa con todas las garantías que impone el proceso debido. El derecho defensa es personalísimo y no sustituible, en principio, por fórmulas representativas

B) Los déficits de capacidad procesal pueden generar casos graves de indefensión material, pues quien carece de dicha capacidad difícilmente podrá contribuir a la labor de lograr su propia exculpación.

C) Nuestra legislación procesal penal sólo dedica tres artículos al tratamiento de la falta de capacidad procesal (arts. 381 a 383), limitándose a establecer la necesidad de que el juzgador acuerde el reconocimiento pericial del sujeto en el que aprecie un déficit de capacidad procesal, y de que acuerde el archivo del procedimiento *“si la demencia sobreviniera después de cometido el delito...hasta que recobre la salud”* (art. 383 LECrim).

La regulación deja sin abordar aspectos muy relevantes tales como de qué modo actúa en el proceso la persona encausada cuando no comprende adecuadamente el desarrollo del proceso y la patología es concomitante al hecho; qué sucede cuando el déficit psíquico es de tal entidad que el sujeto no es capaz de comprender el sentido de la imputación o acusación, las implicaciones de su situación legal y los roles de los intervinientes en el proceso, o carece de aptitud para contribuir a su propia defensa o afrontar su interrogatorio; de qué modo se coordinan las instituciones de apoyo que puedan haberse designado en la vía civil con el proceso penal en curso o qué sucede cuando no hay designada institución de apoyo en la vía civil; o qué tipo de medidas cautelares pueden imponerse en estos casos.

D) Las exigencias regulativas son inexcusables desde la firma de la Convención de las Naciones Unidas, sobre los derechos de las personas con discapacidad, hecho en Nueva York (2006). Se ha dado cumplimiento a tales exigencias, parcialmente, en el ámbito civil con la aprobación de la ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y

procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica. Pero tal traducción no ha tenido eco en el proceso penal, pese a la propuesta contenida en el Anteproyecto de LECrim de 2020, más allá de la reforma puntual del art. 109 LECrim, aplicable a las víctimas con discapacidad, y que impone la obligación de realizar determinados ajustes en el procedimiento para que puedan intervenir en él en condiciones de igualdad. En tanto se produce la reforma legal, pueden aplicarse las disposiciones de la ley 8/2021, y ciertas previsiones del Anteproyecto, que constituyen buenas prácticas ¹². En todo caso, la STC 77/2014 ¹³ es terminante a estos efectos. De la misma se sigue que la existencia de indicios de que el encausado pueda sufrir trastornos mentales que limiten su capacidad de comprensión procesal impone a los órganos judiciales un deber positivo de desarrollar la actividad necesaria para despejar cualquier duda al respecto. Lo cierto, sin embargo, es que la praxis judicial no ha sido muy permeable a estas exigencias irrenunciables, y que suele invisibilizar el problema.

E) En todo caso, y partiendo de las consideraciones precedentes, los déficits de capacidad procesal en los casos de toxicomanías pueden presentarse en aquéllos supuestos en los

¹² Vid. RAMÍREZ ORTIZ, JL (2023). “Autonomía, dignidad y libertad frente al trastorno psíquico en el proceso penal (ajustes, apoyos y medidas cautelares)” y bibliografía citada. Plan Estatal de Formación Continua 2023. Miscelánea. Colección: Cuadernos Digitales de Formación N° volumen: 1 Año: 2023.

¹³ “El deber de realizar diligencias complementarias de las estrictamente legales para despejar cualquier duda en relación con la participación de personas con discapacidad mental en el proceso penal tiene sustento, en nuestro Derecho, en el mandato del art. 9.2 CE, que obliga a los poderes públicos a promover las condiciones para que la igualdad de los individuos sea efectiva, removiendo los obstáculos que impidan o dificulten su plenitud, y se ampara en el especial deber de protección y apoyo de que gozan las personas con discapacidad. Así:

(a) El art. 49 CE establece que los poderes públicos deben amparar a los disminuidos psíquicos para el disfrute de los derechos que el título I otorga a todos los ciudadanos, entre los que se encuentran los derechos a la tutela judicial efectiva (art. 24.1 CE) y a un proceso con todas las garantías (art. 24.2 CE).

(b) La STC 10/2014, de 27 de enero, FJ 4, en relación con la interpretación y aplicación de los derechos fundamentales a las personas con discapacidad, declara que, desde la perspectiva del art. 10.2 CE, cobra una especial relevancia la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de 13 de diciembre de 2006, que parte como principio de “la necesidad de promover y proteger los derechos humanos de todas las personas con discapacidad, incluidas aquellas que necesitan un apoyo más intenso” [preámbulo, letra j)]. El art. 2 de esta Convención prohíbe todas las formas de discriminación de estas personas, entre ellas “la denegación de ajustes razonables”, entendiendo por estos “las modificaciones y adaptaciones necesarias y adecuadas que no impongan una carga desproporcionada o indebida, cuando se requieran en un caso particular, para garantizar a las personas con discapacidad el goce o ejercicio, en igualdad de condiciones con las demás, de todos los derechos humanos y libertades fundamentales”. Respecto del derecho de acceso a la justicia, el artículo 13.1 de la Convención establece que “[l]os Estados Partes asegurarán que las personas con discapacidad tengan acceso a la justicia en igualdad de condiciones con las demás, incluso mediante ajustes de procedimiento y adecuados a la edad, para facilitar el desempeño de las funciones efectivas de esas personas como participantes directos e indirectos, incluida la declaración como testigos, en todos los procedimientos judiciales, con inclusión de la etapa de investigación y otras etapas preliminares».

que el sujeto se encuentra en estado de intoxicación o bajo la influencia de un síndrome de abstinencia en el momento de realizar un acto procesal (v.gr. una declaración o incluso el acto de la vista del juicio oral). En esa situación sería necesario el reconocimiento forense y la emisión de un informe pericial sobre la capacidad para intervenir en dicho acto. También pueden presentarse en los casos de trastornos mentales vinculados a deterioros psíquicos y físicos derivados de consumos de larga duración. En tal caso, el informe debe extenderse a otros extremos que permitan identificar qué clase de actos procesales no puede comprender el sujeto y qué apoyos precisa o, en su caso, si los déficits son de tal calado que le impiden interactuar eficazmente en el proceso.

3.2. Un ejemplo extraído de la experiencia profesional

El auto 359/2024 de la Sección 7ª de la Audiencia Provincial de Sevilla (Roj: AAP SE 561/2024), desestimó el recurso de apelación que interpuso el letrado de la persona encausada contra el auto que acordó su prisión provisional, si bien ordenó, de oficio, la práctica de ciertas diligencias para clarificar su capacidad procesal. El encausado estaba siendo investigado por haber agredido, junto a un tercero, a otra persona con la que discutieron, a la que golpearon con violencia con un palo. Según resultaba de las actuaciones, el encausado era una persona en situación de particular vulnerabilidad. Natural de Marruecos, tras llegar a España siendo menor de edad fue ingresado en un centro de menores, del que salió al cumplir los 18 años de edad. Desde entonces había venido residido en la calle o casas de acogida. Vivía solo, sin familiares en España. Entre los años 2021 y 2023 fue ingresado hasta en seis ocasiones por intentos de suicidio. Según se desprendía de la documentación aportada, presentaba un elevado riesgo de suicidio, con un ingreso hospitalario en fechas próximas a los hechos. Padecía un trastorno grave de la personalidad derivado de la situación de toxicomanía y su situación de precariedad y marginalidad. Le fue pautado tratamiento farmacológico, aunque se ignora si lo mantiene. El letrado defensor solicitó en su momento la realización de un dictamen pericial, a la vista de tales patologías, diligencia denegada por el Juzgado de Instrucción, *"por considerar suficiente la documentación ya aportada"*. La Audiencia Provincial destacó que, además, de la posible afectación a la imputabilidad, debían clarificarse de oficio las dudas sobre la posible afectación a la capacidad procesal, para lo cual, con carácter previo al reconocimiento forense, se hacía preciso incorporar al procedimiento todos los antecedentes pertinentes a los efectos de la realización de tal informe, pudiendo existir ya informes en el propio centro penitenciario en el que el sujeto había sido ingresado, así como en los centros en los que estuvo ingresado cuando era menor de edad ¹⁴.

¹⁴ Según indica el auto: *"A nuestro parecer, el sistema de persecución penal vulnera lo dispuesto en el art. 2 Lecrim cuando espera a la fase de ejecución de sentencia para hacer averiguaciones a efectos de acordar una eventual suspensión de la pena al amparo del art. 80.5 CP cuando en el propio proceso declarativo pueden debatirse las cuestiones relativas a la posible*

4. ALGUNOS ASPECTOS DEL INFORME PERICIAL PSIQUIÁTRICO

4.1. Introducción

Para concluir, me referiré de forma específica a la intervención del psiquiatra en el proceso penal en los supuestos de toxicomanía cuando ha de emitir una opinión experta tanto sobre la imputabilidad como sobre la capacidad procesal y a la valoración que ha de realizar el juez sobre esa opinión. Me limitaré a abordar algunos puntos concretos, remitiéndome, por lo demás, a lo que ya se ha escrito con acierto por otros autores cualificados ¹⁵.

4.2. El juicio científico y el juicio epistémico

A) La valoración de la prueba pericial implica necesariamente dos cosas para el juez: que sea capaz de identificar las premisas empleadas por el perito para fundamentarla y de entender las inferencias realizadas a partir de dichas premisas. Si el juez del caso es incapaz de detectar tales premisas o inferencias, no podrá realizar una valoración racional de la pericia.

B) Es habitual encontrar planteamientos que entienden que el juzgador carece de capacidad para controlar y evaluar la fiabilidad de la pericia. Según el razonamiento al uso, si la prueba pericial tiene por objeto proporcionar al juez los conocimientos expertos de los que carece, éste no se encontraría en condiciones de valorar la corrección de tales conocimientos. A lo sumo, aceptará el resultado de la prueba o lo rechazará, enmascarando su incapacidad mediante el recurso a criterios estándar deductivos o subjetivos propios de la prueba testifical (v.gr. seguridad, claridad expositiva, perito oficial vs perito de parte), o a palabras rituales cuya mera enunciación parece bastar para satisfacer las exigencias de la lógica, la ciencia y la experiencia. Habrá delegado la función jurisdiccional o la habrá ejercido irrazonablemente.

incidencia de la adicción y eventuales patologías psiquiátricas asociadas en el hecho, lo que puede repercutir en la pena a imponer, y la conveniencia de adoptar, en su caso, medidas de seguridad.

Del mismo modo, nuestro modelo penal vulnera la Convención de Nueva York y la Ley 8/2021, cuando constata tardíamente en fase de ejecución de sentencia la posible concurrencia de una causa afectante a la capacidad procesal de la persona encausada.

Los órganos de la justicia penal tienen el deber institucional de evitar que ello sea así, y, por tal motivo, constatada la existencia de indicios de discapacidad, deben ordenar de oficio, en cualquier momento y fase del procedimiento las diligencias pertinentes, tal y como hacemos en esta resolución. Tales diligencias, por otra parte, deben llevarse a efecto a la mayor brevedad, por sí, a la vista de su contenido, debiera modificarse la situación personal del recurrente, de conformidad con la doctrina iusconstitucional establecida en las SSTC 217/2015 y 84/18”.

¹⁵ GUIJA VILLA, J.A (2017): “*Prueba pericial psiquiátrica en el proceso penal. Aspectos médico-psiquiátricos*”, en la obra colectiva Trastornos mentales y justicia penal.

C) Sin embargo, La aproximación al problema no puede provenir del campo del conocimiento del que es experto el perito, sino desde el ámbito de la epistemología ¹⁶. Para valorar si una pericia es o no fiable no es necesario dominar la rama del conocimiento de que se trate. El juez no formula un juicio científico, artístico, técnico o práctico. Tal juicio lo formula el perito. El juez valora si el perito basa sus conclusiones en criterios respetuosos con los estándares de racionalidad epistémica y si los aplica de manera coherente con los datos existentes en el proceso. Y dicho control puede venir facilitado por la identificación de los criterios a tomar en consideración o ítems a evaluar ¹⁷ sobre la base de la información que se proporciona en el dictamen. En definitiva, la evaluación judicial tomará en cuenta que el informe se base en informaciones probatorias relevantes y suficientes, en técnicas y procedimientos fiables y suficientemente contrastados, y en el hecho de que dichas técnicas o procedimientos se hayan aplicado de forma fiable a los hechos sobre los que versa la pericia.

4.3. El espacio del juez y el del perito en las periciales sobre imputabilidad

El informe no puede limitarse a aportar la conclusión, sino que debe incorporar todos los elementos, empíricos y argumentativos, que permiten alcanzarla. Solo de este modo se hará posible el juicio crítico sobre la corrección de la conclusión.

Por otra parte, el experto debe abstenerse de incluir en su dictamen juicios de responsabilidad sobre los hechos o personas encausadas. Como su papel es auxiliar no puede pronunciarse sobre la responsabilidad penal, ni, por tanto, afirmar si una persona es no imputable. El perito debe suministrar los elementos de juicio que permitan al juez realizar el juicio jurídico acerca de si en el caso concreto hubo o no déficit de imputabilidad.

¹⁶ Véase GASCÓN ABELLÁN, M (2024): “*El control de fiabilidad de la prueba pericial en la lucha contra el error: una tarea (y una dificultad) compartida entre el tribunal y los abogados*”, en La defensa penal: cuestiones fundamentales, coordinado por ROVATTI, P.

¹⁷ El Tribunal Supremo tiene establecido (por todas, STS, Sala 2ª, 335/2024, de 18 de abril), tiene establecido a estos efectos, la siguiente doctrina: “*El Tribunal es, por tanto, libre a la hora de valorar los dictámenes periciales; únicamente está limitado por las reglas de la sana crítica –que no se hallan recogidas en precepto alguno, pero que, en definitiva, están constituidas por las exigencias de la lógica, los conocimientos científicos, las máximas de la experiencia y, en último término, el sentido común– las cuáles, lógicamente, le imponen la necesidad de tomar en consideración, entre otros extremos, la dificultad de la materia sobre la que verse el dictamen, la preparación técnica de los peritos, su especialización, el origen de la elección del perito, su buena fe, las características técnicas del dictamen, la firmeza de los principios y leyes científicas aplicados, los antecedentes del informe (reconocimientos, períodos de observación, pruebas técnicas realizadas, número y calidad de los dictámenes obrantes en los autos, concordancia o disconformidad entre ellos, resultado de la valoración de las otras pruebas practicadas, las propias observaciones del Tribunal, etc.); debiendo éste, finalmente, exponer en su sentencia las razones que le han impulsado a aceptar o no las conclusiones de la pericia*”.

Es relativamente frecuente la existencia de pericias que directamente se pronuncian sobre la imputabilidad del sujeto, afirmando su presencia o su exclusión más o menos plena. Del mismo modo, y en correspondencia con dicho fenómeno, es relativamente frecuente la existencia de resoluciones judiciales que hacen depender la apreciación de causas de inimputabilidad de la existencia o inexistencia de tales informes.

Tal praxis no es correcta. Compete al perito identificar qué funciones psíquicas tenía afectadas el sujeto en el momento de la realización de la pericia y señalar qué funciones podría tener afectadas en el momento de realización del hecho, así como la anomalía o alteración psíquica en que cabría encuadrar tales afectaciones, conforme a las clasificaciones internacionales de trastornos mentales, la posible influencia de su situación psíquica en la motivación de su conducta y su situación actual y pronóstico de futuro, por si han de imponerse medidas de seguridad (la determinación del presupuesto biológico es clínica). Pero será función exclusiva del juez determinar si fruto de la anomalía o alteración diagnosticados el sujeto vio afectadas sus facultades intelectivas y volitivas y en qué grado, con la finalidad de apreciar la correspondiente eximente completa, incompleta o atenuante (la determinación de la consecuencia psicológica es judicial o normativa).

No debe olvidarse, en este sentido, que, en el derecho penal del hecho, lo sancionable es la acción típica, antijurídica, culpable y punible. La culpabilidad es así, esencialmente y de forma preeminente, una cualidad de la acción por más que se refiera al sujeto, por lo que su verificación es estrictamente jurisdiccional.

4.4. Fuentes de conocimiento y ampliación y actualización de las fuentes e informes

A) Como señala Guija Villa ¹⁸ los diagnósticos se realizan sobre la base tanto de información "*transversal*" del sujeto, esto es, de su estado psicopatológico en el mismo momento en el que se realiza el reconocimiento para revelar posibles alteraciones de las funciones psíquicas, como "*longitudinal*", esto es, información sobre los antecedentes de todo tipo que permitirán ajustar dicho diagnóstico a las clasificaciones internacionales de trastornos mentales. Tales antecedentes pueden provenir del propio sujeto, a través de la realización de entrevistas sucesivas; de documentos de la historia clínica, que registren las alteraciones físicas y psíquicas de su vida; de entrevistas a familiares y personas del entorno del afectado, o incluso de pruebas médicas (v.gr. toxicológicas). En ocasiones, por la propia dinámica de funcionamiento del sistema penal, sólo se dispone de la información transversal, obtenida en una única entrevista, normalmente en el contexto de una detención en el Juzgado de Guardia.

B) Es conveniente que, en tales casos, el perito, con independencia de la emisión de un primer informe, a la vista de lo que refiere el detenido y de lo que observa (v.g.r. signos de

¹⁸ GUIJA VILLA, J.A., obra citada.

venopunción), procure obtener la información longitudinal pertinente bien directamente, bien requiriéndolo del órgano judicial con la finalidad de completar y, en su caso, actualizar su informe. Debe tenerse aquí en cuenta que si de las actuaciones resultan indicios de que pudiera haber un déficit de imputabilidad o capacidad procesal, existe un deber institucional de despejar tales déficits antes del enjuiciamiento, por lo que, con independencia de las solicitudes de la defensa y de la mayor o menor colaboración del interesado, el sistema judicial debe incorporar las informaciones relevantes de oficio. Y tales indicios puede provenir de la primera entrevista o de la primera asistencia al sujeto en un centro médico tras la detención, cuya hoja figurará incorporada al atestado. Además, si se trata de sujetos reincidentes, debe recabarse testimonio de aquellos procedimientos que se hayan seguido con anterioridad para contrastar la incidencia de dichos déficits.

C) En línea con los deberes de indagación de oficio, si el sujeto no ha sido explorado, pero existen indicios de discapacidad procesal o de déficits de imputabilidad (v.gr. a la vista de su historial judicial o de otros datos) y no comparece a las citaciones que se le realizan para su entrevista, se encuentra justificada la detención judicial para la práctica de la diligencia, por tratarse de una cuestión de orden público.

D) Para facilitar el ejercicio del derecho de defensa y la evaluación crítica del informe, todas las fuentes informativas utilizadas para la emisión del dictamen deben identificarse en el informe, en el que también deben incorporarse las informaciones relevantes derivadas de esas fuentes de prueba que se han tomado en consideración para emitir las conclusiones.

E) Sobre la necesidad de actualizar los informes, en relación con la medida de seguridad de los internamientos, se ha pronunciado el Tribunal Europeo de Derechos Humanos en la sentencia dictada en el Caso MB c. España, de 6 de febrero de 2025, en la que afirma que el momento pertinente en el que debe establecerse fehacientemente que una persona padece un trastorno mental a efectos de privarla de libertad internándola en un centro es la fecha de adopción de la medida que priva a esa persona de su libertad como consecuencia de esa condición, por lo que si el informe pericial se emitió con anterioridad durante la tramitación del procedimiento, debe actualizarse en fase de ejecución.

4.5. Lagunas de información y estándares probatorios

Puede ocurrir que, por diversas razones, el informe se nutra de escasa información. En tales casos, pueden surgir dudas acerca de qué contenido debe tener el apartado de conclusiones del informe. Dadas las diferentes funciones que tienen asignadas jueces y expertos psiquiatras, los grados de suficiencia acreditativa para la toma de decisiones son también diversos. Así, es perfectamente plausible que el informe forense concluya que no existe evidencia médica de la toxicomanía o la intoxicación, pero que la resolución judicial afirme que, con todos los datos disponibles (que pueden ser los mismos) se genera una duda razonable sobre la imputabilidad, lo que, al menos, puede dar lugar a la apreciación

de alguna atenuante o incluso eximente incompleta. Ello responde al hecho de que la decisión judicial se fundamenta en el derecho a la presunción de inocencia, una de cuyas vertientes es una regla de suficiencia probatoria. Según dicha regla, si los elementos de juicio disponibles son compatibles con la hipótesis acusatoria (el sujeto no tenía sus facultades psíquicas excluidas o afectadas en el momento de los hechos) pero también con la alternativa (el sujeto tenía dichas facultades afectadas), debe optarse por la más favorable. Tal regla, como es obvio, no rige en la emisión del dictamen psiquiátrico. Con todo, convendría que el informe incluyera los elementos de juicio que pudieran prestar respaldo a una y a otra hipótesis.

4.6. Glosarios

Dado que muchos significantes provienen del lenguaje natural existen muchos términos que pueden tener un significado propio en medicina y otro distinto en derecho. Ocurre con el término “conciencia”¹⁹, que médicamente implica que la persona “*está despierta (vigil como término médico) y tiene capacidad de relación o interactuar con el entorno*”. Bajo este ángulo, un sujeto que comete un hecho delictivo bajo un cuadro psicótico estaría consciente. Sin embargo, jurídicamente, la conciencia implica también la capacidad de valorar la conducta que se ejecuta y sus consecuencias. Ello puede dar lugar a que el juez confunda la información que recibe por ignorar su verdadero significado. Normalmente, el perito, en su declaración en juicio, aclarará la cuestión. Pero puede ocurrir que no llegue a declarar, por lo que la única información al respecto será la documentada en el dictamen. Convendría, por ello, que el informe incorporara un glosario explicativo del significado de los términos empleados. Tal glosario podría estar protocolizado e incluirse en modelos de informe.

4.7. La adicción a sustancias psicoactivas

A) La doctrina ha propuesto algunos elementos que deben nutrir los dictámenes periciales proporcionando información verificable y contrastable a fin de evaluar la presencia de la toxicomanía²⁰. Así, definida la adicción como “*conjunto de síntomas cognitivos, conductuales y fisiológicos expresivos de la pérdida de control en el uso de tales sustancias que se siguen usando pese a las consecuencias adversas*”, su apreciación requiere que concurren, al menos, tres de los siguientes síntomas durante al menos un mes, o que aparezcan repetidamente durante un período prolongado: “*consumo de la sustancia más o por más tiempo del pretendido; deseo persistente de consumo o esfuerzos inútiles para suprimir o controlar el uso; dedicación de gran tiempo a conseguir la sustancia o a recuperarse de sus efectos; estado frecuente de intoxicación o de síndrome de abstinencia en el desempeño de obligaciones habituales; reducción o abandono de actividades*

¹⁹ Vid. GUIJA VILLA. Obra citada.

²⁰ Díez Ripollés, J.L. Obra citada.

sociales, recreativas o laborales a causa de su uso; uso continuado de la sustancia pese a saber que hay un problema social o sanitario ligado a su consumo; fenómeno de tolerancia notable; síndrome de abstinencia; y consumo para evitar el síndrome”.

La explicitación de los síntomas en el informe permite distinguir la adicción del simple abuso de sustancias psicoactivas (en el que hay un uso continuado pese a que se crean problemas laborales, sociales o sanitarios o un uso recurrente pese a que se crean situaciones arriesgadas, pero no síntomas de abstinencia), y graduar la gravedad de la adicción, de modo que si aparecen muchos de esos síntomas o interfieren de modo notable en la vida del sujeto cabe afirmar dicha adicción.

B) El efecto psicológico, esto es, la afectación a la capacidad para comprender el carácter ilícito de la conducta o para actuar conforme a dicha comprensión y la vinculación de la adicción con el delito, puede ser difícil de establecer si ha mediado tiempo entre el hecho y la pericia o la toma de decisión judicial. En tal caso, lo adecuado es que el informe pericial se limite a suministrar los datos de hecho relevantes que permitan al juez realizar o descartar la inferencia que posibilita conectar la adicción con el hecho.

C) Como la adicción puede graduarse y dar lugar a la apreciación de una atenuante simple o muy cualificada, cuando es especialmente intensa y repercute notablemente sobre la imputabilidad, el informe debe proporcionar los elementos de juicio que permitan establecer el grado que corresponda.

D) La adicción puede servir como elemento para otorgar la suspensión de la pena de prisión, como vimos. De no haberse llevado a cabo, con anterioridad a la sentencia, los actos de obtención de fuentes de prueba para evaluarla deberán practicarse en ejecución de sentencia. A tales efectos, y como es requisito para su otorgamiento que el penado se encuentre deshabitado o sometido a tratamiento a tal fin (art. 80.5 CP), y como es causa de revocación de la suspensión concedida el abandono del tratamiento antes de su finalización, sin que se entienda como abandono la recaída si no evidenciara un abandono definitivo de dicho tratamiento, es aconsejable que el dictamen contenga información sobre el contenido del tratamiento y el modo en que se planifica y articula.

4.8. El síndrome de abstinencia

En la misma línea señalada respecto de la adicción, la doctrina ²¹ ha identificado los síntomas de la presencia del síndrome en función de la sustancia consumida. Así: “a) *Nauseas o vómitos (alcohol, opiáceos, sedantes, ansiolíticos).* b) *Agitación psicomotriz (anfetaminas, cocaína).* c) *Ansiedad (alcohol, nicotina, sedantes, ansiolíticos, anfetaminas, cocaína).* d) *Alucinaciones (alcohol).* e) *Irritabilidad (alcohol, nicotina, sedantes, ansiolíticos,*

²¹ DÍEZ RIPOLLÉS, JL. Obra citada.

cocaína). f) *Depresión (anfetaminas, alcohol, cocaína)*. g) *Insomnio o hipersomnia (anfetaminas, alcohol, cocaína, opiáceos, sedantes, ansiolíticos)*. h) *Cansancio, fatiga (alcohol, amfetaminas, cocaína, sedantes, ansiolíticos)*. i) *Taquicardia, sudoración, hipertensión (alcohol, nicotina, sedantes, ansiolíticos)*; j) *Fiebre, diarrea (opiáceos)*; i) *Dolor muscular (opiáceos)*; j) *Temblores (alcohol, sedantes, ansiolíticos)*; k) *Convulsiones (sedantes, ansiolíticos)*. Los deterioros, por su parte, son igualmente graduales.

De ser posible, e igualmente para facilitar el ejercicio del derecho de defensa y el correspondiente control judicial, convendría incluir en los informes referencias a los síntomas apreciados en las entrevistas correspondientes o en otras fuentes documentales.

4.9. El pronóstico de peligrosidad para la imposición de una medida de seguridad

A) Cuando, como consecuencia de la concurrencia de un déficit de imputabilidad se aprecia una eximente completa o incompleta, el CP permite, como vimos, imponer una medida de seguridad privativa de libertad (internamiento en centro psiquiátrico o de deshabituación) o no privativa de libertad (libertad vigilada con tratamiento ambulatorio y custodia familiar). Ahora bien, para ello, será necesario que se aprecie la “peligrosidad” del sujeto. En esta línea, el art. 95 CP señala que tales medidas se aplicarán por el juez, previos los informes que estime convenientes siempre que concurren dos circunstancias: a) que el sujeto hay cometido un hecho previsto como delito; y b) que del hecho y de las circunstancias personales del sujeto pueda deducirse un pronóstico de comportamiento futuro que revele la probabilidad de la comisión de nuevos delitos.

Se trata, en definitiva, de prevenir la eventualidad de que la persona pueda volver a cometer la categoría de hechos por los que fue juzgado o de reproducirlos sobre la misma víctima, pues la peligrosidad no debe entenderse como estado estático vinculado en exclusiva al sujeto ²² sino como el riesgo de comisión de nuevos hechos delictivos, riesgo de naturaleza más dinámica y contextual. La cuestión relativa a qué contenidos deben tener las pericias en este caso ha sido ya abordada por la Fundación Española de Psiquiatría y Salud Mental en la publicación “Psiquiatría en el ámbito jurídico: preguntas y respuestas”, 2019, en el apartado C.2, cuyas consideraciones pueden incluirse aquí. No obstante, conviene introducir alguna reflexión adicional.

B) Un hecho futuro es un hecho que, por definición, no se puede probar en términos de verdad o falsedad de la hipótesis que lo enuncia, pues no habiendo ocurrido no es, en sentido propio, un hecho individual. Pero ello no debe llevarnos a entender que es un simple hecho estadístico y, por tanto, sólo susceptible de prueba estadística mediante estimaciones de riesgo basadas en la adscripción a grupos de población en los que se ha testado la consumación o ausencia de consumación del riesgo. A efectos de restringir

²² Lo que recomendaría abandonar el término por su naturaleza estigmatizadora.

severamente derechos, las estadísticas sobre un grupo de personas no pueden servir como prueba única sobre lo que un posible miembro de ese grupo puede llegar a hacer en el futuro.

C) La evaluación de la concurrencia del riesgo debe combinar el juicio clínico, individualizado, y el estadístico, y debe poder permitir al juzgador su análisis en términos de razonabilidad como parte del juicio de proporcionalidad en el que se basa la adopción de una medida privativa o restrictiva de derechos, particularmente la libertad.

A tal efecto, la doctrina²³ apunta la conveniencia de diferenciar entre el juicio de diagnóstico, en la que se estudian la personalidad del sujeto y sus circunstancias vitales, recurriendo a la realización de entrevistas, la obtención de informes y documentación necesaria, y el juicio de pronóstico, en la que se emite el mismo sobre la base de la información obtenida de acuerdo con métodos científicamente validados. Se suele mencionar el empleo de varios métodos: el intuitivo, basado en las apreciaciones subjetivas del juez, sin apoyo científico; el técnico, basado en procedimientos científicos; y el estadístico, basado en la aplicación de técnicas actuariales con ayuda del cálculo de probabilidades. Parece razonable descartar el método intuitivo, por su poca fiabilidad y fácil contaminación de los propios prejuicios y valoraciones de quien efectúa el juicio de peligrosidad y exigir el empleo de un método validado científicamente en el que pueden usarse, de forma complementaria, técnicas de valoración de riesgos.

D) Para la elaboración del pronóstico el punto de partida es la patología de base. El modelo legal se fundamenta en la premisa de que las causas de inimputabilidad son factores potencialmente criminógenos y de que puede establecerse que la presencia de la causa de inimputabilidad constituye un dato a favor de la posible reincidencia futura. Consecuencia de este planteamiento es que la medida de seguridad se aplica sobre dicho pronóstico, pero su duración y las condiciones de cumplimiento se hacen depender del componente terapéutico vinculado a la causa de inimputabilidad, de manera que la duración de la medida o el tipo de centro de cumplimiento se hacen depender, de forma flexible, de la evolución del tratamiento médico que constituya el contenido de la medida. La lógica es que, si el tratamiento tiene éxito, la valoración de peligrosidad es menor. La peligrosidad criminal no actúa de forma autónoma en el sistema, sino de forma inseparable con el elemento de la necesidad terapéutica. Solo así se puede justificar que la duración de una privación de libertad, por internamiento, pueda ser superior en un imputable que en un imputable (en abstracto), dadas las previsiones de los arts. 6.2 y 101.1 CP.

En todo caso, debe quedar claro que ni la peligrosidad actual (identificable en el momento en que se emite el informe y toma la decisión) ni la futura pueden fundamentarse en

²³ ROMEO CASABONA, C (1986): *"Peligrosidad y Derecho penal preventivo"*, Bosch, Barcelona, 1986.

exclusiva en la patología, por lo que el informe debe integrar todos los factores ambientales relevantes. En este sentido, Martínez Garay ²⁴ sugiere que los métodos empleados para predecir la prognosis criminal eliminan las variables dicotómicas (sí/no - positivo/negativo) sobre el individuo peligroso y prioricen las que tienen base en *“una interacción entre las propiedades del individuo y las circunstancias del entorno en el que se encuentra, por lo que la predicción de la conducta futura debe tomar en consideración también los factores ambientales, y su variabilidad”*. En todo caso, la autora destaca el problema principal de los mecanismos de predicción utilizados: el de la falibilidad, que, según indica, es todavía mayor al que presenta el azar, lo que lleva a situar las tasas de falsos positivos en torno al 70 o al 80%.

E) Por lo que atañe a las toxicomanías, Guija Villa y otros ²⁵ han puesto de relieve que la patología dual presenta un problema específico. Al combinar dicha patología dos trastornos distintos (abuso de sustancias y enfermedad mental) suele abordarse por dos redes de asistencia distintas: la de drogas y la de salud mental, lo que puede dar lugar a descoordinación y a incertidumbres sobre el tratamiento a dispensar. Ello aconseja que en los informes de imputabilidad que afronten esta patología, cuando proceda, se proponga el tipo de medida de seguridad adecuada en función del tratamiento que permitiría optimizar los recursos (internamiento para tratamiento psiquiátrico o para deshabituación, o los correspondientes tratamientos ambulatorios). Al menos, deberán emitirse dos informes: uno, durante la fase declarativa del procedimiento y, otro, en fase de ejecución y con carácter previo a la imposición de la medida, especialmente si es privativa de libertad.

4.10. La capacidad procesal

Como hemos visto, en aquellos casos en los que se aprecien motivos para sospechar que existen déficits de capacidad procesal, el juez deberá ordenar la práctica de la correspondiente pericia con la finalidad de testar si el encausado comprende el significado y alcance del concreto acto procesal y, en general, el desarrollo del proceso. Los informes periciales sobre capacidad procesal deberían incluir, al menos, información sobre los siguientes aspectos, extraídos de la práctica judicial estadounidense (casos Dusky vs. USA, 1960 y Godinez vs. Morán, 1993) ²⁶:

a) Capacidad de la persona para comprender la imputación y la acusación, incluyendo el significado legal y práctico de la misma, las implicaciones de su presente

²⁴ MARTÍNEZ GARAY, L., *“La incertidumbre de los pronósticos de peligrosidad: consecuencias para la dogmática de las medidas de seguridad”*, InDret, Revista para el Análisis del Derecho, 2/2014.

²⁵ GUIJA VILLA, J.A, RODRÍGUEZ MATARREDONDA, R, y CANSINO ADORNA, S (2013): *“Problema psiquiátrico forense de la patología dual”* en, Patología dual: aspectos jurídicos y psiquiátricos. Fundación Española de Psiquiatría.

²⁶ HERNÁNDEZ GARCÍA, J (2009): *“El inculpaado como fuente y medio de prueba”*, en 99 cuestiones básicas sobre el proceso penal. Consejo General del Poder Judicial.

situación legal y las funciones de quienes están presentes en un Juzgado o Sala de vistas, así como la capacidad para distinguir los pronunciamientos de culpabilidad e inocencia.

b) Capacidad de la persona para ayudar a su defensa, incluyendo la de describir su propio comportamiento y paradero en el momento de comisión de la infracción objeto de acusación, de interactuar de manera eficaz con las partes y de comportarse de manera adecuada en la Sala.

c) Capacidad de la persona para afrontar su propio interrogatorio, con comprensión del derecho a no declarar contra sí misma y no confesarse culpable y las consecuencias de no hacer uso de dicho derecho, así como del derecho a la última palabra, con ocasión de contradecir lo dicho por otros declarantes hasta ese momento.

d) Capacidad para prestar conformidad.

e) Cualesquiera otros extremos de interés para determinar la capacidad procesal de la persona.

El informe podría incluir la propuesta de los ajustes de procedimiento que podrían introducirse y, en su caso, las medidas de apoyo a adoptar, en cumplimiento de la ley 8/2021 y la Convención de Nueva York de 2006.

Impacto del consumo de sustancias psicoactivas en la salud de adolescentes y jóvenes

ANA GÁLVEZ ANDRÉS

Psiquiatra infantil y de la adolescencia en Clínica López Ibor. Psiquiatra Patología Dual en Clínica Mente a Mente

ADOLESCENCIA, NEURODESARROLLO Y RIESGO

Los seres humanos no nacemos con nuestras capacidades listas para ser utilizadas, están programadas en nuestro ADN y se van desarrollando en interrelación con el entorno. El concepto de epigenética determina que esta interacción con el entorno puede funcionar como un interruptor de encendido o apagado de la expresión de nuestra carga genética.

En este proceso complejo que comienza antes del nacimiento, el Sistema Nervioso Central, y, en concreto el cerebro humano, mantiene la capacidad de realizar nuevas conexiones neuronales hasta la muerte.

No obstante, existen en este proceso de neurodesarrollo, ventanas de tiempo o periodos sensibles en los cuales el cerebro es especialmente receptivo a experiencias externas y se producen cambios acelerados a nivel de estructura y neurobiología cerebral, como pueden ser las etapas perinatales, de infancia y adolescencia.

A nivel evolutivo, la adolescencia nos hace humanos pues gracias a los cambios que se producen en esta etapa, mantenemos conductas exploratorias y de aprendizaje más allá de la infancia, cosa que no ocurre en otras especies animales. Esta característica neoténica de nuestro Sistema Nervioso Central (conservar características de la infancia en la etapa adulta) implica una ventaja evolutiva para nuestra especie pues nos permite anticipar riesgos y aprovechar oportunidades: mantener la capacidad creativa y el aprendizaje en la etapa adulta implica mayores posibilidades de adaptación al entorno. De hecho, la creatividad y la cooperación social fueron el arma secreta que determinó que el *Homo sapiens* pudiese adaptarse y sobrevivir a las difíciles condiciones del medio, desplazando al *Homo neanderthalensis* en la Prehistoria. Un grupo de investigación internacional liderado por la Universidad de Granada ha encontrado un conjunto de 257 genes que diferencia al *Homo sapiens* de su homólogo Neandertal y que estarían relacionados con la creatividad, la cooperación social y una mayor resistencia a las enfermedades y el envejecimiento. Por este motivo, algunos biólogos consideran que nuestra adolescencia, la humana, es lo que ha permitido el progreso de la especie.

Es en la adolescencia, cuando a nivel cognitivo, una mejor integración de la información facilita el pensamiento transversal: una forma de resolver problemas buscando soluciones no convencionales y alternativas rompiendo patrones establecidos. También van a desarrollarse el pensamiento crítico, que permite cuestionar y analizar, aplicando la lógica y la flexibilidad cognitiva. Por este motivo los adolescentes son “expertos” en plantear debate. Este cuestionamiento les ayuda a desarrollar su identidad, además de a aprender a tomar decisiones por sí mismos.

La adolescencia supone una metamorfosis a nivel corporal, pero también a nivel del cerebro y la conducta. De hecho, el paralelismo entre la metamorfosis de los insectos y la adolescencia humana va más allá de la metáfora. Desde el Instituto de Biología Evolutiva de Valencia se investiga si los mecanismos que inician la metamorfosis de los insectos podrían revelar las claves del paso de la infancia a la adolescencia en humanos. Parece que sea necesario un índice de masa corporal o peso determinado para que pueda iniciarse la metamorfosis y esto también sería necesario en humanos, de manera que las enfermedades relacionadas con la obesidad adelantarían el comienzo de la adolescencia.

Pero ¿cuánto dura la etapa de adolescencia? Según la OMS se extiende desde los 10 a los 19 años, pero estamos asistiendo a un adelanto progresivo de la pubertad, que supone el inicio biológico de la adolescencia, debido a los cambios en la nutrición infantil. Como ejemplo, la menarquia en mujeres adolescentes se ha adelantado 4 años en los últimos 150 años. Este cambio se está produciendo a nivel mundial, aunque en relación con el nivel de desarrollo del país. Por otra parte, los cambios biológicos a nivel del neurodesarrollo cerebral no terminan hasta los 24-25 años e incluso más tarde y a nivel social también se produce un retraso en las circunstancias o hitos que marcan el paso a la etapa adulta (laborales, vivienda...). Como conceptualizamos la adolescencia tiene importancia a nivel de perspectiva y objetivos relacionados con políticas públicas de salud y leyes que se establezcan para proteger a este grupo poblacional, además de por supuesto tener implicaciones en la práctica clínica. En consecuencia, podemos esperar que algunas conductas típicamente adolescentes, también las conductas de riesgo se produzcan de forma más precoz.

¿Qué ocurre en el cerebro durante la adolescencia?

La poda neuronal (selección de conexiones neuronales más utilizadas y útiles para desarrollar capacidades de la etapa adulta) empieza ya en la niñez, pero tiene su mayor auge en la adolescencia. Este fenómeno sigue un programa genético y epigenético en el que serán muy importantes las experiencias de infancia y preadolescencia.

El proceso de mielinización consiste en recubrir las conexiones cerebrales con una vaina lipídica aislante, de forma que la información viaje de manera más rápida y eficiente y podamos realizar tareas más complejas a nivel cerebral. Este proceso comienza en la

infancia y termina a los 20-30 años, pero mantenemos mielinización adaptativa a pequeña escala y en correlación con el aprendizaje, hasta la muerte.

En el proceso de neurodesarrollo cerebral, algunas regiones o núcleos cerebrales maduran antes que otros.

La corteza prefrontal, que es la encargada del control de los impulsos, integración de información superior, interacción social entre otras, se está remodelando profundamente por lo que pierde eficacia.

En cambio, la amígdala, la región donde residen las emociones se desarrolla antes y estará hiperreactiva. También madura el núcleo estriado que impulsa al adolescente a experimentar y romper límites, siendo además el núcleo accumbens muy sensible a las descargas dopaminérgicas y, por tanto, a las recompensas y sensaciones placenteras y de valoración social del entorno.

Aunque se trate de un proceso mucho más complejo, el denominado “triángulo de la adolescencia” formado por estas estructuras sería un buen modelo explicativo de por qué los adolescentes son, en general, más impulsivos y emocionales y tienen más ganas de descubrir y experimentar o por qué el ocio y la interacción social juegan un papel tan importante en esta etapa de la vida.

En realidad, transgredir límites sería adaptativo en pos de mantener la capacidad creativa y curiosidad en la etapa adulta, como ya hemos explicado antes. El adolescente valoraría la recompensa en detrimento de los riesgos de una determinada conducta o decisión.

El refuerzo social es tan importante en esta etapa de la vida que algunos autores utilizan la palabra grupalismo para denominar a este fenómeno. Uno de los factores más estresantes para el cerebro adolescente sería estar sólo o aislado. Una situación de acoso escolar o exclusión puede impactar de manera muy intensa en el chico o chica que lo sufre por este motivo (además del dolor derivado de los daños que inflige). Contrariamente a lo que se piensa, la soledad no deseada o la sensación de que las relaciones sociales son insuficientes o insatisfactorias es una percepción creciente en los adolescentes y jóvenes de los 16 a los 29 años en España. Aunque este fenómeno no es un diagnóstico, se ha relacionado con el riesgo de desarrollar psicosis y esquizofrenia, especialmente en mujeres, y predispone en gran medida a la ansiedad y la depresión.

En resumen, si el adolescente está inmerso en un grupo social en el que se recompensan las conductas lesivas, será mucho más propenso a realizar conductas de riesgo, como consumir sustancias u otras conductas que entrañan consecuencias negativas. Sería para el joven más importante mantener la pertenencia al grupo.

¿QUÉ SUSTANCIAS CONSUMEN LOS ADOLESCENTES EN ESPAÑA?

Según la entrevista ESTUDES del 2023 del OEDA a estudiantes de la ESO de 14 a 18 años, las sustancias más consumidas son las legales, entre ellas el alcohol y el tabaco. En el caso de sustancias ilegales, la más consumida sería el cannabis.

El policonsumo, definido como el consumo de más de una sustancia, es frecuente; en un 36% de los estudiantes de la ESO está presente. En la mayor parte de los policonsumos estaría implicado el alcohol (90%), si además se añade una tercera sustancia, esta suele ser el cannabis.

Con respecto a la edad media de inicio del consumo, la más temprana sería la del alcohol (13,9), seguida por el tabaco (14,1). La edad media de inicio del cannabis se situaría casi en los 15 años (14,9). Aunque estas cifras en relación con la edad media llevan estables con ligeras variaciones desde hace ya unos años, evidencias recientes sugieren que haya podido disminuir ligeramente la edad media de comienzo de consumo. El inicio del consumo de una sustancia de forma precoz multiplica por tres la posibilidad de consumir otras sustancias. Por otra parte, las variables que influirían no coincidirían tanto con la percepción de riesgo o las expectativas sino por el consumo que se hace en casa por la familia o el de los iguales.

El OEDA ha ampliado en su última edición la entrevista ESTUDES a la franja de 12-13 años (ESTUDES piloto) en el año 2023 analizando el consumo de alcohol y tabaco, bebidas energéticas, además de recoger datos sobre apuestas online, uso del móvil y redes sociales y videojuegos.

Hay un porcentaje nada despreciable (30%) de adolescentes de esta franja de edad que ya ha consumido alcohol en el último año y sorprende que un 25% de los adolescentes precoces usen cigarrillos electrónicos y vapeadores. El uso de estos dispositivos se considera que pueda ser una nueva vía y antesala del tabaquismo y consumo de cannabis, como veremos después.

Desde la perspectiva de la prevención, debemos tener en cuenta que un adolescente que presenta una conducta de riesgo determinada, además de aumentar la posibilidad de consumo de otra sustancia, puede asociar otras prácticas peligrosas. En realidad, la aparición de una conducta de riesgo es buen marcador de que haya otras asociadas.

¿Cuál es el patrón actual de consumo de adolescentes y jóvenes?

Los adolescentes y jóvenes no tienen el mismo patrón de consumo que los adultos y tampoco que el de adolescentes y jóvenes de generaciones previas.

En el caso del alcohol no seguirían un patrón de consumo moderado y habitual típico del sur de Europa, sino que serían heavy drinkers. Es relativamente frecuente la atención en el

Servicio de Urgencias por este motivo ya que se práctica un consumo en patrón de borrachera (más en el caso de mujeres adolescentes) y de binge drinking (más frecuente en población masculina). En ambos casos, en un porcentaje alto las bebidas de alta gradación destiladas suelen mezclarse con bebidas energéticas, enmascarándose los síntomas de la intoxicación. Las bebidas carbonatadas en combinados también aceleran el paso digestivo, aumentando más la absorción del etanol. En el adolescente, factores como el menor peso, un hígado con menor capacidad de eliminación del alcohol y una mayor resistencia que los adultos a efectos que frenarían el consumo, como la sedación o la falta de coordinación motora pueden hacer más graves los efectos agudos del alcohol. La inexperiencia, la menor percepción de riesgo propia de la edad y las ganas de encajar en el grupo suman factores de riesgo a esta situación.

Los opioides suponen un riesgo importante de sobredosis, también en pacientes jóvenes. Aunque el consumo de opioides es más frecuente en pacientes adultos, también existe un porcentaje que consume estas sustancias, a veces asociada a benzodiazepinas o cannabis incluso a ambas, aumentando el riesgo de intoxicación.

Las sustancias estimulantes son las que aceleran la actividad del sistema nervioso central y suelen asociarse a espacios de ocio, música electrónica etc.

Los efectos en intoxicación aguda son aumento de la alerta, euforia, sensación de disminución de fatiga, cambios emocionales variados, alteraciones de la actividad motora, y aumento de la temperatura corporal. Los riesgos de la intoxicación pueden ser la hipertermia y arritmias y accidentes cerebrovasculares y cardíacos. En la intoxicación aguda se pueden producir cuadros psicóticos. Normalmente la modalidad de consumo suele ser de binge and crash (atracción-derrumbe).

En la abstinencia pueden producirse síntomas depresivos intensos (hay un agotamiento de los neurotransmisores) durante unos días que puede cursar con ideación suicida que deba ser atendida de urgencias.

El cannabis además de efectos perturbadores de la realidad presenta efectos depresores y en bajas dosis estimulantes y euforizantes. Algunos de los efectos van a ser sensación de relajación, aumento del apetito, euforia y alteración de la percepción del tiempo. Es una sustancia taquicardizante y produce hipotensión ortostática (bajada de tensión ante los cambios posturales).

La intoxicación de cannabis no suele suponer un riesgo vital, aunque en caso de cannabis de alta potencia o de consumir mucha cantidad se pueden producir síntomas psicóticos. Las reacciones adversas se potencian en el policonsumo. Es llamativo que ha aumentado mucho la atención en el Servicio de Urgencias a pacientes intoxicados por esta sustancia. En 2022 se registraron más casos que por alcohol y cocaína.

¿Qué expectativas tiene el adolescente y joven de las sustancias? ¿Para qué las toman?

Aunque inicialmente los primeros consumos se relacionan más con el placer y por encajar en el grupo, muchos jóvenes dicen mantener el consumo por anestesiarse emocionalmente, huir de la realidad y de los problemas, no pensar...o conseguir interaccionar y/o contactar con los demás. La presencia de sintomatología de trastorno mental previo es muy frecuente en la adicción, más allá de los efectos reforzadores del consumo que se producen en la abstinencia.

En población clínica, el consumidor joven de sustancias o paciente con un trastorno adictivo suele ser varón (80%), consumidor habitual y predominante de cannabis en alta cantidad. Le sigue de cerca el consumo de alcohol y cocaína, aunque este consumo suele ser concentrado en el tiempo o en atracón. En una proporción alta (70%) va a haber un policonsumo. El patrón del consumo de sustancias puede ser rápidamente cambiante, y suelen aparecer además de sustancias patrones adictivos comportamentales o adicciones sin sustancia. En muchas ocasiones el trastorno adictivo muestra una adicción con sustancia y otra sin sustancia asociadas, siendo dos caras del mismo fenómeno adictivo que coinciden en tiempo y en la misma persona.

Van a aparecer con diversa frecuencia autolesiones previas o mientras se consume. En muchas ocasiones las autolesiones, aunque se inician como una manera de manejar o regular la ansiedad o el dolor emocional a través del dolor físico, pueden llegar a generar cierto nivel de “enganche” tomando forma de un patrón adictivo. Se ha demostrado que en el contexto de las autolesiones aumentan las betaendorfinas en sangre, como ocurre tras consumir sustancias.

No es inhabitual que los jóvenes con adicciones exploren nuevas vías de administración o busquen experimentar nuevas sensaciones consumiendo drogas de síntesis o nuevas sustancias psicoactivas, que habitualmente pueden conseguir a través de internet.

El consumo de sustancias a una temprana edad, sobre los 10-12 años, suele ser una constante en el paciente adicto, asociando progresivamente el consumo de otras sustancias. Es muy frecuente la existencia de antecedentes familiares de consumo.

PERCEPCIÓN DEL RIESGO DE LAS SUSTANCIAS

La sustancia que los adolescentes perciben como menos peligrosa es el alcohol (aunque ha aumentado su percepción de riesgo de forma progresiva desde 2004). Desde 2010 persiste la idea del cannabis como menos peligroso que el tabaco. En general las mujeres tienen mayor percepción de riesgo de todas las sustancias que los hombres.

El alcohol es una sustancia muy normalizada, forma parte de nuestra cultura y tradición, además es muy barato y está muy disponible.

Con respecto a la percepción de riesgo del cannabis también es muy baja. Se adhiere al movimiento de que lo natural es mejor. Se considera terapéutico, rodeado de cierto halo de misticismo, a veces no se conoce bien o se minimiza que tiene potencial adictivo.

Ha aumentado su consumo mundial en un 28% en los últimos 10 años. Donde más se consume es en América del Norte, en Europa somos el segundo país que más consume por detrás de Francia.

La franja de consumidores más afectada es la de varones jóvenes por debajo de 35 años.

La presentación del consumo por otras vías, como por ejemplo el vapeo, de las cuales tenemos una imagen más naif y que son un reclamo para los adolescentes más precoces, dan la sensación de ser inofensivas, pero pueden ser una puerta al inicio del tabaquismo o también al consumo de cannabis y tener consecuencias importantes para la salud. Esta vía de administración ha sido ampliamente promocionada por las redes sociales e internet, fundamentalmente dirigida a un público adolescente.

Otra vía innovadora de consumo de cannabis, aunque minoritaria, sería el dabbing que consiste en inhalar concentrados de cannabis (aceite, disolvente) usando una pipa de agua llamada dab rig. Estos concentrados tienen niveles muy altos de THC. El proceso de fabricación se realiza con disolventes como el butano. Para ello hace falta calentarlo, con lo cual no es excepcional que durante el proceso se produzca una explosión. Si no se purga bien el butano cuando se va a inhalar el concentrado además puede ser tóxico.

La vía más popular de consumo de cannabis sigue siendo la inhalada con tabaco. Hay que decir que el cannabis que se consumía en los años 80 no tiene que ver con el que se consume actualmente, pues hay muestras que determinan que tiene hasta un 30% de potencia (cuando tiene más de un 10% de THC hablaríamos de cannabis de alta potencia).

DISPONIBILIDAD DE LAS SUSTANCIAS

Los estudiantes de la ESO de 14 a 18 años perciben como la droga ilegal más disponible el cannabis. La mayoría dice que la consigue de un amigo, familiar o conocido. Le sigue la venta a través de un camello, en una zona de ocio o festival, en una tienda Smart shop, a través de una plantación propia o en un club cannábico, y por último tan solo alrededor del 2% se consigue en internet.

No obstante, según la ONU la disponibilidad de la droga a través de internet y el narcotráfico online es un negocio creciente.

ENTORNO DIGITAL DEL ADOLESCENTE. EL MARKETING DIGITAL DE LAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS Y SU IMPACTO EN LA DISMINUCIÓN DE LA PERCEPCIÓN DE RIESGO

Si hay algo que ha venido a modificar nuestra vida son las tecnologías de la relación, la información y la comunicación. Desde la aparición de internet, las apps de mensajería y redes sociales hasta la inteligencia artificial, el ritmo de cambios e innovaciones en este sector es trepidante. Frente a ello tenemos un cerebro antiguo que, aunque aprende y se adapta al entorno, necesita tiempo para ello. Por ejemplo, el paso del ser humano de ser cazador y recolector a la agricultura y domesticación de animales implicó un periodo muy largo de la prehistoria.

En contraste a lo tecnológico, las drogas o sustancias psicoactivas son “antiguas”. No obstante, el patrón de consumo de las sustancias y la presentación de las adicciones está muy influenciado por el entorno, la cultura y la época histórica.

En varios estudios en los que se sondeaba cual era la información que los adolescentes recibían de las drogas en la familia, sorprende que la mayoría pensase que se hablaba poco o nada de ello, como si se tratase de un tema tabú. Si se hablaba del tema el tono era moralista y desde la prohibición lo que generaba mucho rechazo en los adolescentes. Esto nos podría hacer reflexionar si a pesar de que el consumo de sustancias está arraigado en la cultura de ocio de nuestra sociedad, invisibilizamos que los adolescentes puedan hacer sus primeros consumos.

Y si en la familia no se habla de las drogas o se hace tarde, ¿cuál es la primera fuente de información de los chicos?

Sin duda, los amigos e internet son la primera fuente de información de los chicos al respecto de las sustancias. La generación Z y subsiguientes son nativas digitales y han estado expuestas a las tecnologías desde el nacimiento. El acceso a la red suele ser a edades precoces exponiéndose a algunos contenidos adultos demasiado pronto. Es fácil que en este contexto accedan a webs, imágenes y reels sobre consumo de sustancias.

Varios estudios han demostrado que la publicidad online disminuye la percepción de riesgo de las sustancias en adolescentes y jóvenes, aumentando las actitudes favorables hacia su consumo, y en ocasiones influyendo en la toma de decisiones incluso antes de llegar a la edad en la que pueden consumir drogas.

La publicidad va a usar distintos medios para incrementar el interés de los chicos: consumo por otros adolescentes, imágenes glamurosas, referencias a sabores, sensaciones y efectos psicoactivos. La exposición a imágenes en algunas plataformas digitales parece repercutir en la actitud favorable al consumo. También los influencers o microinfluencer

adolescentes han demostrado tener poder sobre la percepción de riesgo en este grupo de población, incluso más que la propia información institucional.

Internet es una forma muy eficaz de llegar a potenciales consumidores. De hecho, aunque la publicidad del tabaco y del alcohol esté regulada en medios tradicionales, es fácil que se pueda hacer promociones de bebidas alcohólicas online por redes sociales siempre que se verifique la mayoría edad. Además, esta publicidad puede ser transfronteriza y gracias al big data dirigirse a un público seleccionado, como jóvenes o bebedores.

El marketing digital en torno a clubs, blogs y páginas web dedicadas al cannabis crean una cultura de consumo en internet que con facilidad llega al adolescente. Esta publicidad puede generar desinformación en torno a esta y otras sustancias psicoactivas.

Algunos sesgos que puedan influir en la publicidad de sustancias como el cannabis son:

Disponibilidad: Si los adolescentes ven de forma repetida mensajes positivos del cannabis, lo perciben como más común y menos riesgoso.

Normalización social: El adolescente cree que el consumo está más extendido de lo que realmente está.

Heurística de afecto: Relacionar productos con emociones positivas.

Efecto halo: Es natural, no puede ser malo, es terapéutico y produce bienestar.

Efecto de grupo/conformidad: Influencia de pares (amigos, influencers). Si los que sigo en redes lo consumen y lo muestran será aceptado.

Sesgo de optimismo: Sobre los efectos negativos, creer “a mí no me va a pasar” consecuencia de la sensación de invulnerabilidad propia de esta edad.

Por ello sería necesario una psicoeducación veraz en torno a cuáles son los riesgos del consumo y las estrategias que se usan en internet para promocionarlo. Es posible que el adolescente tenga ya una primera opinión formada de las drogas, pero podemos al menos alentar su capacidad de selección de la información, ante el mar de datos y desinformación de las redes sociales. En definitiva, una alfabetización mediática para hacer un consumo crítico de contenidos en las redes.

También puede ser interesante el plantear un uso beneficioso de las tecnologías en el tratamiento y prevención de las adicciones, quizá la información online es la que más llega al público joven.

Por otra parte, es necesario orientar a las familias para que puedan ayudar a sus hijos en estas situaciones. Para ello es importante visibilizar y facilitar los servicios de prevención y que puedan acudir a servicios de orientación familiar, que se forme a los profesores en las

escuelas y también a las AMPTAS. Favorecer y reforzar la comunicación familia-escuela, intentando que esto no suponga una sobrecarga excesiva en la labor diaria de docentes y familias. Puede ser favorecedor que dichos servicios facilitasen el acceso online.

Con respecto al rechazo que genera la prohibición en adolescentes, aunque los límites tienen que ser firmes y estar presentes, lo meramente punitivo no suele funcionar. Profesionales flexibles, con una formación sólida y especializada en salud mental infanto-juvenil que no hagan juicios de valor, eviten la burocracia, pueden facilitar el acceso de este grupo de edad a los servicios de prevención. La OMS hace referencia a la importancia de accesibilidad a servicios específicos para grupo de adolescentes y jóvenes denominándolos como youth friendly. También se hace hincapié en el protagonismo que los propios jóvenes puedan tener en este proceso. La percepción de eficacia del adolescente en la resolución de problemas aumenta si forma parte activa del proceso de cuidado de su propia salud.

Los programas de enlace entre salud mental infanto-juvenil y los colegios que integran el trabajo interdisciplinar de personal de sanidad y personal docente pueden ser un buen marco de trabajo para detección, intervención y promoción en salud mental de adolescentes y jóvenes. Las consultas de pediatría también pueden ser el espacio en el que poner en marcha la prevención, siguiendo las revisiones del niño sano.

DROGAS EMERGENTES Y NUEVAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Las drogas emergentes comprenden tanto las drogas de síntesis como las nuevas sustancias psicoactivas que son las que no son controladas legalmente por la Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes ni por el Convenio sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971.

Algunos conceptos relacionados son:

Club drugs: Son aquellas sustancias de síntesis asociadas al ocio nocturno, en concreto a las raves y la música electrónica. Ejemplos serían el MDMA o éxtasis, la ketamina, el GHB/GBL, el speed o metanfetamina y el 2CB o cocaína rosa (también conocido como tusi).

Legal highs: Son sustancias que no son ilegales porque no están controladas aún por las leyes de drogas. Se venden con una presentación engañosa y atractiva para adolescentes y jóvenes, e inicialmente con un uso distinto al del consumo, como incienso herbal en el caso de los cannabinoides o sales de baño en el caso de las catinonas. Normalmente son sintéticas, pero también hay sustancias naturales como el kratom, salvia divinorum y kava kava.

Research chemical: Son drogas de laboratorio o de síntesis, con el rótulo de que son de investigación, suelen venir en un sobre en el que figura un descargo de responsabilidad señalando que no son para consumo humano.

Pharming parties: Se trata de intercambiar psicofármacos de prescripción al azar a nivel grupal para experimentar los distintos efectos. Este fenómeno dificulta en ocasiones la toma de psicofármacos en un posible tratamiento posterior.

Las nuevas sustancias psicoactivas son aquellas que imitan los efectos de las drogas clásicas, pero de las cuales desconocemos su composición y gran parte de sus efectos, por lo que pueden generar consecuencias graves y contribuir a los casos de sobredosis atendidos en los Servicios de Urgencias. Son consideradas una amenaza para la salud pública.

Eluden la ley, porque son sustancias que pueden ser nuevas o no (han podido ser usadas previamente), pero no están clasificadas por los diversos convenios del país o internacionales como estupefacientes. Su recambio es muy rápido, especialmente acelerado en estos últimos quince años. Son baratas, fáciles de sintetizar en laboratorios precarios. En internet se pueden encontrar tutoriales para poder fabricarlas. Normalmente ya hay preparadas varias nuevas sustancias de cara a que puedan declararse ilegales las que ya han salido al mercado.

Internet juega un papel clave en su distribución y también en la cultura de consumo. Suelen venderse en mercados ilegales de la dark web o preferentemente por apps de mensajería con códigos encriptados. El pago se realiza en criptomonedas, por lo que es difícil seguir el rastro de este negocio.

En general, los adolescentes y jóvenes son una población diana para adquirir este tipo de productos. En concreto se trata de personas que desean experimentar nuevas sensaciones, emociones intensas y estados disociados de conciencia. Suelen consumirse en entornos de ocio, y se realiza en policonsumo. En ocasiones, son un policonsumo en sí mismas, pues hay varias sustancias en un solo comprimido. Se pueden ensayar también nuevas vías de administración. Resulta atractivo para algunos jóvenes el que den negativo en las pruebas de detección.

Son sustancias muy propensas a la sustitución y adulteración. Es el caso del tussi en España (el 2CB se usó mucho en el ambiente disco de los años 80) o cocaína rosa, que en su mayor parte ni se trata de 2CB ni de cocaína, sino de una mezcla de MDMA y ketamina.

En cualquier caso, el recambio de sustancias va a depender de las medidas legislativas, la capacidad de síntesis y la capacidad de detección de los sistemas de alerta sanitarios.

En España existe un Sistema de Alerta Temprana con el objeto de detectar y vigilar estas sustancias. En la Comunidad de Madrid se ha establecido un protocolo para poder detectarlas en los Servicios de Urgencias.

En EE. UU. estas sustancias, al menos parte de las más notificadas, se estudian con el ánimo de conocer sus efectos y también si de ellas se pudiesen derivar usos médicos.

La nueva sustancia más notificada en 2024 al SEAT fue la ketamina, un fármaco sintético que en dosis altas es una droga disociativa (sensación de desapego de la realidad, o de la mente del resto del cuerpo, “estar flotando”) con potencial alucinógeno. Puede producir desde una intensa euforia y sensación de conexión emocional hasta angustia y confusión. Está aprobado su uso como anestésico en animales y humanos y tiene potencial analgésico. La esketamina, un derivado de este compuesto es un fármaco que se usa en depresión resistente cuando otros fármacos no han funcionado.

Como grupo, las sustancias más notificadas al SEAT en el 2024 fueron las catinonas sintéticas, también conocidas como sales de baño. Imitan los efectos de una sustancia estimulante presente en el khat, un arbusto del norte de África. Poseen efectos entre estimulantes y entactógenos (nos conectan con los demás). Se consumen en entornos de ocio, muchas veces vendiéndose como MDMA. Pueden ser consumidas por diversas vías de administración, masticada, fumada, e intravenosa. La más conocida es la 4MMC o mefedrona, sintetizada en 1929. Fue declarada ilegal en 2011. Escasea actualmente en el mercado siendo la 2MMC (todavía no controlada) y la 3CMC las que más se han notificado. Estas dos últimas se venden en ocasiones como mefedrona.

Otro mercado en auge desde hace unos 15 años es el de los cannabinoides sintéticos, conocidos genéricamente como spice. A nivel europeo son las sustancias psicoactivas más vigiladas. Imitan los efectos del cannabis, de ahí su nombre, aunque son mucho más potentes. Se adultera el cáñamo, se impregna el papel de liar (papel de Holanda), también lo podemos encontrar en líquidos para vapear y en comestibles como gominolas y en forma de té.

Van a producir relajación, taquicardia, ansiedad, náuseas, vómitos. Como efectos graves, pueden producir Trastorno Psicótico y sobredosis que puedan llegar a ser letales. Este es el caso de ADB butinaca, vendida en España como un líquido de vapeo verde.

Los cannabinoides semisintéticos son sustancias que se pueden encontrar en pequeñas cantidades en el cannabis. Son derivados del CBD en su mayoría, pero también del 9-delta-THC. Pueden encontrarse en tiendas de cercanía (grow shops, tiendas de CBD) o internet. La presentación es en forma de gominolas y también líquido para vapear. Es el caso del HHC (hexahidrocannabinol) que es ilegal desde abril del 2025 y que provocó 14 intoxicados en Madrid y Barcelona durante el 2024, ingiriéndose en forma de gominolas.

Una presentación tan atractiva en comestible implica una exposición que puede ser accidental con facilidad y además afectar a público infantil. La vía digestiva es más impredecible, podemos tardar más en notar los efectos por lo que es posible que consumamos una mayor cantidad y haya más riesgos de intoxicación.

En relación con el vapeo, aunque inicialmente pudo ser una alternativa a los cigarros tradicionales, en los adolescentes representa una nueva vía de acceso al consumo. La realidad es que, al ser agua vaporizada, se toleran cantidades mucho mayores de nicotina que en el tabaco fumado, pues resulta mucho menos irritante, así la instauración de la adicción es más rápida. En otros casos se añaden saborizantes y espesantes como el acetato de vitamina E, bien a la nicotina, bien a productos relacionados con el cannabis. El vapeo se ha relacionado con casos de lesión aguda de pulmón en individuos jóvenes que han requerido ingreso médico y en UCI, en ocasiones con resultado mortal.

Por último, nombrar el grupo de los nitazenos. Se trata de opioides sintéticos, algunos de los cuales son más potentes que el fentanilo. Pueden producir rápidamente sobredosis, depresión respiratoria y muerte por lo que son extremadamente peligrosos. El observatorio de drogas europeo lo ha relacionado con más de 200 muertes en Europa hasta diciembre del 2024, aunque se desconoce su extensión exacta ya que son difíciles de detectar. Aunque las poblaciones que más peligran son los consumidores de heroína y opioides, en Australia ya ha sido detectado sustituyendo al MDMA en contextos de ocio.

¿QUÉ RIESGOS SUPONE UN CONSUMO DE SUSTANCIAS EN LA ADOLESCENCIA?

Las repercusiones del consumo de sustancias en el adolescente están fundamentalmente relacionadas con la salud mental y el ámbito social, aunque también se asocian y repercuten en otros ámbitos de la salud, como puedan ser la salud sexual, la nutrición y el sueño.

En los últimos diez años desde la OMS se ha puesto el foco en la promoción de la salud de este grupo poblacional: el adolescente y el adulto joven. Los trastornos mentales, el suicidio, así como la salud sexual y reproductiva, la nutrición y la obesidad son también ámbitos de prevención relevantes en adolescentes y jóvenes y se subrayan como problemas que amenazan el bienestar de la población joven en el presente y futuro más inmediato.

No solemos encontrar repercusiones físicas tan importantes como el cáncer, los problemas cardiovasculares asociados al consumo de alcohol y las otras drogas que se ven ya en el adulto. No obstante, como influyen en el estilo de vida, pueden predisponer a dichas enfermedades más si aparece un consumo problemático o trastorno adictivo. Es notable que desde 1990 existe un aumento de la incidencia de cáncer en personas menores de 50 años, precisamente en relación con el estilo de vida.

Tampoco suelen verse síndromes de abstinencia graves por alcohol u otras sustancias porque el patrón de consumo no suele ser el del bebedor habitual ni llevan tanto tiempo de consumo de la sustancia. En el caso del cannabis que si se consume de forma habitual es posible ver un síndrome de abstinencia en el que destaca la ansiedad e irritabilidad, falta de apetito e insomnio.

Repercusiones en el ámbito de la Salud Mental

Trastornos Adictivos en el paciente adolescente y joven.

La adicción o trastorno por consumo es un trastorno mental en el que van a ser importantes los factores biológicos (genética, sexo, trastorno mental) pero también van a influir los factores de riesgo ambientales como la adversidad temprana en la infancia (abusos, hogar caótico, experiencias de acoso escolar), el consumo de los padres y su actitud hacia este, la relación con iguales (bullying) y la actitud de la comunidad, así como un pobre desempeño escolar.

También van a ser importantes cuales son los efectos de droga en nuestro organismo y nuestro cerebro (son distintos según la persona), la vía de administración, la disponibilidad y el coste económico de la sustancia.

Estos factores van a influir en los mecanismos de recompensa del cerebro, y finalmente pueda desarrollarse un trastorno adictivo.

El circuito de recompensa es una red de circuitos neuronales en el cerebro que se activa cuando sentimos placer, motivación y satisfacción; además, está implicado en el aprendizaje y la creación de hábitos. Se relaciona, a su vez, con el control del dolor físico y emocional. A nivel evolutivo, sirve para mantener o recompensar conductas ligadas a la supervivencia, como comer, la conducta sexual y reproducción o el cuidado, y las relaciones sociales.

Cuando este sistema se expone al consumo repetido de sustancias, o a comportamientos susceptibles de ser adictivos (adicciones sin sustancia), se va hiperestimar, produciéndose grandes descargas de dopamina, de manera que va a ser menos sensible (receptores de dopamina a la baja) a las recompensas naturales (podemos perder interés por estar con gente, por hacer deporte, por ocio saludable, por comer...) generándose un estado emocional negativo (de falta de motivación, aburrimiento) que refuerza todavía más hiperreaccionar ante estímulos relacionados con el consumo. A nivel del córtex prefrontal o la parte más racional del cerebro también disminuirá la dopamina de manera que ejercemos menos control a este nivel. En este sistema va a estar implicada la dopamina (las drogas estimulantes producen descarga directa) pero también el sistema endocannabinoide (el cannabis actúa de forma directa sobre este sistema, aunque se activa de forma indirecta la producción de dopamina igualmente), y el opioide (donde actúan los fármacos opioides ...).

Puesto que como hemos expuesto previamente, el sistema de recompensa es mucho más sensible en el periodo de adolescencia en relación con cómo se produce la maduración cerebral, la exposición a sustancias en esta etapa implica que la conducta se repita más fácilmente.

Cuanto más precoz sea el consumo más posibilidades de que se establezca un trastorno por consumo de sustancias o adicción, sobre todo si es por debajo de los 15 años. Por tanto, retrasar la exposición a sustancias (si no se consigue evitar) puede reducir el riesgo de desarrollar un trastorno adictivo. Las sustancias que más se consumen son las legales, el alcohol y tabaco. En los trastornos por consumo de cannabis, van a ser factores de riesgo, ser hombre, joven y consumir cannabis de alta potencia (por encima de un 10% de THC).

Según nuevos hallazgos, el uso de sustancias con potencial adictivo puede impulsar una mielinización “desadaptativa” (neuroplasticidad asociada al aprendizaje) del circuito de recompensa del cerebro, lo que puede reforzar el comportamiento de búsqueda de sustancias.

Una de las estrategias de cara a la prevención de las adicciones sería además de la psicoeducación universal y multinivel desde la infancia, la detección de casos de riesgo. Como ya sabemos los posibles consumidores problemáticos inician el consumo de forma precoz, sobre los 10-11 años. La detección en consulta e intervención precoz en primeros consumos podría frenar la escalada al resto de sustancias. Ya que los cuestionarios para adultos no son adecuados para niños la guía del NIHA recomienda empezar preguntando si consumen los amigos para evitar culpabilizar al niño y después preguntarle a él. Se deben aclarar temas de confidencialidad con el menor y los padres.

IMPACTO A NIVEL DEL NEURODESARROLLO CEREBRAL

Como hemos explicado previamente el cerebro está en un momento de desarrollo sensible y por tanto va a ser más vulnerable en muchos aspectos. Se van a observar cambios morfológicos y funcionales en el contexto del consumo de sustancias.

Casi todas las sustancias van a provocar problemas en la conectividad (mielinización) e integración de las distintas áreas cerebrales.

En términos de repercusión funcional pueden provocar dificultades de la atención, aprendizaje, memoria, procesamiento visoespacial y control ejecutivo (toma de decisiones) y aumentar la impulsividad y riesgo de conductas desadaptativas.

Un estudio en primates determinaba que el binge drinking adolescente puede reducir la neurogénesis en el hipocampo, afectando a la renovación de neuronas.

El cannabis también va a producir un efecto de adelgazamiento de la corteza prefrontal. Y su consumo en la adolescencia afecta al cerebro a través de la activación de los receptores cannabinoides tipo 1 (CB1), que están altamente expresados en regiones como corteza prefrontal, hipocampo y amígdala. La poda sináptica y el desarrollo de la sustancia blanca pueden ser alterados de forma directa por el THC.

Un estudio de casi 10.000 adolescentes financiado por el NIH ha detectado diferencias estructurales en el cerebro de aquellos que iniciaron el consumo antes de los 15 años en comparación con quienes no lo hicieron. Muchas de estas diferencias parecían existir ya en la infancia.

PATOLOGÍA DUAL

Denominamos patología dual a la coexistencia de una adicción y otro trastorno mental.

Existe una prevalencia muy alta tanto de uso de sustancia en pacientes de salud mental como de trastorno mental en población adicta.

Existen varias hipótesis explicativas para esta asociación.

Vulnerabilidad común: aparecen como dos trastornos independientes con factores de riesgo comunes, entendiéndose ambos como trastornos del neurodesarrollo.

Los individuos con trastorno mental o vulnerables tienen más probabilidad de desarrollar una adicción/uso problemático de las sustancias, y a su vez como las sustancias son psicoactivas, sus efectos pueden empeorar, desencadenar síntomas o trastornos.

El trastorno por uso de sustancias induce o desencadena otros trastornos de salud mental, especialmente cuando hay vulnerabilidad.

En Centro de Día para adolescentes y jóvenes con adicciones encontramos un 100% de patología dual, siendo la depresión y ansiedad la patología más prevalente (30%), seguida del TDAH (20%), de los trastornos psicóticos (12%) y de los Trastornos de Personalidad (10%).

En el caso del TDAH casi en su totalidad han sido diagnosticados previamente al trastorno adictivo y los síntomas de desajuste han comenzado antes del consumo. El TDAH multiplica por tres la posibilidad de presentar un problema de adicción a sustancias. Muchos jóvenes abandonan el tratamiento psicofarmacológico antes de llegar a la adolescencia con lo que son más susceptibles de presentar un trastorno por consumo, más todavía si existen trastornos de comportamiento además del TDAH.

En el caso de los trastornos psicóticos encontramos que son varones, con una prevalencia de consumo de cannabis del 85%, aunque en la mayoría de las ocasiones hay también un policonsumo.

Según un metaanálisis de reciente publicación, algunas personas con trastornos depresivos y de ansiedad están más predispuestas a consumir sustancias psicoactivas. En jóvenes y adolescentes consumidores de cannabis se multiplica por dos el riesgo de padecer ansiedad y depresión y por cuatro en el caso de los consumidores de alcohol. Hay también una mayor asociación con trastorno bipolar, así como más ideas e intentos de suicidio entre consumidores.

No obstante, determinan que los mecanismos y la causalidad no están claros todavía.

Existe una asociación sólida entre consumo de cannabis y trastorno psicótico. A mayor frecuencia de consumo, más riesgo de trastorno psicótico. Se multiplica por cinco el riesgo de trastorno psicótico en consumo de cannabis de alta potencia y por dos en consumo de cannabis de baja potencia. Estudios genéticamente diseñados determinan que existe efecto causal del cannabis.

IMPACTO DEL CONSUMO EN SALUD SEXUAL

Actualmente las infecciones de transmisión sexual son un problema de salud pública en todo el mundo, también en España, que ha crecido especialmente de forma exponencial en adolescentes y jóvenes menores de 25 años. Es en contexto recreativo nocturno cuando se suelen asociar las conductas de experimentación sexual y el consumo de sustancias.

Un 17% de chicas y un 22,1% de chicos adolescentes reconocen consumir alcohol (asociado a bebidas estimulantes en el 50% de los casos) para ligar más, el cannabis se asocia cada vez más al aumento del deseo y el placer sexual. Incluso hay un movimiento cannasexual, en el que se dice el cannabis pueda ser facilitador en la mejora de la calidad de relaciones sexuales. En general, los efectos de las sustancias se asocian a un supuesto disfrute de la vida sexual y los adolescentes y jóvenes pueden realizar un uso sexualizado de estas.

La prevalencia de relaciones sin preservativo se sitúa en el 16,9 %, manteniendo una tendencia creciente respecto al 16,3 % registrado en 2021. Se incrementa en todos los perfiles de consumidores de sustancias; especialmente entre los usuarios problemáticos de cannabis y cocaína, donde la cifra de relaciones no protegidas alcanza el 60 %. El acceso precoz a la pornografía a través de internet, sumado a las dificultades de los adolescentes para acceder a servicios sanitarios, refuerza la necesidad de prevenir las infecciones de transmisión sexual (ITS) en este grupo. Dentro de este colectivo, los consumidores de

sustancias constituyen un subgrupo de mayor vulnerabilidad. En esta franja de edad existe una mayor incidencia de complicaciones agudas y secuelas crónicas derivadas de las ITS, cuyo impacto económico por morbilidad es significativo y continuará en ascenso debido a complicaciones como la infertilidad, procesos oncológicos o el avance de enfermedades como el VIH.

Alcohol, tabaco, cannabis y otras sustancias disminuyen la fertilidad en hombres y mujeres empeorando la calidad ovocitaria, así como el recuento espermático. Se han encontrado marcas epigenéticas en espermatozoides que podrían influir en la salud de los futuros hijos.

IMPACTO EN NUTRICIÓN, ALIMENTACIÓN Y SUEÑO

La adolescencia es una ventana para la programación metabólica y para la promoción de la salud a corto, medio y largo plazo. Los hábitos nutricionales instaurados en la adolescencia tienden a mantenerse en la edad adulta, a su vez esto repercute también en la programación de generaciones futuras.

Los adolescentes crecen en un entorno muy distinto al de generaciones previas, persistiendo el déficit de micronutrientes, junto con un aumento del sedentarismo y la obesidad.

Aquellos con mayor prevalencia de consumo de sustancias psicoactivas presentan patrones dietéticos desfavorables, consumo de alimentos ultra procesados, snacks hipercalóricos y abandono de hábitos saludables como el deporte.

El alcohol, consumido de forma crónica y también episódica, puede producir un desplazamiento de micronutrientes y, debido al aporte calórico, favorece la obesidad. La dificultad para absorber sustancias como el calcio y la vitamina D puede producir que no se alcance la densidad ósea máxima necesaria a esta edad (antes de los 20 años), favoreciendo la osteoporosis y las fracturas óseas en un futuro.

En el patrón de binge drinking se mezcla con frecuencia con bebidas estimulantes. Estas bebidas son cada vez más consumidas por adolescentes y jóvenes de forma diaria, y debido a su contenido en azúcares, están implicadas en la aparición de resistencia a la insulina, obesidad y en general síndrome metabólico, que determina un riesgo cardiovascular y de diabetes más alto.

Varios estudios avalan la relación entre consumo de alcohol, bebidas energéticas con aumento del índice de masa corporal y sobrepeso y obesidad.

La Asociación Española para el Estudio del Hígado advierte sobre el daño que causa el "binge drinking" o consumo de atracón, especialmente en jóvenes, debido a su impacto

perjudicial. El consumo excesivo de alcohol puede provocar enfermedades hepáticas como la esteatosis (hígado graso) y la hepatitis alcohólica. La AEEH y otras entidades sanitarias alertan del aumento de estas patologías, subrayando que el único tratamiento eficaz es la abstinencia total del alcohol. Manifiestan que en las próximas décadas la cirrosis puede aumentar sobre todo en las mujeres.

Cada vez es más frecuente encontrar casos de cirrosis en personas menores de 30 años, tanto por motivos de dietas poco saludables como por consumo de alcohol. Según un artículo de The Lancet, se prevé que el carcinoma hepático aumente en un 50% en estos próximos años si no se previene adecuadamente.

A pesar de que el consumo de cannabis conduce a una mayor lipogénesis, y está relacionados a nivel del Sistema Nervioso Central con un aumento de apetito, no se ha podido relacionar el cannabis con un aumento de peso en la edad adulta, aunque si con una disminución importante de la actividad física y un aumento de alimentos de mayor palatabilidad en la dieta.

Se ha relacionado el cannabis con eventos cardiovasculares e ictus, así como problemas respiratorios, como bronquitis. En ambos casos no sabemos hasta qué punto pueda influir el consumo de tabaco.

Existe un interés creciente de la comunidad científica en como la nutrición y el ejercicio físico se relacionan con la salud mental, tanto a nivel preventivo como herramienta de tratamiento.

Con respecto al sueño, algunas sustancias facilitan la conciliación, pero van a modificar su arquitectura (sobre todo el sueño REM) con lo que el descanso no va a ser reparador. En consumidores crónicos de cannabis aparecen sueños y pesadillas muy vívidos e insomnio de rebote en síndrome de abstinencia. Existe asociación bidireccional entre el sueño y algunos trastornos mentales, como la depresión.

IMPACTO EN EL ÁMBITO EDUCATIVO

Aunque el pobre desempeño escolar es un factor de riesgo para presentar una adicción, el consumo de sustancias puede empeorar a su vez este desempeño.

El consumo de cannabis disminuye el CI, sobre todo a nivel verbal, teniendo un efecto negativo en el rendimiento en la edad adulta.

También una exposición temprana al alcohol empeora varios parámetros cognitivos implicando un impacto negativo en el rendimiento adulto.

El cannabis y otras sustancias disminuyen la motivación, producen apatía y falta de objetivos vitales.

La falta de motivación puede contribuir al pobre desempeño escolar incluso con más intensidad que el empeoramiento de las capacidades cognitivas

Se ha demostrado una relación importante de las drogas con el absentismo escolar, que puede ser la antesala del abandono escolar precoz.

CONSUMO DE SUSTANCIAS Y CONDUCTAS DISRUPTIVAS

Factores que tienen relación con las conductas disruptivas o la violencia pueden ser a su vez factores de riesgo de consumo de sustancias, como rasgos de personalidad impulsivos, búsqueda de experimentación, así como antinormatividad y pertenencia a grupos no prosociales (bandas). Hoy en día el perfil de pacientes con adicciones, al menos en la franja de jóvenes, no se relaciona únicamente con grupos de exclusión, marginalidad y pobreza, sino que afecta a todas las clases sociales.

Alcohol y anfetaminas son las sustancias que más se relacionan con agresividad física tanto en contextos de población clínica como contextos sanitarios y de urgencias.

Tanto el síndrome de abstinencia como la intoxicación puede influir en que el adolescente y joven se implique en conductas desadaptativas. También la presencia de psicopatología junto con el consumo de sustancias puede derivar en más trastornos de conducta. Hay que aclarar que la población con trastorno mental comete menos delitos que la población general, pero esto cambia si hay consumo de drogas.

En concreto, en consumidores crónicos de cannabis, hay mayor riesgo de violencia física si va asociado a trastorno mental grave.

El tratamiento de las adicciones va a mejorar esta perspectiva.

En cualquier caso, las sustancias van a generar también un deterioro de las relaciones familiares, de pareja y con iguales de los adolescentes y jóvenes.

El alcohol y las sustancias van a estar relacionados con una mayor prevalencia de acoso escolar y ciberacoso. En muchos casos lo han sufrido como víctimas, pero pueden, en ocasiones, participar activamente como victimarios, perpetuando dinámicas violentas. En el perfil de pacientes atendido en centro día se suele observar más que la violencia física, agresividad verbal y discusiones con la familia, pareja y amigos. También suelen presentar actitudes de violencia verbal en internet (haters, trols...).

ACCIDENTES DE CIRCULACIÓN

La sustancia más relacionada con los accidentes de tráfico va a ser el alcohol en todas las franjas de población. En menores de 35 años, además del alcohol las drogas más relacionadas van a ser el cannabis seguido de la cocaína. El deterioro producido por el cannabis en la capacidad de conducir es más difícil de determinar y puede ser distinto en consumidores crónicos. Como es una sustancia que tarda en eliminarse es difícil medir el verdadero impacto que tiene en la conducción cuando lo encontramos en fallecidos. La conducción y el consumo de cannabis son incompatibles y quizá se debería hacer hincapié a nivel de campañas preventivas en este hecho, pues a veces los jóvenes no asocian que consumir cannabis y conducir implique un gran riesgo de accidente.

CONCLUSIONES

La adolescencia y la juventud son una etapa crítica para iniciar el consumo de sustancias.

El patrón de consumo de adolescentes y jóvenes difiere del de los adultos y de otras generaciones previas. El cannabis se consume diariamente y en altas cantidades, otras sustancias siguen un patrón de atracón o binge and crash.

El consumo impacta en el estilo de vida y se asocia con otros ámbitos de salud del adolescente, como el de la salud mental.

Hay una baja percepción del riesgo del cannabis y del alcohol y una gran accesibilidad en población adolescente.

Internet es la principal vía de difusión para la cultura de consumo de las sustancias en el adolescente.

Las nuevas sustancias psicoactivas son una amenaza para la salud pública, suponen un reto para la ciencia y a nivel legal.

La Educación en adolescentes sobre el consumo de sustancias es una estrategia útil y coste-efectiva de prevención de adicciones, pero debe iniciarse de forma precoz.

La detección e intervención precoz de primeros consumos (que se producen en la línea que separa la niñez de la adolescencia) puede reducir el riesgo de desarrollar ADICCIÓN.

BIBLIOGRAFÍA Y REFERENCIAS

1. Bueno David. El cerebro del Adolescente. Editorial Debolsillo. Año 2024.
2. Bueno i Torrens, D. El cerebro adolescente: época de cambio y de transformación. *Adolescere* 2023; XI (2): 78-83.
3. Chafino S, Salvia R, Cruz J, Martín D, Franch-Marro X. TGF β /activin-dependent activation of Torso controls the timing of the metamorphic transition in the red flour beetle *Tribolium castaneum*. *PLOS Genetics*. 2023 Nov 27;19(11): e1010897.
4. Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D, Patton GC. The age of adolescence. *Lancet Child Adolesc Health*. 2018 Mar;2(3):223-228. doi: 10.1016/S2352-4642(18)30022-1. Epub 2018 Jan 30. PMID: 30169257.
5. ESTUDES 2023. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2023. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad.
6. ESTUDES Piloto 12-13 años 2023 Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Informe 2023. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España. Madrid: Ministerio de Sanidad.
7. Rial Boubeta, A, Golpe S, Barreiro C, Gómez P, Isorna Folgar M. La edad de inicio en el consumo de alcohol en adolescentes: implicaciones y variables asociadas. *Adicciones* 2020. Vol. 32 Núm. 1 (2020).
8. Monográfico de cannabis 2025. Consumo y consecuencias. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, 2025. 134p.
9. Monografía sobre alcohol 2024. Consumo y consecuencias. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, 2024.
10. Clasificación de las sustancias psicoactivas según la Organización Mundial de la Salud. CIE-11. Clasificación Internacional de las Enfermedades. 11.a.Revisión.
11. Blasco Fontecilla. Stairway to Heaven: NSSI as an Adicction. *The Oxford Handbook of Nonsuicidal Self-Injury*. 2024. Oxford University Press.
12. Moreno, C. Rivera.F, Sánchez-Queija,I. La adolescencia española analizada desde el Estudio HBSC-2025: estilos de vida, contextos de desarrollo y bienestar emocional. Ministerio de Sanidad.
13. Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes. (2024). Informe Anual 2023.Naciones Unidas.

14. Gansner M., et al. Exploring relationships between social media use, online exposure to drug-related content, and youth substance use in real time: a pilot ecological momentary assessment study. *Frontiers in Child and Adolescent Psychiatry*, 2024.
15. Moreno M. A., et al. Adolescents' Views on Preventing Youth Cannabis Marketing. *J Stud Alcohol Drugs*. 2023. Oct 15; 84(5):684-692.
16. Vassey J., et al. E-Cigarette and Cannabis Social Media Posts and Adolescent Use. *Jama Network Open* 2025;8(6) e2527611.
17. ¿Puede la Inteligencia Artificial aprender el lenguaje de la adicción? Entrevista a Brenda Curtis, por Stacy Lu, redactora científica del NIDA.2023.
18. Dolengevich-Segal, H., Rodríguez-Salgado, B., Gómez-Arnau, J., Rabito-Alcón, M. F., y Correas-Lauffer, J. (2014). Psychoactive substance use in the Internet era. *Revista de Patología Dual*, 1, 3-9.
19. Información básica sobre nuevas sustancias psicoactivas. UNDOC. 2013.
20. Informe 2025. Sistema Español de Alerta Temprana (SEAT 2014-2024) Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, 2025.
21. <https://energycontrol.org/>
22. Cannabinoides sintéticos. Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones. Madrid: Ministerio de Sanidad. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional Sobre Drogas, 2025.
23. Situación mundial de alcohol y la salud y el tratamiento de los trastornos relacionados con el consumo de sustancias. Organización Mundial de la Salud. Junio 2024.
24. NIDA.NIH.GOV | Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas de Estados Unidos
25. Miller AP, Baranger DAA, Paul SE, et al. Neuroanatomical Variability and Substance Use Initiation in Late Childhood and Early Adolescence. *JAMA Netw Open*. 2024;7(12): e2452027. doi:10.1001/jamanetworkopen.2024.52027.
26. Yalcin, B, Pomrenze, MB, Malaco, K, Drexler,R, Rogers, A.E., Shamardini, K, Chau, I.J., Taylor, KR, Ni,L, Congtreras-Esquivel, D, Malenka, RC and Monje, M. Myelin plasticity in the ventral tegmental área is required for opioide reward. *Nature*.2024 ;Vol.630. No.8017,677-685.
27. Socodato,R, Henriques, J.F.; Portugal, C.C, Almeida, T.O., Tedim- Moreira, J, Alves, RL, Canedo,T., Silva,C, Magalhaes, A. Summavielle, T. y Relvas, J.B. Dayli alcohol

- intake triggers aberrant synaptic pruning leading to synapse loss and anxiety-like behavior. *Sci Signal* 2020;13 (650): eaba5754.
28. Sun D, Adduru, VR, Phillips, R.D et al. Adolescent alcohol use is linked to disruptions in age-appropriate cortical thinning: an unsupervised machine learning approach. *Neuropsychopharmacol.* 48, 317-326 (2023).
 29. Brocato, E.R.; Easter, R, Morgan, A, Kalkani, M, Lee, G, Wolstenholme, J.T. Adolescence binge ethanol impacts H3K9me3-occupancy at synaptic genes and the regulation of oligodendrocyte development. *Frontiers in Molecular Neuroscience*, 17, 1389100.
 30. Ayrac, É.-L., Peres, R., Chen, J.-F., Le Franc, B., Sarrazin, N., Roger, M., Lacroix, C., & Krebs, M.-O. (2018). Adolescent exposure to Δ^9 -tetrahydrocannabinol alters the transcriptional trajectory and dendritic architecture of prefrontal pyramidal neurons. *Nature Neuroscience*, 21(9), 1263–1274. <https://doi.org/10.1038/s41593-018-0202-6>.
 31. Albaugh, M. D., Potvin, S., Lebel, C., Brewerton, T. D., Liu, J., & Paus, T. (2021). Cannabis use in adolescence may alter development of cerebral cortex: Longitudinal MRI study, *JAMA Psychiatry*, 78(9) 1012–1020. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2021.1405>.
 32. Armijo, J. A., Castañeda, P., & Barrientos, M. (2024). Cannabis, endocannabinoids and brain development: From embryogenesis to adolescence. *Cells*, 13(22), 1875.
 33. Hoch, E., Volkow, N. D., Friemel, C. M., Lorenzetti, V., Freeman, T. P., & Hall, W. (2024). Cannabis, cannabinoids and health: A review of evidence on risks and medical benefits. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 275(2), 281–292.
 34. Informe 2022 sobre Vigilancia de Infecciones de transmisión Sexual (ITS) en España. Ministerio de Sanidad- Instituto Carlos III.
 35. Cosma A, Abdrakhmanova S, Tautad, Schrijvers, K, Catunda C, et al. A focus on adolescent sexual health in Europe, central Asia and Canada: Health behaviour in School-aged Children international report from 2021/2022 survey. 2023 World Health Organization.
 36. Duval, C, Wyse, B.A.; Fuchs Weizman, N et al. Cannabis impact female fertility as evidenced by *in vitro* investigation and a case-control study. *Nat Commun* 16, 8185 (2025).

37. Sancho Velasci MJ, Esbert M. Efectos del estilo de vida y determinados compuestos tóxicos sobre la fertilidad masculina. *Medicina Reproductiva y Embriología Clínica* 2019.
38. Markon A, Ming D, Chavarro J, Wolpert BJ. Demographic and Behavioural correlates of energy drink consumption. *Public Health Nutr.* 2022 Oct 10; 26(7):1424-1435.
39. Chan, S. L., Sun, H. C., Xu, Y., Zeng, H., El-Serag, H. B., Lee, J. M., Schwartz, M. E., Finn, R. S., Seong, J., Wang, X. W., Paradis, V., Abou-Alfa, G. K., Rimassa, L., Kao, J. H., Zhang, B. H., Llovet, J. M., Bruix, J., Yip, T. C. F., Wong, V. W. S., ... Zhou, J. (2025). The Lancet Commission on addressing the global hepatocellular carcinoma burden: comprehensive strategies from prevention to treatment. *The Lancet*, 406(10504), 731-778.
40. Loganathan P, Gajendran M, Goyal H. A Comprehensive Review and Update on Cannabis hypermesis Syndrome. *Pharmaceuticals* 2024, 17(11), 1549.
41. Castellanos-Ryan N, Pingault JB, Parent S, Vitaro F, Tremblay RE, Séguin JR. Adolescent cannabis use, change in neurocognitive function, and high-school graduation: A longitudinal study from early adolescence to young adulthood. *Dev Psychopathol.* 2017 Oct;29(4):1253-1266.
42. Lees B, Meredith LR, Kirkland AE, Bryant BE, Squeglia LM. Effect of alcohol use on the adolescent brain and behavior. *Pharmacol Biochem Behav.* 2020 May; 192:172906.
43. González-Roz A, Iza-Fernández C, Alemán-Moussa L, Secades-Villa R. Prevalence and Correlates of Driving Under the Influence of Alcohol and Cannabis Among Spanish Adolescents. *J Stud Alcohol Drugs.* 2025 Jul;86(4):626-632. doi: 10.15288/jsad.24-00132. Epub 2024 Oct 30. PMID: 39475163.
44. Revista de Tráfico y Seguridad Vial. DGT. La mitad de los conductores fallecidos da positivo a alcohol. 2025.
45. Campaña de control y vigilancia sobre “alcohol y otras drogas”.2024. Observatorio Nacional de Seguridad Vial. Ministerio de Interior y DGT.

El derecho de familia frente a las adicciones

M.^a ÁNGELES PARRA LUCÁN

Magistrada de la Sala Primera (Civil) del Tribunal Supremo. Catedrática de Derecho civil por la Universidad de Zaragoza

I. EL DERECHO DE FAMILIA Y LAS ADICCIONES

El derecho de familia no contempla de manera directa las adicciones, pero en la medida en que la adicción de un miembro de una familia al juego, al alcohol o a las drogas afecta a la convivencia, a sus relaciones con los demás y al cumplimiento de los deberes familiares, se toma en consideración para dar respuesta a los problemas que se suscitan. Así lo muestra la lectura de resoluciones de los tribunales (fundamentalmente de audiencias provinciales), en las que, en particular, los problemas derivados del consumo de drogas determinan de manera importante las medidas que se acuerdan judicialmente en materia de derecho de familia.

El derecho de familia no tiene por objeto ni dispone de instrumentos sancionadores de las conductas de una persona con adicciones. Las normas del derecho de familia se dirigen más bien a proteger los intereses de las personas vulnerables, sobre todo los menores, frente a los riesgos a que quedan expuestos como consecuencia de una adicción. Con esta finalidad hay que extraer consecuencias de normas que establecen deberes que en sí mismos son difícilmente coercibles (deberes de respeto, fidelidad, auxilio mutuo, deber de velar por los hijos, procurarle una formación integral).

El derecho de familia difícilmente puede prevenir los riesgos que derivan de una adicción. Así, por ejemplo, no se puede impedir que una pareja que consume drogas tenga un hijo, y muy difícilmente puede impedir que sigan consumiendo, aunque a veces se detecte ya un maltrato prenatal en el seguimiento del embarazo por el consumo de la madre. También se presume la aptitud para ser progenitor y ejercer las funciones parentales.

La relación entre la familia y el Estado y la posible intromisión en la intimidad y la autonomía familiar es un tema delicado que afecta tanto a derechos individuales (principios de libertad personal y no interferencia en la vida íntima y privada de las familias) como a las responsabilidades de los poderes públicos de protección de la familia y la tutela de los derechos de los menores y de las personas vulnerables.

Ello determina que habitualmente solo se reaccione cuando ya se ha concretado el riesgo en un resultado dañoso y perjudicial y la solución que se adopta, que trata de conciliar todos los intereses en juego, se guía por el criterio preferente de la protección del interés superior

del menor, que incluye el derecho a permanecer y relacionarse con la familia de origen salvo que se pongan en peligro su integridad física o moral. Aquí juega un papel determinante la valoración social, los planteamientos éticos jurídicos que enlazan con el modelo de sociedad en la que prevalece la libertad individual siempre que no se pone en riesgo intereses de terceros o intereses generales (tráfico de drogas, conducción bajo efectos alcohol o drogas).

El contraste con el derecho penal es claro: conducir un vehículo de motor o ciclomotor bajo la influencia de drogas tóxicas, estupeficientes, sustancias psicotrópicas o de bebidas alcohólicas es un delito de riesgo, una acción peligrosa, sin que sea necesario probar su influencia en la conducción (STS, Sala 2.^a, Penal, 788/2023, 25 de octubre, STS, Sala 2.^a, Penal, 419/2017, 8 de junio). Incluso en el ámbito laboral, cuando el consumo durante la jornada laboral puede comportar un riesgo, aunque no se acredite que en el caso se concretara, el despido se considera procedente por la transgresión de la buena fe contractual (Sentencia del Tribunal Superior de Justicia. Sala de lo Social, Las Palmas de Gran Canaria, Sección: 1, de 18/06/2025, N° de Recurso: 582/2025: El trabajador era plenamente conocedor de las estrictas normas de seguridad aeroportuaria, imprescindibles para obtener y mantener el permiso de conducción en zona restringida que ostentaba. No estamos ante un desconocimiento o negligencia menor, sino ante una decisión consciente de consumir cannabis sabiendo que podía ser sometido a controles aleatorios y las graves implicaciones que ello conllevaría para la seguridad aeroportuaria. La naturaleza del puesto de trabajo resulta esencial en la ponderación de la gravedad. Un agente de rampa no desarrolla funciones administrativas o de escaso riesgo, sino que opera en un entorno de máxima peligrosidad donde cualquier error puede tener consecuencias catastróficas. La conducción de vehículos en pista, la proximidad a aeronaves en movimiento, el manejo de equipajes que pueden contener mercancías peligrosas, todo ello exige un cumplimiento escrupuloso de las normas de seguridad que el trabajador vulneró al presentarse con cannabinoides en su organismo).

En el ámbito de la familia la protección de los menores se encuentra entonces en una zona intermedia, en un contexto de tolerancia social ante el consumo esporádico con fines lúdicos siempre que no se traduzca en un resultado de abandono y desatención de los menores (los niños tienen comida y ropa, van al colegio aseados, ...). Parece evidente que en nuestra sociedad no se toleraría la imposición de pruebas aleatorias o preventivas, realizadas por la guardia civil o la policía, para detectar si los padres han consumido sustancias y así evitar que se relacionen con sus hijos bajo su influencia.

El consumo no está penalizado ni por sí solo tiene consecuencias jurídico-privadas cuando no se traduzca en un resultado perjudicial para los hijos menores, perjuicios que pueden ser detectados fundamentalmente por el pediatra, por el colegio, por el otro progenitor o por otros familiares. Ese resultado perjudicial, que puede dar lugar a que se prive a los padres

de las funciones de guarda, o se suspendan esas funciones, o que se restrinjan las visitas y las comunicaciones, o se sometan a controles y supervisión, a diferencia de lo que sucede en el ámbito penal, tampoco está sometida a la detección de unas cantidades mínimas (principio de insignificancia), sino que la valoración prudencial de cómo afecta a las funciones parentales el consumo debe ser valorada prudencialmente en cada caso por los jueces.

II. LAS ADICCIONES EN LAS RELACIONES DE PAREJA Y SUS CRISIS. LA NULIDAD DEL MATRIMONIO

Las relaciones horizontales, de pareja, presuponen la igualdad y las posibles adicciones de uno de ellos no determinan en el ámbito del derecho de familia que se desplieguen medidas para proteger al otro.

La separación y el divorcio prescinden de la existencia de alguna causa o de probar algún tipo de culpabilidad en el otro esposo, por lo que no va a afectar a la posibilidad de poner fin a la relación ni tampoco suponen una penalización para quien sufre la adicción y es «causa» de la ruptura. Sin embargo, sí puede advertirse que los tribunales se muestran poco inclinados a beneficiar al adicto por el hecho de serlo. Así, no es un dato que se valore positivamente para reconocer una pensión económica por desequilibrio a favor de quien no tiene trabajo e ingresos económicos y lo achaca a que padece una adicción. Por ejemplo, la SAP, Civil sección 5 del 19 de enero de 2018 (ROJ: SAP GR 174/2018 - ECLI:ES:APGR:2018:174), confirma la sentencia que deniega una compensación económica tras el divorcio a la esposa por su edad, formación y porque su dedicación a la familia durante el matrimonio no le impidió trabajar, y rechaza que sea un dato relevante para reconocerle la compensación solicitada la alegación de la esposa de que «ha tenido problemas de depresión postparto no superada que le llevaron a una adicción al alcohol, que va superando acudiendo a cursos y tratamiento para ello».

El consumo de alcohol o drogas sí puede ser relevante en cambio para la validez del matrimonio.

En primer lugar, la falta de consentimiento matrimonial (inducido por la ingesta de alcohol o sustancias estupefacientes), que será raro que se pueda dar en la práctica por pasar inadvertido en el momento de celebración del matrimonio, pero daría lugar a la nulidad matrimonial (arts. 45 y 73 CC).

Además, es causa de nulidad matrimonial que un cónyuge haya padecido un error en las cualidades personales y esenciales del otro (art. 73.4º CC). Deben ser cualidades existentes antes del matrimonio y no conocidas y deben ser de entidad, según la apreciación social del momento, es decir, las concepciones sociales imperantes. Sí se ha

venido considerando que lo sea el ser toxicómano o alcohólico (y en cambio, para ver lo importante que es en este contexto la valoración social, ha dejado de ser «de entidad», por los cambios de concepción social en la moral sexual, la fidelidad prematrimonial o la virginidad). En el caso de error sobre las condiciones de la persona, caduca la acción y el matrimonio se convalida si conviven juntos un año desde que se descubre el error (art. 76 CC).

Puede citarse, por ejemplo, la SAP, Civil sección 2 del 28 de marzo de 2023 (ROJ: SAP BA 177/2023 - ECLI:ES:APBA:2023:177) sentencia 218/2023: declara la nulidad del matrimonio y aprecia que existe motivo de nulidad acerca de características determinantes del esposo, que eran por completo desconocidas por la actora: la recurrente manifiesta que conoció a su esposo y, en un plazo de seis meses desde el primer encuentro. Al inicio del matrimonio convivieron con la familia de don Victorio y transcurridos unos meses se trasladaron a otro inmueble y fue cuando la convivencia se tornó insoportable. Fue a raíz de que don Victorio dejara de tomar la medicación que tenía pautada. Según dice la recurrente, ella no tenía conocimiento de su grave enfermedad psíquica. Cuando conoció la historia clínica del demandado, pudo comprobar que, desde 2007, estaba diagnosticado de trastorno mixto ansioso depresivo, trastorno mixto de la personalidad (límite y antisocial) y capacidad intelectual límite. También se constató que, en 2015, presentaba abuso de sustancias tóxicas (cocaína). En 2019, cuando se casaron, se mantenía dicho diagnóstico.

III. LAS ADICCIONES Y LOS DEBERES FRENTE A LOS HIJOS

1. Hijos mayores de edad

El problema se plantea más gravemente cuando hay hijos menores, pero como la obligación de prestar alimentos a los hijos no se extingue con la mayoría de edad y se extiende a los hijos que no son independientes económicamente por causa no imputable a ellos (por razones de estudios, por ejemplo), también se plantea cómo afecta la adicción del progenitor, y la dificultad que ello comporta para obtener ingresos, a la hora de fijar la pensión de alimentos. Así, se rechaza que deba rebajarse la pensión de alimentos que debe pagar el padre, que invocaba para ello que no encuentra trabajo, no tanto por su edad como por su dependencia toxicológica, y se toma en cuenta que ha abandonado el programa de recuperación [SAP, Civil sección 1 del 06 de noviembre de 2020 (ROJ: SAP PO 2012/2020 - ECLI:ES:APPO:2020:2012), sentencia: 587/2020].

A la inversa, la repercusión que las adicciones de los hijos hayan tenido en su fracaso escolar y en el acceso a un puesto de trabajo se considera que le son imputables a él y no justifican que se prolongue la obligación de pagar alimentos sobrepasada con creces la

mayoría de edad [SAP, Civil sección 6 del 14 de octubre de 2024 (ROJ: SAP MA 3372/2024 - ECLI:ES:APMA:2024:3372), sentencia 1308/2024].

2. Hijos menores de edad

2.1. La ruptura de la convivencia de los padres. Medidas respecto de los hijos menores

A) Líneas que se deducen de las resoluciones de los tribunales

El consumo de sustancias por parte de uno de los progenitores es un dato que determina el sistema de guarda y custodia que se va a adoptar en caso de ruptura de la convivencia de los padres, así como el régimen de las comunicaciones y estancias, en aras de garantizar la adecuada protección de los hijos menores.

En muchas resoluciones los problemas de consumo van asociados al diagnóstico de enfermedades mentales, pero desde el punto de vista jurídico, lo que importa es el resultado, como se traduce en la realidad práctica del cuidado y cumplimiento de los deberes paternofiliales. Se alude a si el consumo fue en el pasado, o si se mantiene en la actualidad, a si es habitual o esporádico, si existe dependencia, o si se consume delante de los niños y, sobre todo, en qué medida afecta a su capacidad de ejercer la guarda y custodia.

Aunque en las sentencias se haga a veces alguna referencia al potencial riesgo que puede derivar del consumo de estupefacientes por los padres, a que no es lo deseable, o a que es un mal modelo educativo, se excluye que el consumo a sustancias nocivas que no se ha concretado en un daño valorable ya, en el momento actual, permita excluir las visitas y aun la custodia, sin entrar a valorar que la influencia de un progenitor alcohólico o drogodependiente representa un riesgo para el desarrollo y el bienestar del menor.

Ello parece que apunta a una rebaja en la importancia que se otorga al consumo por parte de un progenitor. Quizás porque se entiende que las demás alternativas para el menor sean peores: perder la relación con ese progenitor, que potencialmente se considera un derecho del menor que redundaría en su beneficio, o incluso perder la relación con los dos, lo que daría lugar a la búsqueda de otras personas que pudieran asumir con mejor garantía la guarda o, en última instancia, a la retirada del menor de su familia de origen.

Cuando se advierte un peligro en función de las circunstancias acreditadas se acuerda la suspensión de visitas, cuya recuperación se supedita a la evolución favorable del progenitor, o se acuerdan visitas en un punto de encuentro, como un espacio neutral que garantiza los intereses de los menores en situaciones de conflicto, o se establece un régimen de visitas progresivas, sujetas a la presentación de informes sobre la evolución de las adicciones.

Se aprecia un problema especial en los supuestos de modificación de medidas, cuando previamente el progenitor que no consume acepta de mutuo acuerdo un sistema de custodia compartida o un sistema amplio de visitas y luego, en el día a día, se enfrenta a dificultades o advierte riesgos. Las audiencias, salvo que se acredite que se ha incrementado el riesgo que ya existía cuando se alcanzó el acuerdo inicial se muestran reacias a reconocer un cambio de circunstancias, lo que de alguna manera apunta a esa ponderación de que, en el caso, no se ha identificado un peligro concreto y real frente a los beneficios que genéricamente comporta la medida adoptada.

B) Algunas resoluciones judiciales

– STS, Civil sección 1 del 22 de diciembre de 2016 (ROJ: STS 5537/2016 - ECLI:ES:TS:2016:5537) sentencia: 751/2016: aptitud del padre para el cuidado de la menor. La drogadicción del padre hace doce años, ahora superada, no le inhabilita para atender a la menor. Se establece la custodia compartida.

– STS Civil sección 1, 1251/2025, de 16 de septiembre: entre los datos que se manejan para no establecer visitas entre el padre y el hijo es que el padre consume hachís, y en la sentencia se dice que "aunque un consumo de tal clase no es deseable, no resulta afecte de forma peyorativa a sus relaciones con el menor, ni que conforme una situación de riesgo real y efectiva para éste". Se establece un sistema progresivo: a) Durante los primeros seis meses el padre podrá estar con el niño durante dos horas los sábados. Tales visitas se desarrollarán en el Punto de Encuentro más próximo, que fijará el horario según lo requiera el servicio. b) Pasados los seis meses, o antes si la evolución fuese satisfactoria, se aumentará ese tiempo, a criterio de los profesionales del Punto de Encuentro, durante otros seis meses, con la correspondiente comunicación al juzgado. Dicha relación se llevará a efecto en los locales del punto de encuentro. c) Transcurrida ésta segunda fase, el régimen de visitas será judicialmente determinado previa audiencia de las partes, con la práctica, de considerarse necesario, de los correlativos informes psicosociales y otras pruebas aportadas para evaluar la situación existente, y configurar, mediante resolución judicial, en trámite de ejecución de sentencia, con la celeridad que impone la efectividad de una medida de tal clase, la ampliación del régimen de visitas del padre con su hijo, hasta que pueda normalizarse la situación a través de un régimen convencional de visitas.

– Sección 18 de la Audiencia Provincial Civil de Barcelona por Auto 74/2019 de 19 de febrero. En sede de ejecución, y a instancias de la madre, tras un incidente por ingesta de alcohol del padre durante las visitas, **se suspenden las visitas mientras el padre no acredite si está siguiendo un tratamiento de desintoxicación y se encuentra rehabilitado de su alcoholismo.** En el caso, la sentencia de 27 de octubre de 2017 dictada por el Juzgado de Primera Instancia 18 de Barcelona aprobó en sede de régimen de visitas del padre con la hija el pacto 5º, cuyo tenor literal es el siguiente "Estos periodos no se realizarán si el estado de salud del padre no es el correcto con respecto a su problema con

el alcoholismo y siempre que la madre así lo considere, por el agravio que pueda causar al menor, en cuyo caso el padre deberá acreditar que se encuentra en plenas facultades para estar con su hijo y que acredite que se encuentra rehabilitado de su problema con el alcoholismo». Es decir, las partes habían alcanzado un acuerdo que fue aprobado por la sentencia de separación en virtud del cual la madre podría en interés del menor suspender el régimen de visitas si comprobaba que el padre no estaba en plenas facultades para estar con el hijo menor. La finalidad del pacto aprobado por la sentencia resulta obvia: garantizar que las visitas del padre con el hijo se van a desarrollar con garantías y preservando el interés y el bienestar del menor. La madre solicita en ejecución de sentencia que se cumpla lo acordado al amparo del artículo 710.1º de la LEC.

– Audiencia Provincial de Córdoba (Audiencia Provincial de Córdoba, Sección 1ª, Sentencia 593/2018 de 18 Sep. 2018, Rec. 708/2018), que **revoca la custodia compartida, acordando la materna, por la adicción al tabaco del padre, por el perjuicio que el tabaquismo causa a los hijos**. Se prima el interés del hijo a desarrollarse en un entorno seguro frente a la libertad del padre de beber o fumar: ya que siendo el norte de toda resolución que se adopte sobre el régimen de guarda el atender lo mejor posible al interés de los menores, pues es el suyo, no el de los padres, el que ha de ser tenido en cuenta, contamos con que ambos menores de forma espontánea y sin ningún tipo de indicio de manipulación casos [de 11 y 14 años cuando se dicta la sentencia], pues no se quejan de la actual régimen de custodia compartida, aluden con gran preocupación apreciada en su exploración a lo que tienen que soportar de ambiente cargado de humo con motivo del tabaquismo de su padre, andando datos que ilustra el poco interés que éste tiene en preservarlos del riesgo objetivo que supone estar los menores en un ambiente cargado de humo, gráficamente lo describe el hijo mayor a propósito de dormir en la habitación que tiene aire acondicionado con un colchón, habiendo estado el padre fumando en esa habitación. En esta situación y debiéndose de evitar cualquier tipo de situación de riesgo para los menores, es evidente que el proceder del padre pone en situación de peligro la salud de los menores de forma absolutamente irresponsable y sin mirar a otra cosa que no sea a su adicción, lo que nos reconduce a lo que se decía en demanda y por la propia demandante en su interrogatorio sobre el problema del tabaquismo que padece don Pedro Miguel. No puede permanecer esta sala indiferente ante esta situación que, como hemos dicho, perjudica a los menores en su salud, lo que ha de tener la adecuada respuesta pues no sería lógico que a los menores no se protegieran en su hogar de aquello que respecto a lo que la sociedad se cuida mucho en proteger para cualquier ciudadano, mayor o menor de edad, cuando hablamos de lugares públicos, centros escolares, centros de trabajo, sanitarios, etc. Pero es que, además, da noticias muy claras de cuáles son las prioridades del señor Pedro Miguel, posponiendo la propia salud de sus hijos a su tabaquismo. Por lo tanto, a juicio de esta sala concurren razones que permite excluir como solución adecuada la custodia compartida acordada la instancia, con estimación, por lo tanto, del recurso de

doña Modesta y fijando un régimen de guarda monoparental a su favor, con régimen de visitas y estancias en vacaciones escolares a favor del padre, con apercibimientos derivados del riesgo para los menores de fumar en su presencia en lugares cerrados como hasta ahora ha venido haciendo. Por lo tanto, el padre podrá tener consigo a los hijos menores fines de semana alternos en la misma extensión que venía ya acordada, así como dos días entre semana, martes y jueves, que podrán ser alterados por acuerdo de los progenitores.

– SAP, Civil sección 12 del 25 de abril de 2023 (ROJ: SAP B 4876/2023 - ECLI:ES:APB:2023:4876), sentencia: 245/2023. **Se adopta un sistema de visitas progresivo en varias fases.** Dentro de esta fase se podrá pasar de visitas supervisadas a régimen de intercambios un día a la semana sin pernocta, 2ª fase: el padre podrá tener a su hija en fines de semana alternos, sin pernocta desde las 11 horas hasta las 14 horas del sábado y desde las 11 horas hasta las 19 horas del domingo debiendo recoger y devolver a la menor en el domicilio materno. No obstante, **la segunda fase sólo comenzará si el Sr. Cornelio acredita documentalmente haber iniciado tratamiento de deshabituación de alcohol y drogas en el CSMA y se mantendrá siempre que los informes de dicho centro sanitario sean favorables y en su caso le den el alta. Por el contrario, el régimen de visitas con la menor cesará cuando el Sr. Cornelio abandone injustificadamente el tratamiento prescrito en aquel centro.**

– SAP, Civil sección 1 del 16 de junio de 2017 (ROJ: SAP CO 352/2017 - ECLI:ES:APCO:2017:352), sentencia: 373/2017: Frente a la sentencia que, dada la ausencia de la madre en todo lo referido al niño desde que nació y atribuyó la guarda exclusivamente al padre y solo un régimen de visitas progresivo y controlado con la madre (primero en un PEF y luego en el domicilio de los abuelos maternos, donde el niño pasa algunos fines de semana), la madre recurre y solicita la custodia compartida porque las visitas funcionan, está mejorando la relación con el niño, y acudió a la unidad de Drogas y Adicciones el 27.8.2015 por su dependencia a la heroína y cocaína, y que presente buena evolución, manteniendo a fecha del informe -3.8.2016- la abstinencia a tóxicos. **Se desestima la petición de la madre: precisamente porque están funcionando las visitas hay que continuar con el régimen previsto hasta que se garanticen las relaciones entre la madre y el hijo y porque además el exmarido aporta un informe de detectives en el que la madre aparece bebiendo en la calle en grupo, en horas tempranas de la mañana,** y se considera fundamental que profesionales especializados intervengan y que el Equipo Técnico del PEF siga planificando los encuentros y proporcione a la madre la orientación profesional para la mejora de las relaciones paternofiliales y las habilidades de crianza en pro de la coparentalidad.

– SAP, Civil sección 4 del 19 de mayo de 2017 (ROJ: SAP BI 988/2017 - ECLI:ES:APBI:2017:988) sentencia: 372/2017: el consumo da lugar a un cambio de guarda

del hijo: inicialmente se atribuyó a la madre, pero el padre solicita que se le atribuya a él y así se acuerda. La madre está diagnosticada de trastorno bipolar realizando farmacoterapia y consultas mensuales en el CSM, indicando inicio de periodo de descompensación, debiendo acudir sus padres varios días de la semana para encargarse del menor y ayudarle en las tareas domésticas; indica que mantiene consumo de alcohol y de speed principalmente en contextos de ocio y tiempo libre; y pone de relieve diversos factores de riesgo en el ejercicio adecuado de su capacidad parental, por frágil estado de salud mental, dependencia de terceros para mantener dinámica doméstica estructurada y escasa red social. Se estima el recurso del padre contra la sentencia de primera instancia que entendió que las circunstancias eran las mismas que cuando se le atribuyó la guarda a la madre en virtud de un acuerdo alcanzado por los dos en una mediación familiar, si bien se dio traslado a asuntos sociales para que se valorara la necesidad de una intervención.

– SAP Castellón, a 22 de octubre de 2010 - ROJ: SAP CS 1259/2010 ECLI:ES:APCS:2010:1259) sentencia 71/2010: **Más una cosa es la condición de toxicómano en el sentido genuino de auténtica adicción a las drogas, y otra la condición de consumidor esporádico o de lo que se califica como "recreacional". Ambas cosas son negativas en una madre, pero existe indiscutible diferencia de gravedad, de posibilidad de renunciar a ello, y de incidencia en la compatibilidad con las tareas y responsabilidades que la custodia comporta.** Cuando se habla de la Sra. Olga no puede decirse que se esté ante una toxicómana en sentido propio o genuino que evidencie un descontrol de conductas, entre otras cosas porque también se ha dicho por el Sr. Diego y por alguna de las testigos que la Sra. Olga dedica bastante tiempo a jugar al pádel, y al parecer lo hace bien como indicativo de una afición que le exige y supone condiciones psicofísicas aceptables y en cierto grado incompatibles con consumos diarios o habituales. El que la hija mayor Rocío, de 15 años, haya fumado en cachimba o narguila, lo que no sería más que algún tabaco, pero con la atracción añadida del aparataje de semejante trasto compartido en corro, no puede resultar muy extraño a la vista de lo que es la adolescencia y las ganas de experimentar de esas edades (sic).

– SAP, Civil Guipúzcoa sección 2 del 28 de octubre de 2024 (ROJ: SAP SS 1096/2024 - ECLI:ES:APSS:2024:1096) sentencia: 701/2024: pactan custodia compartida semanal a partir del momento en que el niño cumpla cuatro años con el añadido de que "Cualquiera de los progenitores podrá negarse a entregar al menor si ve que el otro no reúne las condiciones para llevarse al menor por consumo de drogas y/o alcohol". Cuando se acerca el momento la madre solicita que se modifique argumentando que el padre no se encuentra en condiciones de tener bajo su guarda y custodia al hijo menor porque no es garante ni siquiera de sí mismo, poniéndose continuamente en situaciones de riesgo, como conducir bajo los efectos del alcohol o drogas y realizar las visitas sin las condiciones psicofísicas que ello requiere para mantener al hijo en un entorno seguro y estable. Se desestima la demanda de la madre, y no se suspenden las visitas, pero se establecen

nuevas mediadas: "SIEMPRE QUE, DURANTE EL PRIMER AÑO, Javier acuda cada 3 meses a realizar el control de pelo al laboratorio costeado por sí mismo, enviando cumplidamente el resultado de la prueba a la madre". La madre recurre y se desestima su recurso, añadiendo a la medida fijada por el juzgado la precisión de que D. Javier **deberá poner en conocimiento tanto de la Sra. Magdalena, como del órgano judicial y las restantes partes, el resultado de las analíticas, pudiendo acordarse, tanto por razón de su no realización, como en atención a su resultado, la modificación del régimen de guarda y custodia establecido en la resolución recurrida.**

– SAP, Civil A Coruña sección 6 del 25 de abril de 2025 (ROJ: SAP C 1235/2025 - ECLI:ES:APC:2025:1235) no se admite ni la privación de la patria potestad ni las visitas. El proceso del que ahora se tiene conocimiento en segunda instancia trata de la modificación de las medidas adoptadas en sentencia de divorcio. La sentencia de divorcio cuya modificación se pretende se dictó el 16 de enero de 2020. Homologó el convenio regulador suscrito por los cónyuges en el que, en lo que ahora interesa, se acordó que el ejercicio conjunto de la patria potestad, la atribución de la guarda y custodia a la madre, un régimen de visitas y estancias de la menor con el padre en fines de semana alternos y mitad de vacaciones. En la demanda, y especialmente en el recurso, se alude de manera reiterada al consumo por el padre de sustancias estupefacientes. El padre reconoció un consumo esporádico y ocasional de hachís o marihuana y la prueba analítica a la que se sometió dio resultado negativo. Lo cierto es que ningún cambio sustancial de circunstancias cabe apreciar. **En la demanda se dice que el padre fue y sigue siendo consumidor de sustancias estupefacientes. Eso no impidió que la madre suscribiese el convenio regulador y confiase en el padre para el ejercicio conjunto de la patria potestad y el establecimiento del régimen de visitas pactado. No hay prueba de que esa situación haya repercutido negativamente en el cuidado de la hija. Ni de que se haya producido un incremento en el consumo, desmentido por el resultado de la analítica practicada. Si el padre era consumidor de sustancias estupefacientes en el momento del divorcio y lo sigue siendo del mismo modo en la actualidad, de forma ocasional y muy limitada según reconoció, nada ha cambiado. El cambio sustancial de las circunstancias, presupuesto legal de la modificación de las medidas, no concurre. El padre reconoció haber comprado en una ocasión sustancias estupefacientes estando acompañado de la hija, sin que la menor se percatase. No es una actuación correcta por parte de un padre, pero no consta que haya afectado negativamente a la menor y no es una circunstancia permanente o reiterada, condición necesaria para fundamentar una modificación de medidas.** Tampoco lo sería el hecho, no acreditado, de que el padre hubiese dejado a la menor con otra persona mientras iba a comprar las mencionadas sustancias.

– SAP, Civil Alicante sección 4 del 07 de mayo de 2024 (ROJ: SAP A 1385/2024 - ECLI:ES:APA:2024:1385), sentencia 197/2024: no supresión de las visitas, sino visitas en un punto de encuentro: el informe emitido por el Sr. Pablo y Sr. Emilio, ratificado y aclarado

en el acto del juicio, tras la realización de entrevistas semiestructuradas, aplicación de pruebas objetivas y entrevistas con los progenitores y examen de la documentación, y tomando en consideración que el objetivo principal es el mejor interés de la niña, basado en sus necesidades y no en preferencias personales de los adultos, concluye que procede fijar un régimen de visitas supervisadas por los técnicos del Punto de Encuentro Familiar, apareciendo la Sala conforme con la totalidad de las recomendaciones y conclusiones alcanzadas en dicho informe, en tanto que del mismo se concluye que **la menor verá tutelado su superior interés al darle la oportunidad de mantener un mínimo de relación con su padre en un entorno definido por su seguridad, como es el referido servicio, máxime cuando la misma sentencia establece expresamente que en caso de que los técnicos del mismo informen en este sentido se procederá a la suspensión automática e inmediata del régimen de visitas establecido.**

– SAP, Civil Ourense sección 1 del 17 de abril de 2024 (ROJ: SAP OU 352/2024 - ECLI:ES:APOU:2024:352) sentencia: 282/2024: Las circunstancias que llevaron a la juzgadora de instancia a restringir el derecho de visitas y comunicaciones del aquí apelante con su hija menor es el consumo de cocaína, en ocasiones asociado al alcohol, y de cannabis. Dicho consumo consta objetivado a través de los análisis toxicológicos practicados y ha sido reconocido por el apelante; si bien, el mismo **refiere que se trata de un consumo esporádico que desea erradicar para lo cual ha iniciado un tratamiento de deshabituación en la unidad de drogodependencias** de Pontevedra. Coincidimos con la juzgadora de instancia en que **las adiciones a sustancias tóxicas y alcohol incide negativamente en el cumplimiento de las obligaciones paternofiliales, especialmente cuando se trata de menores de edad tan temprano, como es el supuesto de autos. Existe un riesgo no desdeñable de desatención de las tareas inherentes al cuidado de un menor de tan escasa edad que puede comprometer la salud y el bienestar del propio menor. Si bien, en el caso que aquí nos ocupa, entendemos que no está justificada una restricción tan estricta en el régimen de visitas y estancias del padre con la menor como la acordada en la sentencia de instancia.** El informe del médico forense descarta la existencia de alteraciones psicopatológicas que puedan afectar las capacidades intelectivas y volitivas del apelante. No consta ningún episodio de agresividad, física o verbal, de abandono o dejación de sus obligaciones laborales, familiares, sociales o de su propio autocuidado en las que se halla visto implicado el apelante. La propia madre reconoció que el comportamiento del padre con la niña es bueno, que existen lazos afectivos y de apego entre el apelante y la menor y que la niña se va contenta con su padre.

El apelante manifestó en el acto del juicio su deseo de poner fin a este consumo de alcohol y tóxicos y se mostró receptivo a seguir la recomendación del equipo psicosocial de asistir a un dispositivo público de tratamiento de deshabituación de consumo para consolidar el abandono total del consumo. Asimismo, ha acreditado haber iniciado tratamiento en la unidad asistencial de drogodependencia del Concello de Pontevedra a la que asiste desde

noviembre de 2022 con regularidad y con cumplimiento de todas las citas programadas. Su nueva pareja, que tiene dos hijas, ha manifestado su predisposición a supervisar las estancias del apelante con su hija. El equipo psicosocial ha entrevistado a doña Marcelina y ha valorado su idoneidad para ejercer estas funciones de supervisión. Teniendo en cuenta estas circunstancias entendemos que no concurren circunstancias relevantes o de gravedad para suprimir las estancias con pernocta de Araceli con su padre que, por otro lado, son adecuadas a la edad de la menor que ya cumplió cuatro años. **El superior interés de la menor queda suficientemente amparado con la supervisión de dichas estancias por parte de la abuela paterna o de la propia pareja de don Gustavo como se solicita en el recurso.**

C) La prueba y la negativa a someterse a las pruebas requeridas para acreditar el consumo

Para acreditar el consumo son admisibles todo tipo de pruebas. No se puede obligar al progenitor a someterse a pruebas que demuestren la falta de consumo ni a pruebas psicológicas, pero la negativa o la obstaculización a las pruebas ordenadas judicialmente, cuando existen indicios de ese consumo pueden ser valoradas como un elemento más que lleve al juez a la convicción de que sí hay consumo o que es mayor que el que se admite:

– SAP, Civil sección 1 del 17 de febrero de 2017 (ROJ: SAP SA 607/2017 - ECLI:ES:APSA:2017:607), sentencia: 73/2017: **Ciertamente, como consta en el informe de la psicóloga en el acto del juicio oral, no hay una prueba clave concluyente de dicho consumo, de que él mismo se efectúe en presencia de los menores, y que hasta el momento los menores se hayan visto afectados por esa situación del padre, pero ante la posible incidencia de ese consumo en la relación con los hijos, unido a la agresividad acreditada, y al propio informe del equipo psicosocial que hace referencia a la alta impulsividad, baja tolerancia a la frustración, pobre equilibrio emocional y escasa capacidad para resolver problemas, es importante poder determinar hasta dónde llega dicho consumo y las medidas adoptadas por el padre para poner fin al mismo, lo que hizo que ya en primera instancia se acordase como prueba la realización de una analítica sobre el cabello de Matías, prueba que no se llevó a cabo.**

Precisamente por la importancia de dicha prueba, se acordó la repetición de la misma en segunda instancia, dejando muy claro en el auto de 26 de setiembre de 2016 que Matías ha sido condenado por negativa a someterse a pruebas de detección de alcohol, drogas tóxicas, sustancias estupefacientes o sicotrópicos, por violencia de género, lesiones y maltrato familiar, por conducción bajo la influencia de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, sustancias estupefacientes o psicotrópicas y quebrantamiento de condena o medida cautelar, reconociendo en el informe de valoración psicosocial el consumo de sustancias tóxicas.

En dicho auto se advierte a Matías que debería comparecer en la clínica forense para proceder al corte de cabello y realizar las oportunas pruebas relativas a si consume algún tipo de droga o estupefaciente, con la advertencia de que, de no hacerlo así, o acudir a dicha clínica con el pelo rapado o muy corto, se podrá valorar a efectos de una eventual aceptación de que consume tales sustancias. Igualmente, se le requiere para que aporte en el plazo de cinco días informes del médico que le atiende o atendió en relación con sus padecimientos y tratamientos con especial referencia a la medicación.

A pesar de estas advertencias, consta en las actuaciones escrito del director del Instituto de Medicina Legal, subdirección de Salamanca, don José Miguel, en el que pone en conocimiento de la Audiencia que Matías no compareció para ser reconocido y proceder al corte de una muestra de cabello y al parecer llamo a la secretaría del Instituto de Medicina Legal el día 18 de octubre de 2016 señalando que no pensaba acudir.

Por otra parte, la procuradora que actúa en representación de don Matías aportó el 27 de octubre informe de un médico del Centro de Salud de Alba de Tormes en el que tan solo consta en el apartado de observaciones "paciente en tratamiento con alprazolam 05 cada 24 horas, según consta en su historia clínica", documento a todas luces insuficiente para conocer realmente los posibles padecimientos de Matías y tratamiento al que está sometido.

De esta segunda negativa a someterse al análisis toxicológico, manifestando expresamente su firme voluntad de no acudir a la clínica forense, no cabe sino deducir que el consumo de algún tipo de sustancia estupefaciente puede ser más habitual y frecuente de lo que él reconoció ante el equipo psicosocial, coincidiendo así con lo manifestado por el testigo que declaró en el acto del juicio, y si bien es cierto que realmente, y como informa el Ministerio Fiscal, no sabemos hasta qué punto ello incide en su forma de relacionarse con los menores, el interés preferente de éstos, teniendo en cuenta la agresividad acreditada, su impulsividad, la baja tolerancia a la frustración, el pobre equilibrio emocional, y escasa capacidad para resolver problemas, obliga, por el momento, a restringir de forma importante el régimen de visitas y comunicación con los menores, en interés de estos, y todo ello, sin perjuicio, de la posible modificación que pueda efectuarse con posterioridad, de acreditarse suficientemente que don Matías no consume drogas tóxicas o estupefacientes, se encuentra sometido a tratamiento, aporte documentación médica completa relativa a su situación real, y todo ello, sea evaluado por el equipo psicosocial y por los médicos forenses del Instituto de Medicina Legal, únicos capacitados realmente, con la colaboración de los psicólogos, para llegar a determinar la posible incidencia del consumo de drogas en el comportamiento de Matías.

– SAP Castellón, a 22 de octubre de 2010 - ROJ: SAP CS 1259/2010 ECLI:ES:APCS:2010:1259) sentencia 71/2010: Ciertamente, pese a los análisis de orina periódicos negativos de la Sra. Olga , **puede darse por probado la afición de ésta a las**

drogas, pues no es aceptable su renuencia al análisis de un cabello bajo el argumento de la humillación, algo netamente inconsistente cuando está aquí oyendo y soportando por parte de su hija Rocío la acusación de drogadicta y prefiere no desvirtuarlo (facilitando un simple pelo). No se entiende que no califique de humillantes los análisis de orina. Sobran comentarios.

– SAP, Civil sección 3 del 19 de noviembre de 2018 (ROJ: SAP SS 1361/2018 - ECLI:ES:APSS:2018:1361) sentencia: 81/2018: “En el informe médico forense provisional de 25-10-2017, se recoge que el aquí apelante comparece con pelo de mayor largura a nivel parietal y frontal (aproximadamente 3 cm) y menor en zona occipital (aproximadamente 1 cm). **Y que tras informarle de que la muestra óptima para dar respuesta a la solicitud planteada es la toma de pelo de región parietal frontal (atendiendo a cantidad y largura), expresa su negativa a dicho procedimiento por razones estéticas,** y permite la toma de muestra a nivel occipital, a pesar de los inconvenientes analíticos que supone (menor cantidad, menor tiempo de estudio) por lo que se recogen 7 mechones a fin de conseguir la cantidad suficiente para poder realizar el estudio analítico pertinente. (...).

Conducta del Sr. Gines **que, juntamente con los datos ya reseñados, constituye indicio relevante y cualificado de que en la actualidad sigue consumiendo y no ha superado aquella adicción** que en el recurso se aduce como pasada, ya que, en otro caso y siendo una prueba propuesta por su parte y en coherencia consintiendo (consta en los informes obrantes en autos de la clínica médico forense) la realización de las pruebas, no se entiende, primero, sus reiterados, dijéramos, obstáculos a dejarse crecer el pelo en tamaño suficiente y apto para una toma de muestra que permitiera la comprobación retrospectiva de consumos de sustancias estupefacientes, alegando excusas de diversa índole carentes de todo fundamento y, segundo, una vez obtenida la muestra adecuada, su falta de pago del coste que supone realizar su análisis, por lo demás, nimio en relación con la capacidad económica del Sr. Gines.

D) No existe intromisión ilegítima en el derecho al honor de un progenitor que en un procedimiento dirigido a fijar el sistema de custodia o el régimen de visitas se ponga en conocimiento del tribunal la sospecha del consumo de estupefacientes

La Sentencia del Tribunal Constitucional 299/2006, de 23 de octubre (en un caso en el que en la demanda por la que la abuela solicita en un proceso civil que le fuera atribuida la guarda y custodia de su nieta de cinco años de edad, hija de su hijo fallecido como consecuencia de un edema pulmonar relacionado con su toxicomanía, alegó que la madre de la menor era toxicómana) afirma:

«Del contexto familiar descrito caben destacar dos circunstancias relevantes: la primera y si duda principal de ellas viene dada por la constatación de que las imputaciones realizadas

por la abuela a la madre de la menor se producen en el marco de una relación acreditadamente conflictiva entre ambas, con motivo de su agria disputa por la forma de ejercer el cuidado de la menor a partir del fallecimiento de su padre. E igualmente es relevante el dato de que, en los primeros años de vida de la menor, sus abuelos mantuvieron a esta viviendo consigo durante muchos meses, tal y como la propia querellante declaró en las actuaciones (al folio 51). Lo expuesto evidencia que, en una primera aproximación, la pretensión ejercitada en la demanda civil en cuyo fundamento vierte las afirmaciones objeto de querella, no puede reputarse como gratuita ni escasamente fundada desde la perspectiva que interesa en esta sede; dicho ello, naturalmente, con absoluta independencia de que le asista mayor, menor o ninguna razón para obtener o compartir dicha custodia, cuestión que corresponde decidir en exclusiva al órgano judicial competente.

Coincidimos con el Ministerio Fiscal en que, dado el contenido de la pretensión civil ejercitada, la misma, en cuanto solicitaba la privación a la madre de sus facultades de guarda y custodia, sólo podía apoyarse en la comunicación al juzgador de determinados aspectos de la conducta materna que pusieran de relieve su inhabilidad para el ejercicio de las funciones tuitivas en que la patria potestad consiste. En esa medida resulta evidente que las afirmaciones de hecho que se han considerado delictivas guardan estrecha relación y conexión con la pretensión ejercitada, es decir, no son gratuitas ni innecesarias sino vinculadas al fin de defensa de la pretensión actuada en el proceso civil.

Por tanto, no es el ámbito al que se refieren las afirmaciones de hecho que sustentan la demanda lo que las convertiría en reprochables y ajenas al marco de la debida defensa de la pretensión ejercitada, sino su supuesta mendacidad, que la Sentencia impugnada afirma. Para justificar tal calificación (FJ 2), la Sentencia impugnada afirma que la querellada no acreditó en el proceso civil la verdad de sus imputaciones y que las mismas se han visto desmentidas por personas de crédito que intervinieron como testigos en el proceso. Tal razonamiento ni se ve absolutamente confirmado por el contenido de las actuaciones, como puso de relieve el Juez de primera instancia al justificar su decisión absolutoria, ni toma en consideración el contenido del derecho de defensa que ha sido alegado, pues somete la legitimidad de las afirmaciones que sustentan la demanda a la valoración judicial posterior que se haga sobre su grado de acreditación, y no a su conexión con el objeto del litigio, a su innecesariedad a los fines de defensa de los propios intereses alegados y a la exclusión del insulto y la descalificación gratuitas.

Y así, en relación con la alegada toxicomanía que en la demanda se imputó a la madre de la menor, es cierto que la misma no ha sido probada en el proceso civil y, por ello, no ha sido tomada en consideración para justificar la pretensión de privación de la guarda y custodia de su hija. Pero también es cierto que, en su interrogatorio, la querellada explicó de forma razonada que de tal información tuvo conocimiento a través de su hijo toxicómano

(después fallecido) y que apreció en la madre de su nieta síntomas semejantes a los que había apreciado en su hijo. A lo anterior se ha de añadir que otra hija de la querellante declaró en el juicio oral (folio 522) que creía que su madre era toxicómana, que se lo dijo un tío suyo y que tal convicción se la transmitió a la demandante de amparo. En tales circunstancias, la convicción subjetiva de la demandante podrá o no ser afortunada, podrá tener mayor o menor grado de acreditación y base objetiva, pero no se ha formado en el vacío, ausente de cualquier justificación, sino bajo el impacto y la realidad de la drogodependencia de su hijo y, según afirma la demandante, de los comentarios que, al respecto, este le hizo antes de fallecer. Lo mismo ocurre con la afirmación según la cual la querellante habría sido detenida en relación con el tráfico de drogas (folio 116, ante el Juez de Instrucción, y folio 518, en el juicio oral). La demandante no ha aportado prueba adicional de su afirmación al margen de la referencia a que tal suceso le fue narrado por su hijo. Tal explicación ha de ser tenida por suficiente, en el contexto familiar que ha sido ya descrito, para considerarla conforme al ejercicio del derecho de defensa, al margen de que la Jefatura Superior de Policía de Zaragoza informara de que no constaban esos antecedentes policiales en dicha demarcación, pues no sería tal falta de acreditación, sino la mendacidad de las imputaciones, lo que permitiría calificar las mismas como gratuitas.

De la misma manera (cualquiera que sea su grado de certeza o acreditación) tampoco pueden ser consideradas innecesarias, manifiestamente falsas o ajenas al debate procesal las valoraciones que la demandante hizo acerca del desarrollo físico y la atención médica de la menor durante los dos primeros años de su vida (1993 a 1995), pues se trata de simples valoraciones subjetivas referidas a un período de tiempo que no ha sido objeto de análisis en el proceso previo, ya que las valoraciones de la Dra. J.S. a las que se remite la Sentencia impugnada para apoyar su condena (FJ 2, que remite al folio 236) se refieren al año 1997 y siguientes, y no a fechas anteriores, que son las relatadas en la demanda civil. A lo que se ha de añadir, como señala el Ministerio Fiscal, que no puede obviarse la realidad de que, en una materia tan delicada como la que se refiere a las complejas relaciones interpersonales en el seno familiar, la particular percepción de la querellada, abuela de la menor cuya guarda y custodia pretende, que la ha tenido temporadas a su cuidado y que eventualmente se ha hecho cargo de su asistencia médica, haya interiorizando determinados acontecimientos de forma tal que le condujeran a conclusiones propiciadas por un subjetivismo incompatible con un grado total o absoluto de correspondencia con la situación real. Dicho de otro modo, las consideraciones vertidas en la demanda a las que nos venimos refiriendo, podrán ser, o no, compartidas por los órganos encargados de su enjuiciamiento a efectos de justificar la pretensión ejercitada, pero no puede predicarse de las mismas que no se ordenasen a la defensa de sus intereses y que, por ello, dejen de encontrar cobertura o justificación en el ejercicio del derecho de defensa garantizado por la Constitución».

En la sentencia de la Sala Primera del Tribunal Supremo 1025/2025, de 27 de junio, que rechaza que se vulnere el derecho al honor de un progenitor porque en un procedimiento dirigido a fijar el sistema de custodia o el régimen de visitas se ponga en conocimiento del tribunal la sospecha del consumo de estupefacientes, se dice:

«Las manifestaciones de la recurrente se producen en el marco de un procedimiento de modificación de medidas en el que el interés superior del menor debía ser evaluado por el órgano judicial y en este contexto, como acertadamente señala la fiscal en su informe ante esta sala, guardaban un vínculo directo con la pretensión de modificación del régimen de visitas. En la demanda no se afirmó como un hecho objetivo que el padre fuera consumidor, sino que la ahora recurrente trasladó al juez una sospecha que se basaba en testimonios de terceros, al decir literalmente que ella se relaciona con terceras personas conocidas de ambos «a través de quienes se le ha puesto de manifiesto, de forma reiterada, el hecho tan sensible y especialmente influyente para el normal desarrollo del hijo común cual es que el Sr. E. es consumidor habitual de sustancias estupefacientes». Tiene razón la parte recurrida cuando señala que el hecho de haber sido condenado previamente por violencia de género no le priva en absoluto de sus derechos fundamentales, pero ese es un dato que contribuye a explicar la situación de conflictividad entre las partes y que define el contexto familiar en el que se producen las manifestaciones de la demanda.

Las consideraciones vertidas en la demanda interpuesta por la madre dieron lugar en ese procedimiento de familia a la práctica de unas pruebas que no acreditaron que el padre fuera consumidor de estupefacientes, pero no puede predicarse de las manifestaciones efectuadas que no se ordenasen a la defensa de los intereses del hijo menor que invocaba la madre, por lo que encuentran cobertura o justificación en el ejercicio del derecho de defensa garantizado por la Constitución.

En este caso, de manera análoga al supuesto de que se ocupa la citada sentencia 402/2021, de 14 de junio [la madre refiere que la hija, de 13 años, le ha contado que cuando va a casa del padre y duerme en la habitación "huele a droga"], nos hallamos ante un procedimiento civil de derecho de familia, las expresiones proferidas se movieron en el exclusivo ámbito forense y se encontraban íntimamente ligadas con la decisión de la cuestión controvertida, al constituir un elemento de necesaria acreditación y ponderación judicial para la decisión sobre la modificación del régimen de visitas del padre, en el que es preciso valorar el interés y beneficio del menor».

2.2. Privación de las funciones parentales (patria potestad) e intervención de las Administraciones Públicas con competencia en materia de protección de menores

A) La privación de las funciones propias de la responsabilidad parental

La privación de la patria potestad solo se puede adoptar judicialmente en una sentencia motivada basada en el incumplimiento grave de los deberes inherentes a la misma. Únicamente se puede adoptar en beneficio del menor (art. 170 CC) y no comporta que cesen las obligaciones del progenitor frente a los hijos.

En la práctica, a veces son los abuelos quienes instan la privación de la patria potestad como una vía previa para que, a continuación, se les atribuya a ellos "legalmente" las funciones de guarda que vienen desempeñando de hecho ante el incumplimiento por los padres de sus elementares deberes como consecuencia de la adicción al consumo de estupefacientes. Con más frecuencia es el otro progenitor quien solicita la privación de la patria potestad.

Pero hay que reconocer que la jurisprudencia considera que es una medida excepcional y en muchas ocasiones no llega a privar (lo que acarrearía otras consecuencias, como que el padre no podría heredar el hijo, o que no haría falta su asentimiento para una adopción, por ejemplo) y considera que los peligros para el hijo se evitan atribuyendo el ejercicio de las funciones de la patria potestad al otro progenitor cuando ello es posible. De alguna manera se contempla que se evita una medida más grave pensando que es más beneficioso para el hijo establecer unas medidas que se pueden modificar más fácilmente si se da la circunstancia de una rehabilitación. Sobre todo, cuando se acredita que se ha iniciado algún tratamiento.

Así, por ejemplo, la SAP, Civil sección 12 del 25 de abril de 2023 (ROJ: SAP B 4876/2023 - ECLI:ES:APB:2023:4876), sentencia: 245/2023, no se priva de la patria potestad pedida por la madre y se tiene en cuenta que la relación entre el padre y la niña es buena, se evidencia un buen vínculo afectivo y la capacidad del padre de interaccionar con la menor de forma positiva para ella. Se dice que son precisamente las dificultades personales del propio progenitor las que dificultan un buen desarrollo de esta relación y por ello se considera que lo procedente es la atribución del ejercicio de la patria potestad en exclusiva al progenitor custodio, pero no la privación de la patria potestad.

También la SAP Madrid, a 10 de abril de 2025 - ROJ: SAP M 4981/2025, ECLI:ES:APM:2025:4981), sentencia 131/2025: En atención a los informes periciales y a las exploraciones de las menores, se evidencian la existencia de un incumplimiento de deberes parentales grave, reiterado y contrario al interés de las menores, al haber llegado a normalizar el consumo habitual de drogas en su presencia, y hacerles mantener el secreto con sus familiares, llegando a sufrir por ello un brote psicótico en presencia de las menores.

Sin tener conciencia del problema pese a ello, y sin empatizar con las hijas, a las que culpa por haber contado lo sucedido, y cuyos temores y reparos no parece comprender, por lo que, si bien no procede acordar la privación de su titularidad, que no ha sido solicitada por las partes ni por el Ministerio Fiscal, si procede privar al padre de su ejercicio. Se estima, salvaguardado el interés de las hijas, con la atribución del ejercicio exclusivo de la patria potestad a favor de la madre y no considerar perjudicial para ellas, el mantenimiento de la titularidad paterna, puesto que el padre no participa en los deberes inherentes a la patria potestad, al no tener más contacto con las hijas desde 2022.

B) La intervención de las administraciones públicas y el sistema de protección de menores

a) Líneas generales

Detrás de muchos de los supuestos en los que se produce la intervención de la administración por situaciones de riesgo o se declara el desamparo y se asume la tutela de los menores por las administraciones públicas hay problemas de consumo por parte de los padres, frecuentemente asociados a enfermedades mentales. En las sentencias que resuelven los recursos interpuestos por los progenitores contra la decisión de la administración se incluye una referencia genérica a los problemas que acarrea ese consumo junto a otros como los episodios de violencia y el riesgo que todo ello conlleva para la estabilidad y la seguridad de los menores.

En ocasiones la situación se detecta cuando se lleva a los servicios de urgencias pediátricas a niños de corta edad por intoxicaciones involuntarias por droga. Otras veces se detecta por los servicios sociales como consecuencia de las denuncias de pediatras, guarderías o de centros escolares.

El problema se plantea de manera específica, por los efectos de retraso, daños a la salud y malformaciones congénitas en el niño como consecuencia del consumo de bebidas alcohólicas y drogas por la madre durante el embarazo. Las dificultades de actuar en esa fase y de manera preventiva dan lugar a que las medidas que se adoptan después del nacimiento llegan tarde, cuando los daños ya son irreversibles. Estas situaciones, detectadas durante el seguimiento del embarazo, o en el mismo momento del nacimiento, cuando se advierte la falta de seguimiento de la gestación, se detectan en ocasiones cuando la madre tiene ya otros hijos que se encuentran bajo la tutela de la administración.

La falta de cuidado del cuerpo de la madre o el consumo de sustancias nocivas durante el embarazo que puedan perjudicar al bebé se considera maltrato prenatal. A las mujeres embarazadas se les insiste en que no beban alcohol o consuman drogas durante el embarazo, pero está prevista legalmente la posibilidad un tratamiento forzoso. Quizás, a favor de una medida impositiva cabría argumentar en términos semejantes a los utilizados

en la jurisprudencia del Tribunal Constitucional, que, de manera polémica, pues las sentencias van a acompañadas de votos particulares, ha admitido los internamientos forzosos en el momento del parto cuando existe un riesgo para la vida del feto (sentencias del Tribunal Constitucional 11/2023, de 23 de febrero de 2023, y 66/2022, de 2 de junio de 2022).

Lo que sí permite claramente la legislación española en el ámbito de protección de menores es la posibilidad de actuar de forma preventiva declarando el desamparo para proteger a un niño que aún no ha nacido, para cuando nazca, cuando puede ser ya tarde.

El artículo 17 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, se ocupa de las actuaciones en situaciones de riesgo:

«1. Se considerará situación de riesgo aquella en la que, a causa de circunstancias, carencias o conflictos familiares, sociales o educativos, la persona menor de edad se vea perjudicada en su desarrollo personal, familiar, social o educativo, en su bienestar o en sus derechos de forma que, sin alcanzar la entidad, intensidad o persistencia que fundamentarían su declaración de situación de desamparo y la asunción de la tutela por ministerio de la ley, sea precisa la intervención de la administración pública competente, para eliminar, reducir o compensar las dificultades o inadaptación que le afectan y evitar su desamparo y exclusión social, sin tener que ser separado de su entorno familiar.

(...)

9. La administración pública competente para intervenir en la situación de riesgo adoptará, en colaboración con los servicios de salud correspondientes, las medidas adecuadas de prevención, intervención y seguimiento, de las situaciones de posible riesgo prenatal, a los efectos de evitar con posterioridad una eventual declaración de situación de riesgo o desamparo del recién nacido. A tales efectos, se entenderá por **situación de riesgo prenatal la falta de cuidado físico de la mujer gestante o el consumo abusivo de sustancias con potencial adictivo, así como cualquier otra acción propia de la mujer o de terceros tolerada por ésta, que perjudique el normal desarrollo o pueda provocar enfermedades o anomalías físicas, mentales o sensoriales al recién nacido**. Los servicios de salud y el personal sanitario deberán notificar esta situación a la administración pública competente, así como al Ministerio Fiscal. **Tras el nacimiento se mantendrá la intervención con el menor y su unidad familiar para que, si fuera necesario, se declare la situación de riesgo o desamparo del menor para su adecuada protección.**

10. La negativa de los progenitores, tutores, guardadores o acogedores a prestar el consentimiento respecto de los tratamientos médicos necesarios para salvaguardar la vida o integridad física o psíquica de un menor constituye una situación de riesgo. En tales casos, **las autoridades sanitarias, pondrán inmediatamente en conocimiento de la**

autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, tales situaciones a los efectos de que se adopte la decisión correspondiente en salvaguarda del mejor interés del menor».

El artículo 18 de la Ley Orgánica 1/1996, de 15 de enero, de protección jurídica del menor, se ocupa de las actuaciones en situación de desamparo:

«1. Cuando la Entidad Pública constate que el menor se encuentra en situación de desamparo, actuará en la forma prevista en el artículo 172 y siguientes del Código Civil, asumiendo la tutela de aquél por ministerio de la ley, adoptando las oportunas medidas de protección y poniéndolo en conocimiento del Ministerio Fiscal y, en su caso, del Juez que acordó la tutela ordinaria.

2. De acuerdo con lo establecido en el artículo 172 y siguientes del Código Civil, se considerará situación de desamparo la que se produce de hecho a causa del incumplimiento, o del imposible o inadecuado ejercicio de los deberes de protección establecidos por las leyes para la guarda de los menores, cuando éstos queden privados de la necesaria asistencia moral o material.

La situación de pobreza de los progenitores, tutores o guardadores no podrá ser tenida en cuenta para la valoración de la situación de desamparo. Asimismo, en ningún caso se separará a un menor de sus progenitores en razón de una discapacidad del menor, de ambos progenitores o de uno de ellos.

Se considerará un indicador de desamparo, entre otros, el tener un hermano declarado en tal situación, salvo que las circunstancias familiares hayan cambiado de forma evidente.

En particular se entenderá que existe situación de desamparo cuando se dé alguna o algunas de las siguientes circunstancias con la suficiente gravedad que, valoradas y ponderadas conforme a los principios de necesidad y proporcionalidad, supongan una amenaza para la integridad física o mental del menor: (...)

c) El riesgo para la vida, salud e integridad física del menor. En particular cuando se produzcan malos tratos físicos graves, abusos sexuales o negligencia grave en el cumplimiento de las obligaciones alimentarias y de salud por parte de las personas de la unidad familiar o de terceros con consentimiento de aquellas; también cuando el menor sea identificado como víctima de trata de seres humanos y haya un conflicto de intereses con los progenitores, tutores y guardadores; o cuando exista un consumo reiterado de sustancias con potencial adictivo o la ejecución de **otro tipo de conductas adictivas de manera reiterada por parte del menor con el conocimiento, consentimiento o la tolerancia de los progenitores, tutores o guardadores**. Se entiende que existe tal consentimiento o tolerancia cuando no se hayan realizado los esfuerzos necesarios para paliar estas conductas, como la solicitud de asesoramiento o el no haber colaborado

suficientemente con el tratamiento, una vez conocidas las mismas. **También se entiende que existe desamparo cuando se produzcan perjuicios graves al recién nacido causados por maltrato prenatal».**

Se incluye no solo el maltrato prenatal, causado por el consumo de la madre, también el consumo por el propio menor cuando se dan dos circunstancias: que sea de manera reiterada, no basta un consumo ocasional, y que tenga lugar con el conocimiento y, se entiende, falta de reacción, por parte de los padres.

Concreta más la Ley de Cataluña 14/2010, de 27 de mayo, reguladora de los derechos y oportunidades en la infancia y adolescencia (DO. Generalitat de Catalunya 2 junio 2010, núm. 5641), en su art. 110.4 Ley Catalana 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia: «La declaración preventiva de desamparo antes del nacimiento es procedente cuando se prevé claramente la situación de desamparo del futuro recién nacido. En el supuesto de maltrato prenatal, el órgano competente en materia de protección de los niños y los adolescentes puede pedir a la autoridad judicial las medidas necesarias en relación con la madre para hacer efectiva la futura protección del recién nacido». Además, en el art. 105.2.c incluye, entre los exponentes de desamparo: «c) Los perjuicios graves al recién nacido causados por maltrato prenatal. A tales efectos, se entiende por maltrato prenatal la falta de cuidado del propio cuerpo, consciente o inconsciente, o la ingestión de drogas o sustancias psicotrópicas por parte de la mujer durante el proceso de gestación, así como el producido indirectamente al recién nacido por parte de la persona que maltrata a la mujer en proceso de gestación».

Ley 3/2005, de 18 de febrero, de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia del País Vasco (derogada), art. 52.2 (situaciones de riesgo) establecía: Cuando las administraciones públicas competentes tengan conocimiento de que peligra el normal desarrollo del nasciturus, lo pondrán en conocimiento del ministerio fiscal a fin de que adopte las medidas que estime oportunas para garantizar su bienestar hasta el momento del nacimiento. Permitía declarar el desamparo de manera inmediata tras el nacimiento en casos en los que se ha expuesto al menor a situaciones de riesgo durante el embarazo.

La vigente Ley del País Vasco 2/2024, de 15 de febrero, de Infancia y Adolescencia, presta más atención a las conductas preventivas pero la declaración de riesgo, como precisa el preámbulo de la ley, solo puede adoptarse después del nacimiento:

Artículo 17. Deber de comunicación cualificado. 1. El deber de comunicación previsto en el artículo anterior es especialmente exigible a las siguientes personas cuando, por razón de su cargo, profesión o funciones, oficio o actividad, tengan conocimiento de una situación de violencia ejercida sobre una persona menor de edad o de una posible situación de desprotección de esta última: 6. En los casos de mujeres gestantes en los que se valore que existe una situación de alto riesgo para la salud y las condiciones básicas de seguridad

del bebé o de la bebé tras el nacimiento debido a los comportamientos durante el embarazo que lo colocan claramente en riesgo de enfermedades o anomalías físicas, mentales o sensoriales severas, la notificación se realizará, directamente, al servicio territorial de protección a la infancia y la adolescencia de la diputación foral competente, sin perjuicio de la notificación al Ministerio Fiscal.

Art. 105 (Prevención y detección de trastornos del desarrollo): 3. ... cuando la gestante sea menor de veinticinco años de edad y concurra una situación de posible riesgo prenatal asociada a la conducta de la futura madre o a sus circunstancias particulares y de vulnerabilidad que pueda afectar al normal desarrollo o a la salud del concebido o de la concebida, con la finalidad de prevenir y, en último término, evitar una eventual declaración de situación de riesgo o desamparo del concebido o de la concebida una vez haya nacido, Osakidetza-Servicio vasco de salud prestará, tanto durante el embarazo como con posterioridad al nacimiento, una atención especial a la madre y a su bebé, y, en su caso, a su familia. La atención especializada podrá ser domiciliaria en el caso de que se valore necesaria.

Artículo 170. Deber general de auxilio y atención inmediata. 5. Las medidas de retención en el centro o servicio sanitario serán igualmente aplicables respecto de recién nacidos o nacidas cuando con carácter previo al nacimiento se haya realizado la declaración de desamparo sobre el concebido o concebida, en los términos que se establecen en el artículo 193.4 de esta ley.

Artículo 184. Obligatoriedad de la declaración de riesgo. 1. La concurrencia de las siguientes circunstancias determinará la obligatoriedad de declarar la situación de riesgo de la persona menor de edad: a) La falta de colaboración efectiva de las personas obligadas conforme al artículo 182 de esta ley, a pesar de la intervención para propiciar un cambio en su grado de disposición y en su actitud, así como el incumplimiento de los compromisos u obligaciones asumidas en el proyecto de intervención social y educativo familiar aprobado, cuando impida o no permita la consecución de los objetivos del proyecto de intervención, y siempre y cuando la situación de riesgo haya sido calificada como moderada o grave. b) Habiéndose intervenido previamente ante una situación de riesgo prenatal, la constatación, posterior al nacimiento, del mantenimiento de las mismas circunstancias que determinaron el riesgo prenatal o de actitudes o conductas en el padre o la madre que comporten un alto riesgo para la integridad física, salud, seguridad o necesidades básicas del recién nacido o la recién nacida, siempre y cuando la valoración que se realice de la situación no determine que el niño o la niña se encuentra en situación de desamparo. La declaración de la situación de riesgo corresponderá a las diputaciones forales.

Art. 188. Indicadores de desamparo. 3. Cuando exista un consumo reiterado de sustancias con potencial adictivo o la ejecución de otro tipo de conductas adictivas de manera reiterada por parte de la persona menor, con el conocimiento, consentimiento o tolerancia de sus

representantes legales. A tal efecto, se entiende que existe consentimiento o tolerancia cuando no se hayan realizado los esfuerzos necesarios para paliar estas conductas, como solicitar asesoramiento, o no se haya colaborado suficientemente con el tratamiento, una vez conocidas estas. 4. Cuando se produzcan perjuicios graves al recién nacido o a la recién nacida a consecuencia de una situación de maltrato prenatal.

b) Algunas resoluciones judiciales

– SAP, Civil sección 3 del 15 de enero de 2019 (ROJ: SAP NA 922/2019 - ECLI:ES:APNA:2019:922) sentencia: 12/2019: Se consta en el expediente administrativo un informe médico de fecha 26 de abril de 2017, suscrito por el Servicio de Obstetricia y Ginecología del HOSPITAL000, haciendo referencia a que la Sra. Tarsila fue derivada a dicha consulta (en semana 20) "por consumo patológico de alcohol", con "intoxicación etílica aguda documentada en historia clínica el 16 de diciembre de 2016 (embarazo de 13 semanas)", diagnosticándose en la semana 31+6 "embarazo con feto con sospecha de retraso de crecimiento intrauterino (estimación de peso en percentil 10 para edad gestacional y microcefalia con circunferencia cefálica -p3)".

A esta problemática también alude el informe elaborado por el Equipo de Infancia y Familia de la Unidad de Barrio de DIRECCION001 fechado el 28 de abril de 2017, que valora las importantes limitaciones de la Sra. Tarsila en la función parental y la "negligencia evidente" en el cuidado de su embarazo, señalando que se ofreció a la misma, ante el fracaso de la medidas adoptadas en medio ambulatorio de salud mental y ginecología, el ingreso voluntario hospitalario para garantizar la abstinencia en el consumo de alcohol, sin que pese a ello aceptara.

Y esta información fue ratificada por el Sr. Gumersindo en el juicio, cuya credibilidad no es puesta en duda por la sentencia apelada, ni esta Sección encuentra motivo alguno para ello, una vez visionada la grabación y escuchada su declaración, en la que expuso que el problema del consumo de alcohol se detectó en el mes de diciembre de 2016, siendo la razón fundamental de iniciar el expediente y, **aunque se intentó parar el consumo desde Salud Mental, la Sra. Tarsila recayó y se negó a ser internada, detectándose daños en la ecografía, de manera que Rosalía va a necesitar cuidados especiales de por vida** (minutos 10:46 y 47), lo que justifica el inicio del procedimiento para declarar la situación de desprotección de la menor, así como la asunción provisional de su guarda, en tanto se determina la medida más adecuada que garantice su vida, procurando los cuidados y atenciones necesarios, de conformidad con el art. 17.9 de la Ley Orgánica 1/1996, de Protección Jurídica del Menor, que en supuestos de "situación de riesgo prenatal", referido a la "falta de cuidado físico de la mujer gestante o el consumo abusivo de sustancias con potencial adictivo, así como cualquier otra acción propia de la mujer o de terceros tolerada por ésta, que perjudique el normal desarrollo o pueda provocar enfermedades o anomalías físicas, mentales o sensoriales al recién nacido", establece que tras el nacimiento "se

mantendrá la intervención con el menor y su unidad familiar para que, si fuera necesario, se declare la situación de riesgo o desamparo del menor para su adecuada protección".

– SAP, Civil sección 18 del 14 de junio de 2023 (ROJ: SAP B 6999/2023 - ECLI:ES:APB:2023:6999): **se detecta porque tiene una hermana mayor en situación de acogimiento familia extensa (la abuela) y control gestacional tardío (31 semanas), madre problemas mentales.**

– SAP, Civil sección 18 del 19 de noviembre de 2012 (ROJ: SAP B 12833/2012 - ECLI:ES:APB:2012:12833: el art. 105 de la Ley 14/2010, de 27 de mayo, de los derechos y las oportunidades en la infancia y la adolescencia dice que "Se consideran desamparados los niños o los adolescentes que se encuentran en una situación de hecho en la que les faltan los elementos básicos para el desarrollo integral de la personalidad, siempre que para su protección efectiva sea necesario aplicar una medida que implique la separación del núcleo familiar. Y añade el referido precepto legal que son situaciones de desamparo, entre otras, el maltrato prenatal, y a tales efectos, se entiende por maltrato prenatal la falta de cuidado del propio cuerpo, consciente o inconsciente, o la ingestión de drogas o sustancias. Asimismo, es situación de riesgo el trastorno o la alteración psíquica o la drogodependencia de los progenitores, o de los titulares de la tutela o de la guarda, que repercuta gravemente en el desarrollo del niño o el adolescente, situaciones que se dan en el presente caso. Efectivamente, tal como se ha referido ampliamente en la sentencia recurrida, **la menor Irene dio positivo a los análisis tóxicos realizados en el momento de nacer, por lo que se acordó su retención hospitalaria. El embarazo no había sido controlado y la madre durante el mismo habría consumido alcohol y cocaína, tal como se constató en el análisis realizado a la menor tras su nacimiento y reconoció la propia actora en su interrogatorio en el acto de la Vista. La Sra. Irene tiene un importante problema de consumo de alcohol, del que no es consciente, y ha abandonado los tratamientos que ha iniciado para su superación. Tal ingesta influye negativamente en su trastorno mental.**

– SAP de Barcelona (Sección 18.^a) 295/2019, de 10 abril de 2019: dictada resolución por la que **se acuerda el desamparo preventivo de nasciturus y retención hospitalaria: después de nacer se reitera el acuerdo y se atribuye la guarda a la familia extensa (hermana de la madre).** En este caso no era un tema de consumo, sino de salud mental, va unido a que tenía ya otro hijo y la madre tiene un comportamiento errático que hace mella en la salud física y mental de sus hijos (la voz de alarma procede de la guardería, de vecinos, del centro de salud).

– SAP de Burgos (Sección 2.^a) 56/2022, de 28 de febrero de 2022: confirma una declaración de desamparo basada en el antecedente de riesgo prenatal: se ocultó al menor desde el momento del nacimiento, existiendo falta de control médico en el embarazo (ya les habían quitado tres hijos anteriores, e igualmente ocultaron el nacimiento de la anterior).

– SAP Guipúzcoa, sec. 2, a 29 de octubre de 2024 - ROJ: SAP SS 858/2024 ECLI:ES:APSS:2024:858: 704/2024 (no es un caso de consumo, sino de salud mental): situaciones de riesgo: durante el embarazo, D.^a Mercedes ha pernoctado en la calle, no acude ni a revisiones ni controles del embarazo hasta diciembre ni prioriza a su seguridad, puesto que se ve expuesta a violencia que puede afectar al bebe (tiene otro hermano menor que aparece con un hematoma en el ojo, convive con la pareja que tiene una orden de alejamiento, cambian de residencia -pensiones, albergues, centros de acogida-, acude a urgencias por puñetazo en el abdomen, desde la agresión manifiesta menos movimientos fetales. Al día siguiente, el 14, acude a Urgencias por sangrado metrorragia similar a regla desde la mañana, se le da alta y cita con la matrona, gestación no controlada. **Esta situación ya se había detectado, pero no se le retiene: posteriormente ingresa en prisión tras "secuestrar" al otro hijo que estaba en acogimiento, da a luz, permanece cuatro meses ingresada en el hospital y se declara el desamparo del niño recién nacido.**

– SAP Vizcaya, 4.^a, a 17 de diciembre de 2020 - ROJ: SAP BI 3642/2020 ECLI:ES: APBI:2020: 3642 N° de Resolución: 2327/2020: El servicio de infancia de la Diputación abrió expediente a D.^a Adoración, cuando se encontraba **embarazada de seis meses de la menor para valoración de posible situación de riesgo del nasciturus. El embarazo no fue controlado ginecológicamente. En el momento de su nacimiento, en análisis de orina dio positivo a cocaína, metadona, opiáceos y cannabis y estuvo aquejada durante semanas de síndrome de abstinencia.** A los tres días del nacimiento fue declarada en situación de desamparo por OF 64904/2016 de 6 de octubre, que no fue recurrida. La madre de una menor declarada en situación de desamparo, formula demanda contra la entidad que tiene encomendada la protección de menores, en la que solicita se declare la exigencia de su asentimiento para la adopción. La sentencia de primer grado considera que no es necesario el asentimiento por estar incurso la madre en causa de privación de la patria potestad al no persistir las circunstancias que determinaron la declaración de desamparo y, señaladamente, el estado psicológico de la madre, que aun cuando haya mejorado, no lo ha hecho en medida suficiente para que ejerza de la patria potestad. La sentencia de apelación que la confirma, considera que el hecho de que la madre de la menor tenga limitada de manera importante su capacidad de obrar en virtud de sentencia y que las limitaciones de capacidad impuestas afectan a aspectos básicos, como decidir sobre su forma de vida y tratamientos médicos, bastaría para considerar a la madre incurso en causa de privación de la patria potestad pues difícilmente puede cumplir los deberes dimanantes de la patria potestad quien tiene limitada la capacidad para regir su propia persona, a lo que añade que antes del nacimiento de la menor ya se produjeron graves incumplimiento de los deberes de cuidado y atención que pusieron en grave peligro su vida y salud de la menor, tales como consumo de drogas casi hasta el nacimiento de la niña y ausencia de control del embarazo, sin que mejorara la situación cuando nació.

– SAP, Civil sección 2 del 30 de noviembre de 2018 (ROJ: SAP SS 1082/2018 - ECLI:ES:APSS:2018:1082) sentencia 650/2018: **consumo de los dos progenitores, la madre menor en situación de desamparo** (mala relaciones con los padres, se escapa, convive con un varón mucho mayor que ella, que consume y tiene antecedentes de violencia): abierto el expediente respecto de la recién nacida se valora su comportamiento poco colaborador para revertir la situación aunque dicen que no consumen; "en lugar de colaborar con el ente foral, ponerse a su disposición para rehabilitarse y recapitarse como padres, mediante los recursos o terapias que fueran precisos, se han enrocado en una pelea contra la institución, convencidos de que esta actuó inadecuadamente y que por su parte nada habían hecho mal", que "han dado la espalda en una actitud poco razonable, a la Institución cuya función es exclusivamente, velar por el mejor interés del menor" y que **"Ello ha impedido que a fecha de hoy, la evolución positiva que se había iniciado en estos progenitores en relación con los problemas y actitudes que motivaron la desprotección de su bebé" haya continuado, no produciéndose mejora alguna, ni avance positivo en la evolución de los mismos.**

– SAP, Civil sección 3 del 22 de junio de 2015 (ROJ: SAP SS 578/2015 - ECLI:ES:APSS:2015:578) Guipúzcoa, sentencia 155/2015: Se decreta el desamparo de los niños, uno de 6 años y su hermano recién nacido. Negligencia hacia las necesidades de seguridad en seguridad física de la vivienda y prevención de riesgos de carácter moderado. **En varias ocasiones Remedios ha protagonizado conductas temerarias con el niño (haberse caído a altas horas de la noche embriagada causando lesiones al niño)** lo que ha supuesto un riesgo para el niño añadiendo la probabilidad de que ello volviera a ocurrir. Negligencia hacia las necesidades de seguridad en supervisión de gravedad moderada ya que la madre presenta dificultades para vigilar al niño fuera del domicilio. Es frecuente que cuando acude al bar no esté lo suficientemente pendiente de Raimundo. Ha sido encontrada por la Policía en varias ocasiones bajo los efectos de la droga y alcohol. En relación con la negligencia de Remedios respecto del nasciturus (embarazo de Remedios) refiere que desde el Centro de Salud se indica que Remedios no está realizando el seguimiento del embarazo (cuidados higiénicos-sanitarios) y no ha acudido a las citas concertadas de la matrona. Además de confirmarse que la madre está consumiendo drogas y alcohol durante el embarazo el bebé pudiera sufrir una enfermedad o deterioro de carácter grave. En resumen, en el apartado "Pronóstico de Capacitación Parental / Pronóstico del Caso" la respuesta es negativa y ello porque Remedios **presenta graves dificultades para el cuidado y cobertura de las necesidades de su hijo debido a su consumo de tóxicos (alcohol y drogas) además de las sospechas de un posible trastorno patológico sin diagnosticar ni tratar.**

El día 3 de octubre de 2013 realizó un Informe de Valoración Complementaria del Informe emitido por D.^a Elvira en relación a Agustín confirmando la declaración de desamparo provisional; su Informe es complementario a los emitidos el 19 de Abril y el 9 de

Agosto de 2013; la madre negó el consumo de alcohol, negó la veracidad de los Atestados policiales, negó los resultados positivos de marihuana que existen; manifestó que se encontraba bien y que no iba a acudir a ningún programa de deshabituación; en el Informe de Alta de Hospital al haber nacido muy prematuro Agustín se recogen todas las revisiones que tienen que realizarse siendo la familia profesionalizada la que se hace cargo de llevar acabo tales revisiones; ella confirmó en su Informe lo que previamente había decretado en el suyo D.^a Elvira **no habiéndose apreciado evolución alguna en la madre para corregir el consumo de alcohol y marihuana. Remedios acudió a Proyecto Hombre pero para decir que estaba bien y que no necesitaba tratamiento rehabilitador alguno; el Proyecto Hombre le dieron una cita para el 4 de octubre pero no fue; en la analítica de 16 de Junio cuando está embarazada da positivo al consumo de marihuana y la que le hacen tras el nacimiento da igualmente positivo;** el desamparo decretado no se encuentra en el consumo sino en los antecedentes de desatención grave que aparece en el Informe de 19 de Abril de 2013 , en las graves dificultades de la madre con el consumo de marihuana que asimismo aparecen en el Informe y estando embarazada continua consumiendo.

La madre se opone a la medida diciendo que el consumo era esporádico y no la causa de un nacimiento prematuro. El padre dice que nunca vio a la madre "completamente borracha" y que por eso aceptó en el divorcio que le dieran la custodia a ella y cuando acudía a recoger al niño para las vistas nunca la vio en mal estado.

- SAP, Civil sección 5 del 29 de abril de 2025 (ROJ: SAP GR 612/2025 - ECLI:ES:APGR:2025:612) sentencia 191/2025: **se inicia la intervención al detectarse tóxicos en la orina del menor a su nacimiento, motivado por el consumo de sustancias estupefacientes por parte de la madre y unido a la existencia de sintomatología psiquiátrica en la misma**, que deriva en la apreciación de una situación de desprotección grave como consecuencia del consumo de dichas sustancias y la sintomatología psiquiátrica, habiendo reconocido la madre que había consumido tóxicos durante el embarazo y que no seguía el tratamiento psiquiátrico por voluntad propia.

– SAP, Civil sección 1 del 17 de febrero de 2025 (ROJ: SAP CO 259/2025 - ECLI:ES:APCO:2025:259) sentencia: 185/2025: D.^a. Brígida tiene hábitos tóxicos relacionados con el consumo de cannabis que pueden perjudicar al menor. Así se lo reconoció a la técnico del Servicio de Protección que declaró en el acto del juicio. De hecho, Justiniano dio positivo en THC en la analítica que se le hizo el mismo día de su nacimiento. La recurrente sostiene que se trata de un falso positivo. Ningún indicio existe de ello, debiendo tenerse en cuenta el reconocimiento del consumo por parte de D.^a Brígida ante la técnico. Pero la cuestión no es que D.^a Brígida consuma grandes dosis de cannabis, sino la repercusión que ello puede tener para Justiniano. **La técnico señaló que la cultura marroquí no es la misma que la española sobre el consumo. Sin embargo, D.^a Brígida**

fue advertida del peligro que suponía el consumo de cannabis para su hijo durante el embarazo. En el control de embarazo al que se sometió en el Hospital Universitario DIRECCION000 el 10/11/2023 faltó a la verdad sobre dicho consumo, ya que en la anamnesis indica que es "ex toxicómana". Ese ocultamiento revela que sabía que el consumo de estupefacientes no es inocuo en un embarazo. Además, en el "plan de actuación" que aparece en ese informe del Hospital DIRECCION000 se le aconseja "evitar tabaco y hábitos tóxicos", lo que no fue cumplido por D.^a Brígida. **Si ésta no fue capaz de controlar el consumo de cannabis durante el embarazo, existen dudas de que lo pueda hacer después, máxime si regresa a Marruecos.**

Después del parto, D.^a Brígida no cumplió con los compromisos acordados con el Servicio de Protección. Según indicó la técnico, aquélla tenía voluntad de colaborar y asumió hasta el 1 de febrero de 2024 el compromiso de dejar de consumir cannabis y visitar al menor, sin que los cumpliera regresando posteriormente a Marruecos. Esta decisión no es reprochable moralmente, puesto D.^a Brígida tiene otros cuatro hijos menores en Marruecos en una situación precaria, como luego analizaremos. La técnico le propuso que se trajera a los otros hijos a España y que aquí podría dársele ayuda social, pero por razones desconocidas no aceptó. En todo caso, es cierto que no se sometió al control de tóxicos exigido por la administración y que tampoco realizó visitas al menor mientras estuvo aquí.

– SAP, Civil sección 6 del 27 de noviembre de 2023 (ROJ: SAP PO 2773/2023 - ECLI:ES:APPO:2023:2773), sentencia: 571/2023 el informe aportado se limita a reseñar que la vivienda se encuentra en adecuadas condiciones de habitabilidad y que doña Amparo en la actualidad no consume sustancias tóxicas. Sin embargo, **al apreciarse una situación de maltrato prenatal resulta preciso que exista un adecuado control y seguimiento de la relación madre-hija antes de que aquella recupere la custodia, lo que exige una supervisión que debe seguirse por los técnicos del Servicio de Familia** de la Xunta de Galicia y a la que la madre debe cooperar para lograr el deseado objetivo que redunde en beneficio de la madre y especialmente de la menor. Los técnicos que intervienen en el expediente consideran que aún no se dan las circunstancias para que cese la declaración de desamparo. Existen estudios pediátricos que revelan las consecuencias para el bebé del consumo de drogas por parte de la madre durante el embarazo y en ocasiones ese es un indicador de riesgo que puede desencadenar el qué en el mismo momento del nacimiento si los hechos han sido puestos en conocimiento de las Administraciones Públicas o de los servicios sociales se dicte una resolución administrativa que suspende el ejercicio de la patria potestad y del lugar a la Asunción de la tutela por parte de la administración.

Constituyen, por sí solas, riesgo grave o desamparo, el antecedente de desprotección grave de la progenitora, durante el embarazo si se detecta el consumo. Puede declararse una

situación de riesgo que puede dar lugar a controles periódicos que en lo que pongan de relieve la desaparición del riesgo, así como informes psicosociales sobre la posibilidad de que el menor retorne con su familia de origen: -En cuanto a la ausencia de consumo de drogas, refiere el informe que desde la UAD de A Coruña informan que los progenitores sólo acuden al psiquiatra y recoger metadona, sin acudir a sesiones con otros profesionales desde hace tiempo y sin mencionar si hacían controles. Por su parte, desde la UAD de Lugo no se hace valoración alguna ante la falta de implicación de los demandantes con el servicio, precisando que iniciaron control de tóxicos ese mismo mes de febrero (fecha del informe) con el resultado de que Petra (madre del menor) habría dado positivo en control de cocaína y opiáceos; concluyendo el informe que no se puede descartar la ausencia de consumos. Conductas inadaptadas por parte de la madre que apuntan a alguna dificultad siquiátrica o relacionada con adicción a sustancias.

– SAP, Civil sección 1 del 24 de marzo de 2025 (ROJ: SAP LU 207/2025 - ECLI:ES:APLU:2025:207) sentencia: 159/2025: la sentencia recurrida, por su parte, valora el informe del ETF y **los factores de riesgo reseñados en dicho informe, que son el consumo de sustancias tóxicas por todos los miembros de la familia en presencia de los menores**, desorganización doméstica y falta de hábitos, trabajos laborales (hostelería y prostitución) nocturnos, ausencia de organización económica y exposición de los menores a situaciones de ocio en la vivienda en horas nocturnas y a violencia. Asimismo, resalta la sentencia que el informe puso de relieve la nula conciencia de la recurrente de los problemas que ocasionaron el desamparo de las menores y el carácter no definitivo sino puntual de los cambios realizados en su forma de vida por la recurrente, así como la integración de las menores en su familia de acogida, superando las niñas, sobre todo la mayor, las situaciones de ansiedad y miedo previos, y reclamando una integración completa en la familia de acogida.... a extensa donde persisten las conductas de riesgo apreciadas en su día. Ello sin perjuicio de constatar el desarrollo en dicho momento de actividades laborales incompatibles con el horario de las menores, que conducía necesariamente al apoyo familiar para el cuidado de las niñas y la persistencia del consumo de tóxicos por la recurrente.... El Tribunal, como lo han hecho efectivamente **los peritos informantes, constata un cambio o evolución en la madre, motivado por el deseo de recuperación de sus hijas, habiéndose alejado del consumo de tóxicos, e iniciando una vida independiente del contexto de la vivienda de su madre, donde se propiciaron las más importantes situaciones de riesgo para las niñas**. Pero se resalta en la totalidad de los informes la nula conciencia de la recurrente de la situación de desprotección a la que estuvieron expuestas las niñas, precisamente por la forma de vida y el entorno familiar en que se desarrolló la convivencia de las menores en sus primeros años de vida. Ello unido a la dependencia emocional de la recurrente de su madre, resaltada por los informes periciales, impronta una imagen de subsistencia del riesgo de que las menores puedan

nuevamente verse afectadas por este contexto familiar, ciertamente inadecuado para su desarrollo.

También se tiene en cuenta la responsabilidad del padre que convive con la madre embarazada y no hace nada: no es una sanción, no es un castigo, sino que se infiere sin dificultad que no hay garantía de que pueda cuidar al hijo (normalmente va unido a otros datos: se niega a someterse a análisis para detectar consumo, falta de domicilio, de trabajo...):

– SAP, Civil sección 1 del 30 de octubre de 2024 (ROJ: SAP TO 866/2024 - ECLI:ES:APTO:2024:866) Sentencia: 283/2024: Cuando nace el niño da positivo por cocaína y necesitó tratamiento de reanimación e ingreso en la UCI. Intervienen los servicios sociales a instancias de los médicos. El padre se opone a la medida de intervención. Manuel convivió durante meses con Estela estando embarazada y sabiendo que consumía drogas y por tanto sabiendo que estaba perjudicando al feto y nada hizo por remediarlo, estando en su mano haberlo puesto en conocimiento de los servicios sociales para que valoren adoptar alguna medida porque Estela se oponía a dejar de consumir drogas, por lo tanto ningún error existe cuando en el expediente que da lugar a la adopción de la medida recurrida se hace constar que "el padre ni previene ni evita el maltrato prenatal, teniendo el mismo nivel de responsabilidad parental".

La condición de pareja de Estela y la conciencia cierta de que está embarazada y esperando un hijo de Manuel, sitúa a éste en una situación semejante a la de garante respecto del bienestar de su hijo en relación con situaciones límites y extremadamente graves como es saber que durante la gestación está consumiendo sustancias tóxicas, que no va dejar de hacerlo y que sin duda, esta conducta está dañando el feto y aun siendo consciente de que es libre de mantener o dejar una relación afectiva, lo que es especialmente reprochable es dejar a su suerte de Estela en su estado y no alertar a servicios sociales y permitir que se siga dañando al que será su hijo sabiendo perfectamente que tendrá un DIRECCION000 que le pudo costar la vida o dejar graves secuelas por lo que este motivo se desestima.

De manera semejante, cuando son los padres de la embarazada, a veces también menor, los que, conociendo el maltrato prenatal no intervienen:

– SAP, Civil sección 1 del 03 de mayo de 2024 (ROJ: SAP LO 319/2024 - ECLI:ES:APLO:2024:319) sentencia 211/2024: un embarazo de riesgo porque, entre otros motivos relacionados con la salud mental de la madre y su consumo de tóxicos, vivía en DIRECCION003 en un piso en el que según informes de los servicios sociales y datos aportados por el abuelo materno (informe de la trabajadora social de DIRECCION004 de 2 de julio de 2021), existían problemas de drogas, prostitución, sin condiciones higiénicas y con una pareja, padre de la niña, que después fue denunciado por Leyla por violencia de género y que tiene varios antecedentes penales por delitos de violencia familiar y torturas.

La madre no acude a los controles habituales de embarazo y manifiesta varias veces a las trabajadoras sociales la intención de optar por su interrupción, así consta en informe de la trabajadora social de la mancomunidad DIRECCION005 de febrero de 2021. Durante el embarazo sufre incluso un ingreso psiquiátrico en la unidad de agudos desde el 24 de febrero hasta el 2 de marzo de 2021. Es esta intervención la que pone en sobre aviso a los servicios sociales sobre la situación de riesgo sobre la menor no nacida, y la que hace tomar conocimiento a los abuelos maternos del embarazo de su hija, siendo perfectamente conscientes de que no se cuidaba, no tenía intención de asistir a los controles necesarios y vivía en pésimas condiciones. La Sra. Sandra ha asegurado en su testifical que, al ver el estado de su hija, la convenció para que se fuera vivir con ellos una temporada y estuvo con ella y su marido en su casa. No ha dicho la verdad, Su esposo ha testificado que no pudieron hacer que Leyla se quedara en su casa y que durante el embarazo ella estaba en DIRECCION003 y no convivió con él, ni con su esposa, ni con su hijo John en el domicilio de ellos.

IV. La dificultad de imponer un tratamiento forzoso

Sin entrar a valorar las posibilidades de éxito de un tratamiento de deshabituación que no cuente con la colaboración del afectado, desde el punto de vista jurídico no resulta fácil afirmar que sea posible ni un tratamiento forzoso ni un ingreso contra la voluntad más allá de los casos previstos legalmente.

Hay que tener en cuenta que en el Proyecto de Ley 121/000064 presentado en las Cortes Generales en julio de 2025 se prevé la modificación del Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, en el que se incluiría un art. 13. bis.3. según el cual: «**Quedan expresamente prohibidos: a) El internamiento involuntario por razón de discapacidad salvo en los casos de urgencia vital, que son aquellos episodios de crisis que comprometan la vida del paciente o de terceros**» (Proyecto de Ley, BOCG 24 de julio de 2025 Núm. 64-1).

Pero, hoy por hoy, hay que estar al art. 10 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, y a la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, que parte del principio fundamental del respeto por la autonomía del paciente, plasmación en el ámbito médico de los derechos y libertades constitucionalmente reconocidos, y que se traduce en el derecho del paciente a tomar decisiones informadas sobre su atención médica, sin que se le pueda imponer tratamiento de ninguna clase sin su consentimiento, salvo que concurra alguna de las excepciones legalmente previstas. Estas excepciones se fundamentan en dos principios: (i) el carácter no absoluto de los derechos fundamentales, y (ii) la legitimidad de su posible restricción en aras de salvaguardar otro derecho

constitucional igualmente digno de protección, en esencia, el derecho a la vida y la salud pública.

En todo caso, para determinar la procedencia y alcance de dichas excepciones, la ley distingue en función de que los pacientes se encuentren o no en condiciones de expresar su consentimiento válido. En el primer caso, la voluntad del paciente se impone con el único límite de que exista riesgo para la salud pública a causa de razones sanitarias establecidas por ley (art. 26.1 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, en relación con los arts. 1, 2 y 3 LO 3/1986, de 14 de abril, de Medidas-Especiales en Materia de Salud Pública, y el art. 9.2 letra a Ley 41/2002).

Si el paciente no fuera capaz de tomar decisiones o su estado físico o psíquico no le permita hacerse cargo de su situación, la ley permite a los facultativos llevar a cabo las intervenciones clínicas indispensables en favor de la salud del paciente, sin necesidad de contar con su consentimiento, siempre que exista «riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica del enfermo [...] consultando, cuando las circunstancias lo permitan, a sus familiares o a las personas vinculadas de hecho a él».

En particular, cuando lo que se discute es la capacidad del paciente que se niega u opone al tratamiento, la valoración tanto de su capacidad para decidir como de la existencia de un riesgo inmediato grave para la integridad física o psíquica exigen realizar un juicio de proporcionalidad que, como señala la doctrina constitucional, sin impedir los deberes éticos y profesionales del médico y de la familia del enfermo de velar por su vida, integridad y salud, restrinja al mínimo la libertad de quien voluntariamente pone en riesgo su vida. Juicio de proporcionalidad que corresponde efectuar al órgano judicial competente, a la luz de los informes emitidos.

La cuestión es si, dado que las adicciones pueden afectar a la capacidad de decisión de la propia persona, en principio, cabría pensar que sería aplicable la misma doctrina que se mantiene para los casos de patologías o enfermedades mentales que privan a la persona de voluntad y que, por tanto, permiten establecer medidas de apoyo incluso contra la voluntad manifestada (pero que no sería libre y verdadera voluntad) de rechazo a un tratamiento (STS, Sala Primera, 589/2021, de 8 de septiembre).

En las sentencias dictadas en materia de discapacidad, en casos en los que se nombra judicialmente un curador, se prevé su intervención en temas sanitarios, a veces en una labor de asistencia (STS, Sala Primera, 854/2024, de 12 de junio: apoyo para el tratamiento médico ambulatorio, psicofarmacológico y terapéutico, control de la medicación, seguimiento del tratamiento, asistencia a las citas médicas y consentimiento informado en el ámbito de la salud mental, al padecer un trastorno psíquico y carecer de conciencia de enfermedad; esta medida puede extenderse a la representación cuando sea necesario para asegurar la prestación de la asistencia médico-psiquiátrica). A veces también, según el

grado de discapacidad, para tomar decisiones sanitarias por sustitución. Pero estos últimos son casos excepcionales en los que la persona no puede por sí misma tomar ninguna decisión (por ejemplo, STS, Sala Primera, 1444/2023, de 20 de octubre: partiendo de los hechos acreditados en la instancia acerca de la falta de habilidades en el ámbito sanitario y de la salud, su incapacidad para interpretar la información y para tomar decisiones, resulta conveniente que la esposa, para tomar las decisiones precisas en cada caso pueda contar con la representación que le ha conferido la sentencia recurrida, tanto para recibir información como para tomar decisiones).

Específicamente sobre los tratamientos de desintoxicación existen algunas resoluciones de audiencias provinciales:

– A veces se encomienda al apoyo constituido judicialmente que vele especialmente por llevar a cabo un tratamiento de desintoxicación (SAP, Civil sección 18 del 13 de mayo de 2022 ROJ: SAP B 6457/2022 - ECLI:ES:APB:2022:6457, sentencia 243/2022), o se le atribuyen las facultades para gestionar el ingreso en un centro de desintoxicación y para tramitar la autorización judicial que proceda (SAP, Civil sección 18 del 20 de octubre de 2021 (ROJ: SAP B 12284/2021 - ECLI:ES:APB:2021:12284, sentencia: 631/2020).

– La SAP, Civil sección 18 del 15 de septiembre de 2021 (ROJ: SAP B 9511/2021 - ECLI:ES:APB:2021:9511) sentencia: 550/2021, muestra las dificultades que se plantean incluso cuando se faculta al tutor (ahora curador) para prestar consentimiento y pedir autorizaciones judiciales para internamientos no voluntarios, cuando la persona rechaza los recursos públicos para desintoxicarse y deshabituarse. En el caso, el Ministerio fiscal interesa que se le reduzca la disponibilidad de dinero para dificultar el consumo, pero las referentes de la Fundación dan cuenta de que la evolución de la enfermedad es tórpida, se gasta el dinero en tóxicos, no controla, mantiene una postura muy autodestructiva, llega a prostituirse para obtener dinero, se engaña, mantiene una relación destructiva con su madre. Como líneas de actuación proponen: control del dinero, acompañarle en las decisiones, buscar apoyo de profesionales, estudiar la manera de que no pueda pedir voluntariamente el alta en ingreso para desintoxicación. Dicen ser una fundación especializada en enfermedad mental, no en tóxicos, pero han aprendido. El tutor ha informado del consumo abusivo de tóxicos, en los que la recurrente gasta mucho dinero, de la presión económica que ejerce la demandada sobre su madre, en que rechaza la oferta de recursos y su gerente declara en juicio que tienen dificultades porque la red asistencial no tiene ningún recurso donde pueda rehabilitarse si no muestra su voluntad de permanecer ingresada; cuando se pone bien pide el alta voluntaria y no consolida la mejora; o está enganchada a los tóxicos o descompensada y es un sinvivir; necesitaría 3 o 4 años de ingreso terapéutico; no pueden hacer lo que se les encomendó, no pueden imponer un tratamiento; aunque acepten seguir de tutores (mejoraría el ámbito patrimonial) no mejoraría su estado de salud (insiste en el internamiento involuntario judicial); no hay

fundaciones específicas para enfermedad mental dual y ellos lo asumen por indicación de la Generalitat.

– SAP, Civil sección 18 del 10 de junio de 2020 (ROJ: SAP B 4479/2020 - ECLI:ES:APB:2020:4479) sentencia 366/2020: El informe del Dr. Martín de 28 de febrero de 2020 confirma el consumo de cocaína, trastorno bipolar y de dependencia, la voluntad, pero también la incapacidad del paciente para dejar de consumir y recomienda ingreso hospitalario que el paciente acepta, ingreso para desintoxicación (que de momento el paciente acepta) y al alta acudir al CAS. La madre ha declarado ante la Sala, muy afectada, que tal como está su hijo no se puede vivir, se lo quita todo. Querría vivir con su hija y que el hijo fuera atendido fuera de casa. Dada la especial gravedad de las dolencias (trastorno bipolar y drogadicción), con déficits en la capacidad cognitiva y volitiva, en lo que hace a la salud, entendemos que, aun con capacidad parcial, para este concreto ámbito se ha de considerar la necesidad de un apoyo sustitutivo, como pide el propio interesado. En suma, quiere, pero no puede, por déficit de voluntad, rehabilitarse. La figura más adecuada es la de un curador, si bien previendo que pueda tomar decisiones sobre ingreso y tratamiento, sin perjuicio de los controles legales (art. 763 LEC) y acordamos que el curador ha de gestionar el ingreso en un centro terapéutico, de deshabituación o tratamiento, como medio para frenar una evolución tórpida de la dolencia (con repetidos anuncios de autolisis) y gestionará también el alejamiento del incapaz de la vivienda familiar hasta que no se produzca su recuperación.

Cuando se trate de menores de edad el consentimiento habrá de ser otorgado por el representante legal, esto es, en el caso de ejercicio conjunto de la patria potestad, por ambos progenitores, salvo situaciones de urgencia o que corresponda a uno de ellos la facultad de decidir. Si la decisión de los progenitores es contraria a los intereses de vida o salud del menor, se pondrá en conocimiento de la autoridad judicial, directamente o a través del Ministerio Fiscal, para que adopte la resolución correspondiente, que puede ser contraria a la opinión de los padres. Por razones de urgencia, si no fuera posible acudir al juez, los profesionales sanitarios adoptarán las medidas necesarias en salvaguarda de la vida o salud del paciente.

Conclusiones

PRIMERA MESA

1. Se aborda la complejidad del concepto de “droga” y la dificultad de trazar una frontera clara entre las sustancias terapéuticas y las de abuso. A lo largo de la historia, muchas de las hoy consideradas ilegales fueron empleadas con fines médicos: la heroína como antitusígeno infantil o la cocaína como anestésico local son ejemplos paradigmáticos. Esta dualidad evidencia una sinonimia confusa, donde el término “droga” oscila entre lo curativo y lo dañino, y donde los avances científicos y sociales modifican continuamente su significado.
2. Los datos del Informe Mundial sobre Drogas evidencian la magnitud del problema: más de 116 millones de personas consumen sustancias distintas del alcohol y el tabaco, con especial prevalencia del cannabis y los opioides. Estas drogas actúan sobre el sistema nervioso central y alteran los procesos mentales, la conciencia y el estado de ánimo, generando dependencia física y psicológica. El trastorno por consumo de sustancias se concibe hoy como una enfermedad cerebral crónica y recurrente, caracterizada por el consumo compulsivo a pesar de las consecuencias negativas.
3. El análisis resalta también la expansión de nuevas sustancias psicoactivas que escapan al control legal. Entre ellas, los *nitazenos* representan un ejemplo extremo: opioides de síntesis con una potencia hasta 500 veces superior a la heroína, utilizados para adulterar otras drogas y aumentar su capacidad adictiva. La rapidez con que aparecen nuevas formulaciones dificulta su fiscalización y constituye un desafío sanitario de primera magnitud.
4. Desde la perspectiva neurobiológica, se explica la adicción como un proceso en el que las drogas “secuestran” el circuito cerebral de recompensa, sustituyendo los placeres naturales por gratificaciones químicas de intensidad superior. La dopamina y otros neurotransmisores intervienen en la génesis y mantenimiento del consumo, provocando cambios estructurales en el cerebro que perpetúan el deseo y dificultan la abstinencia. Factores ambientales —como el maltrato, el estrés o la disfunción familiar— y vulnerabilidades genéticas incrementan el riesgo, especialmente durante la adolescencia, cuando los mecanismos de control cortical aún no están plenamente desarrollados.
5. La adicción se consolida cuando el individuo deja de consumir para alcanzar la euforia inicial y lo hace para aliviar el malestar de la abstinencia. Este desplazamiento del placer al alivio perpetúa el ciclo adictivo y explica la frecuencia de las recaídas. El proceso

adictivo, además, conlleva un progresivo empobrecimiento de la vida emocional y social, donde los estímulos cotidianos pierden capacidad gratificante frente al efecto inmediato de la sustancia.

6. En el ámbito sanitario y social, alcohol y tabaco —a menudo considerados drogas “blandas”— se sitúan entre las sustancias que más daño producen, superando incluso a muchas ilegales. La patología dual y las enfermedades médicas o infecciosas asociadas incrementan la carga asistencial y el impacto económico. Pese a ello, la evidencia clínica demuestra que la recuperación es posible: la plasticidad cerebral permite la mejora funcional incluso tras años de consumo, siempre que el abordaje terapéutico sea integral, sostenido y orientado a la rehabilitación. El tratamiento de las adicciones requiere, en definitiva, una mirada médica y social que reconozca la adicción como enfermedad crónica tratable y no como un fracaso moral.
7. El papel que ocupan las drogas en el ámbito jurídico y social debe de ser considerado desde los límites entre la libertad individual y la protección de los bienes colectivos. El consumo de sustancias psicoactivas se considera un fenómeno histórico, presente en todas las culturas, y que debe entenderse como una realidad permanente y compleja más que como un problema de una época determinada. Desde esta perspectiva, se propone abordar el tema con un enfoque sereno, libre de prejuicios y consciente de que no existen soluciones simples ni fórmulas mágicas que puedan resolverlo de forma inmediata.
8. El análisis jurídico distingue con claridad entre el derecho penal y otras formas de intervención social. El primero no protege la salud individual del consumidor, sino la seguridad y la salud públicas. Este principio explica por qué el consumo personal no se sanciona penalmente, mientras que sí se castigan las conductas relacionadas con el tráfico o la promoción del consumo a terceros. El bien jurídico protegido, por tanto, no es la vida privada del sujeto, sino el equilibrio colectivo. Esta diferenciación, consolidada por la jurisprudencia del Tribunal Supremo, sigue generando debate en un contexto donde la sociedad tolera y normaliza el uso de sustancias legales —como el alcohol o el tabaco— con un daño social equiparable o incluso superior al de algunas drogas prohibidas.
9. La evolución de la doctrina penal ha permitido reconocer el autoconsumo compartido como una conducta ajena al ámbito delictivo, siempre que no exista riesgo de tráfico ni se vulnere el interés público. Este cambio de enfoque introduce matices relevantes: el derecho penal no interviene en la esfera de la conciencia ni en la autodeterminación del individuo, sino en la defensa del orden social y la seguridad colectiva. El consumo privado, en consecuencia, se sitúa en el terreno de la libertad personal, mientras que las conductas que implican difusión o riesgo para terceros sí pueden ser objeto de sanción.

10. Se pone de manifiesto la necesidad de revisar la coherencia de las normas y de las respuestas institucionales. Resulta paradójico que el ordenamiento penal castigue con severidad la venta de pequeñas cantidades de sustancias ilegales mientras tolera fenómenos como el consumo masivo de alcohol en espacios públicos. Esta disparidad normativa revela una cierta hipocresía social y jurídica, que cuestiona hasta qué punto la legislación responde a criterios de protección de la salud o a construcciones históricas de moral y orden público.
11. La reflexión se extiende hacia la madurez de la sociedad contemporánea, que dispone hoy de más información científica y capacidad crítica para debatir sobre la regulación de determinadas sustancias. No se trata de promover la despenalización generalizada, sino de abrir un diálogo racional sobre el modo más eficaz y coherente de afrontar el consumo, evitando contradicciones entre lo legal y lo real. Se plantea la posibilidad de estudiar políticas criminales y fiscales que reduzcan el peso de los circuitos clandestinos y permitan un control más transparente de la producción y la distribución, al tiempo que se garanticen estándares de calidad y mecanismos de prevención.
12. Se realiza una llamada a superar los tabúes tradicionales y a distinguir con precisión entre los conceptos de libertad individual, salud pública y seguridad colectiva. El reto consiste en equilibrar la autonomía personal con la responsabilidad social, en un marco jurídico que proteja a la comunidad sin invadir el espacio de decisión de cada ciudadano. Solo una sociedad madura y consciente de los riesgos y consecuencias de las drogas puede afrontar este debate de forma constructiva, avanzando hacia políticas que prioricen la coherencia, la prevención y la salud social.
13. A lo largo del tiempo, el consumo de sustancias psicoactivas ha estado presente desde una perspectiva histórica, social y cultural, poniendo de relieve que el uso de drogas no es un fenómeno reciente, sino una práctica constante en la evolución humana. Se sugiere que incluso los primates prehumanos habrían desarrollado enzimas para metabolizar determinadas sustancias, lo que sugiere una adaptación biológica previa al consumo. Las primeras civilizaciones integran el uso de plantas y brebajes con fines rituales, curativos o espirituales, siempre enmarcados en un control social o religioso. El consumo, por tanto, aparece inicialmente asociado a ceremonias y a la identidad colectiva, más que al placer individual o recreativo.
14. A medida que las sociedades se organizan y surgen la agricultura y la producción artesanal, el acceso a las sustancias aumenta y su uso se diversifica. El alcohol se convierte en una de las drogas más universales, profundamente arraigada en la vida social, con un papel simbólico que llega a delimitar fronteras culturales entre quienes beben y quienes no. En el mundo antiguo, las bebidas fermentadas se integran en rituales, celebraciones y vínculos comunitarios. En esta etapa, la regulación se ejerce principalmente desde la moral y la religión, sin un enfoque médico ni sanitario.

15. El siglo XIX marca un punto de inflexión. El desarrollo industrial y la síntesis química multiplican la disponibilidad y la potencia de las sustancias: aparecen la heroína, la mescalina o la morfina, y se inicia un proceso de medicalización y, paralelamente, de abuso. La drogadicción comienza a considerarse un problema social, y la respuesta normativa se endurece. En paralelo, se amplía la brecha entre el consumo elitista y el popular, y muchas sustancias que en origen se utilizaban con fines terapéuticos o espirituales pasan a ser objeto de control penal. La revolución industrial, las duras condiciones laborales y el hacinamiento urbano actúan como catalizadores del consumo, que se convierte en una estrategia de afrontamiento frente al malestar, más que en una búsqueda de placer.
16. A lo largo de la historia, las drogas han acompañado a los ejércitos, tanto para aumentar la resistencia física como para reducir el miedo y la empatía. Durante la Segunda Guerra Mundial se documenta el uso masivo de anfetaminas, y en conflictos recientes, como el de Ucrania, la utilización de sustancias se vincula no solo al rendimiento militar sino también a la financiación de los enfrentamientos. Esta relación entre drogas y guerra revela la profunda imbricación entre el consumo de sustancias y los sistemas políticos y económicos.
17. En el contexto español, el recorrido histórico reproduce las tendencias globales: durante siglos, muchas drogas estuvieron disponibles en farmacias y remedios patentados sin control ni receta. El cambio llega con la crisis de la heroína en los años ochenta, que obliga a crear una red asistencial específica para las adicciones. España desarrolla entonces uno de los sistemas de atención y reducción de daños más sólidos de Europa, que actualmente atiende a la práctica totalidad de personas con dependencia a opiáceos. Sin embargo, se advierte del riesgo de dismantelar progresivamente este sistema ante la falsa percepción de que el problema ha sido superado.
18. En la actualidad, el consumo se redefine a través de nuevas modas y formas de acceso. Se observa una prevalencia creciente del cannabis entre adolescentes, un consumo de cocaína diez veces superior al de países vecinos, y patrones regionales diferenciados, como el uso intensivo de *speed* en el País Vasco. La aparición de nuevas sustancias psicoactivas, producidas en laboratorios y distribuidas por internet, plantea retos inéditos para la fiscalización y la salud pública. A ello se suman fenómenos emergentes como el *chemsex*, el abuso de analgésicos u opioides en mujeres con dolor crónico, y las modas juveniles impulsadas por las redes sociales, que banalizan el uso de ansiolíticos o jarabes con efectos sedantes.
19. El consumo de drogas es un fenómeno dinámico, socialmente condicionado y estrechamente vinculado a los contextos históricos y culturales. No puede abordarse desde respuestas simplistas ni exclusivamente punitivas. Afrontar este problema exige políticas integradas basadas en la prevención, la reducción de daños, la justicia social

y el respeto a la diversidad cultural. Las estrategias efectivas deben combinar la intervención sanitaria con la comprensión de los factores sociales, económicos y simbólicos que sustentan el consumo, asumiendo que este forma parte de la condición humana y que su gestión responsable requiere información, sensibilidad y equilibrio.

20. El fenómeno de las drogas puede considerarse como un asunto de Estado y una amenaza global que desborda los límites de la salud pública para afectar de lleno a la seguridad, la economía y la estabilidad institucional. Se recuerda que el origen de la Fiscalía Especial Antidroga en España responde a la presión social que surgió durante la crisis de la heroína en los años ochenta, especialmente por parte de los movimientos de madres gallegas, que exigieron una respuesta firme ante la devastación que el consumo causaba en sus hijos. Aquella movilización marcó un punto de inflexión y dio lugar a la creación de una estructura específica, que con el paso del tiempo ha quedado parcialmente desactualizada y requiere una redefinición de competencias.
21. Desde el punto de vista jurídico, se subraya que el bien protegido por la normativa penal sobre tráfico de drogas no es la salud individual, sino la salud y la seguridad colectivas. El narcotráfico constituye hoy una de las principales amenazas a la seguridad pública, no solo por la violencia directa que genera, sino por su conexión con la criminalidad organizada, la corrupción y la financiación ilícita. Se estima que el 65% de las organizaciones criminales activas en Europa tienen como actividad principal el tráfico de drogas. A ello se asocian delitos medioambientales, explotación laboral, blanqueo de capitales y prácticas de corrupción que socavan la confianza en las instituciones democráticas.
22. España se consolida como una de las principales puertas de entrada de cocaína a Europa y el primer productor de cannabis del continente. Las incautaciones reflejan la magnitud del problema y la sofisticación de las redes criminales, que utilizan infraestructuras legales, rutas marítimas y sistemas de transporte ordinarios para mover grandes cargamentos. Según la Organización de las Naciones Unidas (ONU), el volumen de beneficios ilícitos vinculados a este comercio se calcula entre el 2% y el 5% del PIB mundial, lo que sitúa al narcotráfico como una de las economías ilegales más poderosas y resilientes del planeta.
23. El impacto medioambiental del tráfico y la producción de drogas constituye otro aspecto menos visible, pero de gran relevancia. Los cultivos ilícitos y los vertidos químicos empleados en la transformación de sustancias generan deforestación, contaminación de ríos y degradación del suelo, afectando gravemente a los ecosistemas. Estas consecuencias, habitualmente ignoradas en el debate público, ponen de manifiesto que el problema de las drogas trasciende lo sanitario y lo penal, alcanzando también la esfera ecológica y social.

24. Un elemento destacado de la exposición es la creciente banalización del consumo de cannabis, especialmente entre los jóvenes. Se advierte de la proliferación de mensajes en redes sociales que presentan esta sustancia como inocua o beneficiosa, distorsionando la percepción social del riesgo. Las experiencias internacionales de legalización muestran resultados ambiguos: la existencia de un mercado legal no elimina el tráfico ilegal, que incluso puede fortalecerse al ofrecer productos de mayor potencia fuera del circuito regulado. Esta situación plantea un dilema sobre la madurez social e institucional para afrontar una posible legalización sin una adecuada información y sin estrategias de prevención efectivas.
25. Las drogas como un desafío de Estado que exige una respuesta integral y sostenida. Las políticas deben equilibrar la reducción de la oferta con la disminución de la demanda, promoviendo la cooperación internacional y el refuerzo de los sistemas preventivos y asistenciales. Se defiende una visión holística que contemple tanto la atención sanitaria a las personas afectadas como la persecución de las redes criminales que se benefician de su vulnerabilidad. El problema de las drogas, en definitiva, se define como una amenaza a la seguridad, la salud y la cohesión social, cuya solución pasa por un compromiso político, institucional y ciudadano que trascienda los cambios de gobierno y se mantenga como una prioridad permanente de Estado.

SEGUNDA MESA

1. Las drogas pueden definirse como cualquier sustancia que sea activa sobre el sistema nervioso central y que afecta al comportamiento. Siguiendo esta definición más amplia, en un domicilio normal puede haber hasta 200 sustancias de las que se puede abusar, incluyendo el líquido de las neveras, problema más prevalente en Estados Unidos que en España.
2. Las drogas son peligrosas, pero también pueden ser útiles. Hay drogas que se utilizan como medicamento, o incluso como tratamiento de ciertas enfermedades mentales y adicciones.
3. Cuando se habla de drogas, se suele pensar exclusivamente en las ilegales. Sin embargo, hay drogas legales, como las benzodiacepinas, que se recetan como medicamento, pero que, si se sobreutilizan en dosis, tiempo o población, dan problemas de adicciones, problemas de conductas o, incluso, llevan a la comisión de delitos.
4. Se trata, por lo tanto, de una situación en la que hay que buscar un equilibrio entre los riesgos y los beneficios. Las sustancias no son buenas ni malas, depende de cómo y para qué se utilicen.

5. El perfil de la persona consumidora de drogas es variado, aunque se suele pensar en adultos jóvenes, hay adolescentes y personas mayores que consumen sustancias legales e ilegales.
6. Todas las psicopatologías pueden verse agravadas por el consumo de sustancias.
7. La relación de las psicopatologías y el consumo es bidireccional. Las personas con enfermedades mentales tienen más posibilidades de recurrir al consumo de drogas.
8. Las adicciones no siempre se presentan solas, sino existe algo denominado patología dual, es decir, que en una misma persona se presente una psicopatología y una adicción.
9. La patología dual puede presentarse por drogoinducción, automedicación o por la acumulación de riesgos, entre otras causas.
10. El consumo de cocaína se relaciona con trastornos psicóticos, depresivos, de ansiedad, o de déficit de atención e hiperactividad, como automedicación.
11. A su vez, la cocaína produce síntomas psicóticos. Entre el 50 y el 80% de los pacientes tienen estos síntomas. En algunos casos puede ser forma transitoria o episódica, pero hay quien puede llegar a desarrollar enfermedades mentales como un trastorno psicótico o esquizofrénico.
12. La persona que desarrolla el trastorno psicótico completo no es la persona que va a presentar mayores problemas legales, ya que, habitualmente, acaba remitida al hospital. Son quienes solo presentan síntomas por el consumo quienes están en un mayor riesgo de acabar en prisión. Esto demuestra la importancia de hacer que el debate jurídico-científico sobre las drogas tenga en cuenta la extensión completa de la complejidad del problema.
13. Al plantearse la legalización de ciertas sustancias, es fundamental contar con una buena base jurídico-técnica. Es de vital importancia el debate sosegado basado en datos, con visión sincrónica y diacrónica.
14. El derecho penal ha fracasado con el enfoque punitivista: se ha desbordado el sistema penal y el tráfico ha quedado en manos de mafias, lo que ha provocado la emergencia de un derecho penal de excepción.
15. Por esta razón, hace años que algunos penalistas proponen como alternativa la regulación de las drogas, es decir, someter su producción a las mismas normas de producción de medicamentos, su distribución con receta, control de precios y apoyo a la adicción.

16. Nuestro derecho penal es excesivamente duro y produce un efecto muy grave sobre la delincuencia funcional.
17. Las penas excesivamente graves que existen en los casos de delitos contra la salud pública pueden llegar a vulnerar el principio de proporcionalidad.
18. Por esta razón, se intentó solucionar el problema de la proporcionalidad mediante la introducción de eximentes y atenuantes para intentar reducir las penas a las personas que están cometiendo estos delitos bajo el efecto de las drogas. Sin embargo, los jueces no aplican el sistema de atenuantes de forma muy eficiente.
19. La razón por la que estos atenuantes y eximentes no suelen aplicarse es porque le corresponde al interesado alegar y probar que concurría el supuesto de hecho que da lugar a la eximente. Esto puede llegar a atentar contra la presunción de inocencia.
20. La capacidad procesal de la persona drogodependiente también resulta problemática. En el sistema penal existe una presunción de capacidad mental, sin embargo, la capacidad procesal se puede ver disminuida cuando un sujeto tiene síndrome de abstinencia o intoxicación en el momento de celebración de juicio.
21. En ocasiones, los jueces invisibilizan estos déficits de capacidad procesal, pero lo idóneo sería parar el juicio hasta que un médico forense pudiera examinar a la persona para ver si es capaz de comprender los actos procesales y contribuir a su defensa.
22. Los jueces no pueden controlar ni la fiabilidad ni la capacidad de la pericia forense.
23. La prueba pericial debe darle al juez conocimientos concretos en aquello en lo que no es experto, por esta razón suelen aceptarlos acríticamente, y rechazan de forma habitual la pericial privada.
24. Sin embargo, el juez debe hacer un juicio crítico del informe, evaluando si el perito ha tenido información suficiente, si ha seguido procedimientos contrastados y si estos procedimientos y técnicas se han aplicado al caso de forma adecuada.
25. La tarea del forense es señalar si concurre o no una patología, en qué consiste, qué efectos tiene y qué funciones podría tener afectadas al acusado en el momento de comisión del hecho. Por otra parte, el juicio sobre la capacidad y la voluntad del sujeto le corresponde al juez.
26. Es muy importante que los informes periciales incluyan las fuentes de conocimiento en las que se basan.
27. Es posible que el perito no pueda alcanzar una conclusión firme en su informe, sin embargo, eso no impide que el juez pueda alcanzar una conclusión distinta. El lenguaje jurídico no es el mismo que el psiquiátrico.

28. Por estas diferencias lingüísticas, podría ser útil un glosario de términos psiquiátricos en los informes periciales.
29. Ante la duda razonable de si pudo haber o no eximente, la presunción de inocencia implica la presunción de inimputabilidad.
30. En el caso de que existiera un pronóstico de peligrosidad, el psiquiatra podría proponer una medida de seguridad que permita actuar sobre el origen clínico que crea el riesgo criminológico.
31. Sería aconsejable que los informes psiquiátricos también contuvieran referencias a la capacidad procesal del acusado, es decir, su capacidad para liderar su defensa, prestar conformidad o someterse al interrogatorio, entre otras.
32. Desde la práctica jurídica y forense debe buscarse mitigar el efecto negativo del sistema punitivista.
33. La adolescencia supone una metamorfosis, no solo del cuerpo, sino también del cerebro. Se llevan a cabo algunos procesos como la poda neuronal y, además, el cerebro madura de forma asincrónica. Así, la maduración es más pronta en las zonas emocionales y en el sistema de recompensas, y más tardía en lo racional.
34. Esto hace al adolescente más propenso a romper límites, lo que es una conducta adaptativa en este periodo, pero que presenta problemas cuando lleva a conductas lesivas o de riesgo. Por esta razón, la adolescencia es un momento clave en el inicio de la persona al consumo de drogas.
35. Los adolescentes consumen principalmente alcohol (en un 90%) y tabaco. De las sustancias ilegales, el cannabis es la más consumida.
36. La edad de inicio en el alcohol y el tabaco es, de media, 13.9 años. A los 14.9 años suelen iniciarse en el cannabis.
37. El perfil de la población con adicciones suele ser: Varón (en el 80% de los casos), con un consumo predominante y habitual de cannabis (en un 80% de los casos), seguido del alcohol (el 60%) o la cocaína (el 15%). El policonsumo se da en el 70% de los casos.
38. Los adolescentes son propensos a un patrón de consumo binge and crash, es decir, consumir hasta que el cuerpo aguante.
39. Los adolescentes son propensos a las adicciones sin sustancias, como el juego online, el móvil o los videojuegos.
40. Los adolescentes tienen una percepción muy baja de los riesgos del alcohol, que se encuentra muy normalizado. Los varones suelen consumir en patrones binge and crash,

y las chicas por atracón. El consumo simultáneo de bebidas energéticas aumenta el consumo de alcohol al enmascarar los síntomas.

41. Perciben el tabaco como más peligroso que el alcohol, o incluso el cannabis.
42. Con el cannabis la percepción de riesgo es muy baja, ya que lo ven como una sustancia "natural" o terapéutica. Por esta razón su consumo ha aumentado un 28% en diez años.
43. Respecto a la disponibilidad, la más disponible es el cannabis, por cercanía. Pueden comprarla a algún familiar, conocido o incluso en tiendas especializadas y clubes cannábicos.
44. Respecto al cannabis, está surgiendo una nueva forma de consumo, que es en vappers. También es una nueva forma de tabaquismo, que permite consumir más nicotina con menos irritación en la garganta.
45. El cannabis actual es distinto al de hace cuarenta años. Se trata de una sustancia modificada para contener hasta un 30% de THC. Ya no es una droga blanda.
46. En muchas ocasiones las familias no tienen recursos para enfrentar los primeros consumos de sus hijos. Por esta razón sería conveniente que existieran servicios de orientación familiar.
47. En internet hay mucho marketing online a favor del consumo de cannabis. Por esto es importante la alfabetización mediática de los jóvenes.
48. Entre las formas de consumo de los adolescentes están las pharming parties, que consiste en un intercambio a ciegas de psicofármacos. Esto dificulta el tratamiento psicofarmacológico a posteriori, ya que identifican las sensaciones de la medicación con el consumo.
49. El consumo de sustancias en la adolescencia tiene efectos nocivos en la salud mental, en la salud en general (como, por ejemplo, en la salud sexual, en la nutrición o en el sueño) y en el entorno sociofamiliar.
50. En cuanto al desarrollo cerebral, estas sustancias afectan a la conectividad (mielinización) e integración de las distintas regiones cerebrales, interfieren en la maduración del cerebro y en la poda sináptica.
51. Cuánto más temprano es el consumo, más rápida es la instauración de la adicción.
52. En adolescentes, la patología dual es la norma y no la excepción.
53. Lo más habitual es encontrar la adicción con un trastorno depresivo o ansioso, pero hay muchos pacientes con TDAH o trastornos psicóticos. Por lo general, es difícil distinguir la dirección de esta relación.

54. El fracaso escolar es un factor de riesgo para el consumo, pero, a su vez, las sustancias hacen que tengan un menor rendimiento. El cannabis reduce el IQ sobre todo a nivel verbal y se mantiene en la vida adulta.
55. La adolescencia es una etapa crítica para iniciar el consumo de sustancias. Este patrón de consumo difiere del de los adultos, y también el de generaciones previas. Los adolescentes tienen una percepción muy baja del riesgo del cannabis y del alcohol y una gran accesibilidad para obtenerlos.
56. La educación es útil para la prevención de adicciones, y es coste-efectiva.
57. Además del propio consumidor, la familia son las víctimas más directas e inmediatas de los efectos de la adicción.
58. El derecho civil no contempla las drogas o adicciones de forma directa. No tiene instrumentos sancionadores para castigar esas conductas, aunque sí puede haber consecuencias por los deberes que no se cumplan debido a esa situación (por ejemplo, el cuidado o el mantenimiento de los hijos).
59. Llegando un cierto punto, el adicto va a perder la autonomía personal necesaria para decidir libremente si quiere someterse a tratamiento o si quiere continuar consumiendo.
60. El derecho civil no tiene capacidad para prevenir. Además, presupone la capacidad de los progenitores para serlo. Por esa razón, solo interviene cuando se detecta un problema con el menor por el consumo de droga por parte de los progenitores, como, por ejemplo, un ingreso hospitalario por un consumo accidental.
61. Hay un delicado equilibrio entre la libertad, autonomía e intimidad de la familia con la protección de los menores y la presencia del estado en la organización familiar. La protección del menor es un tema de orden público que legitima la intervención del estado en la organización familiar.
62. A pesar de esto, nuestra sociedad no toleraría controles preventivos a los padres para garantizar que no estén consumiendo sustancias.
63. Los jueces civiles tienen que ponderar el interés social en el momento.
64. Es posible la nulidad matrimonial por un error en el consentimiento si la persona ocultó que era adicta, si bien es poco frecuente, casos de corta duración del noviazgo y convivencia prematrimonial.
65. La adicción del progenitor puede ser muy relevante al tratar la guardia, custodia y estancia de los menores. El otro progenitor puede querer obtener la custodia única o restringir las visitas al máximo.

66. Los jueces de familia pueden supeditar la medida (visitas, custodia compartida, estancias prolongadas...) a una serie de condiciones, como que se hagan con supervisión o que se presenten informes que demuestran que no consume, que sigue el tratamiento.
67. Las sentencias a veces prefieren rebajar la importancia del consumo de los progenitores por entender en mayor beneficio del niño el continuar en la familia de origen.
68. Los convenios reguladores presentan problemas cuando el progenitor no consumidor se asusta al acercarse el momento de las visitas. En estos casos se solicita la modificación de medidas, pero si la firma del convenio fue sabiendo que el otro progenitor consumía, solo se podrán establecer nuevas medidas de precaución.
69. En los casos en los que ambos progenitores consumen es posible que se den situaciones de desamparo.
70. Algunos casos en los que se detecta esta situación de desamparo son la intoxicación involuntaria del niño o un embarazo no detectado hasta una urgencia posterior.
71. También existe desamparo en los casos del maltrato prenatal cuando la madre consume durante el embarazo. Se puede declarar preventivamente el desamparo, pero solo tendrá efectos cuando el niño nazca. Sin embargo, ese niño ya ha nacido con las consecuencias del consumo de su madre.
72. Esto nos obliga a preguntarnos si es posible forzar el internamiento de la madre en casos de desamparo prenatal al entender que la madre es garante de la integridad del niño.
73. Sin embargo, en julio el gobierno presentó un proyecto de ley que prohíbe de forma general el internamiento forzoso salvo que sea un episodio de crisis que pone en peligro la vida del paciente o de terceros.
74. Hay casos en los que las familias tienen funciones atribuidas en el ámbito de la salud como curadores, por ejemplo, y solicitan el ingreso. En ocasiones tienen esas facultades atribuidas por sentencias. Sin embargo, es posible que un tratamiento de deshabituación no sea efectivo si no se hace conforme a la voluntad del paciente.
75. Podemos partir de una serie de puntos comunes en cuanto al problema de las drogas en España: son nocivas para la salud, no podemos acabar con ellas y el sistema de prohibición no ha servido para nada, las drogas siguen siendo muy accesibles. Esto nos obliga a continuar estudiando el problema para poder alcanzar una solución común.

76. Hay dos problemas a abordar cuando tratamos la problemática de las drogas: uno de salud pública y otro de salud ciudadana. En cuanto a la salud pública, una legalización de las drogas aumentaría el consumo, poniendo en riesgo a muchas personas. Respecto a la seguridad pública, al menos en un país consumidor (que no productor), la violencia o la criminalidad suele ir asociada al consumo de drogas. Pero, por otra parte, la legalización perjudicaría a las organizaciones criminales.
77. La droga mueve muchísimo dinero, según la ONA, mueve lo mismo que la industria textil. Nuestra recuperación de los efectos del delito debe seguir mejorando para hacer que las organizaciones criminales sufran pérdidas mayores.
78. En este sentido, se puso de ejemplo a Italia, donde el dinero incautado por la droga no va al tesoro público, sino a organizaciones destinadas a paliar los efectos de las mismas (hospitales, ONGS, centros de deshabituación...), que pueden personarse en el procedimiento penal de la fase de recuperación de activos para garantizar que se recupera lo máximo posible.
79. Hubo también opiniones contrarias a que el sistema represivo hubiera fracasado. Se señaló que el sistema represivo del código penal no ha acabado con ningún delito.
80. En España, el Plan Nacional Sobre Drogas tiene un fondo de bienes decomisados, que se destina a financiar proyectos que reducen la demanda de drogas, la fiscalía antidrogas o al ministerio de justicia.
81. Es posible que falten recursos para la represión. Así, la fiscalía antidrogas tiene menos recursos que los traficantes. Hay 17 fiscales en plantilla, pero el narcotráfico mueve suficiente dinero como para contratar a decenas de abogados.
82. Los datos aportados por los psiquiatras tienen un gran valor para los juristas, para que comprendan el problema.
83. Uno de los problemas del sistema es que falla en individualizar la respuesta penal que se le da a cada persona.
84. En la lucha contra las drogas se emplean recursos del derecho penal del enemigo.
85. La legalización afecta negativamente a la salud pública y a la salud personal. Centrarse en el aspecto puramente jurídico de seguridad ciudadana no es suficiente. Hay que diferenciar la persecución del delito del consumo. Son dos problemas completamente diferentes.
86. En el Código Penal se da un trato diferenciador y, en ocasiones, preferente, a la persona que ha cometido un delito bajo los efectos de las drogas.

87. Se citó a Jim Van Os, psiquiatra holandés, que afirmó que 1 de cada 4 consumidores de cannabis terminan con esquizofrenia.
88. Se habla en ocasiones de despenalizar para deshacerse de las organizaciones criminales. Sin embargo, nada nos garantiza que efectivamente ese resultado se consiga, podrían simplemente continuar vendiendo su producto más barato que el legal o cambiar a sustancias más peligrosas. Ejemplo de ello es el tráfico de tabaco en el Campo de Gibraltar, hay muchísimas formas de conseguir tabaco legalmente en España, y, aun así, hay gente que trafica.
89. El objetivo debe reducir el consumo, sabemos que la legalización en lugares como los Países Bajos o Nueva York ha fracasado en ese aspecto.
90. La percepción del riesgo del cannabis es tan baja que hay adolescentes en consulta que no fumarían tabaco nunca, pero sí cannabis.
91. España fue en 2024 el país con mayor consumo de cannabis en personas jóvenes.
92. El 10% de la esquizofrenia en España se debe al consumo de cannabis, de no ser por él, habría cuarenta mil personas menos con esa enfermedad en nuestro país. Esto le supondría un ahorro de doce mil millones de euros al estado.
93. En el actual momento de preocupación por la salud mental de los ciudadanos, una forma de prevenir estos problemas es reduciendo la accesibilidad a sustancias tóxicas como la droga.
94. Es un problema que se legalice el cannabis como medicamento en el parlamento y no con los procedimientos y ensayos clínicos que habitualmente acompañan a la aprobación de nuevos medicamentos.
95. Igual que no se permite que una madre dé cocaína a un niño de un mes, no debe permitirse con el feto.
96. Se percibe la diferencia entre psiquiatras y juristas, pues los primeros ponen el énfasis en lo individual y los segundos en lo colectivo.
97. A pesar de la supuesta bajada de consumo que se prevé con la legalización, el alcohol y el tabaco tienen un consumo muy prevalente.
98. La legalización es una situación complicada y poliédrica, en la que habría que valorar parámetros de edad, género y antecedentes psiquiátricos.
99. La creación y el desarrollo de drogas nuevas resulta problemático desde el punto de vista de la persecución penal.

100. En general, se puso de manifiesto la importancia de eventos como este para fomentar el debate constructivo entre dos formas de entender el problema, desde lo técnico y científico, y desde lo jurídico, como una de las principales vías para empezar a avanzar hacia una solución común.

¿Las drogas y su legalización? Aspectos jurídicos y psiquiátricos