



Universidad
Rey Juan Carlos

Facultad de
Ciencias Jurídicas y Políticas

**TRABAJO FIN DE GRADO
GRADO EN CRIMINOLOGÍA
CURSO ACADÉMICO 2023/2024
CONVOCATORIA JUNIO**

**ADICCIONES Y DELINCUENCIA. EL TRATAMIENTO DE LAS
PERSONAS CON ADICCIONES EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS
DE ESPAÑA Y SU REINSECCIÓN EN LA SOCIEDAD.
ESPECIAL ATENCIÓN A LAS DROGODEPENDENCIAS.**

AUTORA: Cabrejas Alarcón, Nerea.

DNI: 01942725F

En Madrid, a 01 de junio de 2024

TABLA DE CONTENIDO

Tabla de abreviaturas	4
Introducción	5

CAPÍTULO I

ADICCIONES Y DELINCUENCIA EN ESPAÑA

I. Antecedentes	8
1. El problema de las adicciones en España desde la segunda mitad del siglo XX hasta la actualidad. Tendencias en el consumo	8
2. Planes de intervención y asistencia desde 1971	11
II. Tipos de adicciones: con y sin sustancia	12
1. Adicciones con sustancia	12
2. Adicciones sin sustancia o comportamentales	13
III. Adicciones y delincuencia	14
1. Teorías explicativas de la relación entre adicciones y delincuencia	14
1.1. Hipótesis explicativas	14
<i>1.1.1. La droga causa delincuencia</i>	14
<i>1.1.2. La delincuencia lleva al consumo de drogas</i>	15
<i>1.1.3. La correlación entre drogodependencia y delincuencia deriva de factores comunes</i>	15
<i>1.1.4. Efecto multiplicador de la drogodependencia sobre la delincuencia</i>	15
1.2. Teorías criminológicas	15
1.3. La Criminología del desarrollo y las teorías integradoras	16

Adicciones y delincuencia. El tratamiento de las personas con adicciones en los centros penitenciarios de España y su reinserción en la sociedad. Especial atención a las drogodependencias.

CAPÍTULO II

MARCO LEGAL

I. La responsabilidad penal de los sujetos intoxicados, con síndrome de abstinencia y/o con grave adicción	19
1. Respuesta jurídico-penal para estas personas	19
1.1. La responsabilidad penal	19
1.2. Las medidas de seguridad y la suspensión de la ejecución de la condena	22
1.3. Respuesta jurídico-penal a las adicciones comportamentales	23
1.4. Análisis de ejemplos reales	24
1.4.1. Caso uno: STSJ CL 999/2024, de 2 de abril. Imputabilidad total; denegación de eximentes y atenuante	24
1.4.2. Caso dos: STS 598/2024, de 7 de febrero. Imputabilidad total; denegación de eximentes y atenuante	25
1.4.3. Caso tres: SAP GC 1943/2021, de 9 de diciembre. Aplicación de la atenuante por grave adicción; denegación de la eximente incompleta	25
1.4.4. Caso cuatro: STS 2142/2004, de 29 de marzo. Aplicación de la eximente incompleta; denegación de la eximente completa	26
1.4.5. Caso cinco: STSJ CL 218/2023, de 9 de enero. Aplicación de la eximente completa; absolución del investigado	26
II. Aspectos medicolegales para entender la ley	27
1. Términos importantes	27
2. El alcohol	28
3. Las drogas de abuso	29

CAPÍTULO III
TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN LOS
CENTROS PENITENCIARIOS ESPAÑOLES

I. Las personas adictas y su tratamiento en prisión	30
1.1. Perfil de los internos	30
1.2. Intervención sobre drogas en centros penitenciarios. Prevención y tratamiento	31
<i>1.1.1. Programa de alcoholismo</i>	33
<i>1.1.2. Programas de intervención con drogodependientes</i>	33
<i>1.1.3. Programa de juego patológico</i>	33
<i>1.1.4. Programa de tabaquismo</i>	34
II. Reincidencia y exclusión social	34
III. Política criminal: un futuro orientado a la reducción del abuso de sustancias	36
IV. Conclusiones	39
Bibliografía	42

Adicciones y delincuencia. El tratamiento de las personas con adicciones en los centros penitenciarios de España y su reinserción en la sociedad. Especial atención a las drogodependencias.

TABLA DE ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS

ABREVIATURAS Y ACRÓNIMOS	SIGNIFICADO
Art.	Artículo
ATS	Auto del Tribunal Supremo
CAID	Centro de Atención Integral a Drogodependientes
CENDOJ	Centro de Documentación Judicial
CIE	Clasificación Internacional de Enfermedades
CIS	Centro de Inserción Social
CP	Código Penal
CTA	Centro de Tratamiento de Adicciones
CT	Comunidades Terapéuticas
DGPNSD	Delegación de Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas
DSM	Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales
EDADES	Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España
ESDIP	Encuesta sobre salud y consumo de drogas en población interna en Instituciones Penitenciarias
ESTUDES	Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España
GBL	Gamma-butirolactona
GHB	Ácido gamma-hidroxibutírico
ICAP	Teoría integrada del potencial cognitivo antisocial
IIPP	Instituciones Penitenciarias
LECrim	Ley de Enjuiciamiento Criminal
LOGP	Ley Orgánica General Penitenciaria
LSD	Dietilamida de ácido lisérgico
MDMA	3,4-metilendioximetanfetamina
OEDA	Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones
O. E.	Objetivos específicos
O. G.	Objetivos generales
OMS	Organización Mundial de la Salud
ONU	Organización de las Naciones Unidas
P.	Página
PIJ	Programa de Intercambio de Jeringuillas
PIT	Programa Individualizado de Tratamiento
PNSD	Plan Nacional sobre Drogas
RP	Reglamento Penitenciario
SAP	Sentencia de la Audiencia Provincial
SEIT	Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías
STS	Sentencia del Tribunal Supremo
STSJ	Sentencia del Tribunal Superior de Justicia
TRD	Modelo del triple riesgo delictivo
UTE	Unidad Terapéutica y Educativa

Introducción.

Las adicciones y la delincuencia, dos de las conductas antisociales más preocupantes en la actualidad, manifiestan un contexto de inadaptación social que interaccionan entre sí. Ambos actos constituyen una problemática social con muchas explicaciones, causas y consecuencias, pero sin un método para erradicarlas. Esta situación lleva arrastrándose desde la segunda mitad de la década de los años setenta cuando empezaron a emplearse de manera masiva y abusiva las drogas en España. Es por esto por lo que, ante la falta de estudios y datos empíricos actuales, se ha realizado esta revisión bibliográfica de forma que el problema, sus causas, consecuencias y soluciones queden expuestos para su concienciación y pueda servir de base para futuras investigaciones.

A menudo, los sujetos con adicciones se ven envueltos en un círculo vicioso de consumo de drogas que acarrea problemas legales, desde el simple consumo hasta el tráfico de estupefacientes o la comisión de delitos bajo los efectos de ellas. Este trabajo no está centrado tanto en el tráfico ilegal y el consumo, sino en la respuesta jurídico-penal que el poder judicial da a aquellos sujetos que, habiendo consumido tóxicos, cometen delitos. La responsabilidad penal es el núcleo del trabajo y el nexo entre las drogas y la delincuencia. Por ello, es vital analizar las causas de modificación de la responsabilidad penal previstas en el Código Penal, cómo se aplican y en qué supuestos los sujetos son totalmente imputables. Asimismo, es importante conocer su situación en el cumplimiento de las penas privativas de libertad y las medidas que están a disposición de Instituciones Penitenciarias para conseguir ayudar al reo. El tema posee total relevancia y afecta a toda la población; la cárcel es el reflejo de la sociedad, el fracaso de ella.

Por otro lado, se realizará un análisis crítico y multidisciplinar sobre las teorías que dan explicación a la delincuencia, a la drogodependencia y su interrelación. España es uno de los países más avanzados en materia de estupefacientes y tratamiento de drogodependencias. Desde que se creara el Plan Nacional sobre Drogas en 1988, se han ido sucediendo una serie de cambios jurídicos; el Código Penal de 1995, con sus respectivas modificaciones, ha implementado avances en cuanto a la responsabilidad penal y las medidas alternativas a la pena de prisión. Son muchos los autores que ven una relación entre la criminalidad y las drogas, pero hay disparidad de opiniones en cuanto si es la primera la que causa la segunda o viceversa. No obstante, en este trabajo se ofrece una perspectiva criminológica que intenta aclarar esta cuestión.

Por último, se revisará la realidad de los internos que padecen adicciones en las cárceles españolas, las intervenciones y los tratamientos a los que pueden acceder y la labor de prevención terciaria que realizan Instituciones Penitenciarias. ¿Es realmente eficaz esta actuación? ¿Se puede prevenir la reincidencia? La reinserción social y la reeducación es un desafío para todos nosotros: hay que ser conscientes de que el sistema penitenciario ya no es tan retribucionista, ha evolucionado hacia una prevención especial donde la resocialización prevalece.

Los medios de comunicación y la sociedad castigan fuertemente a los delincuentes y si son drogodependientes, los estigmatizan. Entre los casos más sonados donde las drogas o el alcohol están involucrados, siempre sale el debate de si a los reos se les baja la pena o si se les está exculpando por haber consumido y delinquido. Incluso se habla de que el alcohol podría ser una circunstancia atenuante en delitos de conducción; algo imposible, porque si se supera la tasa estipulada por la ley, se castigaría por un delito del artículo 379.2 CP donde se pena el consumo al conducir y no se puede atenuar con la misma circunstancia que se está condenando. Otro ejemplo sería que, desde que empezara el caso del exfutbolista Dani Alves, uno de los mayores problemas rondándole ha sido el de las atenuantes que ha recibido o podría recibir. Ya

Adicciones y delincuencia. El tratamiento de las personas con adicciones en los centros penitenciarios de España y su reinserción en la sociedad. Especial atención a las drogodependencias.

se ha criticado la aplicación de la atenuante por reparación del daño que la sociedad lega no comprende y no pueden tolerar que su abogado defienda la atenuante que solicita por haber estado presuntamente intoxicado por alcohol.

Para ilustrar el trabajo, se van a introducir cinco casos breves extraídos de cinco sentencias diferentes ofrecidas por el Consejo General del Poder Judicial (CGPJ) que se analizarán en el Capítulo II junto con la responsabilidad penal. En ellos se va a explicar el proceso estudiado de manera práctica basándose en unas sentencias: dos de imputación total sin considerarse las modificaciones de responsabilidad que se pedían y otras tres donde se aplica una atenuante por grave adicción, una eximente incompleta y una eximente completa, respectivamente. Atienden delitos de abuso sexual, de violencia contra la mujer, de robo con fuerza y de asesinato donde actúan distintas sustancias tóxicas.

En consonancia con la teoría, se analizarán las circunstancias que se observan para aplicar una determinada modificación de la responsabilidad penal —por ejemplo, ¿por qué una atenuante y no una eximente incompleta?— y qué actuaciones se realizan para demostrar una. Se deben realizar pruebas periciales para determinar si existe o no una circunstancia modificativa, pero ¿hay diferencias entre informes periciales emitidos por distintos organismos? Y ¿es cierto que los delincuentes se ven beneficiados por las atenuantes para rebajar sus condenas y así pasar menos tiempo en prisión? También, se explicará por qué no es suficiente el mero consumo para apreciar una circunstancia, cómo de común son las eximentes y cómo de eficaces son las medidas de seguridad en los casos correspondientes.

Los objetivos generales (O. G) y los objetivos específicos (O. E.) que se persiguen con este trabajo son los que se detallan a continuación:

O. G. 1: conocer la relación entre las adicciones y la criminalidad.

O. E. 1.1: saber si el abuso de drogas y comportamientos genera necesariamente una adicción.

O. E. 1.2: explicar los beneficios de los distintos métodos de clasificación de sustancias tóxicas.

O. E. 1.3: aprender más acerca de las adicciones comportamentales y su papel en la sociedad.

O. E. 1.4: conocer las teorías e hipótesis que relacionan las adicciones con la criminalidad y ofrecer la mejor explicación de su interrelación.

O. G. 2: aprender acerca de la respuesta jurídico-penal que reciben aquellos sujetos que han delinquido bajo los efectos de sustancias tóxicas.

O. E. 2.1: explicar por qué las eximentes completa e incompleta son las encargadas de solucionar los casos de dependencia y síndrome de abstinencia.

O. E. 2.2: aclarar por qué las atenuantes se encargan de la grave adicción y su relación de causalidad con el delito.

O.E. 2.3: exponer cómo se establece la afectación de las capacidades cognitivas y volitivas del reo durante los hechos delictivos y el papel de la prueba pericial.

O. E. 2.4: aprender qué medidas de seguridad corresponde aplicar en cada caso concreto y cuáles son los requisitos para suspender la ejecución de la condena en favor de la deshabitación.

O. E. 2.5: saber si existe una respuesta jurídico-penal hacia las adicciones comportamentales.

O. G. 3: plasmar la realidad de las prisiones españolas en relación con los programas de tratamiento dedicados a las personas con adicciones.

O. E. 3.1: conocer los beneficios del tratamiento de las adicciones en prisión.

O. E. 3.2: explicar la relación entre el recibimiento de tratamiento en prisión con la reincidencia.

O. E. 3.3: ofrecer una perspectiva de futuro con la prevención del abuso de sustancias como mecanismo principal mediante los factores de protección.

O. E. 3.4: proponer futuras investigaciones para representar la realidad del tratamiento de las adicciones en prisión ante la escasez de datos empíricos.

En cuanto a la metodología, el trabajo ha revisado numerosos estudios, informes, artículos científicos y datos estadísticos para poder ofrecer una visión global de la problemática. Los documentos, en su mayoría estudios nacionales e internacionales, ofrecen distintas perspectivas y aparecen citados por todo el trabajo. Las sentencias y la jurisprudencia han sido adquiridas del Centro de Documentación Judicial del Consejo General del Poder Judicial (CENDOJ) y los planes de acción y leyes son los ofrecidos por el Gobierno de España. Los datos estadísticos se han adquirido de la Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES); la Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Secundarias en España (ESTUDES); la Encuesta sobre salud y consumo de drogas en población interna en Instituciones Penitenciaria (ESDIP); la Encuesta estatal a personas admitidas a tratamiento por heroína o cocaína; indicadores de tratamiento, urgencias y mortalidad y sobre infecciones y conductas de riesgo en consumidores de drogas; las memorias de los Planes y Estrategias Nacionales sobre Drogas, y los datos ofrecidos por los Ministerios involucrados, los Centros de Tratamiento de Adicciones (CTA), el Instituto de Medicina Legal y Forense, Comunidades Autónomas y ayuntamientos.

Adicciones y delincuencia. El tratamiento de las personas con adicciones en los centros penitenciarios de España y su reinserción en la sociedad. Especial atención a las drogodependencias.

CAPÍTULO I

ANÁLISIS DE LAS ADICCIONES EN ESPAÑA

I. Antecedentes.

1. El problema de las adicciones en España desde la segunda mitad del siglo XX hasta la actualidad. Tendencias en el consumo.

Una adicción es aquella que se genera debido al consumo reiterado en el tiempo de sustancias psicoactivas o de actividades que generan dependencia en el sujeto que las toma y provoca estragos en la salud física o psíquica¹. Este es uno de los términos que más se van a ver repetidos a lo largo del trabajo por lo que parece esencial abordar su significado y su historia, en primer lugar, y analizar el resto de terminología asociada a las adicciones según se va desarrollando el trabajo.

Los humanos llevan consumiendo drogas desde la Antigüedad y el uso en España de ellas, sobre todo de alcohol, ha sido y es muy elevado. No fue hasta el siglo XIX cuando se comenzaron a observar los efectos y problemas que las drogas tradicionales tenían sobre nosotros —el alcohol, el tabaco, el opio, la planta de coca y el café— y muchas comenzaron a surgir tras su síntesis en laboratorios, como la morfina, la codeína, la heroína o los barbitúricos. En un principio, su uso era puramente médico y no se previó que estas sustancias pudieran llegar a ser altamente adictivas; ello conllevó que se fueran llevando a la población de a pie porque las drogas solo podían tener efectos positivos para la salud. Sin embargo, a pesar de que todas estas drogas parecían ser saludables, a finales del siglo XIX se empezó a comprobar que el alcohol no era tan benigno como se pensaba tras advertir efectos nocivos en embarazos y degeneración de la persona que lo consumía (Torres Hernández et al., 2009).

No nos centraremos en el descubrimiento de las drogas ni en cómo comenzamos a consumirlas, sino en su uso a partir de la segunda mitad del siglo pasado y el hallazgo de los efectos nocivos para la salud en nuestro país, lo que propició la creación del primer Plan Nacional sobre Drogas (PNSD) y se modificara el Código Penal para incluir conceptos que previamente no se habían contemplado. Es decir, se va a analizar brevemente el contexto histórico que promovió los cambios sociales y penales de la segunda mitad del siglo XX en España.

A partir de la década de los años cincuenta, el consumo de alcohol ascendió y, por consiguiente, también las cifras de alcoholismo. Al respecto, Torres Hernández et al. (2009) hablan de un aumento en la incidencia del 9% en 1945 al 30% en 1955 de ingresos por esta enfermedad en Madrid, pero en cuanto a las demás drogas todavía se mantenía bajo (0,6%). En los años sesenta, se empezaban a ver los primeros usos de benzodiazepinas y el ascenso de dependencia a medicamentos, como los analgésicos, los sedantes y los hipnóticos. A finales de esta década, los movimientos sociales y culturales iniciados principalmente en Estados Unidos y Reino Unido como manera de rebelión comenzaban a llegar a España. Estos eran movimientos psicodélicos, antisistema y *hippies* y las drogas estaban más que normalizadas; trajeron sustancias como el LSD, las setas alucinógenas y la mescalina, para luego dar paso a drogas de síntesis y acabar con la reaparición de la heroína y la cocaína a finales de los setenta.

El estallido del «problema de la droga» llegó con la muerte de Francisco Franco y la llegada de la transición a la democracia, una situación de más libertad. Desde 1975 hasta toda

¹ Definición de elaboración propia después de consultar distintas fuentes.

la década de los años ochenta y noventa, las drogas fueron un problema realmente preocupante y España se vio envuelta en una epidemia de heroína, además del continuo aumento del alcoholismo y el consumo de tranquilizantes y estimulantes. La droga era sinónimo de libertad.

En 1985, se crea el primer Plan Nacional sobre Drogas para atender la preocupación social sobre esta problemática y la sensación de inseguridad ciudadana derivada del alto consumo de sustancias tóxicas y la delincuencia asociada a ello. Aunque no se conocían las cifras exactas, varios ministerios implicados en esta lacra ofrecieron unas cifras aproximadas de consumidores habituales: entre 1 900 000 y 2 300 000 de alcohol, entre 1 200 000 y 1 800 000 de cannabis, entre 350 000 y 500 000 de anfetaminas, entre 80 000 y 125 000 de heroína, entre 60 000 y 80 000 de cocaína y entre 18 000 y 21 000 de inhalantes (Ministerio de Sanidad y Consumo, 1985); sin contar que muchos de estos consumidores serían politoxicómanos. La parte introductoria del plan en cuestión parece querer quitarle la importancia al problema social que había, pero realmente era necesario abordarlo.

Las encuestas a la población comenzaron a realizarse en 1979, pero no fue hasta 1987, cuando se creó el Sistema Estatal de Información sobre Toxicomanías (SEIT) —en 1998 se convirtió en el Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA)—, que las encuestas tomaron más importancia y el sistema de información mejoró. En la investigación de Sánchez Payá et al. (1991), teniendo en cuenta los datos del SEIT, las encuestas nacionales, las estadísticas policiales sobre tráfico de drogas, los registros de casos de sida y VIH y las notificaciones de complicaciones infecciosas de consumidores por vía intravenosa, elaboraron una estadística sobre las tendencias de consumo y los problemas asociados a las drogas.

Las dos primeras tablas recogen datos entre 1987 y 1990 sobre las personas tratadas ambulatoriamente y los episodios de urgencias relacionados con drogas. En ellas se observa que la principal droga que consumían los atendidos era la heroína y muchos de los dependientes a esta consumían también cocaína, cannabis y psicofármacos. El año en el que más sujetos fueron tratados fue 1988 con 164 811, pero en el que más urgencias hubo fue 1990 con 22 055. Asimismo, en cuanto a la mortalidad debido a una reacción aguda al consumo, desde 1983 hasta 1990, la tasa se incrementó del 1,2 al 6,4 por cada 100 000 habitantes, aunque por sida se multiplicó por 14,4, otra de las principales causas de fallecimiento. Por otro lado, esta misma investigación, indica que la población consumía más cannabis, tranquilizantes, anfetaminas, cocaína y alucinógenos, pero la heroína era la droga que más consecuencias graves generaba a pesar de ser consumida por menos gente. Todos los datos aportados por el PNSD y el trabajo de Sánchez Payá et al. (1991) quedan en entredicho porque los métodos estadísticos de aquella época no eran tan precisos como los actuales, aunque sí que dan una visión general del panorama de España.

Torres Hernández et al. (2009) explican la tendencia en el consumo entre 1985 y 2005: el consumo de heroína por vía parenteral fue disminuyendo (debido, en parte, a los tratamientos con metadona) y dio paso al consumo de cocaína por vía nasal y heroína fumada; el consumo de otras drogas como el cannabis —este especialmente—, las anfetaminas, el metilfenidato, los tranquilizantes, los hipnóticos y los sedantes aumentó, y el de alucinógenos y ketamina bajó.

Por otro lado, siguiendo esta misma investigación (Torres Hernández et al., 2009), cada tipo de alcohol siguió un curso diferente, donde la cerveza era la más consumida, la mezcla de alcohol y otras sustancias psicoactivas se volvió relevante y «el número de abstemios (39%) no superaba al de bebedores (consumo ligero 41%, moderado 14%, alto 2% y excesivo 2%)».

Adicciones y delincuencia. El tratamiento de las personas con adicciones en los centros penitenciarios de España y su reinserción en la sociedad. Especial atención a las drogodependencias.

Caben destacar las dos encuestas más amplias que se llevan realizando en España de manera bienal desde esta época: la Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España (EDADES), desde 1995, a personas entre quince y sesenta y cinco años que residen en hogares y la Encuesta sobre uso de drogas en Enseñanzas Obligatorias en España (ESTUDES), desde 1994, a estudiantes de entre catorce y dieciocho años, cuyos datos se utilizan para la elaboración de los informes del OEDA y el PNSD. El informe de 2007 del OEDA habla, hasta ese momento, de un descenso del consumo de tabaco, alcohol y drogas por vía parenteral y de la mortalidad, así como un estancamiento en cuanto al consumo de heroína, cocaína y cannabis. Para el informe del OEDA de 2017, el alcohol mantiene una tendencia estable desde los años noventa, aunque es la sustancia más consumida junto al tabaco, los hipnosedantes y el cannabis y venían arrastrando una tendencia al alza; el consumo de heroína se estabiliza y el de cocaína, anfetaminas, éxtasis y alucinógenos desciende. Asimismo, se empieza a hablar de las nuevas sustancias psicoactivas, como la ketamina o el *spice*, las cuales se verán en este mismo capítulo, y del uso de los cigarrillos electrónicos y las bebidas energéticas. Por último, tras analizar el informe del OEDA del año pasado (2023) y ver la tendencia general desde la década de los años noventa hasta la actualidad, se observa que el consumo de alcohol, tabaco, heroína, anfetaminas, alucinógenos y éxtasis está bastante estabilizado, mientras que el de hipnosedantes, analgésicos, cannabis y cocaína parece estar ascendiendo.

Afortunadamente, desde 2020, EDADES incluye preguntas sobre adicciones comportamentales. Por ejemplo, en la encuesta de 2022, se observa un ligero descenso en cuanto a la frecuencia de juego con dinero en línea, aunque estiman que un 1,7% de la población podría ser adicta a esta actividad, al igual que un 3,5% podrían realizar un uso compulsivo de internet (Ministerio de Sanidad, 2022).

Desde el estallido del consumo de droga a mitad de los años setenta, la inseguridad ciudadana y la percepción de la delincuencia del país aumentó. Según los datos conocidos por la policía, desde 1973, la criminalidad, en general, subió de 110 017 a 357 647 en 1982 y, según la Guardia Civil, de 42 070 a 89 863; además de observarse un aumento de delitos contra la salud pública, 6 530 detenidos por la policía y 14 995 por la Guardia Civil (Serrano Gómez, 1983). En cuanto a la criminalidad relacionada con las drogas, Serrano Gómez (1983) indica que los delitos de tenencia y tráfico ilegal se triplican entre 1975 y 1979, y hasta 1982, los robos con violencia para la obtención de estupefacientes crecieron considerablemente, además de atracos en bancos y farmacias y falsificación de recetas médicas.

Hasta 1995 no se había diferenciado entre los delitos de tráfico ilegal y los de tenencia o consumo de estupefacientes y, desde este momento, esta clase de delincuencia se estabilizó manteniendo unas cifras más o menos parecidas. A lo largo de estos años hasta la actualidad, los informes se han centrado en el tráfico de estupefacientes y el crimen organizado y apenas hay datos de otros hechos delictivos relacionados con las drogas. Sin embargo, a través de los datos de consumo, se puede inferir una estabilización también de la criminalidad.

Por último, las adicciones comportamentales también pueden estar relacionadas con la criminalidad (Germán Mancebo, 2010). Los delitos contra el patrimonio predominan en la población que padece de ludopatía para poder hacer frente al dinero perdido en el juego. Una persona adicta al sexo también puede cometer delitos contra el patrimonio si existe el riesgo de endeudamiento por la compra de sexo; sin embargo, la principal tipología delictual son las agresiones sexuales. Los agresores sexuales no tienen por qué tener una adicción al sexo, pero sí es cierto que aquellas se dan por la creciente cultura de la pornografía. Por otro lado, los sujetos

con adicción a internet, que es una puerta de entrada a las demás adicciones sin sustancia, pueden beneficiarse del anonimato que ofrece para cometer delitos, como acoso en redes sociales.

2. Planes de intervención y asistencia desde 1971.

El movimiento para tratar las adicciones, las llamadas Comunidades Terapéuticas (CT) para drogodependientes, comenzó en 1963 en Estados Unidos de la mano de Daytop Village y de Narconon en 1966, pero hasta 1972 no comenzaron a surgir este tipo de asociaciones en España. En Francia, se creó El Patriarca —envuelta en mucha polémica y, actualmente, denominada Dianova— y en Italia, el Centro Italiano de Solidaridad y Proyecto Hombre, en colaboración con Daytop Village, Cáritas y la Iglesia. La distribución de pacientes con drogodependencia en España en 1986, ofrecida por Torres Hernández et al. (2009) era de 228 en centros públicos, 406 en centros privados, 1 534 en El Patriarca, 150 en la Iglesia Evangélica, 200 en Proyecto Hombre y 250 en Narconon. En 2021, hubo 44 347 admisiones de pacientes para recibir tratamiento por abuso o adicción a estupefacientes (cocaína, cannabis y opioides en el podio), pero sin superar las cifras de los años anteriores a la pandemia de Covid-19 (OEDA, 2023).

A partir de la década de los años setenta se comenzó a emplear el tratamiento por mantenimiento con metadona para adicciones por opiáceos después de un estudio con resultados fructíferos. La metadona ha sido siempre el medicamento estrella, pero también se han empleado otros como la naltrexona —usado en alcoholismo—, el levacetilmetadol, la clonidina, la lofexidina o la naloxona. Actualmente, el uso de la buprenorfina se ha elevado porque es más beneficioso que la metadona, pero exige una serie de requisitos que no son compatibles con todos los drogodependientes.

Desde 1971, han ido surgiendo distintas iniciativas y/o programas para ofrecer asistencia; por ejemplo, el Programa de Alcoholismo para Madrid y Barcelona, el Servicio de Alcoholismo y Toxicomanías en Valencia o el Centro Coordinador de Drogodependencias del País Vasco, así como los distintos planes estatales, regionales y municipales contra las drogas y la colaboración de asociaciones y centros de investigación, como Cruz Roja Española, Cáritas, la Sociedad Española contra el Alcoholismo o la Sociedad Científica Española de Estudios sobre el Alcohol, el Alcoholismo y otras Toxicomanías.

Mención especial se merecen los Centros de Tratamiento de Adicciones (CTA) —los antiguos Centros de Atención Integral a Drogodependientes (CAID)— a nivel estatal, que ayudan a estos pacientes a implementar unos hábitos de vida saludables libres de drogas tocando las esferas biológica, psicológica, social y familiar. Aquí, el sujeto puede acceder libre y directamente sin necesidad de haber recibido una derivación de su médico y recibirá una evaluación para constatar si realmente padece de una adicción o si solo es un consumo perjudicial; en cualquier caso, se le reconocerá el esfuerzo de haber acudido al centro a recibir tratamiento, por ser este el paso más importante. En estos centros también se atienden a personas con adicciones que están envueltas en un proceso judicial y se les acompaña legalmente y a menores que han recibido alguna sanción administrativa debido al consumo o tenencia en vía pública y que pueda suspenderse si se someten a tratamiento de deshabituación.

Adicciones y delincuencia. El tratamiento de las personas con adicciones en los centros penitenciarios de España y su reinserción en la sociedad. Especial atención a las drogodependencias.

II. Tipos de adicciones: con y sin sustancia.

1. Adicciones con sustancia.

Es en los años ochenta, con la oleada de consumo de sustancias adictivas, cuando se comienzan a hacer distinciones a nivel popular, que aún se utilizan, entre tipos de drogas. Eran las drogas duras y blandas, sin embargo, esta clasificación no tiene ningún rigor científico porque se basa en el supuesto nivel de adicción de estas sustancias, aunque Países Bajos sí utiliza legalmente esta diferenciación; por ejemplo, la cocaína y los opioides serían duras y el alcohol, el tabaco, la cafeína y los derivados del cannabis, blandas. Está claro que unas drogas producen más adicción y dependencia que otras, pero todas generan efectos perjudiciales: ninguna es más segura que otra y no se deben consumir, al contrario de la leyenda popular. Esta clasificación es peligrosa e imprecisa y puede provocar falsas creencias en las personas y conllevar una cadena de adicciones. Además, tal y como explican Janik et al. (2017) en su revisión bibliográfica, no hay consenso entre autores para calificar drogas como blandas o duras, no existe un criterio para hacerlo y no se tienen en cuenta las relaciones entre ellas.

Por ello, este trabajo ofrece distintos métodos científicos y verificados de clasificación de estas sustancias para orientar al lector y que vea los distintos efectos que tienen en el organismo. Todos ellos deben guiarse principalmente por las listas de la Convención Única del 30 de marzo de 1961 de Estupefacientes y del Convenio de Sustancias Psicotrópicas del 21 de febrero de 1971. Son cuatro las listas de la Convención de 1961: en la primera, se recogen drogas altamente adictivas y de las que se puede abusar —como el cannabis, los opioides o la cocaína—; en la segunda, sustancias que son menos adictivas y se usan menos que las de la primera —como la codeína—; en la tercera, compuestos que tienen un nivel bajo de la droga en cuestión, y la cuarta, algunos de los estupefacientes de la primera que son especialmente nocivos y adictivos —como la heroína—. Las cuatro listas del Convenio de 1971 recogen preparados, como la catinona, las anfetaminas, el ciclobarbitol o el diazepam, derivados de las sustancias de la Convención y son tan ilícitos y adictivos que ellas.

Adley et al. (2023) concuerdan en que las drogas suelen clasificarse según su compuesto químico, según las acciones farmacológicas en diferentes procesos biológicos y según sus efectos terapéuticos; sin embargo, no hay una taxonomía correcta, unas son más completas que otras. En primer lugar, el Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (DSM-5) las clasifica en diez tipos: «alcohol, cafeína, cannabis, alucinógenos, inhalantes, opiáceos, sedantes e hipnóticos, estimulantes, tabaco y otras sustancias» (APA, 2014); no obstante, el CIE-11 las clasifica en dieciocho grupos, muchos coinciden con los anteriores, pero son más específicos. Por otro lado, Gisbert Calabuig (2007) ofrece la siguiente: «alcohol, opiáceos, inhalantes, cocaína, fenciclidina o arilciclohexaminas similares, anfetaminas y sustancias afines, otros estimulantes, derivados del cannabis, alucinógenos, hipnóticos y ansiolíticos y tabaco» (p. 1014), que junta aspectos del DSM-5 y el CIE-11. Otra clasificación aclamada sería la de Lewin (1970) citada por Pérez del Río (2011), la cual se divide en cinco clases: *euphorica*, que son los euforizantes y los calmantes; *phantastica*, que son los alucinógenos; *inebrantica*, que son los embriagadores; *hypnotica*, los hipnóticos y los sedantes, y *excitantia*, los estimulantes.

Al respecto, Adley et al. (2023) ofrece una de las taxonomías más completas, la rueda de las drogas, que, aunque ha generado polémica, es bastante precisa y aporta información de cada categoría y las sustancias asociadas a ellas, una manera eficaz para que llegue a más personas y se comprendan mejor los efectos de las drogas. La rueda se divide en siete categorías: las estimulantes, que provocan euforia, cambios de humor o excitación sexual, como las anfetaminas, la cafeína o el khat; las depresoras, que pueden generar euforia, pero dejar inconsciente

al sujeto, como el alcohol o el GHB; las opioides, que inducen euforia, relajación o falta de concentración, como el fentanilo, la heroína o el opio; las psicodélicas, que provocan alucinaciones, pensamientos desorganizados y pérdida de coordinación, como el LSD o la ayahuasca; las cannabinoideas, que generan paranoia, ansiedad y pérdida de memoria, como el cannabis o los sintéticos derivados de este; las disociativas, que también inducen alucinaciones y pánico, como la ketamina, y las empatógenas, como el MDMA, que pueden provocar ansiedad, cambios de humor y excitación sexual. Como se puede observar, muchos síntomas se solapan entre categorías, por eso también se creó la pirámide de las drogas, que solo se divide en las estimulantes, las depresivas y las alucinógenas, con sus respectivos subtipos, y el diagrama de Venn de las drogas, de Derek Snider, dos maneras más visuales de advertir el fenómeno y que intentan solventar el problema del solapamiento. En cualquier caso, estos tres últimos modelos de clasificación ofrecen información acerca de las drogas de forma sencilla y compleja a la vez, y es mucho más útil emplearlos o basarse en ellos para educar, prevenir y hacer llegar a todas las personas, no solo a un grupo especializado, como ocurre con muchas clasificaciones complejas centradas en la farmacología (Adley et al., 2023).

2. Adicciones sin sustancia o comportamentales.

Las adicciones sin sustancia son aquellas que generan dependencia en quien realiza una actividad repetitiva y que activan los sistemas de recompensa, pero sin ingerir ningún tóxico. Actualmente, la única adicción que se contempla en los manuales de trastornos mentales, el DSM-5 y el CIE-11, es el juego patológico, «puesto que existe evidencia de que los comportamientos de juego patológico activan los sistemas de recompensa de manera semejante a las drogas de abuso, y porque este produce síntomas conductuales similares a los de los trastornos por consumo de sustancias» (APA, 2014). Sin embargo, sobre todo por la llegada de las nuevas tecnologías, se están empezando a ver casos de adicciones a los videojuegos, al uso compulsivo de internet, al visionado de pornografía, al sexo, a las compras y al ejercicio, donde en la mayoría de estas la persona permanece en línea en internet para realizar la actividad. Estas supuestas adicciones aún no se contemplan en estos manuales debido a que no hay suficientes datos como para establecer unos criterios de diagnóstico y unas características propias de cada adicción, de modo que por el momento prefieren denominarlos «comportamientos repetitivos».

En los juegos de azar, la principal motivación para el sujeto es el premio; el hecho de llegar a conseguir un premio lleva al jugador a apostar y arriesgarse. El proceso adictivo se incrementa cuando la probabilidad de ganar, aunque sea poca cantidad, aumenta, hay velocidad e inmediatez durante el juego y es fácil adquirir recompensas. Con los videojuegos ocurre algo similar, ya que ellos en sí activan el sistema de recompensa de los cerebros y, además, las características del juego y las propias pantallas generan más adicción. Con internet, la pornografía, el sexo, las compras y el ejercicio ocurre lo mismo, generan gratificación instantánea porque las personas adquieren una recompensa inmediata al realizar la actividad y afectan directamente a la corteza prefrontal del cerebro que se subdesarrolla. El problema no es realizar estos comportamientos, sino la relación de adicción y dependencia que se establece con ellos.

Recientemente, se ha creado el Centro AdCom Madrid en el Hospital Gregorio Marañón —el único centro público— que va a ofrecer una detección, prevención, tratamiento e investigación en el área de los comportamientos patológicos derivados de las adicciones sin sustancia mencionadas previamente. López (2024) informa que el AdCom ya ha atendido a 662 personas con una adicción confirmada; en cuanto a menores, el 63,5% era adicto a los videojuegos, el 37% a las redes sociales, el 2,8% al sexo y 1,4% a las compras; en cuanto a adultos, un 37,5%

Adicciones y delincuencia. El tratamiento de las personas con adicciones en los centros penitenciarios de España y su reinserción en la sociedad. Especial atención a las drogodependencias.

era adicto al juego, un 28% al sexo, un 21% a las compras y un 20% a los videojuegos. El perfil de los menores es de un varón de catorce años, aunque las adicciones a las redes sociales predominan en chicas, y el de los adultos es de un varón de treinta y ocho años, pero son las mujeres las adictas a las compras.

III. Adicciones y delincuencia.

1. Teorías explicativas de la relación entre adicciones y delincuencia.

1.1. Hipótesis explicativas.

Para abordar este trabajo, es necesario hacerlo desde una perspectiva psicosocial y criminológica, que es lo más relevante para comprender el contexto de las adicciones y la delincuencia asociada a ella. Son muchas las teorías que abordan las conductas antisociales: la criminalidad y el consumo de drogas en esta revisión bibliográfica en cuestión. Un tema recurrente en este ámbito es si la delincuencia causa drogodependencia o si es la drogodependencia la que causa la delincuencia, pero no existe una respuesta que compartan la mayoría de los teóricos. Sin embargo, García García (1999) realiza una síntesis de las cuatro hipótesis que propuso Otero (1994):

1.1.1. La droga causa delincuencia.

Una gran parte de la doctrina sostiene que existe, en efecto, una relación de causalidad entre las drogas y la criminalidad en el sentido de que la primera provoca casi inevitablemente la segunda. Se argumenta que las personas drogodependientes recurren a la delincuencia para poder pagar las sustancias, ya que, al estar prohibidas, sus precios son altos; además del entorno de marginación en el que se mueven, el tráfico ilegal y la impulsividad derivada del consumo. El Código Penal parece fundarse en esta hipótesis; la explicación de la responsabilidad penal radica en la motivación. Se diferencian dos tipos de delincuencia derivada del consumo y que son los que motivan a delinquir: la delincuencia funcional y la delincuencia inducida. La primera se da por la grave adicción del sujeto a una sustancia porque tiene la necesidad de consumir y conseguir esa droga para evitar el síndrome de abstinencia y saciar sus impulsos. En cambio, la delincuencia inducida está provocada por los efectos de la propia droga. El individuo debe estar intoxicado para cometer el hecho delictivo. La problemática entre grave adicción y dependencia, consumo esporádico y síndrome de abstinencia se solucionará posteriormente en el Capítulo II.

Pérez y Ruiz (2017), tras la revisión de múltiples estudios, señalan que la dependencia y el consumo de sustancias aumentan el riesgo de delinquir y recomiendan que en el futuro se realicen estudios valorando otros factores como el entorno o la familia.

1.1.2. La delincuencia lleva al consumo de drogas.

No es correcto solo tener en cuenta una hipótesis, ambas se complementan. La criminalidad es la consecuencia de una serie de factores y no es un único factor el que la provoca, por ello, la droga por sí sola nunca podría ser la causa determinante de aquella. El estudio de Márquez Cervilla (1990), citado por García García (1999), arroja unos resultados que confirman que los drogodependientes entrevistados ya se dedicaban a la delincuencia antes de iniciar su consumo de estupefacientes. También, este último autor llega a la conclusión de que hay pocos estudios españoles que analicen este tipo de relación. Una de las revisiones más actuales sobre este tema es la de Esbec y Echeburúa (2016) donde confirman que no siempre se delinque como consecuencia del consumo; por ejemplo, entre un 30% y un 50% de los heroinómanos ya delinquían antes de iniciar su consumo.

García García (1999) afirma que, aunque esta hipótesis esté más apoyada, la mayoría de los estudios se centran en establecer si ocurre antes la criminalidad o la drogodependencia ignorando los factores y la causalidad de ellas, algo que es sumamente importante para la creación de programas de prevención y de tratamiento. En el caso de que la persona hubiera comenzado a delinquir antes de consumir, no va a servir de nada tratar la drogodependencia porque no va a solucionar la delincuencia.

1.1.3. La correlación entre drogodependencia y delincuencia deriva de factores comunes.

Esta hipótesis, que parece la más completa, sostiene que tanto la drogodependencia como la criminalidad comparten unos factores personales y sociales, como la marginación social, bajo nivel cultural y económico, el desempleo o el grupo de pares. Esto se analizará en profundidad en el apartado sobre la Criminología del desarrollo.

1.1.4. Efecto multiplicador de la drogodependencia sobre la delincuencia.

Una serie de estudios evidencian que, a pesar de que los sujetos de interés ya eran delincuentes, la drogodependencia causaba la mayoría de los delitos. Muchos de los datos disponibles se apoyan en esta teoría, sin embargo, como ya se ha dicho anteriormente, no se puede establecer una relación de causalidad donde la droga sea la causante directa de la criminalidad, porque no tienen en cuenta el resto de factores psicosociales.

1.2. Teorías criminológicas.

Cid Moliné y Larrauri Pijoán (2001) recopilaron las principales teorías utilizadas en Criminología. La Escuela Clásica y las teorías biológicas se van a obviar por su obsolescencia, pero se expondrán brevemente el resto. Aunque se hable de criminalidad, también se puede aplicar al abuso de sustancias.

La Escuela de Chicago teorizaba que la delincuencia se concentraba en ciertas zonas de las ciudades y es el entorno el único factor que incide en ella. Esta se daba, principalmente, en las zonas de transición —la siguiente capa al centro de la ciudad, el núcleo del modelo— donde se daban todos los motivos para delinquir: ingresos bajos, problemas sociales. Por otro lado, en la teoría de la asociación diferencial, este tipo de comportamiento se aprende a través de la interacción entre el grupo de pares que se mueve en ese entorno. En esta misma línea, está la

Adicciones y delincuencia. El tratamiento de las personas con adicciones en los centros penitenciarios de España y su reinserción en la sociedad. Especial atención a las drogodependencias.

teoría de las subculturas delictivas, donde un subgrupo que comparte unos valores se desvía de la norma social que sigue el grupo principal, dándose una serie de conductas delictivas.

Asimismo, se encuentra la teoría de la anomia que se da cuando las personas no pueden alcanzar sus metas porque son muy lejanas y la estructura social tampoco lo permite debido a las desigualdades. Por otro lado, en cuanto a las teorías del control social, los ciudadanos respetan las leyes porque se sienten vinculados al orden social establecido mediante apego, compromiso, participación y creencias, pero si estos se rompen, la criminalidad puede surgir. Finalmente, la teoría del etiquetamiento defiende que la delincuencia aparece cuando determinadas conductas antisociales se clasifican como delitos, aun sin serlo, por lo que la etiqueta y el estigma que conlleva aquello provoca la comisión de actos delictivos reales.

Además de existir estas teorías de una índole más sociológica, hay psicológicas y psicopatológicas. Al igual que con las teorías biológicas, estas últimas se basan en unas concepciones anticuadas del crimen que se han ido expandiendo entre la sociedad hasta el punto en el que parece que solo las personas con enfermedades mentales pueden delinquir porque son los únicos capaces de alterar la normalidad y el orden social. Según García-Pablos de Molina (2003), no se puede demostrar que el comportamiento criminal tenga una base psicopatológica ni una correlación entre delito y enfermedad mental; la Psicopatología criminal estudia esto mismo y a la Criminología le interesa saber la etiología de la salud mental sobre cada tipo de delito. De igual forma, desde la acuñación del término «psicopatía», la teoría criminológica general ha visto centrados sus debates en torno a este rasgo². Este trabajo se centra en la perspectiva criminopsicosocial, sin detenerse en la genética de los sujetos.

Finalmente, en los modelos psicológicos se encuentran las teorías psicoanalíticas, que, aunque no pretendían explicar la delincuencia, muchos aspectos podían servir para ilustrarla. El precursor fue Sigmund Freud, pero otros autores como John Bowlby o Mary Ainsworth han hecho avances en la Criminología —con la teoría del apego—. También, existen los modelos conductistas, que explican que las conductas sociales prohibidas se han aprendido por condicionamiento, y del aprendizaje social, derivada de la anterior y describe cómo se aprende la conducta mediante la observación y la imitación. Por otro lado, las teorías cognitivas proponían que los pensamientos y expectativas de los sujetos podían influir en las creencias, valores, actitudes y acciones; la teoría sociocultural, donde la persona se desarrolla debido a las interacciones con su entorno, y la epigenética que da valor a los genes y cómo el ambiente influye en ellos como forma de desarrollo humano (Berger, 2015).

1.3. Criminología del desarrollo y teorías integradoras.

La Criminología del desarrollo estudia los cambios producidos en las personas en cuanto a la conducta antisocial (Requena Espada, 2013). La relación entre la drogadicción y la criminalidad solo puede entenderse de manera conjunta y esta disciplina es la que mejor la explica. Los factores de riesgo de ambas van a coincidir en casi todos los casos y, como ya se ha mencionado con anterioridad, ellas mismas son factores en sí que pueden influir una a la otra. Lo relevante aquí no es centrarse en qué ocurre antes, sino qué conjunto de elementos puede influir en un sujeto para que inicie su carrera delictiva y/o consumo de sustancias ilegales. Los motivos

² No es un trastorno psíquico porque no se encuentra recogido en el DSM-5 ni en el CIE-11. El más parecido sería el trastorno de personalidad antisocial. Las características de estas personas pueden ser derivadas del apego y de los factores de riesgo ya explicados; esto se ve como una clasificación excesiva de trastornos mentales para dar explicación a un fenómeno que tiene múltiples causas y para estigmatizar la salud mental.

que se van a exponer son psicosociales y criminológicos teniendo en cuenta el modelo ecológico de Bronfenbrenner, los factores de riesgo y protección³ de la delincuencia compilados por Requena Espada (2013) y estudiados por Farrington (2005) y el modelo propuesto por Redondo Illescas (2015). La base de los comportamientos antisociales son los tipos de apego, pero detenerse en este aspecto daría para realizar otro trabajo, por lo que se abordará la relación más directa con la delincuencia teniendo en cuenta siempre las raíces. Todas estas teorías y modelos son integradores porque han tomado conceptos de las teorías criminológicas, psicológicas y sociológicas y los han reunido para mejorar la explicación de la criminalidad.

La teoría ecológica de Bronfenbrenner, por tanto, es la mejor para explicar los factores de riesgo y protección. Se divide en cinco sistemas y cada uno explica tanto al individuo como a su entorno, de modo que al final nos ofrece una visión completa individual y contextual del fenómeno. El núcleo del modelo es el propio individuo, su personalidad. Por encima de este, se encuentra el microsistema, que comprende las relaciones e interacciones con su entorno más inmediato: la familia, la escuela, el vecindario y el grupo de iguales. Después, está el mesosistema, que procura que esas relaciones se den y el sujeto interactúe con el entorno. Luego, el exosistema, cuyas estructuras se derivan de la interacción del individuo con el microsistema, por ejemplo, el trabajo de los padres, los medios de comunicación, la industria o los recursos de la familia. Finalmente, el macrosistema, que es la capa más externa e influye en todas las demás; aquí se encuentran las actitudes e ideología de la cultura, las costumbres y las leyes.

Como es lógico, que se den estos factores no convierte a la persona en delincuente porque uno o varios factores de protección le pueden salvar, pero sí es cierto que aquellos aumentan la probabilidad de tener una conducta criminal. En cuanto a esto, Requena Espada (2013) expone una serie de factores de riesgo relacionados con las conductas antisociales y delictivas y, por ende, con la drogodependencia. Los factores familiares son, quizá, los más importantes debido a que los padres son la figura de referencia de todos los niños: los estilos de crianza, la disfuncionalidad o desestructura de la familia, la ausencia de los progenitores o su delincuencia supondrá un impacto negativo (o positivo) y la futura criminalidad podrá darse. En cambio, si los padres ofrecieran un apego seguro y un estilo democrático de crianza, además de evitar otros factores negativos y conflictos familiares, sería menos probable que el sujeto tuviera una conducta antisocial.

Asimismo, factores como el comportamiento antisocial a temprana edad, la clase social y situación económica, el rendimiento escolar, las características psicológicas particulares y la situación laboral van a influir. El abuso de sustancias también aparece como un factor de riesgo, pero, de igual manera, no se determina si es la droga la que provoca la delincuencia o si es esta última la que favorece el consumo. Por otro lado, a pesar de que sean los padres la base del desarrollo, en la etapa de la adolescencia, la persona va a pasar más tiempo con su grupo de amigos y va a encontrar el apoyo en ellos; la presión de grupo va a tener mucho peso en las decisiones que aquel tome y puede llevarle por el camino de la delincuencia y/o la drogadicción.

Los factores descritos con anterioridad son los recopilados por Requena Espada (2015) de la teoría integrada del potencial cognitivo antisocial (ICAP) de Farrington (2005), que se compone de factores biológicos o individuales, como la impulsividad; emocionales; educativos, como el fracaso escolar; sociales, como la influencia del grupo de pares o de los padres, y las oportunidades y experiencias previas con el delito. Siguiendo esta línea, Redondo Illescas (2015) en Buil Gil (2016) propuso el modelo del triple riesgo delictivo (TRD) donde destacó

³ Los factores de protección coinciden en su mayoría con los de riesgo, pero en un sentido positivo. El principal es el apego.

Adicciones y delincuencia. El tratamiento de las personas con adicciones en los centros penitenciarios de España y su reinserción en la sociedad. Especial atención a las drogodependencias.

que los factores de riesgo más importantes eran los personales o individuales, las oportunidades delictivas y la falta de apoyo social.

Otro aspecto relevante que hay que destacar es la victimización del propio sujeto drogodependiente. Su estilo de vida, el entorno en el que se mueve, los riesgos a los que se enfrenta y el propio consumo le hacen convertirse tanto en delincuente como en víctima —muchas veces los dos a la vez—; el consumo y los efectos de las drogas en el organismo le provocan vulnerabilidad y puede ser susceptibles de sufrir robos o violencia física o sexual (Nunes y Sani, 2015).

CAPÍTULO II

MARCO LEGAL

I. La responsabilidad penal de los sujetos intoxicados, con síndrome de abstinencia y/o con grave adicción.

1. Respuesta jurídico-penal a estas personas.

1.1. La responsabilidad penal.

Para que un sujeto pueda recibir una pena, deberá ser culpable; esto es, deberá haber cometido un hecho típico y antijurídico (imputación objetiva), con intención (imputación subjetiva) y conciencia de ello, y ser considerado responsable de dicho hecho (imputación personal). «La imputación objetiva, la imputación subjetiva y la imputación individual o personal son tres niveles necesarios para que sea posible la completa imputación a un autor culpable» (Mir Puig, 2003). Esta última, al exigir que el autor tenga sus capacidades cognitivas y volitivas plenas para comprender la norma y actuar conforme a ella, da paso a la problemática de aquellos sujetos que, por sus características personales, son considerados «inculpables».

En el Código Penal, se prevé una serie de circunstancias que deben cumplir aquellos individuos que sean considerados inimputables o semiimputables para así recibir una eximente completa o incompleta, respectivamente. Para la primera, se deberá cumplir alguno de los supuestos del artículo 20 del Código Penal y, para la otra, el artículo 21.1.^a CP en relación con el artículo 20 CP. En el primer caso, se prevén otras consecuencias jurídicas frente a la pena: las medidas de seguridad, porque la inimputabilidad no conlleva, necesariamente, una ausencia de respuesta penal. Para los semiimputables, se les podrá imponer tanto una pena como una medida de seguridad. El artículo 381 de la Ley de Enjuiciamiento Criminal (LECrim) avisa de que, si el Juez observara que el sujeto en cuestión padece de algún trastorno mental, este no prestaría declaración y los médicos forenses le evaluarían, algo que podría ocurrir con una toxicomanía.

El primer problema medicolegal que se plantea es que la dependencia y el síndrome de abstinencia son requisitos para una eximente, y la grave adicción, para una atenuante.

Estará exento de responsabilidad criminal: [...] 2.º El que al tiempo de cometer la infracción penal se halle en estado de intoxicación plena por el consumo de bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos, siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión, o se halle bajo la influencia de un síndrome de abstinencia, a causa de su dependencia de tales sustancias, que le impida comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión. (Art. 20.2.º del Código Penal, de 23 de noviembre).

Es decir, la eximente completa exige que el sujeto, en el momento de cometer el delito, se encuentre sumido en esa fase de intoxicación, que no lo hubiese buscado como excusa para cometerlo y que, debido a ese estado, sus capacidades cognitivas y volitivas hubiesen estado mermadas. Para una eximente incompleta, solo se exigiría que no se hubiesen dado, de manera plena, los requisitos del artículo 20.2.º CP. A modo de inciso: aunque los estados de inconsciencia son uno de los supuestos de causa de exoneración de la responsabilidad penal, tal y como exponen Esbec y Echeburúa (2016), puede ocurrir que el sujeto sí pueda ser responsable de su conducta cuando este sepa que cada vez que consume le va a ocurrir lo mismo y, en vez de

Adicciones y delincuencia. El tratamiento de las personas con adicciones en los centros penitenciarios de España y su reinserción en la sociedad. Especial atención a las drogodependencias.

buscar asistencia, siga consumiendo. Por ello, como indica el propio precepto, no puede ser inimputable si él mismo ha provocado la situación habiéndola previsto. A esto se le conoce como *actio libera in causa*.

Este artículo es sumamente interesante; genera un problema de diferenciación entre la «dependencia» del 20.2.º CP y la «grave adicción» del 21.2.ª CP. ¿Por qué ser «dependiente» conlleva una eximente y ser «adicto», una atenuante? Esta diferencia parece radicar en la motivación del sujeto para delinquir: si bien una persona dependiente, intoxicada o bajo los efectos del síndrome de abstinencia cometerá un delito inducido por la sustancia —delincuencia inducida—, los sujetos con una grave adicción delinquirán para conseguir esa sustancia —delincuencia funcional— (Muñoz Sánchez, 2014).

Ser dependiente, tener síndrome de abstinencia o consumir ocasionalmente —estar bajo los efectos de la droga de manera plena o incompleta— puede llegar a anular las capacidades cognitivas y volitivas del sujeto, las cuales son cruciales para poder ser culpable de un hecho antijurídico. Por lo tanto, una persona con una tasa muy alta de cualquier sustancia cuando se demuestre que sus capacidades de comprensión y decisión hubiesen estado mermadas cercanas a la inconsciencia, no podrá ser imputable del delito que habría cometido durante la intoxicación. No obstante, hay autores que opinan que durante un síndrome abstinencia no puede cometerse un delito porque es extremadamente improbable que eso suceda (De la Cuesta Arzamendi, 1999).

Por el contrario, la grave adicción se refiere a que, en el momento de los hechos, se demuestre una relación de causalidad entre la adicción del individuo y el delito; esto es, no tiene que haber estado intoxicado ni haber presentado un síndrome de abstinencia, pero sí que su consumo y dependencia crónicos a la sustancia hubiesen provocado el delito (Roper Carrasco y Zamorano Moreno, 2000). La atenuante no se fija en la intensidad del efecto de la droga, sino en esa relación de causalidad; la drogodependencia ha tenido que ser el desencadenante del delito. Sin embargo, la doctrina exige que el individuo también debería tener un mínimo de afectación por las drogas ingeridas. Hay enfermedades que se pueden derivar del consumo prolongado del alcohol, como el *delirium tremens* o el síndrome de Wernicke-Korsakoff, que deberían constituir una eximente por anomalía o alteración psíquica del artículo 20.1.º CP, pero, en principio, le corresponde al 20.2.º CP.

Además, se pueden aplicar las eximentes del 20.1.º CP si, aparte de haber consumido, tiene un trastorno mental grave o transitorio —si, por ejemplo, las sustancias han provocado ese trastorno mental— o si ha ingerido sustancias psicotrópicas de manera accidental, o la del 20.5 CP en caso necesidad extrema de conseguir droga. También, tendría cabida la atenuante analógica del artículo 21.7.ª CP si el caso que esté siendo investigado presenta unas características que no se corresponden con ninguna de las ya citadas —debido a la rápida evolución de las adicciones, como se analizará posteriormente—, pero aun así es considerada como una atenuante. También, la doctrina del Tribunal Supremo aconseja recurrir a la eximente incompleta en los casos de una drogadicción más fuerte y no a la atenuante analógica, que se reservará para casos de mero abuso de droga.

La jurisprudencia, en concreto la STS 130/2009 de 27 de enero, avala esta diferenciación. Alega que la eximente completa exige el consumo de la sustancia o el síndrome de abstinencia, de los que se genera una conducta incontrolable. Y, en efecto, la atenuante por grave adicción es la respuesta penal a la delincuencia funcional mencionada antes.

Para poder apreciarse la drogadicción sea como una circunstancia atenuante, sea como eximente, aun incompleta, es imprescindible que conste acreditada la concreta e individualizada situación del sujeto en el momento comisivo, tanto en lo concerniente a la adicción a las drogas tóxicas o sustancias estupefacientes como al periodo de dependencia y singularizada alteración en el momento de los hechos y la influencia que de ello pueda declararse, sobre las facultades intelectivas y volitivas, sin que la simple y genérica expresión narradora de que el acusado era adicto a las drogas, sin mayores especificaciones y detalles pueda autorizar o configurar circunstancia atenuante de la responsabilidad criminal en ninguna de sus variadas manifestaciones. (STS 130/2009, de 27 de enero).

Por ello, es importante que quede bien demostrado cuál era el estado del investigado durante la comisión de los hechos. Ahora bien, ¿cómo se sabe si el sujeto estaba actuando bajo los efectos de la droga sin haber previsto, además, la comisión de un delito derivado de ellos? En primer lugar, la persona investigada deberá cumplir los requisitos que aparecen de la STS 130/2009 para conocer su estado de intoxicación en el momento de los hechos. Estos son el requisito biopatológico, donde se debe demostrar que el sujeto es toxicómano y la intoxicación es grave y antigua; el requisito psicológico, donde la droga ha tenido que afectar las capacidades cognitivas y volitivas de este; el requisito temporal, donde esta afectación ha tenido que ocurrir durante la comisión del delito, y el requisito normativo, donde se evaluará la intensidad de esta afectación con el fin de determinar una eximente o una atenuante.

Esbec y Echeburúa (2016) describen brevemente que una prueba pericial debe valorar la antigüedad y la gravedad de la drogodependencia, creando una historia clínica con antecedentes, y realizar un análisis toxicológico para diferenciar el consumo crónico del ocasional. El problema reside en que hay veces que la analítica no se hace tras el delito, sino antes del juicio o en prisión provisional; no tiene ninguna validez porque lo que es importante es la detección de la drogodependencia y no el consumo puntual. El análisis del cabello en estos casos es el más útil porque permite averiguar la cronicidad del consumo, ofrece el tipo de droga y las cantidades de manera orientativa, pero no indica si en el momento de los hechos la persona estaba afectada. Asimismo, en caso de no haberse realizado esta prueba a tiempo y, por consiguiente, no conocer el nivel de presencia de la sustancia en el organismo, se recurrirá a métodos como las declaraciones de testigos para obtener una idea aproximada del estado del autor antes, durante y/o después de la comisión del delito.

García García (1999), al respecto, cita jurisprudencia anterior al Código Penal de 1995 en las que ya se exigía el criterio de la intensidad de la embriaguez —las fases descritas en el epígrafe II de este capítulo— y el del origen de la embriaguez —el tipo de relación entre el consumo y el hecho delictivo—, ambos criterios aplicables a su vez al resto de sustancias previstas. A su vez, Esquivias Jaramillo (2011) añade que es sumamente importante la gravedad e intensidad de la intoxicación para la distinción de la eximente y atenuante, la antigüedad del consumo y la afectación de las capacidades del sujeto; para la atenuante, a pesar de que en el precepto solo se exige la grave adicción, parece que, jurisprudencialmente, el investigado debe tener un mínimo de sus capacidades afectadas.

No obstante, es crucial esclarecer si el sujeto generó esta situación de exoneración de la responsabilidad penal para poder delinquir con cierta libertad y constatar hasta qué punto sus capacidades cognitivas se encontraban mermadas. Para ello, la STS 598/2024, de 07 de febrero, indica que se deben conocer los efectos del alcohol sobre el individuo (la cantidad ingerida) y los aspectos externos, como la expresión corporal y oral, la coherencia del discurso o la

Adicciones y delincuencia. El tratamiento de las personas con adicciones en los centros penitenciarios de España y su reinserción en la sociedad. Especial atención a las drogodependencias.

estabilidad, entre otros. Se deberá prestar atención también al comportamiento anterior y posterior, así como realizar un análisis más específico por si hubiera habido pluriconsumo o alguna patología previa.

1.2. Las medidas de seguridad y la suspensión de la ejecución de la condena.

A pesar de que los inimputables no puedan ser condenados, sí que pueden recibir una medida de seguridad. Estos sujetos del artículo 20.2.º CP, y si así lo establece el Juez, deberán cumplir una medida de internamiento en un centro de deshabitación o las medidas establecidas en el artículo 96.3 CP —la inhabilitación profesional, la expulsión del territorio nacional de extranjeros no residentes legalmente en nuestro país, la libertad vigilada, la custodia familiar, la privación del derecho a conducir y la privación del derecho a portar y poseer armas (art. 103 CP)—.

Asimismo, para los semiimputables se prevé un sistema vicarial donde reciban tanto la pena como la medida de seguridad; cumplirán esta última en primer lugar para que, en caso de que la pena dañara los efectos alcanzados con la medida, aquella pudiera quedar en suspenso (art. 99 CP). Según el artículo 104 CP, esta medida de seguridad podrá ser cualquiera de los artículos 101, 102 y 103 CP, cuyo uso del internamiento solo podrá darse si la pena también es privativa de libertad.

A esto se ve ligada la suspensión de la ejecución de la condena, que consiste en dejar en suspenso la ejecución de las penas de prisión no superiores a dos años si se cumplen las condiciones de que el penado sea la primera vez que delinque, si la mencionada condena no supera los dos años y si ha satisfecho la responsabilidad civil derivada del delito (art. 80 CP), aunque hay excepciones que se ven en los siguientes apartados. No obstante, el más relevante para la cuestión que se está tratando es el artículo 80.5 CP, donde se especifica que se podrá suspender la ejecución de la condena de aquel sujeto que haya delinquido a causa de su dependencia a las sustancias citadas a lo largo del trabajo, siempre y cuando la pena no supere los cinco años de privación de libertad y no se cumplan las dos primeras condiciones del 80.1 CP. Para que la pena pueda quedar en suspenso, el centro en cuestión deberá certificar que el investigado está deshabitado o en proceso de ello. En caso de abandonar el tratamiento, se revocará esta suspensión. Una vez transcurrido el plazo de suspensión sin ningún problema, se remitirá la pena acreditando la efectiva deshabitación o la continuidad del tratamiento (art. 87 CP).

Las medidas de seguridad, al contrario que las penas, se centran más en la futura reinserción y resocialización del sujeto que ha delinquido. Hay casos donde la pena no es suficiente para eliminar el riesgo de reincidencia, por ello «tienen un fundamento de prevención especial, por lo que pueden conseguir que el sujeto no vuelva a delinquir, neutralizando su peligrosidad» (Tapia Ballesteros, 2014), aunque esta está prevista para delitos de terrorismo y contra la libertad sexual. A pesar de que el sujeto debe ser peligroso, debería poder ser aplicables a aquellas personas que consumen drogas y cometen delitos, ya que muchos de estos delitos son de peligro.

1.3. Respuesta jurídico-penal a las adicciones comportamentales.

Ahora bien, teniendo en cuenta todo lo expuesto en relación con la responsabilidad penal de estos individuos, ¿qué ocurre con las adicciones comportamentales? Como se ha visto en la primera parte de este trabajo, las adicciones comportamentales o sin sustancia son el juego patológico, la adicción a los videojuegos, a internet, al sexo, a la pornografía, a las compras y al ejercicio; sin embargo, solo el primero tiene carácter oficial de adicción. En los anteriores manuales de diagnóstico, venía recogido junto a los trastornos de control de impulsos, pero en esta nueva edición se incluye en la sección de trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos. El juego patológico, al igual que las adicciones con sustancia, generan una necesidad en la persona, por ello son trastornos adictivos y no de control de impulsos; la cleptomanía o la piromanía sí son trastornos del control de impulsos porque los sujetos no pueden evitar realizar la acción, pero en el caso de la drogadicción o la ludopatía se podría haber evitado y es algo que se puede solucionar con ayuda.

Las personas adictas al juego pueden cometer delitos contra el orden socioeconómico, principalmente, como robos, hurtos, estafas o falsificaciones, movidas por esa necesidad de ganar una recompensa. Como indican Echeburúa Odriozola et al. (2000), es importante establecer la conexión de causalidad entre la adicción y el hecho delictivo como ocurre con el resto de adicciones, pero en este caso se viene aplicando la atenuante analógica del artículo 21.7 CP.

La ludopatía es considerada por la jurisprudencia de esta Sala como una «entidad nosológica que se presenta dentro de una conducta más general de incapacidad para controlar los impulsos, que naturalmente no afecta al discernimiento, sino a la voluntad del individuo». En definitiva, se trata de una situación en la que el sujeto no puede resistir la tentación de jugar, lo que implica una dependencia psicológica constituida por su impulso más o menos irresistible.

[...] En general, la jurisprudencia de esta Sala suele ser muy restrictiva en la apreciación de esta neurosis de ludopatía, que viene exigiendo una acreditación cumplida para la aplicación de la atenuante y asimismo se exige su conexión con el delito objeto de enjuiciamiento, dada su naturaleza de factor criminógeno que genera una delincuencia funcional. (ATS 2811/2023, de 9 de marzo).

Este tipo de adicción es controvertida, por lo que es muy complicado que pueda considerarse como eximente o atenuante de todas formas. El Juez o Tribunal deberá analizar las circunstancias particulares del caso y la relevancia de esa adicción al juego. En cuanto a las demás, cada vez son más los titulares de noticias acerca de delitos derivados de ellas: «Un chico de 16 años mata a toda su familia porque le quitan el teléfono móvil» (La Vanguardia, 2024), «Detenido un padre en Vigo por pegar con un cinturón a su hijo de 13 años por utilizar el móvil durante tres horas» (Cheda, 2023) o «Las adicciones digitales detonan agresiones de hijos a padres» (Labajo, 2024). Por ellos, a pesar de que apenas hay jurisprudencia, parece que actualmente están teniendo más relevancia penal la adicción a los videojuegos, a internet, al sexo y a la pornografía por los efectos malignos en el comportamiento y la proliferación de conductas antisociales ligadas a ellas.

Adicciones y delincuencia. El tratamiento de las personas con adicciones en los centros penitenciarios de España y su reinserción en la sociedad. Especial atención a las drogodependencias.

1.4. Análisis de ejemplos reales.

1.4.1. Caso uno: STSJ CL 999/2024, de 2 de abril. Imputabilidad total; denegación de eximentes y atenuante.

En este caso es interesante ver la dificultad general que existe para que el Juez o Tribunal advierta una eximente o atenuación de la pena en relación con las drogas y el alcohol. El sujeto en cuestión, movido por sus celos y ánimo de superioridad, entró de manera violenta y sin permiso a casa de su pareja —tenían una relación extraña donde habían ocurrido con anterioridad episodios de violencia— y, tras una fuerte discusión, le asestó varias puñaladas con un cuchillo de grandes dimensiones y le seccionó la aorta, murió poco después desangrada. Contra los hechos probados, donde en ningún momento se hace ninguna alusión al supuesto consumo del reo, la defensa solicita la aplicación de una eximente completa, una eximente incompleta o una atenuante por grave adicción. Alegaban una vulneración de los derechos fundamentales y del derecho a la presunción de inocencia, infracciones legales varias y un quebrantamiento de normas y garantías procesales que causan indefensión.

Según manifiestan, el individuo sufrió un brote psicótico derivado de su adicción a la cocaína, por lo que sus capacidades cognitivas y volitivas estaban afectadas plenamente (o en parte) y, además, después de su detención, mostraba síntomas de ello o, en su caso, de síndrome de abstinencia. Lo intentaron probar mediante una práctica pericial de parte realizada mucho tiempo después para presentarla a juicio. Esto no se podía probar porque el análisis de cabello no proporciona información sobre un día en concreto, sino sobre un periodo determinado de tiempo. Asimismo, alegan que unos días antes había acudido a psiquiatría con el mismo problema.

¿Qué actuaciones se realizaron por parte del Juzgado y la Guardia Civil para comprobar si había o no un problema de drogas? En primer lugar, tras la detención del reo, este no prestó declaración por su estado de nervios y cuando un médico de atención primaria le vio, le suministró un calmante porque mostraba signos de ansiedad. También, ese psiquiatra al que visitó una semana antes de los hechos, teniendo en cuenta que solo habían tenido una única sesión, confirmó que sus capacidades cognitivas y volitivas no estaban afectadas en lo más mínimo. Sin embargo, en este caso no se realizó ni un análisis toxicológico ni un examen psiquiátrico, ya que el Juez consideró actuación suficiente la negación de la psicosis cocaínica por parte del médico.

El Tribunal del Jurado declaró totalmente imputable al reo basándose principalmente en el informe pericial del Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, donde se advierte la falta de problemas de salud mental anteriores y de un brote psicótico durante el asesinato y confirma así la imputabilidad; la declaración del psiquiatra, que también avala la imputabilidad, y los testimonios del médico de atención primaria, de los guardias civiles y de los vecinos que trataron con él después de los hechos.

Por último, en la práctica, no debe haber diferencias entre informes periciales dictaminados por diferentes organismos o profesionales, no obstante, y atendiendo este caso, siempre se va a preferir aquel realizado por el Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses, dado que es oficial, se va a presuponer imparcial y fiable siempre. Los fundamentos de derecho que desestiman el recurso advierten de una posible falta de imparcialidad en el informe pericial de parte, sobre todo por el afán de la defensa por considerar el suyo prevaleciente sobre el oficial. Analizar en su totalidad esta sentencia es una forma enriquecedora de adquirir conocimientos

sobre la complejidad de demostrar una eximente o atenuante relacionada con sustancias estupefacientes, así como de enfermedades mentales y la diferencia entre tipos delictuales.

1.4.2. Caso dos: STS 598/2024, de 7 de febrero. Imputabilidad total; denegación de eximentes y atenuante.

Este supuesto es un tanto diferente, porque ocurre en el ámbito militar. Cabe analizarlo porque es un concurso de delitos entre el de abuso de superioridad del Código Penal Militar y el de abuso sexual del Código Penal común vigente en el momento de los hechos, igualmente se usan los preceptos de este último. Tras una cena celebrada por unos cuantos militares de la Armada, el subteniente autoriza a tres sujetos —un marinero, una marinera y un sargento— a dormir en el Cuartel General de Madrid debido a la ingesta de alcohol y la condición de que vivían a las afueras. Los dos marineros debían dormir en una estancia con dos habitaciones y el sargento, en la cámara de suboficiales. La marinera estaba gravemente afectada por el alcohol y se durmió al tumbarse. En cierto momento, el sargento se metió con ella en la cama y hubo toqueteos, a los que ella se negó; por la mañana, le descubrió en la cama, ambos desnudos y no se acordaba de nada. No se sabe si hubo penetración, pero se tomó un anticonceptivo de emergencia y le denunció unos cuantos días después por estar muy afectada por la situación.

A pesar de que el encausado decía que había bebido bastante, no se había realizado la prueba de alcoholemia porque habían pasado muchos días desde los hechos y tampoco se pudo constatar la afectación psicológica del sujeto. El Tribunal sentenciador pide que no se confunda la limitación de las capacidades con la desinhibición que produce el alcohol, ya que no es lo mismo no entender la ilicitud del hecho y actuar conforme a ello debido a la grave ingesta de la sustancia que haber bebido y actuar conforme a los efectos típicos de esta. Los testigos declaran que había bebido, pero no se le veía afectado por la embriaguez. Como se ha repetido en numerosas ocasiones, no basta solo con haber consumido, sino que las facultades deben estar mínimamente mermadas para proceder a modificar la responsabilidad penal. Por ello, el Tribunal Supremo, tras revisar el recurso de casación, no aprecia ninguna circunstancia eximente o atenuante.

1.4.3. Caso tres: SAP GC 1943/2021, de 9 de diciembre. Aplicación de la atenuante por grave adicción; denegación de la eximente incompleta.

Los fundamentos de derecho que desestiman el recurso presentado por la defensa no están tan desarrollados como en otros casos, pero interesa conocer cómo se actúa ante un caso de atenuante por grave adicción. El sujeto robó en casa habitada una serie de objetos y dinero de un valor alto y le proporcionó la tarjeta de crédito a otra mujer, que más tarde realizaría unas compras. Ambos eran consumidores habituales de sustancias estupefacientes.

Tras la detención del reo tres días después de los hechos, el médico forense que le atendió dictaminó que no tenía mermadas sus capacidades cognitivas y volitivas, sin embargo, dio positivo en unas cuantas drogas —cocaína, diazepam y otras benzodiazepinas— y llevaba tres días sin consumir ni sustancias ni metadona. Como ya se ha establecido previamente y de acuerdo con la doctrina del Tribunal Supremo, no es suficiente que el reo sea consumidor, sino que debe tener, aunque sea levemente, sus capacidades algo afectadas; la atenuante no es por consumo, sino por la dificultad de adaptación a la ley tras el consumo.

Adicciones y delincuencia. El tratamiento de las personas con adicciones en los centros penitenciarios de España y su reinserción en la sociedad. Especial atención a las drogodependencias.

Se decide aplicar la atenuante del artículo 21.2.^a CP porque las pruebas indican la existencia de una adicción y, probablemente, un estado de síndrome de abstinencia según varias declaraciones, pero sus facultades no estaban disminuidas de forma significativa. Además, y esto es lo que concluye definitivamente la justificación de no aplicar una eximente incompleta, se ha probado una cierta preparación, conducta y habilidades durante el hecho delictivo, ya que pensó dónde robar, escaló una fachada sin problema y, después, para evitar ser descubierto, le entregó la tarjeta de crédito robada a otra persona. Esto demuestra que sus facultades no estaban muy afectadas.

En muchas ocasiones, la sociedad cree que los delincuentes se ven beneficiados por las atenuantes y eximentes para rebajar su tiempo de condena y que los jueces las otorgan a diestro y siniestro; un pensamiento totalmente erróneo. Solo basta con echar un vistazo al CENDOJ y comprobar que hay pocas sentencias con este tipo de atenuantes y eximentes y muchos recursos que lo apelan son desestimados. Es muy difícil demostrar la afectación de las capacidades cognitivas y volitivas de una persona, sobre todo si transcurre cierto tiempo desde que se cometieron los hechos.

1.4.4. Caso cuatro: STS 2142/2004, de 29 de marzo. Aplicación de la eximente incompleta; denegación de la eximente completa.

Esta sentencia detalla unos delitos de maltrato habitual y de lesiones hacia la pareja del reo, donde se aplicó una eximente incompleta por intoxicación etílica, algo raro de ver. Al parecer, también se impuso una medida de seguridad para recibir tratamiento contra el alcohol en un centro de deshabitación. Este la recurrió alegando que se eliminara el primer delito de malos tratos por la inexistente convivencia de estas dos personas y solicitaba la aplicación de la eximente completa para el otro delito, puesto que los actos se cometieron bajo una intoxicación plena por alcohol.

Está probado el alcoholismo crónico del sujeto durante más de doce años y que sus capacidades para comprender la ley y sus actuaciones estaban afectadas profundamente, sin embargo, no había ninguna prueba que afirmara que sus facultades estaban anuladas, por lo que no cabía una eximente completa. Es muy complicado demostrar la plena y normalmente será reconocida si tiene alguna otra afectación, como un trastorno mental, además de la intoxicación o el síndrome de abstinencia. Aunque se desestima este recurso, la aplicación de una eximente incompleta y de la medida de seguridad son totalmente válidas. Este es un buen caso donde ver si el individuo cumplió tanto la pena de prisión como la medida de seguridad, si se le suspendió tras el cumplimiento de la medida y si este tratamiento fue eficaz para frenar el problema con el alcohol y, por ende, el de la violencia.

1.4.5. Caso cinco: STSJ CL 218/2023, de 9 de enero. Aplicación de la eximente completa; absolución del investigado.

La última sentencia analizada presenta una eximente completa, un hecho totalmente inusual. Es el caso de unos abusos sexuales donde la intoxicación plena por drogas tóxicas absuelve al reo. Un hombre y una mujer se conocieron a través de una aplicación de citas y, después de varias quedadas, ella fue a casa de él con intención de quedarse a dormir. Al parecer, el reo estuvo toda la tarde y noche fumando hachís y compartió también con ella. Ya de madrugada, después de estar besándose en el sofá, se fueron a la cama a dormir. Y un par de horas

más tarde, la víctima se despertó con el sujeto sobre ella con el pene en su interior. Intercambiaron unas frases que apenas recuerdan y él se apartó inmediatamente sin continuar la relación sexual. Ambos siguieron durmiendo hasta por la mañana. Ella accedió a que le llevara de vuelta a su casa y ninguno de los dos podía recordar qué había ocurrido por la noche. El sujeto estaba tan afectado que recurrió a ayuda psicológica urgente, que le derivó a psiquiatría, y decidió terminar la relación unos días más tarde desde que ocurrieron los hechos por consejo del psicólogo. Fue entonces cuando la mujer le denunció, pero no se sometió a ninguna prueba forense.

Las dos sentencias que se han dictado sobre esta cuestión han decidido absolver al encausado del delito de abusos sexuales —delito anterior a la modificación del Código Penal— por la concurrencia de una eximente completa del artículo 20.2 CP por intoxicación plena por sustancias estupefacientes. Para llegar a esta conclusión, el Tribunal establece que esta no solo puede ser probada por una prueba médica, sino que se pueden emplear otros métodos. En este caso se han utilizado la declaración del encausado (creíble), la declaración de la denunciante, el informe pericial del psicólogo que atendió al hombre, todos los mensajes intercambiados entre la pareja desde que se conocieron, el consumo de entre seis y ocho porros durante la noche, las actuaciones posteriores de estas personas y la incapacidad de recordar ambos los hechos. Tras esto, tanto el médico forense como el psiquiatra, en sus respectivos informes de imputabilidad y de pericia, ratificaron la existencia de una intoxicación fortuita muy grave que mermó, casi llegando a la inconsciencia, las facultades cognitivas y volitivas del reo.

Es muy extraño que en este caso sí que se aplique una eximente completa sin realizar una analítica y en otros casos, donde parece más evidente una modificación de la responsabilidad penal, se le impute por completo al reo o se le aplique una simple atenuante.

II. Aspectos medicolegales relevantes para entender la ley.

Las toxicomanías son un factor criminógeno relevante. Para comprender los efectos de las sustancias en el organismo y las conductas derivadas de ellas, se debe recurrir a la Medicina Legal. Con carácter general, hay una serie de síntomas que aparecen tras el consumo de alcohol o drogas. García García (1999) explica que son los trastornos cognitivos, donde se ve la falta de riesgo y autocontrol, las desorientaciones y los delirios; los trastornos perceptivos, como las ilusiones y las alucinaciones; los trastornos del nivel de conciencia, primordialmente, la obnubilación y la confusión, por lo que se dificulta el diferenciar la realidad, los recuerdos y las ideas; los trastornos emocionales, como los cambios de humor, la agresividad o la angustia; los trastornos psicomotores en cuanto a la torpeza y la disminución de reflejos, y otros síntomas, como el «deseo obsesivo-compulsivo de conseguir droga y consumirla». Cada tipo de droga tiene unos síntomas asociados diferentes, pero todas generan situaciones inseguras y descontroladas.

1. Términos importantes.

En primer lugar, la «intoxicación» hace referencia al «conjunto de trastornos que derivan de la presencia en el organismo de un tóxico o veneno. [...] Los elementos que la Toxicología considera como venenos son aquellas sustancias que tienen una capacidad inherente de producir efectos deletéreos sobre el organismo» (Gisbert Calabuig, 2007, p. 696). Estos tóxicos

Adicciones y delincuencia. El tratamiento de las personas con adicciones en los centros penitenciarios de España y su reinserción en la sociedad. Especial atención a las drogodependencias.

son aquellos que se regulan en el artículo 20.2.º CP y que tienen su origen en los convenios de las Naciones Unidas.

La intoxicación de un sujeto puede provocar distintas consecuencias: dependencia, tolerancia, adicción y síndrome de abstinencia. La «dependencia» se genera cuando un sujeto no puede prescindir de su consumo de sustancias y las necesita para realizar sus tareas rutinarias; los trastornos derivados del consumo desaparecen cuando se administra la dosis necesaria, sin embargo, una vez que el cuerpo se acostumbra (la «tolerancia»), necesitará una dosis cada vez más elevada para sentir la misma respuesta que al principio (Gisbert Calabuig, 2007, p. 1015).

Por otro lado, el «síndrome de abstinencia» son los síntomas que aparecen cuando el sujeto deja de tomar la sustancia o la dosis habitual a la que es dependiente —por ejemplo, hiperactividad, temblores o náuseas— y la «adicción» es la grave dependencia que se ha generado en el individuo a las citadas sustancias que se prolonga en el tiempo. Sin embargo, «adicción», «dependencia» y «abuso de sustancias» han sido suprimidas del DSM-5 debido a las dudas que generan sus definiciones y a la posible connotación negativa que puedan tener y sustituidas por el concepto de «trastorno por consumo de sustancias».

2. El alcohol.

El alcohol etílico o etanol es un líquido aromático y combustible que procede de la fermentación de sustancias azucaradas, del almidón y de la celulosa. Constituye el elemento activo (unido, a veces, a otros principios también tóxicos) de las bebidas espirituosas o alcohólicas. (Gisbert Calabuig, 2007, p. 878).

En las primeras fases de la embriaguez, el individuo experimenta cambios de conducta, desinhibición y pérdida de autocontrol, por ello, uno de los criterios diagnósticos en el DSM-5 es la manifestación de un comportamiento problemático o cambios psicológicos importantes en la persona.

Gisbert Calabuig (2007) establece cuatro fases: la primera, donde el estado de excitación del sujeto, su falta de autocontrol y su alteración perceptiva propicia las imprudencias; la segunda, donde los individuos se dejan llevar por las emociones y los pensamientos inconscientes como consecuencia de la alteración de la conducta y la desinhibición; la tercera, donde las funciones del cuerpo ya están gravemente afectadas, y la cuarta, donde el sujeto, finalmente, entra en coma. Por estas razones, durante la primera fase, las personas que han consumido alcohol son más propensas a cometer delitos contra la seguridad vial; durante la segunda, delitos contra la libertad sexual, agresiones, lesiones y/o amenazas, y, durante la tercera, alteración del orden público, desobediencia y/o abandono de obligaciones.

Por otro lado, García García (1999) ofrece cuatro tipos de embriaguez directamente relacionadas con las fases anteriores y con las circunstancias modificativas de responsabilidad. Son la embriaguez letárgica, donde solo ocurren delitos de comisión por omisión; la embriaguez plena, que se corresponde con la eximente completa debido a la gran afectación del alcohol sobre las facultades del sujeto; la embriaguez semiplena, que se corresponde con la eximente incompleta o con la atenuante analógica del artículo 21.7.ª CP, y, finalmente, la embriaguez leve o simple excitación, que, como su propio nombre indica, no afecta a la imputabilidad.

3. Las drogas de abuso.

Gisbert Calabuig (2007) aclara que las drogas de abuso son una serie de sustancias químicas provenientes de distintos orígenes —pueden ser naturales o semisintéticas, por ejemplo— y engloban el alcohol, el tabaco, los psicofármacos y otras sustancias, como los opiáceos, la cocaína o el cannabis. Por lo tanto, es acertado referirse a todas estas sustancias como drogas en su conjunto. Como se verá a lo largo de todo el trabajo, las drogas y la delincuencia están íntimamente relacionadas. Los sujetos bajo los efectos de los opiáceos son más propensos a cometer delitos contra la propiedad; bajo el alcohol, conductas delictivas violentas, y bajo el cannabis y alucinógenos, accidentes o conductas agresivas (Gisbert Calabuig, 2007, p. 1031).

Al respecto, Ibáñez Solaz (1997) manifiesta que los legisladores del Código Penal de 1995 optaron por una clasificación más acorde con el Derecho Internacional tanto en cuanto que emplearon unos términos de clasificación de las drogas recogidos en los convenios internacionales enmendados por España. Por lo que, atendiendo a lo redactado en el Capítulo I del presente trabajo, los estupefacientes a los que se refiere nuestro Código Penal son aquellos que aparecen en las listas I y II de la Convención Única de 1961 sobre estupefacientes —con su respectiva modificación— y los psicotrópicos, a los de las listas I, II, III y IV del Convenio sobre sustancias psicotrópicas de 1971, más cualquier droga análoga. El artículo 20.2.º CP lo deja abierto a interpretación, por lo que las definiciones que ofrecen Gisbert Calabuig y la Organización Mundial de la Salud (OMS)⁴ encajan a la perfección.

⁴ Definición parecida a todas las que hemos estado viendo y que no es necesario reproducir.

Adicciones y delincuencia. El tratamiento de las personas con adicciones en los centros penitenciarios de España y su reinserción en la sociedad. Especial atención a las drogodependencias.

CAPÍTULO III

TRATAMIENTO DE LAS ADICCIONES EN LOS CENTROS PENITENCIARIOS ESPAÑOLES

I. Las personas adictas y su tratamiento en prisión.

1.1. Perfil de los internos.

Al contrario de lo que se pueda pensar, las cárceles son un entorno sensible a los cambios que ocurren en el exterior y su perfil ha ido variando según la tendencia de consumo. Ya se ha visto en el Capítulo I que existe relación entre drogas y delincuencia, aunque son un conjunto de factores de riesgo los que se acumulan para desencadenar una u otra conducta. Por ello, ha sido necesario crear programas de tratamiento para las adicciones en los centros penitenciarios de España, que son de los más avanzados del mundo.

Se ha visto que, hasta el último día de 2022, eran 46 468 los internos en prisiones españolas de los cuales 8 543 (Ministerio del Interior, 2022) estaban cumpliendo condena por delitos contra la seguridad pública; estos no solo comprenden los relacionados con sustancias psicoactivas. También, hay que tener en cuenta que una gran parte de los condenados por temas de droga son en relación con la venta y tráfico ilegal, pero otros muchos padecen una adicción. El aumento de mujeres penadas (y extranjeros) y de esta tipología delictual deja ver la penalización del narcotráfico; su papel en este se representa mediante las «mulas». Por otro lado, como defiende Ramos Barbero (2008) en su tesis doctoral, existe una alta comorbilidad en las prisiones en cuanto a que un elevado porcentaje de los presos que han consumido drogas también padecen de problemas de salud mental; son los trastornos de personalidad, la depresión y la ansiedad y los trastornos psicóticos los más predominantes. Esto lo confirma la Encuesta sobre salud y consumo de drogas en población interna en Instituciones Penitenciarias (ESDIP, 2022), que confirma que un 34,8% de los internos han presentado alguna vez un trastorno mental o emocional.

En el Informe General del Ministerio del Interior (2022) antes referido sobre estadística penitenciaria, se comunica que, actualmente, 567 internos reciben tratamiento fuera de prisión y hay 25 centros que tienen UTE, integradas por 1365 hombres y 33 mujeres; 5 centros donde hay Comunidad Terapéutica con 191 varones y 7 mujeres, y 11 centros con un Módulo Terapéutico con 398 hombres y 30 mujeres. Como avance, se han implementado los espacios mixtos de carácter terapéutico donde ambos sexos pueden coexistir y recibir tratamiento por igual. Los programas de intervención de alcohol se llevan a cabo en 43 centros con 579 hombres y 42 mujeres y los de juego patológico en 10 centros con una media de 28 reclusos.

La ESDIP (2022) establece el perfil de los internos: la media de edad de los varones es de cuarenta años, con un nivel bajo de estudios, con trabajo y hogar estables, muchos habían estado ya en un centro de menores y otros tantos en prisión, y la media de edad de las mujeres es de cuarenta y un años, con un nivel bajo de estudios, sin trabajo pero con hogar estable (aunque un gran número vivía en un hogar inestable) y unas pocas habían estado ya en un centro de menores, pero para la mayoría esta era la primera vez que ingresaban en prisión.

1.2. Intervención sobre drogas en centros penitenciarios. Prevención y tratamiento.

A partir del siglo XIX, los sistemas penales de Europa, principalmente, acogieron una nueva forma de sanción: las penas privativas de libertad, que eran consideradas más humanas y rechazaban la pena de muerte y las torturas. Pero no fue hasta mediados del siglo pasado cuando, a raíz de la evolución de la Criminología y otras ciencias sociales, se comenzó a implementar el tratamiento penitenciario en las cárceles (García García, 1999).

La sociedad actual aún considera la cárcel como el lugar al que todo aquel que no cumpla las normas legales debe ir; tienen una mirada punitiva y piensan que los delincuentes deben resarcir el daño causado a través de esta institución. Basta con observar el populismo punitivo que acontece en los medios de comunicación cada vez que ocurre algo que estos medios creen relevante reseñar, cuando otros muchos acontecimientos son ignorados y carecen de repercusión mediática. La sociedad está sedienta de penas elevadas y de ver pasar a los criminales toda su vida en prisión; se reforma el Código Penal cada dos por tres para realizar aumentos de penas, hasta para delitos donde está demostrado que la pena privativa de libertad no es eficaz, como los delitos de cuello blanco, ya que el fin último de la cárcel es la reinserción del reo, pero un delincuente económico no puede ser reinsertado en una sociedad en la que ese sujeto es demasiado social, donde es normal cometer estos actos porque son mejor vistos que otros y donde vale más el estatus del individuo. Todo esto se ve en la alta tasa de encarcelamiento y en el crecimiento de la población reclusa: 2022 terminó con 46 468 internos, 505 más que el año anterior, aunque la media fue más baja que en 2021 (Ministerio del Interior, 2022).

En contraposición a la gente leiga, una gran parte de los teóricos defienden las alternativas a la prisión; sostienen, entre otras cosas, que estas no reducen la delincuencia y son un riesgo social para las personas que entran. Como ya se ha visto, este Código Penal propone unas medidas, aunque restrictivas a la hora de emplearlas, dirigidas a la reeducación extrapenitenciaria. Asimismo, las personas que padecen adicciones y no son contempladas para una suspensión de la condena o el cumplimiento de medidas de seguridad, entrarán a cumplir condena en prisión, poniendo así en peligro su problema debido al nuevo entorno social en el que se encuentran. Afortunadamente, Instituciones Penitenciarias y el PNSD con sus estrategias y planes de acción velan por que esas adicciones sean tratadas a la vez que su reeducación por el delito que hayan cometido. Además, la Estrategia Nacional sobre Adicciones de 2017 a 2024 persigue una sociedad más informada, saludable y segura contra el inicio tan temprano en el consumo y paliar los daños que se han ido sucediendo históricamente, aunque lo principal es la prevención. Sin embargo, una vez que se ha iniciado el abuso, hay que centrarse en las prevenciones secundaria y terciaria para evitar que se sigan dando las circunstancias. Es aquí donde entra la labor del tratamiento de las drogodependencias en las cárceles.

Tanto en la Ley Orgánica General Penitenciaria (LOGP) como en el Reglamento Penitenciario (RP), se aboga por el tratamiento individualizado de todos los internos según sus necesidades con base en el artículo 25.2 de nuestra Constitución; la reeducación y la reinserción social son la clave de las penas privativas de libertad. Muchos de estos internos padecen de alguna adicción al no apreciarse durante el juicio que tuviera relevancia penal o, simplemente, hacen un uso perjudicial de estas sustancias. Sin embargo, una gran parte de los teóricos defienden que el tratamiento de la drogodependencia en los centros penitenciarios no es eficaz, debido al entorno en el que el interno se mueve y a las críticas contra la reinserción social que estos reciben. El artículo primero de la LOGP dice:

Las instituciones penitenciarias tienen como fin primordial la reeducación y la reinserción social de los sentenciados a penas y medidas penales privativas de libertad,

Adicciones y delincuencia. El tratamiento de las personas con adicciones en los centros penitenciarios de España y su reinserción en la sociedad. Especial atención a las drogodependencias.

así como la retención y custodia de detenidos, presos y penados. Igualmente, tienen a su cargo una labor asistencial y de ayuda para internos y liberados. (LOGP 1/1979, de 26 de septiembre).

En el Título III de la LOGP se asientan las bases del tratamiento como medida para que los internos puedan vivir el día de mañana en libertad como seres sociales y se prevenga la futura comisión de delitos y se palien, en la mayor medida posible, las conductas antisociales de estos. La reinserción social se concreta principalmente en el tratamiento penitenciario, pero también influye la manera en que se cumple la condena y las ayudas postpenitenciarias (García García, 1999). No obstante, aunque su participación en ellos es voluntaria, se les deberá animar a que colaboren. El artículo 59 LOGP señala que:

Uno. El tratamiento penitenciario consiste en el conjunto de actividades directamente dirigidas a la consecución de la reeducación y reinserción social de los penados.

Dos. El tratamiento pretende hacer del interno una persona con la intención y la capacidad de vivir respetando la Ley penal, así como de subvenir a sus necesidades. A tal fin, se procurará, en la medida de lo posible, desarrollar en ellos una actitud de respeto a sí mismos y de responsabilidad individual y social con respecto a su familia, al prójimo y a la sociedad en general. (LOGP 1/1979, de 26 de septiembre).

El desarrollo del tratamiento penitenciario se recoge en el RP, aquí aparecen los Programas Individualizados de Tratamiento (PIT), que se asignan a cada interno cuando ingresa en el centro penitenciario, durante la clasificación inicial, y se repasa con cada revisión de grado. Estos se componen de dos tipos de actividades distintas, las prioritarias, que se realizan para abordar las carencias del sujeto en materia delictual y de formación básica, y las complementarias, que están destinadas a ofrecer una perspectiva, cultural, profesional y educativa para ayudarle en la vida postpenitenciaria. Asimismo, los penados se dividen en distintos grados de tratamiento según su peligrosidad con un determinado régimen de vida (abierto, cerrado y ordinario).

Por otro lado, se ofrecen programas específicos de intervención que atienden los factores psicosociales que propician los delitos. La materia de drogas se trata en la Instrucción 3/2011, donde se exponen las líneas que siguen Instituciones Penitenciarias (IIPP) a la hora de abordar este problema. Son varios los programas que están a disposición de los condenados que padecen alguna adicción o abusan del consumo y, como se puede ver, abordan con y sin sustancia. Los objetivos que todos ellos comparten son el fortalecimiento psíquico de estas personas para poder enfrentarse a las adicciones, así como ayuda y apoyo de los especialistas y del grupo. Y no solo eso: también se pretende evitar los nuevos consumos, el tráfico de estupefacientes y las consecuencias de la ingesta. Sin embargo, lo primordial es conseguir que la persona drogodependiente se vuelva a incorporar a la sociedad con abstinencia y deje de lado ese tipo de conductas antisociales.

Los siguientes son los programas dirigidos específicamente hacia los problemas de adicción, pero existen multitud de programas que pueden ser beneficiosos para con el reo por las áreas psicosociales que aborda, por ejemplo, la Terapia Asistida con Animales (TACA), los programas deportivos y de lectura, la intervención con jóvenes, los de salidas y permisos o cualquier otro que se adapte a las características del interno.

1.1.1. Programa de alcoholismo.

Los principales objetivos de este programa son la deshabituación alcohólica del individuo, ayudarle a identificar las conductas de riesgo y dotarle de habilidades, como el autocontrol y la responsabilidad. Es un programa psicoeducativo en grupo donde se proponen actividades de obtención de información acerca del uso y las consecuencias del alcohol, de motivación para someterse a tratamiento, de prevención de recaídas y de habilidades para el control y el cuidado de todas las esferas de sus vidas. No solo es un programa penitenciario, sino que también se propone que el interno siga recibiendo el tratamiento por parte de asociaciones externas o recursos públicos y mantenga la abstinencia.

1.1.2. Programas de intervención con drogodependientes.

En cuanto a drogas, existen cinco programas diferentes para tratar esta problemática debido a su impacto biopsicosocial. Con él se persiguen la no iniciación en el consumo, así como evitar y reducir los riesgos y consecuencias de este, mantener al individuo sobrio y ofrecer habilidades y recursos para una reinserción social. Estos son el Programa de prevención y educación para la salud, sobre información y habilidades sociales; el Programa de intercambio de jeringuillas (PIJ), donde los presos drogodependientes tienen su propio equipo de inyección estéril; el Programa de mantenimiento con metadona, donde se recibe este fármaco para reducir el consumo y los riesgos de otros opioides, como la heroína; el Programa de deshabituación, para la desintoxicación y la propia deshabituación, es decir, eliminar tanto la dependencia física como la psicológica, y el Programa de reincorporación social, donde el interno recibe las habilidades y recursos ya mencionados para mejorar sus relaciones inter e intrapersonales y afrontar la vida en libertad.

Estos programas se desarrollan en dos modalidades a su vez: en intervención ambulatoria, donde los sujetos reciben el tratamiento en espacios específicos dedicados a ello con los respectivos profesionales, y en el módulo terapéutico, donde se encuentran las personas en tratamiento integral contra la drogodependencia. Este último se compone de varios subgrupos: la Unidad Terapéutica y Educativa (UTE), la Comunidad Terapéutica Intrapenitenciaria, el Módulo Terapéutico de Drogodependientes y el Módulo Terapéutico Mixto.

Las UTE son el tipo de intervención más eficaz, puesto que aborda la problemática desde el entorno del consumidor para que pueda realizarse el cambio en el comportamiento. Es un módulo totalmente libre de drogas, pero que también permite que el interno pueda recibir tratamiento de entidades externas y contacto con otros reclusos que hayan pasado o estén pasando por su misma situación.

1.1.3. Programa de juego patológico.

Como la ludopatía también puede estar detrás de actos delictivos, se propone un programa que aleje al interno del mundo del juego. Para eso, recibirán información para identificar los riesgos y las consecuencias, habilidades y recursos para enfrentarse a su adicción y un entrenamiento emocional para el autocontrol, los conflictos y los cambios de humor.

Adicciones y delincuencia. El tratamiento de las personas con adicciones en los centros penitenciarios de España y su reinserción en la sociedad. Especial atención a las drogodependencias.

1.1.4. Programa de tabaquismo.

Finalmente, aunque el tabaquismo no esté involucrado en la delincuencia como tal, sí es cierto que es una verdadera lacra para la salud de las personas y una buena parte de la población penitenciaria fuma. La Administración de Justicia tiene el deber de velar por la salud y la vida de sus reclusos, por esa razón, se comenzaron a realizar este tipo de programas terapéuticos. En ellos, se promueven hábitos de vida saludable, así como herramientas emocionales para mejorar la autoestima y el autocontrol y preservar así la abstinencia.

II. Reincidencia, tratamiento y reinserción social.

Durante el proceso terapéutico de la intervención sobre drogas, se distinguen las fases de desintoxicación, de deshabitación y de reinserción social. La primera está orientada al cese de consumo de la droga reduciendo al máximo los efectos del síndrome de abstinencia, especialmente la dependencia psicológica. Durante la segunda, el drogodependiente debe enfrentarse a su problema de manera exitosa y se complementan las medidas farmacológicas con los recursos terapéuticos. Por último, deberá ser reinsertado en la sociedad para mantener su nuevo estilo de vida. Sin embargo, todos los procesos terapéuticos y programas de tratamiento tienen una perspectiva psicosocial porque es importante que, además de recibir asistencia médica, el interno sea proveído de recursos psicológicos y sociales para mejorar su estado emocional y social; este enfoque proporciona el efecto normalizador y rehabilitador que se está buscando y no solo el de reducción de daños (Ramos Barbero, 2008). Añade que este enfoque en los programas tiene más probabilidad de éxito y puede ayudar a prevenir la reincidencia en la conducta delictiva.

Los estudios e informes relativos a la reincidencia unida a las adicciones son antiguos. Recientes hay pocos y parece indicar la falta de atención al problema, pero considerando las cifras alarmantes que se han visto en el trabajo, las consecuencias y los factores de riesgo es realmente preocupante que no se le esté dando la atención que merece. Ramos Barbero (2008) menciona cuatro estudios donde se establece que la reincidencia de delincuentes drogodependientes asciende al 65%, 52,4%, 56,5% y 38,82%, respectivamente, y varía según el tipo de droga consumida. También, indica que hay más riesgo de que finalmente la reincidencia ocurra si la edad de ingreso en prisión es prematura, si tiene un número elevado de condenas, si se mantiene poco tiempo en tratamiento y si ha solicitado un gran número de veces el tercer grado. Es acertado afirmar que el perfil de estos internos presenta una dificultad para la adaptación social, sin embargo, es conveniente tener en cuenta todos los factores abordados en el primer capítulo para su correcta evaluación. Someterse a tratamiento y evolucionar positivamente con él reduce la reincidencia en un 10% (Cutíño Raya, 2015).

En cuanto al tratamiento, la ESDIP (2022) revela que el 31,2% de los internos habían recibido tratamiento fuera de prisión y un 24,1% lo recibían dentro de prisión. De esos 31,2%, un 50,6% continuó recibéndolo en la cárcel. Se debe abogar por el tratamiento y la posterior resocialización del recluso y dejar de lado la visión punitivista.

Durante el Plan de Drogas Nacional de 2013 a 2016 (DGPNSD, 2013), se promovió la creación del protocolo de inserción personalizada para drogodependientes en proceso de rehabilitación donde se abordan unos objetivos para la reinserción sociolaboral. Este pretendía elaborar un programa individual para la inserción en Instituciones Penitenciarias y centros

asistenciales donde se enseñen hábitos de vida saludables para evitar recaídas y saber tener unas condiciones de vida mínimas y se aprenda a tener recursos económicos, gestionar trámites y mantener las relaciones sociales del individuo. Este proceso es el que se lleva realizando desde hace bastante tiempo donde intervienen los PIT y los programas ya vistos y se complementan con actividades que preparan al interno para salir y vivir en comunidad.

Uno de los organismos más importantes a la hora de llevar a cabo la labor de reinserción y reeducación lo realizan los Centros de Inserción Social (CIS) donde se orienta a internos cumpliendo su condena en régimen abierto, en libertad condicional o aquellos que están cumpliendo medidas alternativas a la pena privativa de libertad. Se promueve la inserción social mediante el refuerzo de vínculos sociales y familiares para reducir los «efectos secundarios» que las cárceles conllevan. En estos centros, los penados que ya hayan iniciado un programa de atención a las adicciones lo podrán continuar aquí, así como iniciarlo.

Sin embargo, desafortunadamente, todo esto es en la teoría; en la práctica siempre surgen obstáculos que dificultan que se consigan las metas y fines establecidos en la ley. Montero Pérez de Tudela (2019) enumera una serie de dificultades: la masificación de las cárceles, ya que, como se ha visto en los datos, España tiene una de las mayores tasas de encarcelamiento; la voluntariedad del tratamiento penitenciario, los internos pueden mostrar resistencia a la hora de recibir tratamiento porque se ven obligados a tomarlo por los beneficios penitenciarios que presentan; la enseñanza de la vida en libertad en un entorno privado de libertad; la estrictez de la prisión como obstáculo al tratamiento; la falta de medios, recursos y profesionales que no permite que cada interno sea evaluado individualmente y se tenga que hacer rápido y sin dedicarle el tiempo necesario; la influencia de la política criminal impuesta por el gobierno de turno si esta adquiere una corte más punitivista, y la inexistencia de asistencia postpenitenciaria, que se halla prevista en la Ley General Penitenciaria, pero no se ofrece a los exinternos ayuda y apoyo psicológico o inserción sociolaboral. A pesar de todas estas dificultades, España despunta en cuanto a avances penitenciarios con su amplio catálogo de programas y se ha sabido adaptar a las nuevas tendencias delictivas desde una perspectiva psicosocial.

A propósito de esto, un estudio antiguo —de los pocos que existen— de la Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente (UNAD, 2005) informa de unas cifras pesimistas en cuanto a la reincidencia y la ineficacia del tratamiento: el 63,8% de los internos reciben tratamiento, el 80% es de metadona y un 48,3% reciben terapia en conjunto con la metadona o como vía única. Los internos se quejan de que estos tratamientos son insuficientes, falta personal porque apenas les atienden, no reciben un tratamiento individualizado, están cansados de tomar fármacos para sustituir su adicción y casi siempre salen al patio como única actividad. No se conoce la situación actual debido a la falta de información y estudios, solo hay que echar un vistazo a la última Estrategia Nacional sobre Adicciones, que es bastante escasa comparada con las anteriores.

Con respecto a la asistencia postpenitenciaria, Moore et al. (2023), en un estudio en Estados Unidos, demuestran los beneficios de esta para los exinternos que padecen una adicción, ya que el estigma, uno de los factores perjudiciales que más afecta a los reclusos y a los drogodependientes, se reduciría de manera considerable. Que estas personas reciban tratamiento postpenitenciario supone la mejora en las relaciones familiares, tanto en cuanto que estos, poco a poco, van recuperando la confianza perdida y ofrecen una red de apoyo; por eso se hace tanto hincapié en las relaciones sociales y familiares en los programas de tratamiento dentro de prisión. Asimismo, aumentan las percepciones ajenas y del propio sujeto, por lo que la discriminación de otras personas hacia el individuo se reduce y la autoestima de este mejora,

Adicciones y delincuencia. El tratamiento de las personas con adicciones en los centros penitenciarios de España y su reinserción en la sociedad. Especial atención a las drogodependencias.

lo que le permite estar motivado y no abandonar el proceso. Aspectos como el entorno clínico, la conexión con otras personas con el mismo problema y el hablar de sus experiencias supusieron una reducción del estigma social (Moore et al., 2023).

García García (1999) en su libro señala las cuatro críticas principales recogidas de multitud de autores hacia el sistema de reinserción y reeducación y que pretende rebatir: la justificación de la reinserción social como único fin de la pena, hostilidad ideológica hacia este modelo, inseguridad jurídica y resultados poco exitosos del modelo. En primer lugar, se advierte que un sector de la doctrina se olvida de que la reinserción social no es el único fin de la pena, también lo son la retribución, la prevención general, la intimidación y la inocuización del criminal. El autor señala que la resocialización no es necesaria en todos los casos y por ello se aboga por la voluntariedad de someterse a tratamiento penitenciario.

El segundo argumento se refiere a que algunos autores, sobre todo de la Criminología crítica, sin base empírica, atribuyen la reinserción social a las clases dominantes y al lavado de cerebro de las víctimas marginales de la sociedad, que son los delincuentes. Es una idea que produce bastante rechazo porque, si bien es cierto que la sociedad es la culpable de la criminalidad, el tratamiento penitenciario siempre va a mejorar la sociedad y la vida del sujeto para que se aleje del delito.

La tercera crítica recoge que algunos países, como Estados Unidos por su herencia del Derecho anglosajón, consideraban que el modelo de reinserción social potenciaba la enorme discrecionalidad de los jueces, lo que provoca decisiones judiciales diferentes para casos parecidos y mucha inseguridad judicial.

Y, por último, se hace referencia a la ineficacia que demuestran, supuestamente, los resultados de estudios. Desde que naciera el modelo de reinserción social, diversos teóricos han afirmado el fracaso de este sin ofrecer datos empíricos. Sobre todo, se ha expandido esta corriente desde un estudio de Martinson (1974) donde establecía que, después de haber evaluado muchísimos programas de tratamiento, no servían para nada. Estas declaraciones sumadas a las de los criminólogos críticos, infundieron el pesimismo contra la resocialización penitenciaria hasta que otras investigaciones que contradecían a Martinson, como la de Ross (1984), empezaron a ver la luz. Redondo Illescas (1995) citado por García García (1999), afirma que, después de una evaluación de distintos programas de tratamiento en prisiones europeas, los internos que se habían sometido a tratamiento reincidían entre un 10% y un 20% menos que los que no. De esta forma, todas las críticas al modelo de reinserción social quedan sin puntos válidos.

III. Política criminal: un futuro orientado a la reducción del abuso de sustancias.

Para terminar el trabajo, se ha percibido interesante el mostrar una perspectiva de futuro en cuanto a la reducción del abuso de drogas. Como ya se ha visto durante todo el texto, el Código Penal aborda el problema de las drogas desde tres perspectivas distintas: el consumo y tráfico (que siempre ha tenido más interés desde todas las esferas de la vida), la conducción de vehículos bajo el efecto de ellas y la responsabilidad penal del reo derivada de la afectación de sus facultades cognitivas y volitivas. Los primeros códigos se centraban en la primera perspectiva. El primer gran cambio jurídico fue la reforma del Código Penal de 1971, a la que le siguió otra en 1983 debido a que algún partido político de índole más progresista solicitaba una despenalización del tráfico y consumo de «drogas blandas», ya que consideraban que las sanciones

eran muy severas, así como hacer una distinción entre duras y blandas (Torres Hernández, 2009). No debió realizarse esta reforma porque no tenía ningún tipo de sentido establecer esa clasificación errónea y, además, legalizar el consumo y el tráfico de unas drogas cuyos efectos se creen más benevolentes simplemente porque estaban más normalizadas. Pero se realizó, finalmente, una diferenciación entre las sustancias que causaban grave daño a la salud y el resto, refiriéndose el legislador a que el consumo de drogas siempre causa un daño en la salud, aunque no siempre sea grave y dejándolo al arbitrio del Juez (Lorenzo Salgado, 1999). La Circular 2/1983, de 11 de julio, aborda esto mismo y es que es muy complicado distinguir qué drogas causan un grave daño y cuáles no, porque todas las previstas en la ley son perjudiciales.

La doctrina y la jurisprudencia han ido estableciendo a lo largo de los años qué sustancias pertenecían al primer grupo y cuáles al segundo. Aunque hay opiniones dispares y cada Tribunal piensa una cosa distinta, se sigue prefiriendo hacer esta distinción entre las drogas antes que no hacer distinción o realizar una nueva clasificación. Es cierto que unas tienen un grado de adicción más elevado que otras, pero en cuanto a nocividad, todas, tarde o temprano, afectarán a la salud. A modo de ejemplo, es incoherente pensar que la heroína genera más daño en la salud que el cannabis porque puede provocar enfermedades infecciosas, enfermedades cardíacas, renales, hepáticas y respiratorias, abscesos e infecciones de piel, cuando la otra puede provocar problemas de atención y memoria, trastornos emocionales y de la personalidad, enfermedades respiratorias, cáncer, depresión, psicosis y esquizofrenia (Plan Nacional sobre Drogas [PNSD], s. f.-b, s. f.-c). ¿Que la adicción y el síndrome de abstinencia son más graves en la heroína? Sí. Pero ambas tienen efectos muy perjudiciales en la salud y no es preferible ninguna de las dos. Otra cosa es que de esa droga en concreto se pueda percibir una cantidad mayor de dinero, lo que es lógico que se esté haciendo esa diferenciación para perseguir los delitos de tráfico ilegal, pero todas las drogas son igual de peligrosas para los humanos. Aunque la mera posesión de drogas sin fines de tráfico no constituye un delito, el consumo y la tenencia de ellas en vía pública, aun sin estar destinada a este fin, sí son constitutivas de una infracción administrativa.

Por tanto, como se ve en la Tabla 1, el tipo de droga que esté involucrado en cualquiera de los delitos tipificados del artículo 368 al 372 supondrá recibir una pena de prisión o una multa mayor o menor.

Asimismo, en 1988, se volvió a reformar esta legislación y, aunque aumentaron las penas, se ofrecía la posibilidad de rehabilitación; no obstante, los mayores cambios vinieron con el nuevo Código Penal de 1995. Con sus múltiples reformas, ha hecho hincapié en el consumo y dependencia de drogas, la responsabilidad penal de aquellos que delinquen bajo los efectos de ellas, el síndrome de abstinencia, la grave adicción, la suspensión de la condena por drogodependencia y el aumento de pena por conducir bajo los efectos de alcohol o drogas o las imprudencias.

Desde la creación de la Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (DGPNSD) en 1985, este se ha encargado de realizar, coordinar, impulsar y elaborar todas las acciones concernientes al PNSD, las estrategias derivadas de este, cuya duración del actual es de siete años, y todos los planes autonómicos de drogas. En ellos se apuesta por una prevención que disminuya los daños para una sociedad con salud y seguridad.

Adicciones y delincuencia. El tratamiento de las personas con adicciones en los centros penitenciarios de España y su reinserción en la sociedad. Especial atención a las drogodependencias.

Tabla 1.

Penas de prisión y multas de acuerdo con la jurisprudencia dependiendo del tipo de droga.

Casos	Nocividad de la sustancia	Prisión	Multa
General (sin agravación ni atenuación)	Grave daño (cocaína, heroína, éxtasis, etc.)	De 3 a 6 años	Del valor de la droga al triple
	No grave daño (p. ej. cannabis)	De 1 a 3 años	Del valor de la droga al doble
Específico Atenuado (por escasa entidad del hecho o circunstancias personales)	Grave daño (cocaína, heroína, éxtasis, etc.)	De 1 año y medio a 3 años menos un día	De la mitad del valor de la droga a su valor
	No grave daño (p. ej. cannabis)	De seis meses a 1 año menos un día	
Específico Agravado (grandes cantidades, sustancias adulteradas o mezcladas, en centros docentes, a menores etc.)	Grave daño (cocaína, heroína, éxtasis, etc.)	De 6 años y un día a 9 años	Del valor de la droga a cuatro veces su valor
	No grave daño (p. ej. cannabis)	De 3 años y un día a 4 años y medio	
Organización Criminal (Sólo Participes)	Grave daño (cocaína, heroína, éxtasis, etc.)	De 9 a 12 años	Del valor de la droga a cuatro veces su valor
	No grave daño (p. ej. cannabis)	De 4 años y medio a 10 años	
Organización Criminal (Jefes, Encargados y Administradores)	Grave daño (cocaína, heroína, éxtasis, etc.)	De 12 a 18 años	De cuatro veces el valor de la droga a seis veces su valor
	No grave daño (p. ej. cannabis)	De 10 a 15 años	

Nota. De PNSD, (s. f.-a).

Con todos estos antecedentes, se pretende llegar a la cuestión de debate: ¿qué es más beneficioso, legalizar las drogas o mantener una postura prohibicionista? ¿Legalizarlas disminuiría, como dicen muchos teóricos, su abuso y el número de delitos relacionados? ¿O se abusaría en mayor medida? ¿Tendrían entonces que desaparecer las eximentes y las atenuantes porque ya no serían prácticas ilícitas?

Tras la consulta del análisis de Cachanosky (2010), se intenta convencer al lector de que la legalización de los estupefacientes es la mejor opción. Lo analiza desde siete puntos de vista, pero solo nos centraremos en los realmente vinculantes al trabajo. En primer lugar, no es ético que las drogas sean legales por todas las razones que se han ido viendo durante todo nuestro texto, ya no solo por su relación con la delincuencia, sino por las consecuencias perjudiciales en las personas. Tampoco hay estudios empíricos que demuestren que de verdad la legalización de las drogas reduciría la comisión de delitos.

Además, estos autores siempre emplean los argumentos de la libertad de las personas, que defienden el poder vivir sus vidas sin que nadie les diga cómo. Pero ¿dónde está esa supuesta libertad que se busca al poder consumir sin prohibiciones si luego ese mismo sujeto se convierte en esclavo de la adicción? No existe la libertad; no existe ninguna sociedad libre y hay que asumirlo. Y, por otro lado, el consumo no provoca la mejoría de la salud o de las capacidades de las personas —la Medicina debe ceñirse a las drogas legales para tratar a los que lo necesiten—. Los jóvenes no consumen por gusto o porque noten los beneficios, lo hacen por presión social y por la falta de percepción del riesgo, características inherentes de la adolescencia. Los menores son el punto de mira para todos los productos adictivos: las sustancias tóxicas, internet, el juego. ¿Por qué si no iba a haber casas de apuestas al lado de institutos? Y cada vez son más los que empiezan a consumir sustancias y pornografía temprano, o tienen un teléfono móvil propio antes o gastan dinero en apuestas en línea. Alguien que de verdad consume para

evadirse de la realidad, necesita ayuda psicológica o psiquiátrica para superar ese problema —por ejemplo, un trauma— porque las drogas no son la solución y es necesario buscar una.

Como ejemplo del supuesto beneficio de las «drogas legales», el alcohol es una de las que más problemas genera, ya no solo a nivel de salud, sino por la cantidad de infracciones y de causas penales que existen por conducción bajo sus efectos y por todas las eximentes y atenuantes que se aplican a sujetos con sus capacidades mermadas por este. Asimismo, las adicciones comportamentales, que son relativamente nuevas, están causadas por acciones y objetos que son legales y están empezando a acarrear muchos problemas. Si todas las drogas fueran legales, ¿seguirían existiendo las eximentes y las atenuantes? Probablemente no. Si son legales es porque, seguramente, ya no son consideradas un problema y la gente disminuiría su uso y los delitos relacionados con ellas.

A pesar de que las adicciones con y sin sustancia son una lacra a la que hacer frente, es más importante hacer hincapié en la propia sociedad. Como se ha analizado en el Capítulo I, que las drogas sean legales o ilegales no son la causa detonante de la delincuencia; es una acumulación de factores de riesgo y problemas sociales los que generan criminalidad y consumo. Se deben promocionar los factores de protección como forma de prevención e intentar subsanar los problemas sociales para que el consumo se reduzca. Tal y como informa Díez Ripollés (2005), se debe incidir en la prevención, la reducción de daños (como los programas de metadona) y el control. La situación de penalización de las drogas está bien como está, pero hace falta más control para las nuevas adicciones, antes de que se conviertan en un problema grave, e incidir en los factores psicosociales. También, la justicia restaurativa sería una buena manera de que el interno se responsabilizara de sus actos, lo que podría ser muy beneficioso para evitar la reincidencia. Muchos autores abogan por la despenalización, pero ¿es realmente esta la mejor solución?

IV. Conclusiones.

Con esta revisión bibliográfica se ha pretendido realizar un análisis de la relación entre las adicciones con sustancia y las comportamentales con la delincuencia, la respuesta jurídico-penal que se da a aquellos que cometen hechos delictivos bajo los efectos de las drogas y la efectividad del tratamiento penitenciario a los internos que padecen alguna adicción. Las conclusiones que se han obtenido de este trabajo son las siguientes:

Primero. Existen dos tipos de adicciones: con y sin sustancia. Abusar de drogas o de comportamientos no significa que la persona sea adicta a ellos, puede tener solo una relación de consumo patológico, pero aumenta el riesgo de padecer una dependencia.

Segundo. El método más completo y educativo para clasificar sustancias estupefacientes es la rueda de las drogas, propuesto por Adley et al. (2023). La pirámide de las drogas y el diagrama de Venn de las drogas son derivados del primero y subsanan sus errores.

Tercero. La única adicción comportamental contemplada en el DSM-5 es el juego patológico. El resto son denominados como «comportamientos repetitivos». Falta mucha información y estudios al respecto, pero en un futuro serán clasificados como adicciones debido a todos los comportamientos perniciosos que se están observando relacionados con las pantallas y el internet. La gratificación instantánea y el sistema de recompensas se encuentran detrás del factor adictivo de estos comportamientos.

Adicciones y delincuencia. El tratamiento de las personas con adicciones en los centros penitenciarios de España y su reinserción en la sociedad. Especial atención a las drogodependencias.

Cuarto. Tras analizar las diferentes hipótesis que explican la relación entre adicción y delincuencia, dos de las conductas antisociales más relevantes, no se puede afirmar que la droga genere criminalidad o que esta última cause la primera. La teoría explicativa más completa y racional podría ser la de que ambas derivan de factores comunes.

Quinto. Lo anterior se relaciona con la Criminología del desarrollo y las teorías integradoras tanto en cuanto que ni la delincuencia ni el consumo de drogas son las causas inmediatas, sino que ambas son fruto de un cúmulo de factores de riesgo psicosociales y criminológicos. Son teorías que integran todos los conceptos de las teorías que se han estudiado en el trabajo y ofrecen una visión más completa sobre las causas de la delincuencia y el abuso de drogas.

Sexto. Cuando un sujeto no es imputable, puede ocurrir que se convierta en inimputable (a razón de una eximente completa) o semiimputable (por una eximente incompleta, aunque se sigue respondiendo por el delito). La eximente completa exige que, en nuestro caso concreto, las capacidades cognitivas y volitivas del sujeto estén mermadas debido a una intoxicación plena o a un síndrome de abstinencia, siempre y cuando el sujeto no haya perseguido o previsto la situación para poder delinquir sin modo a ser imputable. Por otro lado, la eximente incompleta solo se daría cuando no hubiesen ocurrido de manera plena las circunstancias anteriores.

Séptimo. A pesar de que las anteriores exigieran dependencia a las sustancias, la atenuante está reservada para la grave adicción, donde se debe demostrar una relación de causalidad entre la adicción y el acto delictivo. Aun así, la jurisprudencia establece que el sujeto también debe tener un mínimo de las capacidades afectadas.

Octavo. El método más efectivo para valorar el consumo y la afectación de las facultades del reo es la prueba pericial con su correspondiente análisis toxicológico. En los casos en que esta analítica no se realice, se emplearán las declaraciones de los testigos para conocer el estado del individuo.

Noveno. En el Código Penal de 1995, se añadieron una serie de facilidades para que las personas con drogodependencia pudiesen evitar, en la medida de lo posible, la condena privativa de libertad: las medidas de seguridad y la suspensión de la ejecución de la condena, ambas a favor del tratamiento por deshabituación.

Décimo. Aunque apenas existen casos donde se aplique una modificación de la responsabilidad penal a causa de alguna adicción comportamental, solo bastaría demostrar la relación de causalidad entre esta y el delito.

Undécimo. Hay muchos internos en las cárceles españolas que padecen adicciones y que reciben tratamiento dentro o fuera de ella. A pesar de que muchos autores critican el sistema de tratamiento y reinserción social penitenciario, Instituciones Penitenciarias debe velar por ello y se han demostrado grandes avances. Esto siempre va a mejorar la sociedad y la posterior calidad de vida de los internos.

Duodécimo. Los datos empíricos y estudios acerca de la eficacia de los programas de tratamiento y de la reinserción social y reincidencia son antiguos y escasos, por lo que no se puede adquirir una visión real y adecuada de la situación. Sin embargo, podría decirse que los delitos disminuyen entre un 10% y un 20%, según Redondo Illescas (2005).

Décimo tercero. En cuanto a la visión de futuro, muchos autores defienden que la despenalización de las drogas reduciría el número de delitos, pero esto es algo contrario a las ideas que se defienden en el trabajo siguiendo la Criminología del desarrollo. Es importante que se

haga hincapié en los factores de protección para que, de forma colectiva e individual, se puedan prevenir los factores de riesgo y, por consiguiente, las conductas antisociales presentes en la sociedad. Una sociedad sin ellas no existiría, pero sí se podría llegar a una situación óptima donde los problemas sociales no fuesen tan perjudiciales. Igualmente, hay que incidir en la reducción de daños de las dependencias ya existentes, su control y la vigilancia de las nuevas adicciones antes de que lleguen a ser más graves.

Décimo cuarto. Por último, se puede confirmar con total seguridad que este trabajo ha sido muy revelador en cuanto a esta problemática. Por ello, es necesario que se dediquen más recursos y medios para la investigación de esta y para los tratamientos penitenciarios, el apoyo psicosocial postpenitenciario y la justicia restaurativa. Hacen falta nuevos estudios que manifiesten la situación actual de las adicciones y de los internos que las padecen.

Adicciones y delincuencia. El tratamiento de las personas con adicciones en los centros penitenciarios de España y su reinserción en la sociedad. Especial atención a las drogodependencias.

Bibliografía.

- Adley, M., Jones, G., y Measham, F. (2023). Jump-starting the conversation about harm reduction: making sense of drug effects. *Drugs: Education, Prevention and Policy*, 30(4), 347–360. <https://doi.org/10.1080/09687637.2021.2013774>
- American Psychological Association [APA]. (2014). *Manual de diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-5). (5ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Berger, K. S. (2015). *Psicología del desarrollo. Infancia y adolescencia*. (9ª ed.). Panamericana.
- Buil Gil, D. (2016). ¿Qué es la Criminología? Una aproximación a su ontología, función y desarrollo. *Derecho y Cambio Social* 13(44). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5456246>
- Cachanosky, I. (2010). Un análisis acerca de la legalización de las drogas. *Laissez-Faire*, 33, 27-44. [https://laissezfaire.ufm.edu/index.php?action=ajax&rs=GDMgetFile&rsargs\[\]=laissezfaire33_5.pdf](https://laissezfaire.ufm.edu/index.php?action=ajax&rs=GDMgetFile&rsargs[]=laissezfaire33_5.pdf)
- Cheda, M. (6 de diciembre de 2023). Detenido un padre en Vigo por pegar con un cinturón a su hijo de 13 años por utilizar el móvil durante 3 horas. *Antena 3*. https://www.antena3.com/noticias/sociedad/detenido-padre-vigo-pegar-cinturon-hijo-13-anos-utilizar-movil-3-horas_2023120665707641d670370001962c1a.html
- Cid Moliné, J. y Larrauri Pijoán, E. (2001). *Teorías criminológicas. Explicación y prevención de la delincuencia*. Bosch.
- Clarín. (24 de mayo de 2024). Un chico de 16 años mata a toda su familia porque le quitan el teléfono móvil. *La Vanguardia*. <https://www.lavanguardia.com/cribeo/viral/20240524/9673669/chico-16-anos-mata-familia-quitian-telefono-movil-brasil-mm.html#:~:text=En%20la%20comisar%C3%ADa%2C%20el%20menor,de%20quitarle%20el%20tel%C3%A9fono%20m%C3%B3vil.>
- Cutiño Raya, S. (2015). Algunos datos sobre la realidad del tratamiento en las prisiones españolas. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 17(11), 1-41. <http://criminolnet.ugr.es/recpc/17/recpc17-11.pdf>
- De la Cuesta Arazmendi, J. L. (1999). Imputabilidad y nuevo Código Penal en J. Cerezo Mir, *El nuevo Código Penal: presupuestos y fundamentos* (1ª ed., pp. 300-324). Comares.
- Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas (2013). *Protocolo de inserción personalizada para drogodependientes en proceso de rehabilitación ingresados en Instituciones Penitenciarias*. Estrategia Nacional sobre Drogas 2009-2016.
- Díez Ripollés, J. L. (2005). El control penal del abuso de drogas: una valoración político-criminal. *Revista de derecho (Valdivia)*, 18(1), 199-212. <https://dx.doi.org/10.4067/S0718-09502005000100008>
- Echeburúa Odriozola, E., Amor Andrés, P. J. y Yuste García, J. (2000). Atenuación de la responsabilidad penal en la ludopatía: bases psicopatológicas. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 1(0), 59-76. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=2518223>
- Esbec, E. y Echeburúa, E. (2016). Abuso de drogas y delincuencia: consideraciones para una valoración forense integral. *Adicciones*, 28(1), 48-56.

- Esquivias Jaramillo, J. I. (2011). Denegación tácita de la prueba e indefensión. Atenuante de drogadicción. *Revista CEFLegal*, 130, 196-200.
- Farrington, D. P. (2005). Childhood origins of antisocial behavior. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 12(3), 177-190. <https://doi.org/10.1002/cpp.448>
- García España, E. y Pérez Jiménez, F. (2005). *Seguridad ciudadana y actividad policial. Observatorio de la Delincuencia de Andalucía*. Instituto Andaluz Interuniversitario de Criminología. <http://www.oda.uma.es/informes/2005.pdf>
- García García, J. (1999). *Drogodependencias y Justicia Penal*. Publicaciones Ministerio de Justicia y Ministerio del Interior.
- García-Pablos de Molina, A. (2003). *Tratado de Criminología*. (3ª ed.). Tirant Lo Blanch.
- Germán Mancebo, I. (2010). La relevancia criminológica de las adicciones sin sustancia a determinadas conductas y su tratamiento. *International E-Journal of Criminal Sciences*, (4). <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=4875959>
- Gisbert Calabuig, J. A. (2007). *Medicina Legal y Toxicología*. (6ª ed.). Elsevier Masson.
- Ibáñez Solaz, M. (1997). Imputabilidad y drogadicción. *Revista Española de Drogodependencias*, 22(1), 115-124. <https://www.aesed.com/descargas/revistas/Vol22-2-3.pdf>
- Janik, P., Kosticova, M., Pecenak, J. y Turcek, M. (2017). Categorization of psychoactive substances into «hard drugs» and «soft drugs»: a critical review of terminology used in current scientific literature. *The American Journal of Drug and Alcohol Abuse*, 43(6), 636-646. <https://doi.org/10.1080/00952990.2017.1335736>
- Labajo Domingo, F. (26 de abril 2024). Las adicciones digitales detonan agresiones de hijos a padres. *Diario de Burgos*. <https://www.diariodeburgos.es/noticia/ze20eab56-b9f0-da9e-d10b13e8bdb58db4/202404/las-adicciones-digitales-detonan-agresiones-de-hijos-a-padres>
- López, C. (10 de mayo de 2024). Chico de 14 años enganchado a los videojuegos, perfil del paciente que acude a tratamiento. *La Vanguardia*. <https://www.lavanguardia.com/vida/20240510/9630519/chico-14-anos-enganchado-videojuegos-perfil-paciente-acude-tratamiento.html>
- Lorenzo Salgado, J. M. (1999). Los delitos contra la salud pública en el Código Penal de 1995: aspectos básicos. *Lecciones de Derecho Sanitario*, 409-457. <http://hdl.handle.net/2183/10748>
- Martinson, R. (1974). What works? Questions and answers about prison reform. *The Public Interest*, 42, 22-54. <https://gwern.net/doc/sociology/1974-martinson.pdf>
- Ministerio de Sanidad y Consumo. (1985). *Plan Nacional sobre Drogas [PNSD]*. <https://pnsd.sanidad.gob.es/pnsd/Introduccion/pdf/pnd1985.pdf>
- Ministerio de Sanidad. (2022). *Informe de 2023: Encuesta sobre alcohol y drogas en España (EDADES) (1995-2022)*. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2022_Informe_EDADES.pdf

Adicciones y delincuencia. El tratamiento de las personas con adicciones en los centros penitenciarios de España y su reinserción en la sociedad. Especial atención a las drogodependencias.

- Mir Puig, S. (2003). Significado y alcance de la imputación objetiva en Derecho Penal. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 5(5), 1-19. <http://criminet.ugr.es/recpc/recpc05-05.pdf>
- Montero Pérez de Tudela, E. (2019). La reeducación y la reinserción social en prisión: el tratamiento en el medio penitenciario español. *Revista de Estudios Socioeducativos*, (7), 227-249. http://dx.doi.org/10.25267/Rev_estud_socioeducativos.2019.i7.16
- Moore, K. E., Wyatt, J. P., Phillips, S., Burke, C., Bellamy, C. y McKee, S. (2023). The role of substance use treatment in reducing stigma after release from incarceration: A qualitative analysis. *Health & Justice*, 11(25). <https://doi.org/10.1186/s40352-023-00225-w>
- Muñoz Sánchez, J. (2014). Responsabilidad penal del delincuente. *Revista Electrónica de Ciencia Penal y Criminología*, 16(03). <http://criminet.ugr.es/recpc/16/recpc16-03.pdf>
- Nunes, L. M. y Sani, A. (2015). Adicción a las drogas y victimización: una revisión teórica. *Psicología y Salud*, 25(2), 273-277. <https://doi.org/10.25009/pys.v25i2.1827>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) (2007). *Informe de 2007: Situación y tendencias de los problemas de droga en España*. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/oed-2007.pdf>
- Observatorio Español de las Drogas y las Adicciones (OEDA) (2023). *Estadísticas 2023. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2023OEDA-ESTADISTICAS.pdf>
- Organización de las Naciones Unidas. (1988). *Convención de las Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de Estupefacientes y Sustancias Psicotrópicas*. https://www.unodc.org/pdf/convention_1988_es.pdf
- Pérez del Río, F. (2011). Estudio sobre adicciones. Perfiles de drogodependientes y eficacia del tratamiento en Proyecto Hombre Burgos. *Publicaciones de la excelentísima Diputación Provincial de Burgos*.
- Pérez, E. y Ruiz, S. (2017). El consumo de sustancias como factor de riesgo para la conducta delictiva: una revisión sistemática. *Acción psicológica*, 14(2), 33-50. <https://doi.org/10.5944/ap.14.2.20748>
- Plan Nacional sobre Drogas. (s. f.-a). *Dosis mínimas psicoactivas, infracciones y sanciones por tráfico o consumo ilegales de drogas en España*. Ministerio de Sanidad. <https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/legislacion/delitos/home.htm>
- Plan Nacional sobre Drogas. (s. f.-b). *¿Qué riesgos y consecuencias tiene el consumo de cannabis?* Ministerio de Sanidad. <https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/informacion/cannabis/menuCannabis/riesgosConsecuencias.htm>
- Plan Nacional sobre Drogas. (s. f.-c). *¿Qué riesgos y consecuencias tiene el consumo de heroína?* Ministerio de Sanidad. <https://pnsd.sanidad.gob.es/ciudadanos/informacion/heroína/menuHeroína/riesgos.htm#:~:text=E1%20uso%20cr%C3%B3nico%20de%20la,enfermedades%20hep%C3%A1ticas%2C%20card%C3%ADacas%20y%20renales>

- Ramos Barbero, V. (2008). *El tratamiento intrapenitenciario y extrapenitenciario: elemento motivador de cambio en la conducta delictiva en una muestra de reclusos drogodependientes* [Tesis doctoral, Universidad de Burgos]. <http://hdl.handle.net/10259/170>
- Requena Espada, L. (2013). *Principios generales de Criminología del desarrollo y las carreras criminales*. Bosch.
- Ropero Carrasco, J. y Zamorano Romero, P. (2000). Las circunstancias atenuantes de la responsabilidad penal. *Studia Carande*, 5, 115-139. <http://hdl.handle.net/10115/11449>
- Ross, R. (1987). *La rehabilitación en los Centros Penitenciarios: ¿qué funciona?* [Conferencia]. I Jornadas Penitenciarias de Cataluña. https://fundacio-bofill.cat/uploads/docs/i/s/i/g/e/d/p/l/g/0525_0.pdf
- Sánchez Payá, J., Romo Cortina, T., Rodríguez Ortiz de Salazar, B. y Barrio Anta, G. (1991). Consumo de drogas en España: Fuentes de información y evolución durante el periodo 1984-1990. *Revista de Sanidad e Higiene Pública*, 65(5), 395-412. https://www.sanidad.gob.es/biblioPublic/publicaciones/recursos_propios/resp/revista_cdrom/VOL65/65_5_395.pdf
- Serrano Gómez, A. (25-30 de septiembre de 1983). *Evolución social, criminalidad y cambio político en España* [Comunicación]. IX Congreso Internacional de Criminología. https://www.boe.es/biblioteca_juridica/anuarios_derecho/abrir_pdf.php?id=ANU-P-1983-20027300310
- Tapia Ballesteros, P. (2014). Las medidas de seguridad. Reformas más recientes y últimas propuestas. *Revista Jurídica de Castilla y León*, 32. https://app.uff.br/slab/uploads/Las_medidas_de_seguridad_Reformas_m%C3%A1s_recientes_y_%C3%BAltimas_propuestas.pdf
- Torres Hernández, M. Á., Santodomingo Carrasco, J., Pascual Pastor, F., Freixa Santfeliu, F., Álvarez Vara, C. (2009). *Historia de las adicciones en la España contemporánea*. Sociodrogalcohol. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/HistoriaAdicciones_EspContem.pdf
- Unión de Asociaciones y Entidades de Atención al Drogodependiente [UNAD]. (2005). *Drogodependencias y prisión: situación de las cárceles españolas. Estudio sobre las personas con problemas de drogas en prisión*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/bibliotecaDigital/publicaciones/pdf/Drogodep_Prisiones.pdf