

**Universidad de Málaga**

**Facultad de Medicina**



**Departamento de Anatomía Humana, Medicina Legal e Historia  
de la Ciencia**

**Departamento de Farmacología y Pediatría**

## **TESIS DOCTORAL**

### **ANALISIS MEDICOLEGAL EN SUJETOS DROGODEPENDIENTES DE LA SUSPENSION DE LA EJECUCION DE LAS PENAS POR SOMETIMIENTO A TRATAMIENTO**

**José Manuel Burgos Moreno**

**Málaga, 2015**

**Directores:**

**Dr. D. Ignacio Miguel Santos Amaya**


**Dra. D<sup>a</sup>. Elisa Martín Montañez**

**Dr. D. Francisco Martínez Socias**



Publicaciones y  
Divulgación Científica

AUTOR: José Manual Burgos Moreno

 <http://orcid.org/0000-0002-7570-514X>

EDITA: Publicaciones y Divulgación Científica. Universidad de Málaga



Esta obra está bajo una licencia de Creative Commons Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 4.0 Internacional:

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/legalcode>

Cualquier parte de esta obra se puede reproducir sin autorización pero con el reconocimiento y atribución de los autores.

No se puede hacer uso comercial de la obra y no se puede alterar, transformar o hacer obras derivadas.

Esta Tesis Doctoral está depositada en el Repositorio Institucional de la Universidad de Málaga (RIUMA): [riuma.uma.es](http://riuma.uma.es)

A mis Directores, Dra. D<sup>a</sup>. Elisa Martín Montañez, por su incansable apoyo, paciencia y estímulo en la elaboración de esta tesis doctoral, haciéndome disfrutar de los resultados que cada día iban surgiendo. Al Dr. D. Ignacio Santos Amaya por su colaboración y asesoramiento. Y finalmente, y no por ello menos importante al Dr. D. Francisco Martínez Socias por iniciarme en esta profesión, por su cualificación profesional, su paciencia y entrega, primero como maestro y posteriormente como compañero.

A los Presidentes de la Audiencia Provincial de Málaga, Ilmo. Sr. D. Francisco Arroyo Fiestas e Ilmo. Sr. D. Antonio Alcalá Navarro por mostrar su apoyo a este proyecto de investigación y facilitar el acceso a las bases de datos judiciales. Por idéntico motivo al Juez Decano de los Juzgados de Málaga Ilmo. Sr. D. José María Páez Martínez-Virel.

A los Directores del Instituto de Medicina Legal de Málaga, Dr. D. Antonio García de Gálvez y Dr. D. José María Caba Villarejo, el primero por ayudarme al desarrollo del proyecto de investigación, y al segundo por facilitarme la continuidad del mismo facilitándome en todo momento el acceso a los archivos y documentación del Instituto.

A los integrantes de los Departamentos de Anatomía y Medicina legal y de Farmacología y Pediatría de la UMA por su colaboración, apoyo y orientación. No os nombro ya que me faltarían páginas para tantos que sois.

Al Dr. D. José Pavía, simplemente y desde el corazón. Gracias.

A todas las personas que de distinta forma han hecho posible este trabajo. Gracias.

Por último, aunque en puridad lo primero, a mi familia, de quienes he aprendido todo lo que importa y a quienes dedico este trabajo y mi quehacer diario. Os lo debía a algunos de vosotros y lo prometido es deuda.



*A mis hijos*  
*Beatriz y José Manuel*



<b>Introducción .....</b>	<b>1</b>
<b>1.- Marco Médico Forense.....</b>	<b>5</b>
1.1.- Conceptos básicos en drogodependencias.....	7
1.1.1.- Concepto de droga.....	7
1.1.2.- Otros conceptos.....	9
A. Uso.....	10
B. Hábito.....	10
C. Abuso.....	10
• Uso no aprobado.....	11
• Uso peligroso.....	11
• Uso dañino.....	11
• Uso que provoca disfunción.....	11
D. Necesidad.....	12
E. Dependencia.....	12
• Dependencia psíquica.....	12
• Dependencia física.....	12
F. Síndrome de abstinencia.....	13
G. Tolerancia.....	13
1.2.- Clasificación de las drogas.....	13
1.2.1. Clasificación común.....	13
1.2.2. Clasificación sociológica.....	14
1.2.3. Clasificación atendiendo a su origen.....	14
1.2.4. Clasificación atendiendo a su poder adictógeno.....	14
1.2.5. Clasificación por vías de administración y aditivos.....	14
1.2.6. Clasificación clínica.....	15
A. Drogas depresoras.....	15
B. Drogas estimulantes.....	15
C. Drogas perturbadoras.....	15

1.3.- Farmacología y efectos de las drogas más utilizadas y relacionadas con estos delitos.....	16
1.3.1. Cocaína.....	16
1.3.2. Opiáceos.....	19
1.3.3. Cannabis.....	22
1.3.4. Benzodiacepinas, con especial referencia al alprazolam.....	27
1.4.- Criterios para el diagnóstico y la clasificación de los trastornos por uso de drogas.....	29
1.4.1 Dependencia.....	30
1.4.2. Trastornos relativos al consumo de drogas.....	30
1.4.3. Diagnóstico dual.....	31
1.5.- Intervención asistencial en drogodependencias.....	31
1.5.1. Tipos de programas de intervención médica en drogodependencias.....	34
A. Programas libres de drogas.....	34
B. Programas de prevención y reducción de daños.....	35
1.5.2. Recursos asistenciales y tipos de centros.....	36
A. Recursos asistenciales.....	36
B. Tipos de centros.....	38
<b>2.- Marco Legal.....</b>	<b>39</b>
2.1. Tipología delictiva.....	41
2.2. Actuaciones Médico-Forenses en materia de toxicomanías.....	43
2.3. El sujeto drogodependiente en el Código Penal Español.....	45
2.3.1. Repercusiones legales de las drogas en el imputado.....	45
A. La drogodependencia como circunstancia que exime o atenúa la responsabilidad penal.....	45
2.3.2. Repercusiones legales de las drogas en el penado.....	46
A. Las medidas de seguridad.....	46
B. Formas sustitutivas de la ejecución de las penas privativas de libertad.....	48



C. La suspensión extraordinaria de la ejecución de las penas: el artículo 87 del Código Penal.....	49
D. La suspensión de la ejecución de la pena en otras legislaciones.....	56
<b>3.- Justificación y objetivos.....</b>	<b>59</b>
3.1. Objetivo principal.....	61
3.2. Objetivos secundarios.....	61
<b>4.- Metodología.....</b>	<b>63</b>
4.1. Diseño.....	65
4.2. Población de estudio.....	65
4.2.1. Descripción de la muestra.....	65
4.2.2. Criterios de selección.....	65
A. Criterios de inclusión.....	65
B. Criterios de exclusión.....	65
4.3. Método de recogida de datos.....	66
4.3.1. Fuentes de información.....	66
4.3.2. Método de recogida.....	67
4.4. Variables analizadas.....	67
4.4.1. Variable resultado principal.....	68
A. Resultado del pronunciamiento judicial.....	68
4.4.2. Variables resultado secundario.....	68
A. Tipo de informe del centro de tratamiento.....	68
B. Informe médico forense.....	69
4.4.3. Variables independientes.....	69
A. Variables relacionadas con el procedimiento judicial.....	69
- Órgano judicial peticionario.....	69
- Motivo de la actual situación judicial.....	69
- Antecedentes IML.....	70
B. Variables sociodemográficas.....	70
- Sexo.....	70
- Edad.....	70

- Franja de edad.....	70
- Convivencia del sujeto.....	70
- Nivel de formación alcanzado.....	70
C. Variable consumo de sustancia.....	71
- Tipo de droga consumida.....	71
D. Variables relacionadas con la analítica.....	71
- Muestra.....	71
- Lugar de realización del análisis toxicológico.....	71
- Resultado.....	72
E. Variables relacionadas con el tratamiento.....	72
- Tratamiento deshabitador.....	72
- Centro de tratamiento.....	72
- Tipo de tratamiento.....	73
4.5. Entrada y gestión informática de los datos.....	73
4.6. Estrategia de análisis.....	73
4.6.1. Estadística descriptiva.....	74
4.6.2. Análisis de los factores relacionados con la variable principal y secundarias.....	74
A. Análisis bivariante.....	74
B. Análisis multivariante.....	74
4.6.3. Efecto de las pérdidas.....	74
<b>5.- Resultados.....</b>	<b>75</b>
5.1. Selección de la muestra.....	77
5.2. Descripción de la muestra al inicio del estudio.....	78
5.2.1. Variables relacionadas con el procedimiento judicial.....	78
A. Órgano Judicial petionario.....	78
B. Motivo de la actual situación judicial.....	78
C. Antecedentes previos en el IML.....	79
5.2.2. Variables sociodemográficas.....	79
A. Sexo.....	79
B. Edad.....	80

C. Franja de edad.....	80
D. Convivencia del sujeto.....	81
E. Nivel de formación alcanzado.....	81
5.2.3. Variable consumo de sustancia.....	82
A. Tipo de droga consumida.....	82
5.2.4. Variables relacionadas con la analítica.....	83
A. Muestra.....	83
B. Lugar de realización del análisis.....	83
C. Resultado.....	84
5.2.5. Variables relacionadas con el tratamiento.....	85
A. Tratamiento deshabitador.....	85
B. Centro de tratamiento.....	85
C. Tipo de tratamiento.....	86
5.2.6. Variable resultado principal.....	86
5.2.7. Variables resultado secundarias.....	87
A. Tipo de informe del centro de tratamiento.....	87
B. Informe médico forense.....	87
5.3 Factores que influyen en el resultado judicial.....	88
5.3.1. Análisis bivariante.....	88
A. Análisis bivariante del resultado judicial positivo con resto de variables.....	88
B. Análisis bivariante del informe médico forense positivo con resto de variables.....	90
C. Análisis bivariante del informe completo del centro de tratamiento con resto de variables.....	92
5.3.2. Modelo multivariante.....	93
<b>6.- Discusión.....</b>	<b>97</b>
<b>7.- Conclusiones.....</b>	<b>107</b>
<b>8.- Bibliografía.....</b>	<b>111</b>
<b>9.- Anexos.....</b>	<b>125</b>
9.1. Consentimiento informado.....	127

9.2. Criterios diagnósticos del DSM-V.....	129
9.3. Anexo legislativo.....	141
9.4. Protocolo de exploración de detenidos.....	159
9.5. Protocolo de toxicomanía.....	167
9.6. Codificación para la recogida de datos.....	171
9.7 Protocolo de colaboración.....	173

# INTRODUCCION

---



La Medicina Legal, al constituir la aplicación de los conocimientos médicos a los problemas jurídicos, es de hecho un cruce de caminos entre el mundo jurídico y el médico. Todos los que ejercemos la Medicina Forense, sabemos que en el ámbito penal, una importante cantidad de delitos tienen como origen las drogodependencias o están directa o indirectamente relacionados con éstas. De todos es bien conocido que las drogas de abuso generan, junto al grave problema sanitario, un grave problema jurídico-penal, al encontrarse muchos de estos pacientes, como resultado de su adicción, incursos en problemas policiales y judiciales. Hablar, por tanto, de Medicina Legal y Forense y Drogodependencia es hablar de un núcleo principal del trabajo habitual que desempeña el médico forense que ni puede ni debe olvidarse:

1. En primer lugar, la Medicina Legal y Forense (junto a la Medicina Preventiva y Social y a la Historia de la Medicina), forma parte de las denominadas "disciplinas médico sociales", por cuanto su objetivo trasciende al hombre considerado en su propia individualidad para irradiarse a un contexto social. Cabe destacar aquí al profesor Gisbert Calabuig (Villanueva Cañadas, Gisbert Calabuig, 2004), que la define como "la ciencia que tiene por objeto el estudio de las cuestiones que se presentan en el ejercicio profesional del Jurista, y cuya resolución se funda, total o parcialmente, en ciertos conocimientos médicos o biológicos previos".

En el aspecto de las drogodependencias, una de sus funciones es el asesoramiento a los Jueces, Magistrados y Fiscales acerca de los efectos sobre la salud y características farmacológicas y toxicológicas de cada una de las drogas de abuso que existen en nuestro medio, con especial interés en:

- Imputabilidad, es decir la alteración de la inteligencia y voluntad que pueden producir estas sustancias.
  - Características e intensidad del síndrome de abstinencia.
  - Valoración del grado de adicción de cada individuo.
2. Pero además, los conocimientos en Medicina Legal y Forense deben evidentemente estar abiertos también a los profesionales jurídicos que se constituyen en parte (defensa o acusación particular), a fin de contribuir a que los derechos constitucionales del acusado queden debidamente garantizados.

3. Y finalmente, por la vertiente sanitaria de la Medicina Legal y Forense como especialidad médica que es. No son raras las ocasiones, en que al drogodependiente detenido y puesto a disposición judicial le atiende en su patología aguda (intoxicación, síndrome de abstinencia, control de los problemas agudos de la patología asociada al consumo) un Médico Forense de guardia en un primer escalón, que además le derivará, si procede, a recibir la asistencia especializada que pueda ser necesaria. Por otro lado, a veces la puesta a disposición judicial de un drogodependiente puede suponer el inicio de un tratamiento médico de su patología orgánica asociada y/o de una oferta de tratamiento de desintoxicación y deshabituación que de otro modo posiblemente no podrían haberse producido.



# MARCO MEDICO FORENSE

---



## 1.MARCO MEDICO FORENSE

### 1.1.- Conceptos básicos en drogodependencias

#### 1.1.1. Concepto de Droga

Según el diccionario de la Real Academia Española de la Lengua el término drogodependiente es sinónimo de drogadicto, es decir, persona que depende física y/o psíquicamente de una droga, debido al consumo reiterado de la misma. Del desarrollo de la presente definición nos vemos obligados a definir el término droga, aunque hacerlo de forma exacta es complicado, ya que le corresponden varios significados que están ligados a la profesión, especialidad o incluso medio socio-cultural de quien la utiliza. Entre estos significados cabe citar:

- a) Inicialmente, en círculos científicos, se le dio el significado de producto de origen natural que, recolectado y sometido a determinadas operaciones, proporcionaba los principios activos de los medicamentos. Esta acepción guarda estrecha relación con el origen de la palabra, del holandés *droog* (seco), ya que las drogas o medicamentos en estado bruto eran productos desecados de las plantas.
- b) Acepción que hace sinónimos droga y medicamento como consecuencia de una traducción errónea de la palabra inglesa *drug* por droga en vez de por medicamento. Se usa cada vez más frecuentemente debido a la considerable influencia anglosajona. Así, es corriente oír hablar de drogas antineoplásicas, etc.
- c) La acepción que considera a las drogas como sustancias que producen bienestar, estupor o euforia y que de ordinario originan dependencia a las mismas, con los consiguientes cambios en el comportamiento (Ladrón de Guevara, y Moya Pueyo, 1995). Este significado se le da a la palabra en círculos judiciales o en medios no científicos, ignorando los demás significados.
- d) Son consideradas drogas las sustancias de la Industria de las Bellas Artes. Este significado se encuentra en claro desuso, sustituyéndose cada vez más

por el nombre específico de la sustancia de que se trate: pinturas, barnices, disolventes, etc (Repetto, 1991).

- e) Una definición más poética de droga la describe como “sustancia capaz de modificar la realidad, favoreciendo la fantasía humana o evadiéndole de la dura existencia cotidiana para, más tarde, dominarle por entero hasta quebrantar sus fuerzas y su salud” (Repetto, 1991).

En 1982, la Organización Mundial de la Salud (OMS) intentó delimitar cuáles serían las sustancias que producían dependencia y declaró como droga de abuso “aquella de uso no médico con efectos psicoactivos (capaz de producir cambios en la percepción, el estado de ánimo, la conciencia y el comportamiento) y susceptible de ser autoadministrada”.

En el momento actual, se utiliza el vocablo droga para definir a un gran número de sustancias que cumplen las siguientes condiciones (Villanueva Cañadas y GisbertCalabuig, 2004):

1. Ser sustancias que introducidas en un organismo vivo son capaces de alterar o modificar una o varias funciones psíquicas de éste (carácter psicótropo o psicoactivo).
2. Inducen a las personas que las toman a repetir su autoadministración, por el placer que generan (acción reforzadora positiva).
3. El cese de su consumo puede dar lugar a un gran malestar somático y/o psíquico (dependencia física y/o psicológica).
4. No tienen ninguna implicación médica y si la tienen, pueden utilizarse con fines no terapéuticos.

Así tenemos, que en el contexto en que nos movemos, el término droga se aplica a “aquellas sustancias psicoactivas con acción reforzadora positiva, capaces de generar dependencia psíquica y, también física, y que ocasionan, en muchas ocasiones, un grave deterioro psicoorgánico y de conducta social”. Finalmente la OMS la define como “toda sustancia que, introducida en el organismo vivo, puede modificar una o más funciones de éste, pudiendo producir un estado de dependencia física, psíquica o de ambos tipos”.

Algunos autores, añaden a lo anterior, que el consumo de la sustancia debe estar asociado con la existencia de una nocividad social para poder considerar dicha sustancia como droga (Villanueva Cañadas y Gisbert Calabuig, 2004). Dicha nocividad social puede establecerse a tres niveles:

- a) Un nivel familiar, ya que produce disputas y conflictos de relación, con abandono de responsabilidades y disgregación.
- b) Un nivel laboral, que se traduce en disminución de rendimientos, incremento de la siniestralidad laboral, absentismo, etc.
- c) Un nivel personal, ya que existe un deterioro socioeconómico, conductas de vagabundeo, comisión de actos delictivos, proselitismo hacia el consumo, tendencia al aislamiento social, etc.

Derivado de las corrientes anglosajonas, se tiende al abandono del término droga por el de sustancia psicoactiva (Repetto, 1991), justificando dicho cambio de nomenclatura en el hecho de que muchos productos con capacidad de producir trastorno por abuso o dependencia se dan de forma natural (cannabis) o no están fabricados para el consumo humano (caso de los pegamentos).

### 1.1.2. Otros conceptos

La delimitación de los conceptos de uso, hábito, abuso y dependencia ha sido una tarea ardua que todavía no se ha dado por concluida. Particularmente, el concepto de abuso es muy controvertido. Desde una perspectiva cultural, no cabe ninguna duda de que distintas sociedades tienen un criterio propio sobre esta materia, por ejemplo, en la cultura musulmana, la ingesta de alcohol es una conducta rechazable, por lo que cualquier consumo se considera como abuso; mientras que fumar hachís se acepta. Por tanto, es un comportamiento sin componentes sociales de abuso para este grupo humano. En definitiva, parece que no podemos apartarnos de la pesada losa de siglos de historia que hace que nos sintamos, a la vez próximos y lejanos ante estas sustancias, teniendo cada pueblo una con la que se identifica más y que está profundamente enraizada en sus costumbres. Por ello, analizar el consumo de las drogas desde una perspectiva neutral y científica resulta difícil. La OMS, desde los años

cincuenta está haciendo esfuerzos en este sentido, y otras asociaciones médicas también se han unido al mismo.

#### *A. Uso*

El uso de una sustancia no tiene ninguna significación clínica ni social; es decir, el término uso indica sencillamente consumo, utilización, gasto de una sustancia sin que se produzcan efectos médicos, sociales, familiares, etc. En ausencia de otras especificaciones debe entenderse un consumo aislado, ocasional, episódico, sin tolerancia o dependencia.

#### *B. Hábito*

El hábito es la costumbre de consumir una sustancia por habernos adaptado a sus efectos. Hay, por tanto, un deseo del producto, pero nunca se vivencia de manera imperiosa. No existe una tendencia a aumentar la dosis ni se padecen trastornos físicos o psicológicos importantes cuando la sustancia no se consigue. La búsqueda de la sustancia es limitada y nunca significa una alteración conductual. Durante mucho tiempo se consideraron como prototipo de sustancias productoras de hábito el tabaco (la nicotina), la cafeína, la teína, etc. Hoy en día, tanto la OMS, en su sistema de clasificación de enfermedades (CIE-10, 1992) como la Asociación Americana de Psiquiatría (APA), en su manual de criterios diagnósticos para las enfermedades mentales (DSM-V, 2013) califican el hábito de fumar como una auténtica dependencia a la nicotina. En este manual, en la versión DSM-IV-TR la cafeína no era subsidiaria de producir dependencia, mientras que en el DMS-V sí es considerada como productora de la misma.

#### *C. Abuso*

El abuso se define por el Real Colegio de Psiquiatras Británicos como “cualquier consumo de droga que dañe o amenace dañar la salud física, mental o el bienestar social de un individuo, de diversos individuos o de la sociedad en general”. En definitiva, se trata de un uso inadecuado por su cuantía, frecuencia o finalidad. Para la OMS encierra cuatro criterios diferentes; en los tres primeros, la relación entre uso y

abuso se establece, principalmente, por un diferencial cuantitativo, mientras que en el cuarto, y último, el diferencial es de tipo cualitativo:

- **Uso no aprobado:** en este caso el consumo está legalmente sancionado. Se produce cuando se está trabajando con maquinaria de precisión, se conduce un vehículo, se portan armas, se participa en una competición deportiva (doping), etc.
- **Uso peligroso:** indica el consumo de una sustancia cuando se está en situación de riesgo orgánico (consumo de alcohol por un enfermo hepático) o el momento es inoportuno (consumo de alcohol antes de conducir un vehículo). Puede estar o no sancionado legalmente. Este concepto es similar a la idea de conducta de riesgo.
- **Uso dañino:** se refiere al consumo de sustancias por personas en situaciones vitales que conllevan una disminución importante o total de la tolerancia a las mismas: por ejemplo en ancianos, niños, mujeres embarazadas (para el feto), mujeres en período de lactancia (para el lactante), etc.
- **Uso que provoca una disfunción:** describe un “patrón desadaptativo de consumo”, ya sea por la prioridad que toma la administración de la sustancia y/o por los excesos cuantitativos puntuales que se realizan. Todo lo cual significa una alteración del funcionamiento personal: psicológico y social. Esta acepción de abuso es equiparable con el de trastorno por abuso de sustancias psicoactivas del DSM-V o con el consumo perjudicial de sustancias de la CIE-10.

El término "dependencia", que ha venido a sustituir, a propuesta de la OMS, los más tradicionales de toxicomanía, habituación, etc, está relacionado con otras nociones fundamentales:

#### *D. Necesidad*

La necesidad es el deseo invencible por el consumo del tóxico. El estado de necesidad implica, pues, la pérdida de la libertad frente al consumo de una determinada sustancia, lo que se halla estrechamente unido a la noción de dependencia.

#### *E. Dependencia*

La dependencia es concebida por la OMS como "un estado provocado artificialmente por la administración repetida de una droga o sustancia medicamentosa, en forma continuada o periódica". Las características de esta dependencia varían de acuerdo con la sustancia, motivo por el que el término debe ir siempre seguido de la expresión del tipo particular de dependencia (morfínica, cocaínica, anfetamínica, etc).

- **Dependencia psíquica:** es constante en todas las toxicomanías y está relacionada con una apreciación subjetiva o individual de los efectos de la droga (tonalidad agradable de la experiencia perceptiva, cenestésica y afectiva bajo los efectos de la droga, facilidad de las relaciones con el mundo, tolerancia al sufrimiento, etc).
- **Dependencia física:** está más condicionada por la naturaleza de la droga empleada que por la personalidad del individuo. Así se presenta preferentemente frente a sustancias depresoras del Sistema Nervioso Central, SNC (opiáceos naturales y sintéticos, barbitúricos, tranquilizantes, alcohol), mientras que es menor frente a las sustancias estimulantes (cocaína, anfetamina). La presentación de una dependencia física requiere que la presencia de la droga se haya hecho imprescindible para el mantenimiento de la homeostasis. La dependencia es debida a la formación de fenómenos homeostáticos de compensación que el organismo pone en marcha para



protegerse de los efectos farmacológicos provocados por la droga durante su administración (Álamo et al, 2008).

#### *F. Síndrome de abstinencia*

Consiste en la serie de síntomas que se presentan a consecuencia de la supresión brusca de la droga. El mecanismo se comprende a través del citado fenómeno de compensación homeostática. Al romperse el equilibrio logrado entre las dosis excesivas y continuadas de la droga y la acción homeostática compensadora, aparecen una serie de síntomas de tipo neurovegetativo y signo opuesto a los que se presentaban durante la fase de administración. Se interpretan a partir de un trastorno de la regulación hipotalámica.

#### *G. Tolerancia*

Muchas de estas sustancias son capaces de provocar un estado de adaptación del organismo, caracterizado por un tipo de respuesta atenuada a la misma cantidad de droga, y, en consecuencia, por la necesidad de administrarse dosis progresivas con el fin de obtener los mismos efectos iniciales. La heroína, los barbitúricos y las anfetaminas, presentan este tipo de tolerancia. La marihuana, por el contrario, presenta escasa tendencia a aumentar la dosis.

### **1.2. Clasificación de las Drogas**

Existen diferentes posibilidades a la hora de realizar clasificaciones sobre las drogas. Inicialmente, y antes de describir las drogas en función de una clasificación, se describirán brevemente los distintos tipos de clasificaciones más comunes y utilizadas.

#### 1.2.1. Clasificación común

Clasificación que se encuentra en muchos textos y que está presente en el lenguaje popular. Divide a las drogas en duras y blandas. Este criterio poco preciso genera poco consenso entre los especialistas ya que lo consideran erróneo y provocador de equívocos graves.

### 1.2.2. Clasificación sociológica

La división de las drogas en legales e ilegales es sobradamente conocida. Se trata de distinguir entre las sustancias respecto de las cuales la sociedad es permisiva y aquellas cuyo tráfico y consumo es penalizado por la ley.

Cada sociedad elabora sus propias leyes en conformidad con su historia, sus tradiciones y su organización sociopolítica, lo cual supone que la posible división no sea válida universalmente, dada la disparidad de criterios jurídico-penales entre los diversos países.

### 1.2.3. Clasificación atendiendo a su origen

Las drogas pueden clasificarse en función de su origen. Desde esta perspectiva, nos encontramos con drogas naturales, drogas sintéticas y drogas semisintéticas.

### 1.2.4. Clasificación atendiendo a su poder adictogéno

Arrancando de los conceptos de tolerancia y dependencia se realiza una división que intenta graduar la capacidad de las sustancias para crear adicción. Esta clasificación nace del principio de que las drogas capaces de crear dependencia física y tolerancia poseen un mayor poder adictivo.

### 1.2.5. Clasificación por las vías de administración y aditivos

Esta clasificación, sin duda discutible, se debe a la subcultura circundante al uso de las sustancias, que genera toda una mitología alrededor de los efectos, las formas de uso, el momento y el lugar apropiado. La vía de administración sería un elemento más del ritual necesario para que la sustancia provoque el efecto deseado. Rara vez se elige individualmente la forma de administración. Se asume la costumbre social, por muy irracional que ésta sea. La vía elegida posee gran importancia, porque tiene una consecuencia directa sobre las propiedades farmacocinéticas de la sustancia y, por tanto, con la mayor o menor rapidez con que se instaura la dependencia. Cuando las drogas se administran por vías que producen efectos placenteros inmediatos y breves, su potencial de acción es más alto.

### 1.2.6. Clasificación clínica

Esta clasificación se realiza en función de las transformaciones que los principios psicoactivos ejercen sobre el SNC. En definitiva, se trata de ordenar las sustancias por los efectos que principalmente producen en el organismo (OMS, 1975), según induzcan pautas de comportamiento similares en los consumidores de dichas sustancias. Esta es la clasificación seguida por la OMS, que las divide en tres grandes grupos:

#### *A. Drogas depresoras*

Son aquellas que disminuyen o bloquean la actividad y funciones del SNC. Suelen inducir sedación, somnolencia, enlentecimiento de las reacciones, alteración de la concentración y en ocasiones del juicio, disminución en la apreciación de los estímulos externos, reducción de la tensión arterial, frecuencia cardíaca y respiratoria. A dosis bajas y en corto plazo pueden producir excitación y estimulación.

Son consideradas drogas depresoras el alcohol, el opio y sus derivados (morfina, codeína, heroína, metadona), los barbitúricos, los hipnóticos y las benzodiazepinas.

#### *B. Drogas estimulantes*

Son sustancias que aumentan la actividad del SNC. Suelen aumentar el nivel de atención y vigilia, pudiendo producir una sensación subjetiva de mayor rendimiento físico o mental con disminución del sueño y de la fatigabilidad. Provocan euforia, desinhibición, menor control emocional, irritabilidad, agresividad, excitación motora e inquietud.

Son consideradas drogas estimulantes la cocaína, pasta base, crack, anfetaminas, xantinas (cafeína y teína), tabaco y éxtasis.

#### *C. Drogas perturbadoras*

Son aquellas sustancias que distorsionan la actividad del SNC. Suelen producir alteraciones en las funciones psíquicas básicas, dificultan la concentración, atención, razonamiento y memoria. Pueden producir alteraciones

sensoperceptivas, provocando exageración de las percepciones sensoriales, en especial de los sentidos de la vista y del oído.

Se incluyen dentro de este grupo sustancias como la marihuana, hachís, LSD, peyote, mezcalina, PCP o polvo de ángel, hongos alucinógenos y sustancias inhalables.

No debemos olvidar, que algunas de ellas, aunque incluidas en un grupo, presentan características de otros grupos, como por ejemplo el cannabis (depresor y perturbador) o el éxtasis (estimulante y perturbador).

### **1.3. Farmacología y efectos de las drogas más utilizadas y relacionadas con estos delitos**

#### **1.3.1 Cocaína**

La coca (*Erythroxylum coca*) es un arbusto originario de los Andes amazónicos conocido desde las culturas preincaicas hace unos cinco mil años. Las poblaciones andinas han utilizado tradicionalmente la hoja de coca como anestésico y para combatir el hambre y la fatiga. Tras el aislamiento del alcaloide cocaína (benzoilmetilecgonina) a finales del siglo XIX, su uso como anestésico local, así como con fines curativos y tonificantes se extendió a nivel mundial. Al mismo tiempo aparecieron los primeros casos de intoxicación (Thompson, 1880) y muerte (Garland, 1895). Freud por ejemplo, proponía su utilidad para tratar la depresión, el asma y la adicción a la morfina. También estaba incluida en la fórmula inicial de la Coca-Cola hasta 1906. En la actualidad y con respecto al consumo de cocaína en Europa, España se mantiene junto con Reino Unido y Francia, como líder de la Unión Europea en consumo de cocaína, aunque su uso tiende a disminuir desde el máximo alcanzado en 2008 (EMCDDA, 2015).

Existen diferentes formas de consumo de la cocaína (hojas de coca, sulfato de cocaína, clorhidrato de cocaína y cocaína base o crack) que condicionan su farmacocinética, actividad farmacológica, toxicidad y grado de adicción. Su consumo más habitual es como clorhidrato de cocaína o crack, solándose esnifar o fumar,

aunque también se administra por vía intravenosa (i.v.). Fumada presenta efectos inmediatos (5 segundos), muy intensos y muy fugaces lo que lleva a un uso compulsivo y muy frecuente, incluso mayor al producido tras la administración i.v. o esnifada (Allain et al, 2015). La cocaína produce una dependencia psicológica importante. Se distribuye ampliamente por el organismo, se metaboliza rápidamente y se excreta por la orina de forma inalterada en un 1-5%. La benzoilecgonina es el metabolito que se detecta en orina entre 3 y 4 días después del último consumo, variando mucho los límites de detección en función de la dosis y la vía de administración utilizada. Cualquier dosis es potencialmente tóxica, habiéndose registrado muerte incluso tras un primer consumo (Bortolotti et al, 2012). En general, es difícil predecir su toxicidad, debido a la variabilidad en el grado de pureza, la presencia de adulterantes y la diferente tolerancia individual de los consumidores.

FORMAS DE CONSUMO DE COCAÍNA							
TIPO DE SUSTANCIA	CONC. COCAINA	VIA ADMON	% PLASMA	VELOCIDAD APARICION EFECTOS	CONC. MAX. PLASMAT	DURACION EFECTOS	PROGRESIÓN CONSUMO/DESARROLLO DEPENDENCIA
HOJAS DE COCA	0,5-1,5%	Mascado, Infusión, Oral	20-30%	Lenta	60 min	30-60 min	No
CLH COCAÍNA	12-75%	Intranasal (ocular, genital)	20-30%	Relativ. Rápida	5-10 min	30-60 min	Sí, largo plazo (meses)
CLH COCAÍNA	12-75%	Endoven s.c., i.m.	100% 70-80%	Rápida	30-45 seg	10-20 min	Sí, corto plazo (semanas)
PASTA DE COCA (SULFATO)	40-85%	Fumada	70-80%	Muy rápida	8-10 seg	5-10 min	Sí, corto plazo (semanas)
CRACK (COCAÍNA BASE)	30-80%	Inhalada Fumada	70-80%	Muy rápida	8-10 seg	5-10 min	Sí, corto plazo (semanas)

El consumo de alcohol y cocaína es muy frecuente y supone un riesgo y un aumento de la morbi-mortalidad asociada a la cocaína (Bortolotti et al, 2012). Datos epidemiológicos indican que su ingesta simultánea aumenta el riesgo de muerte súbita por cocaína hasta en 18 veces. El metabolismo de la cocaína en presencia de etanol da lugar a cocaetilo, metabolito con actividad farmacológica y altamente tóxico a nivel cardíaco y hepático. Este consumo prolonga la sensación de euforia, produce mayor depresión miocárdica y aumenta la vida media en 2,5 veces respecto a la cocaína sola, lo que puede dar lugar a manifestaciones clínicas tardías (Mc Cance, 1995).

La cocaína es un inhibidor de los procesos de recaptación tipo I de aminas biogénicas (especialmente dopamina aunque también adrenalina, noradrenalina y serotonina) facilitando la acumulación de estos neurotransmisores en la hendidura sináptica. También se produce un aumento de aminoácidos excitadores (aspartato y glutamato)(Carroll et al, 2004). Sus acciones farmacológicas se caracterizan fundamentalmente por la actividad noradrenérgica y dopaminérgica que afecta a distintos sistemas, siendo la intoxicación aguda la manifestación de la hiperactividad de estos sistemas. Producen estimulación alfa y beta, responsables de la aparición de hipertensión y taquicardia, diaforesis, temblor y midriasis. Agitación psicomotriz, alucinaciones, psicosis, anorexia, actividad sexual y termorregulación. En el miocardio, bloqueo de los canales de sodio, con un efecto similar a los antiarrítmicos tipo I y a nivel local, efecto anestésico por bloqueo de los canales de sodio de las membranas axonales, y vasoconstricción por aumento de la producción de endotelina y disminución de la producción de óxido nítrico (Lizasoain Hernández, Moro Sánchez, 2009).

ACCIONES FARMACOLOGICAS DE LA COCAÍNA	
<p><b>SNS Y APARATO CARDIOVASCULAR</b> Estimula receptores <math>\alpha</math> y <math>\beta</math> adrenérgicos</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Vasoconstricción.</li> <li>- Aumento de la presión arterial.</li> <li>- Bradicardia (dosis bajas).</li> <li>- Taquicardia (dosis altas).</li> <li>- Midriasis, sudor y temblor.</li> </ul>
<p><b>TEMPERATURA CORPORAL</b> Aumento de temperatura corporal</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Producción de calor por medio de la actividad muscular.</li> <li>- Disminución de pérdida de calor por la vasoconstricción.</li> <li>- Pérdida de control central dopaminérgico.</li> </ul>
<p><b>SNC</b> Potente estimulante</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Elevación estado de ánimo.</li> <li>- Disminución de apetito y sensación de fatiga.</li> <li>- Insomnio.</li> <li>- Hiperactividad motora, verbal e ideativa.</li> <li>- Tras efecto agudo: cansancio, fatiga y disforia.</li> <li>- Por vía intravenosa: flash.</li> <li>- Pseudoalucinaciones táctiles, auditivas y visuales, conducta estereotipada, bruxismo y convulsiones.</li> </ul>

### 1.3.2. Opiáceos

El consumo de opio con fines medicinales es tan antiguo como la historia de la humanidad, utilizándose con motivaciones sociales y medicinales al ser inductor de euforia, analgesia y sueño, así como para prevenir la diarrea. Los sumerios (4000 A.C.) ya lo utilizaban y lo exportaron a Egipto en tiempos del faraón Ramses II. Se recogen datos de su uso en las civilizaciones griega y romana (Hipócrates y Galeno), musulmana y en las cruzadas. Llega a Asia en el siglo X como medicamento, describiéndose en el siglo XVII el primer episodio de abuso masivo recreativo (fumado), primero en India y posteriormente en China, provocando graves conflictos conocidos como las guerras del opio entre los años 1840 y 1880. En Europa no se introduce como sustancia lúdica hasta el siglo XVIII siendo conocido como el Laúdano de Sydenham (Booth M, 1996).

El opio es un extracto que se obtiene a partir de la adormidera, tipo de amapola llamada *Papaversomniferum* que contiene morfina y otros alcaloides afines. Su extracción se realiza haciendo una incisión en la cápsula existente bajo los pétalos de la planta. Estos cortes exudan un látex de aspecto lechoso que coagula rápidamente y adquiere tono marrón al contacto con el aire. Tras su refinado y transformación, puede ser fumado, comido o bebido.

Los opiáceos se clasifican en función de su estructura química y procedencia en alcaloides naturales como morfina, codeína, tebaína y papaverina, que se obtienen de la adormidera; alcaloides semisintéticos como heroína y apomorfina; o sintéticos caso de pentazocina, meperidina, metadona, buprenorfina y fentanilo. Se trata de un conjunto de sustancias con una serie de rasgos comunes como una potente acción depresora y analgésica sobre el SNC, con capacidad de generar con prontitud tolerancia y dependencia, por lo cual al suspender o disminuir su administración, se presenta un síndrome de abstinencia de características muy definidas. La siguiente tabla muestra sus efectos farmacológicos (Fields et al, 2015):

<b>EFFECTOS FARMACOLOGICOS DE LOS OPIACEOS</b>	
<b>SNC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Analgesia sin pérdida de conciencia.</li> <li>- Somnolencia.</li> <li>- Cambios a nivel del status mental.</li> <li>- Euforia/disforia.</li> <li>- Irritabilidad.</li> <li>- Náuseas/vómitos.</li> <li>- Miosis.</li> <li>- Alteración hipotalámica de la termorregulación.</li> </ul>
<b>APARATO RESPIRATORIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Depresión respiratoria.</li> </ul>
<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Liberación de histamina.</li> <li>- Hipotensión ortostática.</li> <li>- Hipoxia.</li> <li>- Vasodilatación cerebral.</li> </ul>
<b>APARATO DIGESTIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Descenso motilidad intestinal.</li> <li>- Disminución secreción jugos gástricos.</li> <li>- Contracción esfinteriana.</li> </ul>
<b>SISTEMA ENDOCRINO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución liberación ACTH.</li> <li>- Disminución corticoides adrenales.</li> <li>- Disminución gonadotropinas.</li> <li>- Disminución función tiroidea.</li> </ul>
<b>SISTEMA GENITOURINARIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Amenorrea.</li> <li>- Disminución de la libido.</li> <li>- Retención urinaria.</li> </ul>

Dentro de este grupo, dos son los compuestos que tienen mayor interés para el presente trabajo: la heroína y la metadona.

Con respecto a sus características farmacodinámicas, son fármacos agonistas de los receptores opioides  $\mu$ ,  $\delta$ ,  $\kappa$  y ORL<sub>1</sub> (opioid receptor like), también denominados como MOP, DOP, KOP y NOP respectivamente (Lawrence et al, 2015). Todos ellos receptores de membrana acoplados a proteínas-G. La euforia así como la dependencia de opioides está estrechamente relacionada con la activación de los receptores  $\mu$  (Alexander et al, 2007).



RECEPTORES OPIOIDES	
EFEECTO	SUBTIPO
Analgesia	
Supraespinal	$\mu_1, K_3, \delta_{1,2}$
Espinal	$\mu_2, K_1, \delta_2$
Depresión respiratoria	$\mu_2$
Aumento diuresis	$K_1$
Efectos psicomiméticos	$K$
Estreñimiento	$\mu_2, K$
Miosis	$\mu_1$
Neurotransmisores	
↓ liberación ACh	$\mu_1$
↓ liberación DA	$\mu_2, \delta$
Regulación hormonal	
↑ liberación PRL	$\mu_1$
↑ liberación GH	$\mu_2, \delta$
Sedación	$\mu, K$
↑ sensación de hambre	$\mu, K, \delta$

Nota: la farmacología del receptor NOP es bastante diferente a la descrita para los receptores opioides clásicos (Lawrence et al, 2015)

Las acciones farmacológicas de los opioides son similares, aunque las diferencias que se observan en sus efectos se deben a sus características farmacocinéticas (DePriest et al, 2015). La heroína y la morfina administradas por vía oral se metabolizan en el hígado en su mayor parte haciendo necesario el uso de otras vías de administración, mientras que la metadona se puede administrar por vía oral al metabolizarse más lentamente. El pico máximo de la heroína intravenosa se produce entre los 2 y 15 minutos siendo su vida media de 2-5 horas. Estas características hacen necesario un consumo diario, rígido y constante. La metadona administrada oralmente actúa entre los 30 y 35 minutos y tiene una vida media de 24-36 horas. Ambas sustancias se pueden detectar en orina en un periodo de 1 a 3 días (Corbett et al, 2006).

Durante los años 80 el consumo de heroína fue el patrón base del drogodependiente, produciéndose desde entonces una disminución en la prevalencia global de su consumo. En la actualidad el perfil de la población que inicia ahora el consumo de heroína es totalmente diferente, suele ser policonsumidora de muchas otras sustancias apreciándose un marcado cambio en la forma de consumo desde la inyectada hacia la inhalada, fumada. Es muy usual encontrar drogodependientes que

toman la heroína mezclada con otras drogas, por ejemplo cocaína (speedball), para prolongar e intensificar los efectos de ambos productos (EMCDDA, 2015).

#### 1.4.3. Cannabis

El consumo de preparaciones de cannabis con fines recreativos o medicinales se remonta a la antigüedad. Conocido en las sociedades chinas hace más de cinco mil años, donde se cultivaba *Cannabis Sativa* para obtener fibras y aceites de sus semillas. En la India se utilizaba también para la práctica de oficios religiosos. Desde esta colonia inglesa se introduce en Europa para la producción de fibra, fabricación de cuerdas, alpargatas y tejidos. El mundo islámico entra en contacto con el cannabis al invadir la India y posteriormente lo introducen en los terrenos ocupados, incluida la península ibérica, llamándolo “hashish” que significa hierba en árabe.

Jaques-Joseph Moreau describe en 1840 los principales efectos del cannabis:

- Inexplicables sentimientos de felicidad.
- Disociación de ideas.
- Errores en la apreciación del tiempo y del espacio.
- Exacerbación del sentido del oído.
- Ideas fijas.
- Alteración de las emociones.
- Impulsos irresistibles.
- Ilusiones o alucinaciones.

El principal producto psicoactivo del cáñamo fue aislado en 1964, el delta-9-tetrahidrocannabinol ( $\Delta^9$ -THC). A través de la manipulación genética de las semillas, la concentración del principio activo del cannabis ( $\Delta^9$ -THC) ha pasado del 7% al 20%. En todo caso la cantidad de  $\Delta^9$ -THC depende de las diferentes formas de consumo (Romero et al, 2002) como se indica en la siguiente tabla:

FORMAS DE CONSUMO DE CANNABIS		
	ELABORACIÓN	% $\Delta^9$ -THC
<b>MARIHUANA</b>	Prensado y triturado de la planta	1-3% de $\Delta^9$ -THC (incluso 20%)
<b>HACHIS</b>	A partir de la resina de la planta y posterior prensado	10-15% de $\Delta^9$ -THC
<b>ACEITE DE HACHIS</b>	Extracción repetida de la resina delhachís mediante disolventes	20% de $\Delta^9$ -THC (incluso 60%)

Es la droga ilícita más consumida en el mundo (EMCDDA, 2015), la mayoría de las veces de forma fumada, ya sea como marihuana en pipas y rollos, o como hachís mezclado con tabaco (los denominados “porros” o “canutos”), pero también se administra por vía oral mediante infusiones, como condimento de comidas (tortillas, bizcochos o galletas), o como aceite de hachís (untado en rebanadas).

Con respecto a la tolerancia, el consumo ocasional de cannabis a dosis bajas no suele provocarla, aunque el uso continuado de dosis elevadas sí lo hace, especialmente en lo referente a los efectos orgánicos (cardiovasculares y autonómicos, sobre todo) y, en menor medida, a los conductuales (Maccarrone et al, 2015). No obstante, como las expectativas suelen contribuir a los efectos subjetivos, un consumidor experimentado puede “conseguir” efectos incluso con pequeñas dosis. Los consumidores regulares de cannabis no desarrollan tolerancia a la inyección conjuntival que parece ser debida en parte a la irritación directa del humo. Aunque estos consumidores también desarrollan tolerancia a algunos efectos psicológicos y experimentan un menor grado de tolerancia a las alteraciones de la percepción. Se suele desarrollar tolerancia cruzada en ambos sentidos con otras drogas de abuso fundamentalmente de tipo depresor, (especialmente con el alcohol), pero no con alucinógenos tipo LSD.

En lo que concierne a la dependencia física, diversos autores han sugerido que los derivados del cannabis no inducen dependencia física en humanos, mientras que otros han descrito la aparición de ciertos signos de abstinencia en consumidores de preparaciones particularmente ricas en principios activos (Hollister, 1986, Haney y Haney et al, 1999). Las escasas reseñas referentes a estos cuadros de abstinencia sugieren que deben ser suaves y difíciles de observar en consumidores de cannabis. No

obstante, los derivados del cannabis producen claros efectos subjetivos en el individuo que conducen a una búsqueda y consumo de la droga:

<b>MOTIVOS PARA CONSUMIR CANNABIS</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Aumentar la sensación de bienestar.</li> <li>• Obtener una moderada euforia.</li> <li>• Relajarse.</li> <li>• Aliviar la ansiedad.</li> <li>• Intensificar las emociones.</li> <li>• Obtener distorsiones sensoriales.</li> <li>• Evitar los síntomas de abstinencia.</li> <li>• Mitigar trastornos preexistentes de la personalidad o del temperamento.</li> <li>• Asociarla a otras drogas para mitigar los efectos psicoestimulantes o potenciar los efectos depresores.</li> </ul>

Con respecto a la farmacocinética del  $\Delta^9$ -THC(Goullé JP et al, 2008), es una molécula altamente lipofílica que se absorbe fácilmente por vía inhalatoria y oral. Al fumar marihuana, el  $\Delta^9$ -THC pasa rápidamente de los pulmones a la circulación distribuyéndose rápidamente por el organismo y permaneciendo varios días. El  $\Delta^9$ -THC se une en un 95-99% a proteínas plasmáticas. Los efectos psíquicos son casi inmediatos, alcanzan un máximo en 20-30 minutos, pudiendo durar 2-3 horas. La administración oral es menos eficaz que la inhalada y, en general, debe ser de tres a cinco veces mayor que ésta para que se produzcan efectos similares.

El  $\Delta^9$ -THC se puede detectar en orina entre 3 y 10 días después de una dosis, entre 3 a 5 semanas si el consumo es crónico y tras 3 días en caso de exposición pasiva dependiendo de su duración.

Los cannabinoides interaccionan con receptores específicos pertenecientes al sistema cannabinoide endógeno, sistema de comunicación y regulación celular, del que se van conociendo progresivamente sus diferentes elementos. Hasta el momento se han descrito 2 subtipos de receptores de membrana  $CB_1$  y  $CB_2$ (Pertwee et al,2010) a los que se unen al menos 4 tipos de ligandos endógenos denominados "endocannabinoides", y los elementos (transportador + amidohidrolasa) que

constituyen el proceso de finalización de la señal biológica producida por los endocannabinoides (Florez, 2013).

<b>EFFECTOS FARMACOLOGICOS DEL CANNABIS</b>		
<b>SNC</b>	<b>NEUROPSIQUIÁTRICOS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Euforia/disforia.</li> <li>- Aumento de la creatividad.</li> <li>- Relajación.</li> <li>- Ansiedad.</li> <li>- Despersonalización.</li> <li>- Aumento percepción sensorial.</li> <li>- Alucinaciones.</li> <li>- Alter. percepción del tiempo.</li> <li>- Psicosis.</li> <li>- Fragmentación del pensamiento.</li> </ul>
	<b>MEMORIA</b>	- Afectación memoria corto plazo.
	<b>ACTIVIDAD MOTORA</b>	- Menor rendimiento.
	<b>TEMPERATURA CORPORAL</b>	- Descenso de la misma.
	<b>APETITO</b>	- Aumento del mismo.
	<b>OTROS</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Efecto antiemético.</li> <li>- Analgésico.</li> <li>- Anticonvulsivante.</li> <li>- Neuroprotector.</li> <li>- Participación en mecanismos de recompensa.</li> </ul>
<b>APARATO RESPIRATORIO</b>		- Broncodilatación.
<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Taquicardia.</li> <li>- Aumento caudal cardíaco.</li> <li>- Aumento demanda de oxígeno.</li> <li>- Vasodilatación.</li> <li>- Hipotensión ortostática.</li> <li>- Inhibición agregación plaquetaria.</li> </ul>
<b>APARATO DIGESTIVO</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sequedad de boca.</li> <li>- Disminución motilidad intestinal.</li> <li>- Disminución vaciamiento gástrico.</li> <li>- Disminución secreción ácida.</li> </ul>
<b>SISTEMA ENDOCRINO</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminución concentraciones plasmáticas de LH, FSH, TST, PL Y GH.</li> <li>- Disminución motilidad espermatozoides.</li> </ul>
<b>SISTEMA INMUNITARIO</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inmunomodulador.</li> <li>- Antiinflamatorio.</li> </ul>
<b>OJO</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Inyección conjuntival.</li> <li>- Disminución presión intraocular.</li> </ul>
<b>MATERIAL GENETICO</b>		<ul style="list-style-type: none"> <li>- Actividad antineoplásica.</li> <li>- Inhibición síntesis ADN, ARN y proteínas.</li> </ul>

El subtipo CB<sub>1</sub> está localizado en el SNC (principalmente en ganglios basales, hipocampo y cerebelo, y en menor densidad en córtex cerebral), en terminales nerviosos periféricos y en testículo (Pertwee et al, 2010) . Esto explica los efectos sobre el SNC (sobre la memoria y la actividad motora), así como los efectos cardiovasculares, respiratorios, gastrointestinales, etc (ver tabla efectos).

El subtipo CB<sub>2</sub> parece estar relacionado principalmente con el sistema inmune, produciendo efecto inmunomodulador y antiinflamatorio (Corbett et al, 2006).

Entre los efectos no deseados destacan: pérdida de la motivación y pereza, despistes, olvidos, fallos de memoria, pérdida de la capacidad de concentración, distorsión en la percepción y en la cognición, confusión mental, disminución de la tensión arterial, mareos, vómitos, boca seca, aumento del apetito, problemas respiratorios (aumento en el número de infecciones respiratorias y bronquitis crónica, así como aumento en la probabilidad de cáncer de pulmón) y dependencia y adicción (Pertwee et al,2010; Maccarrone et al, 2015).

La intoxicación se caracteriza por crisis de pánico y ansiedad y cuadro de psicosis tóxica aguda con alucinaciones, ideas delirantes y despersonalización.

Tras el descubrimiento del sistema endocannabinoide y el avance en el conocimiento de su funcionamiento, se han sintetizado moléculas menos lipofílicas, más selectivas y con mayor potencial farmacológico(Mills et al, 2015). Estas nuevas moléculas podrían ser de utilidad en el tratamiento de diversas enfermedades, para las que en algunos casos, ya existen evidencias clínicas. Tratamiento de los vómitos provocados por la quimioterapia anticancerosa, como inductor del apetito en pacientes cancerosos y con SIDA, en la esclerosis múltiple, glaucoma, trastornos de la coordinación motora (Jarvinen et al, 2002; Pertwee, 2002; Romero et al, 2002), incluso formando parte de estrategias terapéuticas para el tratamiento de la dependencia a sustancias de abuso (Maldonado et al, 2006).

#### 1.4.4. Benzodiazepinas, con especial referencia al Alprazolam

Las benzodiazepinas (BZD) son fármacos psicotrópicos que actúan sobre el SNC, con efectos sedantes e hipnóticos, ansiolíticos, anticonvulsivos, amnésicos y miorrelajantes. Es por ello que son ampliamente usados y prescritos en la terapia de la ansiedad, insomnio y otros estados afectivos, así como las epilepsias, abstinencia alcohólica y espasmos musculares (Chouinard, 2006). A su vez se utilizan en ciertos procedimientos invasivos como la endoscopia para inducir sedación y anestesia. Los individuos que abusan de drogas estimulantes, con frecuencia se autoadministran BZD para calmar su estado anímico.

CARACTERÍSTICAS FARMACOCINÉTICAS DE LAS BENZODIAZEPINAS						
FARMACO	Semivida plasmática eficaz	T <sub>max</sub> (h)	Metabolitos activos	Absorción oral	Biodisponibilidad oral %	Eliminación renal %
<b>ACCION CORTA</b>						
Midazolam	1-3 h	30 min	Si	Muy rápida	90%	80%
Triazolam	2-4 h	2 h	No	Muy rápida	99-100%	90%
Benzazepam	3-4,5 h	0,65-1,45 h		Rápida	86%	80%
Brotizolam	5 h	1 h		Rápida	70%	75%
Clotiazepam	5-6 h	0,5-1,5 h	No	Muy rápida		90%
Laprazolam	7-8 h	1-2 h		Rápida	80%	39%
Oxacepam	7-10 h	2-3 h	No	Lenta	90-95%	90%
Lormetazepam	10 h	0,5 h		Muy rápida	80%	90%
Lorazepam	12 h	2 h	No	Lenta	90%	90%
Alprazolam	11-13 h	1-2 h	No	Muy rápida	80%	80%
<b>ACCION LARGA</b>						
Pinazepam	15-17 h		Si	Muy rápida		
Bromazepam	8-19 h	1-4 h	Si	Muy rápida	84%	85%
Clobazam	20 h	2 h	Si	Lenta	100%	85%
Flunitrazepam	15-24 h	1 h	No	Muy rápida	90-95%	81%
Clordiazepoxido	7-28 h	2-4 h	Si	Lenta	100%	90%
Nitrazepam	25-30 h	2 h	No	Rápida	78%	70%
Halazepam	15-35 h		Si	Lenta		
Diazepam	15-60 h	30-90 min	Si	Muy rápida	99%	90%
Quazepam	25-41h	2 h	Si	Muy rápida		70%
Clorazepatodipotásico	30-60 h	1 h	Si	Rápida	100%	90%
Ketazolam	50-100 h	3 h	Si	Lenta		
Flurazepam	51-100 h	2,3 h	Si	Muy rápida	3-4%	98%

En cuanto a su clasificación, tal y como se observa en la tabla anterior, existen una serie de diferencias clínicas entre las diferentes BZD que dependerán en gran medida de sus características farmacocinéticas, debiendo ser un criterio para prescribirlas la

duración de su efecto(Altamura et al, 2013). La vida media de eliminación es por tanto decisiva, distinguiéndose dos tipos fundamentales de BDZ de acción larga y acción corta.

Con respecto a su farmacodinamia, las BDZ se unen al receptor GABA<sub>A</sub> responsable de mediar los efectos del ácido gamma-aminobutírico (GABA) en el cerebro sobre el sistema activador reticular ascendente, bloqueando la excitación tanto cortical como límbica. El receptor GABA está constituido por hasta 5 subunidades de 19 posibles y sus diferentes combinaciones llevan a producir diferentes actividades en lo que respecta a las acciones de las BDZ. Clínicamente, todas las BDZ causan una depresión del SNC en función de la dosis, variando desde las mínimas alteraciones hasta la hipnosis.

<b>ACCIONES FARMACOLÓGICAS DE LAS BENZODIAZEPINAS</b>	
<b>ACCION ANSIOLITICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alivian tensión subjetiva y síntomas objetivos (sudoración, taquicardia, etc).</li> <li>- Trastornos de pánico.</li> <li>- Dosis altas: sopor, letargia, ataxia, debilidad muscular.</li> </ul>
<b>ACCION MIORRELAJANTE</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Acción central, no periférica.</li> <li>- Dosis cercanas a las de sedación.</li> </ul>
<b>ACCION ANTICONVULSIVANTE</b>	
<b>ACCION HIPNOTICA</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Disminuye tiempo de latencia y despertares.</li> <li>- Aumenta tiempo de sueño y eficacia.</li> </ul>

La siguiente tabla muestra los efectos adversos de las BDZ:

<b>EFFECTOS ADVERSOS</b>	
<b>SNC</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Somnolencia.</li> <li>- Sedación.</li> <li>- Ataxia.</li> <li>- Habla ralentizada.</li> <li>- Desinhibición.</li> <li>- Confusión.</li> <li>- Reacciones paradójales (manía, agitación, hiperactividad).</li> </ul>
<b>APARATO GENITOURINARIO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cambios en la libido.</li> <li>- Retención urinaria.</li> </ul>
<b>APARATO VISUAL</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visión borrosa.</li> </ul>
<b>APARATO DIGESTIVO</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diarrea.</li> <li>- Nauseas.</li> <li>- Vómitos.</li> <li>- Ictericia.</li> </ul>



De todas ellas, la más utilizada en el ámbito de las toxicomanías es el alprazolam, triazolobenzodiazepina de alta potencia (diez veces más potente que diazepam) y de eliminación rápida, relacionándose este factor con una mayor gravedad en el síndrome de abstinencia que presenta (Verster et al, 2004). En el tratamiento de las toxicomanías, se prescribe especialmente en el manejo de las crisis de angustia como la agorafobia, ataques de pánico y estrés intenso.

#### **1.4.- Criterios para el diagnóstico y la clasificación de los trastornos por uso de drogas**

Históricamente, la definición operativa de lo que es un trastorno por consumo de drogas ha sido un asunto controvertido, generando gran cantidad de problemas para el desarrollo y aplicación de programas de tratamiento, así como para la evaluación del impacto de los mismos. En la actualidad los instrumentos de clasificación diagnóstica de uso más frecuente son la Clasificación CIE-10 y el Manual DSMV. Ambos instrumentos le dedican especial atención a los trastornos por uso de drogas y proponen criterios clínicos para su diagnóstico, permitiendo la identificación de la demanda de tratamiento en los servicios según criterios uniformes. En base a los criterios definidos en ambas clasificaciones, es posible identificar diversos grados y tipos de alteraciones derivadas del consumo de los diferentes tipos de drogas. Por una parte se establecen los parámetros para el diagnóstico de la dependencia y de la condición previa a la misma, como vendría a ser el abuso o uso nocivo. Por otro lado se describen las complicaciones agudas y crónicas, que se derivan del consumo de drogas resaltando la intoxicación aguda y el síndrome de abstinencia agudo, además de los trastornos psicóticos, afectivos y cognitivos. Cada uno de estos trastornos es descrito para los tipos de drogas de uso más frecuente: alcohol, opioides, cannabinoides, sedantes o hipnóticos (o ansiolíticos), cocaína, estimulantes (anfetaminas, cafeína), alucinógenos, tabaco (nicotina), disolventes volátiles (Inhalables). En este trabajo se incluyen como anexo (anexo II) los criterios recogidos en el DSM V para el cannabis, cocaína, opiáceos y benzodiazepinas.

#### 1.4.1. Dependencia

El diagnóstico de dependencia está referido a una condición en la cual el sujeto durante el último año manifiesta una conducta caracterizada por la intensa necesidad de consumir la sustancia, la pérdida de la capacidad para controlar el consumo, aparición de síntomas físicos asociados a la supresión del consumo o la disminución de la dosis, el desarrollo de tolerancia, así como el evidente deterioro en su desempeño (social, familiar, académico, laboral, etc.) y el fracaso de repetidos intentos para detener o controlar el consumo, a pesar de la conciencia de sus consecuencias perjudiciales.

En el caso del abuso o consumo perjudicial, el énfasis está puesto en el deterioro o malestar, daño a la salud física o mental que ocurre como consecuencia del consumo de la sustancia, pero que no alcanza a cumplir la totalidad de los criterios necesarios para el diagnóstico de dependencia.

El abuso pudiera considerarse como una forma “menor” del daño producido por el consumo de drogas, anterior en la evolución de la enfermedad adictiva, o en último caso, una conducta de alto riesgo para el desarrollo de un trastorno por dependencia.

#### 1.4.2. Trastornos relativos al consumo de drogas

Se refiere a un conjunto de entidades clínicas relacionadas directamente con el consumo agudo o crónico de drogas. Entre los cuadros agudos destacan la intoxicación, el síndrome de abstinencia y la psicosis orgánica aguda (delirium), como situaciones que requieren de atención inmediata o de emergencia y una serie de complicaciones de tipo crónico, que incluyen la psicosis crónica, los trastornos afectivos, demenciales y otras alteraciones del funcionamiento mental de los consumidores.

### 1.4.3. Diagnóstico Dual

Especial atención requiere la coexistencia de los trastornos por consumo de drogas con otros trastornos de salud, en especial con otros trastornos psiquiátricos, que configura buena parte de la demanda de atención que debe ser cubierta por los establecimientos de tratamiento. Esta condición se conoce como “diagnostico dual” y la relación entre los trastornos no necesariamente es de orden causal, pudiendo considerarse que se influyen entre sí en un sentido “bidireccional”. Las condiciones que con mayor frecuencia se encuentran asociadas con el consumo de drogas son los trastornos del humor (depresión, trastorno bipolar), los trastornos de personalidad (antisocial, entre otros), trastornos de conducta (tipo agresivo), esquizofrenia, los trastornos de ansiedad, los de la conducta alimentaria, juego patológico y también la conducta suicida. Entre los problemas no psiquiátricos asociados frecuentemente al consumo de drogas destacan la toxicidad cardiaca, problemas respiratorios, cirrosis hepática, problemas infecciosos (endocarditis, infección por HIV, hepatitis), malnutrición, y traumatismos.

La coexistencia de problemas médicos generales y psiquiátricos con trastornos por consumo de drogas, configura un panorama de mayor complejidad para el tratamiento, que a su vez, exige el diseño e implementación de estrategias terapéuticas que usualmente rebasan la capacidad de respuesta de los servicios tradicionales, haciendo necesario el desarrollo de nuevas opciones y la vinculación entre servicios de diferente perfil.

### **1.5.- Intervención asistencial en Drogodependencias**

El tratamiento de las drogodependencias, pese a los avances habidos en el conocimiento de estas sustancias, continua siendo un problema bastante complejo de resolver, y es que para que tenga éxito, deberá abordarse desde una triple perspectiva (bio-psico-social), con la participación de diversos profesionales (Psiquiatras, Médicos de Atención Primaria, Psicólogos, Enfermeros, Trabajadores Sociales, etc.). Pero

además de ser complejo, es también un proceso largo que, en no pocas ocasiones, conlleva dejar un estilo de vida a lo que no siempre están dispuestos estos pacientes. Por ello, los tratamientos en drogodependencias exigirán planteamientos individualizados, flexibles, participativos, diversificados, confidenciales, etc. Debe contemplarse como un abordaje global y multidisciplinar, que se ocupe de los aspectos médicos, psicológicos y sociales de estos pacientes, de ahí la necesidad de motivar no solamente al drogodependiente, sino también a sus propios familiares y a los profesionales implicados.

Todo plan terapéutico en drogodependencias, debe perseguir los siguientes objetivos generales:

- 1) Implementar el tratamiento y facilitar los instrumentos necesarios para su realización.
- 2) Favorecer el proceso de maduración personal y social desarrollando las habilidades necesarias para hacer frente a situaciones de riesgo y su incorporación social.
- 3) Conseguir una reinserción familiar, social y laboral adecuada, incluida la no comisión de actos antisociales.
- 4) Prevenir o reducir la incidencia o severidad de los problemas asociados a la adicción.

Y específicos:

*A) Desde el área médica*

- Valoración médica e implementación de tratamiento deshabitador.
- Atender la sintomatología del síndrome de abstinencia orgánico.
- Prevenir, detectar y atender las patologías orgánicas y psiquiátricas asociadas.
- Valorar e incluir si es necesario, en tratamientos sustitutivos.
- Formación en educación para la salud.

*B) Desde el área psicológica*

- Realizar el diagnóstico y la valoración de la conducta adictiva.
- Motivar al usuario hacia el cambio.
- Implicar a la familia en el proceso terapéutico.
- Negociar con el usuario los objetivos terapéuticos y las estrategias para alcanzarlos.
- Extinguir actitudes y conductas desadaptativas y dotar de nuevos recursos personales favorecedores de un estilo de vida más saludable.
- Enseñar estrategias para el manejo de la ansiedad y aumento de la autoestima y autoeficacia, así como técnicas de autocontrol.
- Enseñar habilidades sociales y técnicas de asertividad para el abordaje de problemas de relaciones interpersonales.
- Analizar y prevenir posibles recaídas.

*C) Desde el área social:*

- Conocer y orientar los aspectos educativos, formativos, prestaciones sociales, vivienda, judiciales y sociolaborales para promover la normalización social mediante la utilización de recursos generales y específicos.
- Seguimiento de los objetivos terapéuticos y metas propuestas con el paciente y su familia.
- Conocimiento de la dinámica familiar y su entorno para poder intervenir en situaciones de riesgo o daño.

Por tanto, el diagnóstico de los trastornos por consumo de sustancias requiere disponer siempre de una historia clínica completa, que constará de los siguientes apartados:

- Examen médico completo.
- Pruebas complementarias de laboratorio y otras que se valoren adecuadas en cada caso.

- Historia toxicológica que indique antecedentes toxicológicos y tratamientos realizados; situación toxicológica actual, droga predominante y secundarias, conocer el grado de severidad de la adicción, prácticas de riesgo, estimar el grado de afectación que el consumo ha producido sobre el organismo y grado de salud; determinar la existencia de un perfil de personalidad con dificultades emocionales y personales que puedan interferir en el tratamiento; valorar motivación, expectativas del paciente, implicación familiar, etapa de cambio en que se encuentra el paciente y cómo le ha afectado su conducta adictiva en los distintos ámbitos: situación legal, nivel educativo, situación laboral y económica, familiar y social.
- Control toxicológico.

Una vez estudiado y valorado el sujeto, se elabora un diagnóstico bio-psico-social y un plan terapéutico individualizado en función de las necesidades, características y momento evolutivo de la persona. Plan que precisa de un seguimiento periódico. En cualquier caso, ante una recaída hay que reevaluar la situación y replantear el plan. La consecución de estos objetivos exige la aplicación de programas no excesivamente rígidos, pues la experiencia demuestra que, dada su larga duración, favorecen el abandono de gran número de pacientes y a veces es preferible una disminución en el consumo o un cambio en sus hábitos para reducir los daños que estas sustancias ocasionan.

#### 1.5.1. Tipos de programas de intervención médica en drogodependencias

Básicamente, se pueden agrupar en:

##### *A. Programas libres de droga*

Su fin es la eliminación de la dependencia y el mantenimiento de la abstinencia de por vida, de modo que las recaídas en muchos casos suponen abandonar definitivamente el programa.

Suelen ser tan exigentes que con frecuencia son rechazados por los propios toxicómanos y los que lo aceptan sufren numerosos y repetidos fracasos.

*B. Programas de prevención y reducción de daños*

Con ellos se pretende:

Mejorar la calidad de vida y la salud de los drogodependientes. Acercarles los dispositivos asistenciales y mantenerles el mayor tiempo posible en contacto con ellos, no solo para prestarle el apoyo terapéutico inmediato y puntual que precisan, sino también para crear las condiciones óptimas para que amplíen sus objetivos e ingresen en otros programas. Controlar los riesgos, directos e indirectos, derivados del consumo incontrolado de sustancias.

Estos Programas están indicados en los siguientes casos:

- Cuando los pacientes rechacen los programas libres de droga.
- Cuando son incapaces de mantenerse en abstinencia permanente.
- Cuando la meta propuesta no sea la abstinencia absoluta sino la reducción del consumo.
- Cuando sufran frecuentes recaídas, ya que su finalidad es también la de aportar soluciones intermedias, igualmente beneficiosas.

Algunos de ellos nacieron sin regulación oficial, como los “programas de intercambio y distribución de material estéril” (que tienen lugar en los centros de contacto y acogida) y los “programas de mantenimiento con metadona”, pero su éxito fue tal, que obligó a la Autoridades Sanitarias a regularlos oficialmente mediante RD., como es el caso del RD 75/90 del Mº Sanidad y Consumo y el RD 5/96 del Mº de la Presidencia.

Una cuestión a plantear en relación con estos programas es si deben ser considerados como alternativa terapéutica a la prisión cuando ésta es impuesta como medida de seguridad. La mayoría de los autores se muestran de acuerdo en afirmar que mientras los programas libres de drogas cumplen satisfactoriamente los objetivos perseguibles con estas medidas, los de prevención y reducción de daños no, al ser su aplicación menos exigente clínica y socialmente y sus resultados más difíciles de predecir, sobre todo en lo que se refiere a aspectos tan importantes como la peligrosidad, requisitos todos ellos necesarios para aplicar estos tratamientos como

medidas de seguridad alternativa. Otros autores, por el contrario, no mantienen una posición tan estricta y aunque comparten la opinión respecto a los programas libres de drogas, discrepan en los de prevención y reducción de daños, y más concretamente en lo que se refiere a los tratamientos sustitutivos, señalando que en principio no deben considerarse como medidas alternativas a la prisión, salvo en los casos en que el resto de parámetros de integración social sean buenos y la situación global del sujeto satisfactoria, y todo ello sin olvidar que se trataría de una etapa de transición hacia la abstinencia absoluta.

### 1.5.2. Recursos asistenciales y tipos de centros

#### *A. Recursos asistenciales*

Todos los programas descritos pueden llevarse a cabo en diferentes dispositivos asistenciales, tales como:

- 1) Ambulatorios o Centros de atención primaria. Abordan el tratamiento integral de los problemas relacionados con las drogas, mediante tratamientos, por lo general, prolongados en el tiempo. Entre sus objetivos caben citar: informar, acoger a los que demandan asistencia, realizar desintoxicaciones y lograr la abstinencia, así como facilitar el acceso a programas posteriores de entrenamiento en habilidades sociales, control y manejo de la ansiedad o depresión, grupos de autoayuda, etc. El paciente permanece en su medio habitual, por lo que se requiere un apoyo familiar adecuado, lo que exigirá reordenar la dinámica familiar alterada.
- 2) Centros de día. Son dispositivos intermedios entre los Ambulatorios y los Centros cerrados, para el abordaje integral de las drogodependencias, proporcionando un tratamiento intenso, diario y prolongado en el tiempo. Entre sus objetivos merecen reseñarse: alcanzar la rehabilitación y formalización social de estos pacientes, permaneciendo estos, al igual que en el caso anterior, en sus domicilios.
- 3) Comunidades terapéuticas. Son dispositivos de asistencia en régimen cerrado, pero conectados con los ambulatorios de donde proceden los sujetos y adonde son derivados tras su salida, en especial aquellos que no pueden realizar el



programa en régimen abierto. Sus objetivos, a través de programas de intervención psicológica y actividades complementarias, son la abstinencia total del consumo de todo tipo de sustancias, la modificación de determinados hábitos de conducta para adoptar actitudes y valores positivos, la preparación para poder proseguir el programa en régimen ambulatorio y la reinserción y reintegración social. Sus principios éticos son la autoayuda, la solidaridad y la voluntariedad, siendo el tiempo de estancia en estos centros muy variable, según el sujeto, aunque por lo general oscila en torno a los seis meses.

En todos los centros hasta ahora reseñados, existe un reglamento interno que regula los comportamientos no deseables así como un contrato terapéutico que firman el sujeto y el centro, para fijar las condiciones a las que se someten ambas partes.

- 4) Pisos de apoyo o de transición. Se emplean para aquellos drogodependientes que carecen del apoyo socio-familiar necesario e imprescindible para llevar a cabo estos tratamientos. Su finalidad es que los sujetos dispongan de un ambiente adecuado, aprendan nuevos hábitos, sirviendo de puente entre el régimen cerrado de una comunidad y la vida normalizada en el seno de la comunidad. Conviven de 4-10 drogodependientes con apoyo y vigilancia de personal especializado, dependiente a su vez de los otros centros.
- 5) Centros de contacto o centros de encuentro y acogida. Organizados para prestar ayuda a aquellos que se encuentran fuera de la red asistencial, con graves problemas de salud, en situaciones de crisis personal, como es el caso de sujetos marginales o inmigrantes, etc. Se les presta una atención inmediata que abarca las primeras necesidades, atención primaria de tipo sanitario, orientación e información, facilitación de preservativos o jeringuillas, etc.

Debemos también señalar el papel desempeñado por los denominados grupos de autoayuda, que, en relación siempre con los anteriores, intentan integrar y amplificar los beneficios terapéuticos de los programas anteriores, y que los sujetos integrados en estos programas dispongan de un cauce para el autodesarrollo y autoapoyo de sus conductas. Son grupos no estructurados, sin programas detallados, formados por

extoxicómanos que han abandonado el consumo, y que exponen sus experiencias y dificultades para mantenerla abstinencia, así como las soluciones o alternativas para alcanzarla o mantenerla.

Por último, no podemos olvidar el tratamiento en prisión, el cual viene regulado por la Ley Orgánica General Penitenciaria (LOGP) y en el Reglamento Penitenciario. Así el Art.116 del Reglamento Penitenciario contempla el derecho de cualquier interno con dependencia de sustancias psicoactivas, si lo desea, de tener a su alcance la posibilidad de seguir un programa de tratamiento y deshabituación, para lo cual la Administración Penitenciaria, en colaboración con otras Administraciones Públicas o con Organismos debidamente acreditados, realizarán en los Centros Penitenciarios los programas de atención especializada en drogodependencias que precisen los internos que voluntariamente lo soliciten.

#### *B. Tipos de centros*

En este trabajo y valorando nuestro entorno de acción, podemos agrupar a los centros en tres grandes grupos:

- a) Aquellos que están integrados en las Red PASDA (Plan Andaluz Sobre Drogas y Adicciones), los cuales abordan el tratamiento del toxicómano desde un punto de vista multidisciplinar contando con equipos médicos, psicólogos, trabajadores sociales, etc. En este grupo y con interés para nuestro trabajo destacan el Centro Provincial de Drogodependencias (CPD), Proyecto Hombre y Alternativa 2.
- b) Aquellos, que aunque no están incluidos en la Red PASDA, sí abordan al toxicómano desde un punto de vista multidisciplinar. Ejemplo de este grupo el centro GACAR.
- c) Por último, aquellos centros, que no poseen toda la infraestructura necesaria, no contando la mayoría de ellos con recursos sanitarios (médicos o enfermeros) en su estructura.

# MARCO LEGAL

---



## 2.- MARCO LEGAL

### 2.1. Tipología Delictiva

El delito es un fenómeno sociopolítico en proceso de rápida expansión, estrechamente relacionado con la estructura global de la sociedad por lo que su análisis debe hacerse como parte del análisis de las estructuras sociales (Conde-PumpidoTouron, 1985). Los sociólogos, los criminólogos y los penalistas, sin embargo han encarado el crimen durante tanto tiempo como una desviación individual que aún hoy es difícil el estudio del fenómeno delictivo como una actividad colectiva. Desde esta perspectiva de fenómeno social es como ha de contemplarse globalmente la delincuencia asociada al consumo de drogas, en cuya etiología y extensión tiene gran incidencia la actitud social ante la droga. En este sentido la consideración social de un determinado producto como ilegal, incide de modo muy determinante en la generación de actividades delictivas.

Siguiendo a Jiménez Villarejo (Jiménez Villarejo, 1986) cabe distinguir entre tres tipos de criminalidad inducida por las drogodependencias:

- 1) La que se suele denominar **“delincuencia funcional”**, es decir aquella que es casi exclusivamente función de la misma y viene determinada por la necesidad de continuar consumiendo la droga de la que se depende, orientando el sujeto su actividad básica y prioritaria a la búsqueda del producto. Cuando el producto es ilegal su precio es desmesuradamente alto y de modo gradual el drogodependiente se ve inducido a la realización de actos delictivos para procurarse los medios con los que sufragar su adicción, lo que se refuerza enormemente en aquellas drogas que generan dependencia física ante el acentuado temor a sufrir las graves consecuencias del síndrome de abstinencia. Dentro de este grupo destacan los delitos contra el patrimonio (robos y hurtos) así como los delitos por venta de drogas en cantidades pequeñas o menudeo.
- 2) La delincuencia derivada directamente de los efectos desinhibidores o estimuladores del consumo de la droga, es decir, los delitos cometidos bajo los efectos de las drogas, llamada **“delincuencia directa o inducida directamente”**.

Indudablemente este tipo de actos delictivos, inducidos por la intoxicación aguda o crónica o simplemente por la modificación conductual derivada del consumo de determinados productos, tanto legales como ilegales, tiene múltiples variedades en función de la droga de que se trate. Dentro de este grupo destacan delitos como las agresiones sexuales cometidas mientras la víctima está bajo los efectos de una sustancia psicoactiva y los robos o atracos favorecidos por la propia incapacidad de la víctima debido al consumo de drogas.

- 3) La delincuencia derivada de la situación de marginalidad e ilegalidad, caso de las drogas prohibidas o no institucionalizadas, denominada “**delincuencia asociada**”, motivada tanto por la desagregación social que se produce ante las cada vez mayores dificultades para conseguir el producto cuyo consumo se anhela, como por la necesidad de asociarse al mundo de la delincuencia, único que puede proporcionárselo, lo que acerca a un consumidor inicialmente desconocedor absoluto de los ambientes delictivos, al ámbito de la marginalidad en el que se mueven sus proveedores y, en muchos casos, quienes se encuentran en la misma situación que él. Junto al factor económico, derivado en determinadas drogas de la disminución de la actitud para desarrollar una tarea productiva, la mayor incidencia en esta marginalidad se provoca indudablemente por el rechazo social y la conciencia de ser un ciudadano fuera de la legalidad.

Delincuencia funcional, delincuencia directa o directamente inducida, delincuencia asociada, son tres efectos diferentes, aunque íntimamente relacionados, de la drogodependencia como factor criminógeno. Naturalmente no se trata aquí de establecer una relación de necesidad entre drogodependencia y criminalidad, que sería injusta, sino únicamente de analizar de modo realista lo que en circunstancias actuales y con la actual política criminal respecto de la droga, constituye una correlación innegable (BennetyHolloway,2005).

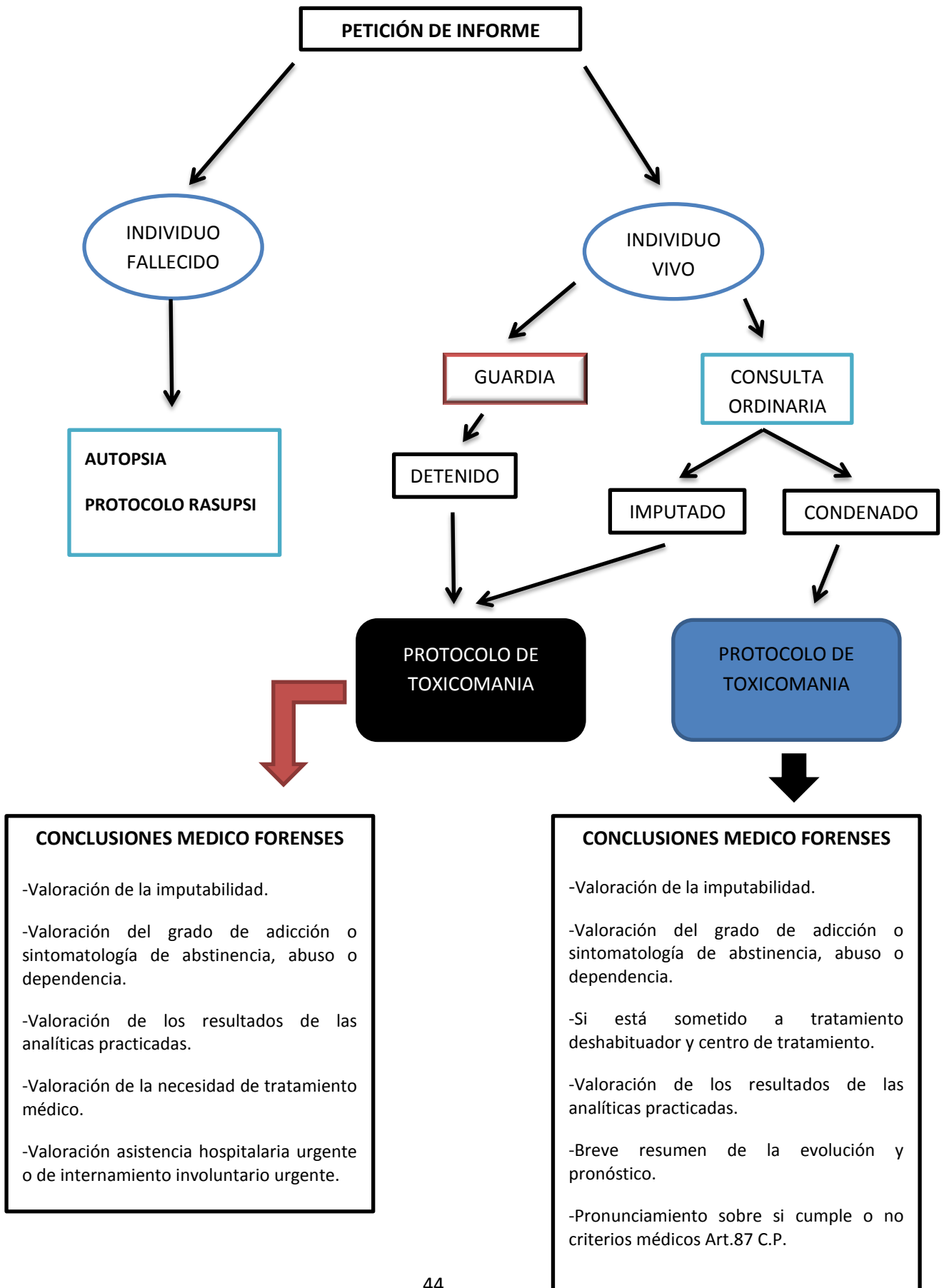
## 2.2. Actuaciones Médico-Forenses en materia de toxicomanías

La actuación del médico forense ante un drogodependiente será distinta según se trate de un individuo fallecido o un individuo vivo.

- A) En el caso del individuo fallecido, la investigación se centra en la realización de la autopsia con el fin de esclarecer las causas de la muerte. En el caso que nos ocupa se sigue el protocolo de muerte RASUPSI (reacción adversa a sustancias psicotrópicas).
- B) En el caso del individuo vivo, la actuación será distinta según se trate de un detenido/procesado/imputado o condenado.
  - B.1) En el supuesto del detenido/procesado/imputado, el reconocimiento se efectuará de forma ordinaria en las consultas habilitadas para ello en el IML mediante citación a través de la agenda del Instituto. Cuando se trate de una actuación de guardia se realizará de forma urgente por el médico forense que preste servicio de guardia en ese momento.
  - B.2) En el caso del condenado, el reconocimiento también se efectuará de forma ordinaria en las consultas habilitadas para ello en el IML mediante citación a través de la agenda del Instituto.

Sobre el individuo vivo se procede a la realización del protocolo de toxicomanía, que consiste en una recogida de datos obtenidos mediante anamnesis, exploración clínica y toxicológica, junto con recogida de muestras toxicológicas, aunque los fines son distintos para cada caso, tal y como se expone en el algoritmo adjunto.

ACTUACIONES DE LOS IMLs EN MATERIA DE TOXICOMANIAS





## 2.3. El sujeto drogodependiente en el Código Penal Español

La figura del drogodependiente en el articulado legal español viene recogida en el Código Penal de 1995 (CP 1995). A efectos de lograr un mejor entendimiento se puede dividir en dos bloques fundamentales, aunque la legislación vigente en la actualidad se encuentra recogida en el Anexo III (anexo legislativo):

- 1) Repercusiones legales de las drogas en el imputado.
- 2) Repercusiones legales de las drogas en el penado.

### 2.3.1. Repercusiones legales de las drogas en el imputado

*A. La drogodependencia como circunstancia que exime o atenúa la responsabilidad penal (Art. 20 y 21 CP 1995)*

Como se ha descrito en el marco médico forense, el consumo de drogas puede ocasionar efectos dramáticos sobre la psique del individuo. Por ello el análisis de la jurisprudencia pone de manifiesto que ésta se abre a una triple posibilidad en el tratamiento penal de estas situaciones: la eximente completa, la incompleta y la atenuante analógica (simple o muy cualificada):

1. **Eximente completa:** cuando el estado psíquico producido por la ingestión de drogas equivale a enajenación mental o trastorno mental transitorio. El enunciado del artículo 20.2º del CP 1995, contempla la exención de la responsabilidad criminal cuando *“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.”* La aplicación de la eximente completa, así como de la incompleta, permite la aplicación de “medidas de

internamiento en centro de deshabitación público o privado debidamente acreditado y homologado (...) –art. 102 del CP-.

2. **Eximente incompleta:** (Capítulo III, Artículo 21.1 y 21.2): “Las causas expresadas en el capítulo anterior, cuando no concurrieren todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos” o “la de actuar el culpable a causa de su grave adicción a las sustancias”.
3. **Atenuante:** cuando la dependencia sufrida por el sujeto es de carácter no grave, lo cual supone la imposibilidad de la adopción de medidas de internamiento, posiblemente más eficaces que las penas de prisión en estos sujetos, medidas de internamiento que sí caben en la aplicación de una eximente incompleta.

### 2.3.2. Repercusiones legales de las drogas en el penado o condenado

#### *A. Las medidas de seguridad*

Las medidas de seguridad son una forma de respuesta no penal al delito, caracterizada en principio, por su carácter “terapéutico” frente al carácter más represivo de las penas. Vienen definidas en el art. 95 y sigs. del CP y su aplicación requiere:

1º Que el sujeto haya cometido un delito y se haya pronunciado sentencia firme (no existen medidas predelictuales), y

2º Que exista “probabilidad” (no mera posibilidad) de comisión de delitos futuros en función de la peligrosidad criminal del sujeto al que se impongan (art. 6 CP).

Las medidas de seguridad pueden ser de dos tipos:

a) Privativas de libertad (art. 96.2): entre las que se hallan el internamiento en centro psiquiátrico, el internamiento en centro de deshabitación y el internamiento en centro educativo especial.

b) No privativas de libertad (art. 96.3º y 105 CP): la prohibición de estancia y residencia en determinados lugares u obligación de residir en un determinado

lugar, la prohibición de acudir a determinados lugares o visitar establecimientos de bebidas alcohólicas, privación del derecho a conducir vehículos a motor o ciclomotores, privación de licencia de armas, sumisión a tratamiento externo en centro médico o establecimiento de carácter socio-sanitario, sometimiento a programas formativos, culturales, profesionales.

El régimen de aplicación de las medidas de seguridad tiene las siguientes peculiaridades:

- Se requiere constancia de delito previo en sentencia firme y justificación de la peligrosidad criminal del sujeto lo que significa que desaparecida la peligrosidad, el Juez sentenciador, a instancias del Juez de Vigilancia Penitenciaria, puede decretar el cese de la medida o sustituirla por otra más adecuada. Se mantendrá, por tanto, solamente en la medida en que sea necesaria.
- Nunca podrá ser más gravosa ni tener mayor duración que la pena aplicable en abstracto.
- Sólo se puede imponer medida de seguridad privativa de libertad para delitos que lleven aparejada pena privativa de libertad.
- Cuando concurren penas y medidas de seguridad privativas de libertad (art 99 CP), el Juez ordenará primero el cumplimiento de la medida y este tiempo se descontará de la pena. Una vez se alce la medida de seguridad, el Juez podrá (si de ejecutarse el resto de la pena peligrase la rehabilitación lograda), suspender la ejecución del resto de la pena pendiente de cumplimiento por un plazo no superior a la duración de la misma, o aplicar alguna de las medidas de seguridad no privativas de libertad del art. 105.
- El Juez sentenciador dispondrá que los servicios de asistencia social competentes presten ayuda al sometido a medidas de seguridad no privativas de libertad, debiendo en su caso informar al Juez que corresponda.

En lo que respecta específicamente a los penados drogodependientes, se desprenden dos importantes limitaciones a la hora de la aplicación de medidas de seguridad privativas de libertad, a tenor del articulado del art. 104 del Código Penal:

1. El hecho de que la medida de internamiento únicamente es aplicable cuando la pena impuesta sea privativa de libertad y en caso de aplicación de eximente completa e incompleta.
2. La medida de internamiento tendrá una duración que no puede exceder de la de la pena prevista en el CP para el delito, lo cual, en caso de aplicación de la atenuante analógica y de acuerdo a la Sentencia del Tribunal Supremo (STS) de 13 de junio de 1993, supone una incongruencia terapéutica dado el escaso tiempo de aplicación de la medida en caso de darse una reducción de la duración de la misma cuando se aplican las previsiones del artículo 66 del CP (al resultar la duración del tratamiento demasiado prolongado para la duración de la pena).

#### *B. Formas sustitutivas de la ejecución de las penas privativas de libertad*

Por último, la intervención del aparato judicial sobre el sujeto drogodependiente no se da únicamente en la fase previa a la investigación del delito, sino que una vez que se ha dictado sentencia firme, el CP establece la posibilidad de que la misma no se ejecute y se suspenda su ejecución durante un plazo determinado (cuando concurren ciertos requisitos, y en atención al principio de reinserción) lo que suele ser llamado por los penados como “perdón de Sala” o remisión condicional o condena condicional.

La suspensión de la ejecución de la pena viene regulada, con carácter general, en los artículos 80 a 86 del actual CP. Consiste, esencialmente, en el otorgamiento judicial de una "segunda oportunidad" al condenado y en los casos en que dicha condena no exceda de cinco años de prisión. En tales casos, el tribunal sentenciador está facultado, con ciertos requisitos, para suspender el cumplimiento de la pena, a condición de que el reo no vuelva a delinquir durante el plazo de esa suspensión, pudiendo además el órgano judicial imponerle (como condiciones añadidas) ciertas reglas de conducta como la prohibición de acudir a determinados lugares, el participar en programas formativos, educativos, comparecencias periódicas ante el juzgado...

No nos corresponde ahora el análisis detallado de esa normativa, sino solamente lo dispuesto específicamente para los casos de penados toxicómanos, regulado en el

artículo 87 del CP, artículo sujeto al estudio que ahora nos ocupa, y, menos específicamente en el artículo 80.4 únicamente si se da la coexistencia de patología dual.

El artículo 80.4 regula la suspensión a penados con enfermedad muy grave suponiendo una novedad importante del CP del 1995, ya que ha venido a introducir la posibilidad de que los enfermos con padecimientos graves e incurables puedan acceder a la suspensión de sus condenas, sin sujeción a requisito alguno en lo que respecta a la condena recaída o a la previa existencia de antecedentes penales.

En efecto, el artículo 80.4, afirma que:

*"los Jueces o Tribunales sentenciadores podrán otorgar la suspensión de cualquier pena impuesta sin sujeción a requisito alguno en el caso de que el penado esté aquejado de una enfermedad muy grave con padecimientos incurables salvo que en el momento de la comisión del delito tuviera ya otra pena suspendida por el mismo motivo".*

Dicho beneficio es de frecuente aplicación en los sujetos drogodependientes debido a la frecuente patología dual que suele coexistir, fundamentalmente y tal y como se desprende en nuestra actividad pericial en el entorno penitenciario, derivado de las consecuencias de la administración de la droga por vía parenteral: padecimiento de SIDA y hepatitis infecciosa de carácter crónico.

### *C. La suspensión extraordinaria de la ejecución de las penas: El Artículo 87 del Código Penal*

La actual regulación de la suspensión de la ejecución de las penas impuestas por delitos cometidos a causa de la dependencia a las sustancias señaladas en el número 2.º del artículo 20 del vigente CP de 1995, también conocida como suspensión extraordinaria, encuentra su antecedente legislativo más inmediato en el artículo 93 bis introducido por la Ley Orgánica 1/1988, de 24 de marzo, en el CP de 1973; refiriendo al respecto su Exposición de Motivos: *"la incorporación de un tratamiento jurídico-penal específico para esta singular figura criminológica del drogodependiente que incurre en la comisión de algún hecho delictivo como medio de subvenir a su*

*situación de toxicodependencia. Desde el convencimiento de que en algunos de tales supuestos debe primarse la orientación preventiva especial de las sanciones penales, se dispone la posibilidad de que la autoridad conceda el beneficio de la remisión condicional, siempre que el reo se hubiese deshabitado o se encontrase en tratamiento para ello. La regulación de esa normativa se lleva a cabo con suficientes garantías a fin de salvaguardar, de un lado, la cobertura de los fines preventivos generales, base de toda norma penal y de evitar, de otra parte, un uso fraudulento de la disposición legal que permite su aplicación en supuestos distintos a los realmente requeridos por el legislador”.*

A este respecto, Magro Servet y Solaz Solaz (2010) señalan que los órganos judiciales penales habían comenzado a dar una respuesta individual a situaciones extremas en las que era preciso exigir el cumplimiento de la condena en delincuentes ya rehabilitados o en proceso de rehabilitación a los que el ingreso en un centro penitenciario podría frustrar su tratamiento, en ocasiones preciso para la adecuada reinserción. No siempre la vía de indulto, casi siempre parcial y aplicado de forma reducida por los gobiernos era la más adecuada; de ahí que comenzaran a proliferar las resoluciones en las que se admitía el internamiento de toxicómanos en centros de rehabilitación computando la estancia para el cumplimiento de la pena privativa de libertad impuesta y condicionando la medida al no abandono del tratamiento, aun en situaciones en las que no se había aplicado la eximente incompleta prevista en el artículo 9.1 del derogado CP de 1973, supuesto que evidentemente carecía de cobertura legal, aunque ya el Tribunal Supremo (TS) en su conocida sentencia de 13 de junio de 1990 (luego reiterada por las posteriores sentencias de 29 de abril, 3 de julio y 9 de septiembre de 1991 y 29 de enero de 1992) admitió la posibilidad de aplicar las medidas de seguridad del artículo 8.1 a los drogodependientes en los que no sólo se apreció la atenuante analógica del nº 10 del artículo 9 del CP de 1973.

Del estudio del artículo 93 bis del CP de 1973 destaca que el mismo excluía de los potenciales beneficiarios de la suspensión de la ejecución de la pena a los reincidentes, con lo cual se desconocía la realidad criminógena en la que delincuencia-toxicomanía-recaída en el delito van íntimamente ligadas. Tampoco podían acceder al beneficio los condenados a penas superiores a dos años de prisión menor. Así no es de

extrañar que este precepto tuviera una aplicación limitadísima y los tribunales buscaran otras alternativas.

Algunos de los problemas que se han señalado se traspasaron al borrador del CP de 1990 y al anteproyecto de 1992. En el art. 86 de este último se ampliaban las penas susceptibles de suspensión y se valoraban los casos de reincidencia, pero el Consejo General del Poder Judicial se preguntaba en el informe a este anteproyecto qué pasaría si transcurre el plazo sin nuevo delito y sin abandono del tratamiento, pero también sin haberse logrado la deshabituación. El anteproyecto de 1994 da respuesta a la cuestión en un precepto ya muy parecido al actual art. 87 y con igual ordinal en el que, sin embargo, se sigue exigiendo la acreditación de la situación de drogodependencia y que la conducta delictiva fuese realizada con motivo de tal situación, exigencia que podía frustrar las buenas intenciones del resto del precepto. En general, el Consejo acogió favorablemente la regulación, aunque criticó el límite de tres años por considerarlo excesivo (Informe del CGPJ, 1994).

Con la promulgación del CP de 1995, en el art. 87 del mismo, se producen cambios importantes en tal sentido. En dicha norma se viene a recoger una norma especial de suspensión referida exclusivamente a los casos en los que el delito se hubiese cometido a causa de la dependencia del sujeto a las sustancias señaladas en el art. 20.2º del propio CP (bebidas alcohólicas, drogas tóxicas, estupefacientes, sustancias psicotrópicas u otras que produzcan efectos análogos). Supuso una ampliación de los supuestos generales de suspensión de la ejecución de la pena en atención a los efectos que tienen las sustancias mencionadas como agentes criminógenos, y a la importancia que tiene la lucha contra estos factores mediante la supresión de las dependencias a través de los oportunos tratamientos.

La posibilidad de la suspensión de la ejecución de la pena y la adopción de medidas que incidan sobre la drogadicción, presupuesto de sus continuas conductas delictivas, que se adopten conforme al art. 87 CP, integran una alternativa a la pena privativa de libertad capaz de suponer, al tiempo, una respuesta al hecho delictivo, siempre necesaria para afirmar la vigencia de la norma, y una consecuencia que posibilita la reinserción que interesa, indudablemente, al autor del hecho delictivo

condicionado por su drogadicción, y también a la sociedad que puede recuperar uno de sus miembros evitando la continuidad en el delito. Precisamente por ello, esta alternativa a la prisión está encaminada a la rehabilitación del delincuente drogodependiente (STS 409/2002 de 7 de marzo).

Con la entrada en vigor de la Ley Orgánica 15/2003 de 25 de noviembre por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre del CP, se introducen importantes medidas tendentes a favorecer la rehabilitación de aquellos que hubiesen cometido el hecho delictivo a causa de su dependencia de drogas, alcohol o sustancias psicotrópicas. Para ello, se permite obtener el beneficio de la suspensión cuando las penas impuestas sean hasta de cinco años. Además, con objeto de que la medida sea eficaz, se mejora el régimen de los requisitos que ha de cumplir el condenado, del tratamiento a que ha de someterse y de su supervisión periódica. Asimismo se recoge la necesidad de informe del Médico Forense sobre los extremos anteriores recogidos en el citado artículo, (es decir si el delito fue cometido a causa de su dependencia a las sustancias señaladas en el número 2.º del artículo 20, o bien si el condenado se encuentra deshabitado o sometido a tratamiento para tal fin en el momento de decidir sobre la suspensión).

El pasado 31 de marzo se publicó en el BOE la L.O. 1/2015 por la que se modifica la L.O. 10/1995 de 23 de noviembre del CP.

En la exposición de motivos de dicha norma se procede a una revisión de la regulación de la suspensión de la ejecución de la pena, que tiene como finalidad esencial dotarla de una mayor flexibilidad y facilitar una tramitación más rápida de esta fase inicial de la ejecución de las penas de prisión.

“La experiencia venía poniendo de manifiesto que la existencia de antecedentes penales no justificaba en todos los casos la denegación de la suspensión, y que era por ello preferible la introducción de un régimen que permitiera a los jueces y tribunales valorar si los antecedentes penales del condenado tienen, por su naturaleza y circunstancias, relevancia para valorar su posible peligrosidad y, en consecuencia, si puede concedérsele o no el beneficio de la suspensión; y que el mismo criterio debía ser aplicado en la regulación de la revocación de la suspensión. La conveniencia de



introducir una mayor flexibilidad y discrecionalidad judicial en el régimen de la suspensión se reforzaba por el hecho de que ahora, transpuesta plenamente la Decisión Marco 2008/675/JAI, se establezca una plena equivalencia entre los antecedentes correspondientes a condenas impuestas por los tribunales españoles, y las impuestas por cualesquiera otros tribunales de Estados miembros de la Unión Europea”.

“Al tiempo, se pone fin a la situación actual en la que la existencia de una triple regulación de la suspensión (suspensión ordinaria, suspensión para el caso de delincuentes drogodependientes y sustitución de la pena) da lugar, en muchas ocasiones, a tres decisiones sucesivas que son objeto de reiterados recursos. Se mantienen los diversos supuestos de suspensión y sustitución de la pena, pero como alternativas u opciones posibles que ofrece el régimen único de suspensión. De este modo se asegura que jueces y tribunales resuelvan sobre si la pena de prisión debe ser ejecutada o no una sola vez, lo que debe redundar en una mayor celeridad y eficacia en la ejecución de las penas”.

En base a lo anterior se produce una modificación de los artículos 80.5 y 87 del CP (con entrada en vigor el día 1 de julio de 2015), que pasan a quedar de la siguiente manera:

El Art. 80.5 del CP queda redactado:

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

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

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

Y el Art.87 del CP queda así:

*“1. Transcurrido el plazo de suspensión fijado sin haber cometido el sujeto un delito que ponga de manifiesto que la expectativa en la que se fundaba la decisión de suspensión adoptada ya no puede ser mantenida, y cumplidas de forma suficiente las reglas de conducta fijadas por el juez o tribunal, éste acordará la remisión de la pena.*

*2. No obstante, para acordar la remisión de la pena que hubiera sido suspendida conforme al apartado 5 del artículo 80, deberá acreditarse la deshabitación del sujeto o la continuidad del tratamiento. De lo contrario, el juez o tribunal ordenará su cumplimiento, salvo que, oídos los informes correspondientes, estime necesaria la continuación del tratamiento; en tal caso podrá conceder razonadamente una prórroga del plazo de suspensión por tiempo no superior a dos años.”*

## CUADRO EVOLUCION ARTÍCULO 87

	ART. 93 bis L.O. 1/1988	ARTICULO 87 L.O. 10/1995	ARTICULO 87 L.O. 15/2003	ARTICULO 80.5 Y ARTICULO 87 L.O 1/2015
<b>PENA PRIVATIVA LIBERTAD</b>	NO > 2 AÑOS	NO > 3 AÑOS	<b>NO &gt;5 AÑOS</b>	<b>NO &gt;5 AÑOS</b>
<b>DEPENDENCIA A SUSTANCIAS</b>	SI ART. 9	SI ART. 20.2	SI ART. 20.2	SI ART. 20.2
<b>INFORME MEDICO FORENSE</b>	NO CONSTA NECESIDAD	NO CONSTA NECESIDAD	<b>SI CONSTA</b>	NO CONSTA NECESIDAD (*)
<b>CERTIFICACION CENTRO PUBLICO/PRIVADO</b>	SI	SI	SI	SI
<b>REOS HABITUALES</b>	NO	NO	NO CONSTA	SI
<b>PERIODO DE SUSPENSION</b>	NO HABLA DE PLAZO	DE 3 A 5 AÑOS	DE 3 A 5 AÑOS	DE 3 A 5 AÑOS
<b>REINCIDENTE</b>	EXCLUSION	VALORACION POR TRIBUNAL	VALORACION POR TRIBUNAL	VALORACION POR TRIBUNAL (**)
<b>PERIODICIDAD DEL INFORME</b>	NO	NO	<b>SI NO &gt; 1 AÑO</b>	<b>NO CONSTA</b>
<b>REVOCAION SUSPENSION</b>	SI POR INCUMPLIMIENTO	SI POR INCUMPLIMIENTO	SI POR INCUMPLIMIENTO	SI
<b>REMISION DE LA PENA</b>	SI	SI PRORROGA MAX. 2 AÑOS	SI PRORROGA MAX. 2 AÑOS	SI PRORROGA MAX. 2 AÑOS

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

(\*\*)Se establece como novedad no contemplada hasta ahora, que no se considerará abandono las recaídas durante el tratamiento si éstas no evidencian un abandono definitivo.

#### *D. La suspensión de la ejecución de la pena en otras legislaciones*

La finalidad de la suspensión de la ejecución de la pena privativa de libertad persigue evitar que el delincuente primario sufra los efectos perjudiciales de las penas cortas privativas de libertad, lo que se puede alcanzar de muy diversas maneras. Las legislaciones más próximas a nuestro entorno jurídico-social ofrecen soluciones diferentes para lograr este mismo fin, es decir el sometimiento a tratamiento como alternativa a la prisión en adultos. Hay que hacer constar que los consumidores de drogas de forma tradicional han sido abordados por el sistema de justicia penal, pero poco a poco, los países están llegando a la conclusión de que la cárcel no es la respuesta más eficaz ante este problema, surgiendo de forma progresiva alternativas a la pena privativa de libertad. Pueden ser alternativas a la prisión, llegando incluso con frecuencia a evitar la judicialización del hecho, desviando al drogodependiente en algunos casos incluso antes de llegar a tener contacto con la justicia penal. El principio, que se refleja en uno de los dos objetivos generales de la Estrategia de Drogas de la Unión Europea 2005-2012, es prevenir y reducir el consumo de drogas, la dependencia y los daños relacionados con las drogas para la salud y la sociedad.

La Convención Única de 1961 sobre Estupefacientes, en su artículo 36.1 establece que "... cuando los adictos a drogas han cometido delitos ... las Partes podrán ... como una alternativa a la condena o pena ... que esos consumidores sean sometidos a medidas de tratamiento, educación, postratamiento, rehabilitación y reinserción social...". Dicho fundamento se ve plasmado por la Convención de Naciones Unidas sobre Sustancias Psicotrópicas de 1971, en el artículo 22, y nuevamente ratificado por la Convención de Naciones Unidas contra el Tráfico Ilícito de 1988 en el artículo 3.4. En el comentario a esta última Convención se señala que "los puentes entre el sistema de justicia penal y el sistema de tratamiento también podrían preverse en otras etapas del proceso penal, incluida la etapa de enjuiciamiento".

Sobre esta base, el artículo 14 de la declaración de la Sesión Extraordinaria de la Asamblea General de las Naciones Unidas (UNGASS) establece que "los Estados miembros deben desarrollar dentro del sistema de justicia penal, en su caso, las capacidades para ayudar a los toxicómanos con educación, tratamiento y servicios de

rehabilitación. En este contexto general, una estrecha cooperación entre la justicia penal, la salud y los sistemas sociales es una necesidad y debe fomentarse”.

La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE), en su informe del año 2004 favoreció el tratamiento como una alternativa a la prisión, concluyendo que los programas que ofrecen alternativas a la prisión y combinan las fuerzas del orden y los componentes individuales de recuperación, han demostrado ser eficaces tanto en el tratamiento de problemas de salud asociados con el abuso de drogas como en la reducción de la delincuencia, pudiendo prevenir que los jóvenes toxicómanos entren en contacto con la cultura criminal en la cárcel.

Junto a todo lo anterior, el Plan Acción de la Unión Europea (UE 2000-2004), en la lista Acción 3.4.2 propone la existencia de medidas alternativas a la prisión, especialmente para delincuentes jóvenes consumidores de drogas. El Plan Acción (UE 2005-2008) prevé en el objetivo 13 *“seguir desarrollando alternativas al encarcelamiento para los consumidores de drogas, y servicios a los toxicómanos ingresados en prisión con el debido respeto a cada legislación nacional”*, con la acción correspondiente a hacer un uso efectivo y desarrollar nuevas alternativas a la prisión para los drogadictos.

La siguiente tabla muestra las alternativas al enjuiciamiento o a la prisión con un componente de tratamiento, que se especifican en la legislación nacional de los estados miembros de la Unión Europea más cercanos y con legislación semejante a la española en esta materia. Por lo general se ofrecen como una opción a las autoridades judiciales, pero en ocasiones la ley podrá especificar que es más habitual en el caso de una primera infracción. A menos que se indique lo contrario, la opción se da en la forma de un enjuiciamiento o condena condicional, que permanecerá suspendido o podrá revocarse con la condición de cumplir el tratamiento deshabitador. Asimismo en muchas legislaciones nacionales no se especifica el programa de tratamiento, siendo necesario en estos casos el asesoramiento por parte de especialistas para así poder elegir la configuración de tratamiento más adecuada para cada delincuente toxicómano.

## CUADRO DE DERECHO COMPARADO

PAIS	TIPO DE DELINCUENTE	TIPO DELITO	TRATAMIENTO ORDENADO O CONSENTIDO	DECISION DE TRATAMIENTO	FASE JUDICIAL	TIPO DE CENTRO
<b>ESPAÑA</b>	Adicto	Cualquiera	Consentimiento	Tribunal	Sentencia	Tto.Deshabituador Centro Especifico
<b>BELGICA</b>	Adicto/Usuario (1)	Cualquiera relacionado	Consentimiento/ordenado	Policía Fiscal Tribunal	Cualquiera	Salud Mental
<b>ALEMANIA</b>	Adicto	Cualquiera relacionado	Consentimiento/ordenado	Tribunal	Sentencia	Institución Cerrada especializada
<b>GRECIA</b>	Adicto/Usuario (1)	Cualquiera relacionado	Ordenado	Fiscal Tribunal	Cualquiera	Tto.Deshabituador Centro Especifico
<b>ITALIA</b>	Adicto	Cualquiera relacionado	Consentimiento	Tribunal	Sentencia	Tto.Deshabituador Centro Especifico
<b>LUXEMBURGO</b>	Adicto/Usuario	Relacionado (2)	Consentimiento/ordenado	Fiscal Tribunal Tribunal Juvenil	Sentencia	Tto.Deshabituador Centro Especifico (3)
<b>PAISES BAJOS</b>	Adicto/Usuario	Cualquiera	Ordenado	Fiscal Tribunal	Cualquiera	Institución Cerrada especializada
<b>PORTUGAL</b>	Adicto/Usuario	Cualquiera	Consentimiento/ordenado	Tribunal	Sentencia	No consta
<b>FRANCIA</b>	Adicto/Usuario	Uso/Posesión	Consentimiento/ordenado	Fiscal Tribunal	Sentencia	No consta
<b>REINO UNIDO</b>	Adicto/Usuario	Posesión	Consentimiento	Policía Fiscal Tribunal	Cualquiera	No consta (4)

(1) Dependerá si es adicto o usuario. (2)Consumo de drogas y/o posesión. (3)En el Gran Ducado de Luxemburgo, el adicto no es considerado criminal.

(4)Se exige compromiso de someterse a pruebas, restricciones, tto. rehabilitador.

# JUSTIFICACION Y OBJETIVOS

---





### 3. JUSTIFICACION Y OBJETIVOS

En los últimos años se está produciendo un aumento en el número de informes solicitados a los Institutos de Medicina Legal para que se pronuncien sobre la aplicación o no del artículo 87 del CP vigente. Esto se debe a la modificación del Código Penal de 1995 por la L.O. 15/2003 en la que se añadió como requisito indispensable la necesidad de incluir el informe del Médico Forense en la regulación de la suspensión de la ejecución de las penas impuestas por delitos cometidos por drogodependientes.

Como se observa en el propio articulado, el mismo no especifica cuál debe ser el contenido del informe médico pericial en esta materia. En este sentido, mientras para algunos juristas, el médico forense debe pronunciarse sobre si el toxicómano cometió el hecho delictivo motivado por el consumo de las sustancias reseñadas en el Art. 20 del CP, para otros, el contenido del informe debe versar sobre el tratamiento deshabitador a que está siendo sometido el toxicómano, siendo esta la sistemática de trabajo adoptada de forma consensuada por los médicos forenses de este Instituto de Medicina Legal.

#### 3.1. Objetivo principal

Verificar si existe correlación entre el informe del médico forense, el informe del centro de tratamiento y la resolución judicial, es decir si un informe positivo a la aplicación del art 87 por parte del médico forense, junto a un informe completo del centro de tratamiento, da lugar a una concesión del beneficio de la suspensión de condena por parte del Órgano Judicial.

#### 3.2. Objetivos secundarios

Son varios los objetivos secundarios:

- Analizar el perfil sociodemográfico del drogodependiente inmerso en un procedimiento judicial para la suspensión de su condena.
- Conocer cuál o cuáles han sido las sustancias por las que el drogodependiente demanda el tratamiento deshabitador, así como el tipo de tratamiento.

- Describir el comportamiento del sistema judicial ante las peticiones de suspensión de condena por drogodependencia, así como valorar la importancia del informe médico forense y del centro de tratamiento en el resultado final.

# METODOLOGIA

---



## 4. METODOLOGIA

### 4.1. Diseño

Se trata de un estudio descriptivo longitudinal sobre la aplicación del Art. 87 del CP. En base a los objetivos buscados, se procede a la recogida de información necesaria.

### 4.2. Población de estudio

#### 4.2.1. Descripción de la muestra

El presente trabajo de investigación se ha realizado sobre una población sometida a reconocimientos médico-forenses ordenados por Juzgados y Tribunales al Servicio de Clínica del Instituto de Medicina Legal de Málaga (IMLMA) durante cinco años (desde enero del 2009 hasta diciembre del 2013, ambos inclusive), siendo revisados un total de 760 historiales.

#### 4.2.2. Criterios de selección

##### *A. Criterios de Inclusión*

- Peticiones expresas por parte de los Órganos Judiciales para que el médico forense se pronuncie en función del Art. 87 del CP.
- Realización del Protocolo de Toxicomanía por parte de los Médicos Forenses de este Servicio.

##### *B. Criterios de Exclusión*

- Informes donde no se recojan todos los datos de filiación del individuo.
- Informes donde no se recoja la evolución o progresión en la drogodependencia.
- Informe donde no conste una exploración psiquiátrica básica.
- Ausencia del consentimiento informado o de orden judicial para el acceso a los datos de los centros de tratamiento.
- Ausencia de confirmación analítica.

Con estos criterios nuestra muestra estaba integrada por 711 casos válidos.

### **4.3. Método de recogida de datos**

#### **4.3.1. Fuentes de información**

Las principales fuentes de información que hemos utilizado en esta investigación han sido:

- Programa de Gestión de Historiales del IMLMA.
- Petición de historiales médicos al archivo del IMLMA.
- Protocolo de Toxicomanía (anexo V), es decir el protocolo de recogida de datos utilizado en los casos de peticiones de informes sobre drogadicción en el IMLMA. Se trata de un protocolo modificado del que han de utilizar los médicos forenses en el reconocimiento de los detenidos (publicado en el BOE nº 231 de 26 de septiembre de 1997) (anexo IV).
- Resultados de analíticas realizadas por enzimoimmunoensayo (ELISA) en el IMLMA.
- Resultados de analíticas solicitadas al Departamento de Sevilla del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses en su caso.
- Petición de informe sobre evolución terapéutica y pronóstico a los distintos centros de tratamiento, bien de forma directa a través del interesado o bien mediante acceso al Sistema PASDA con previa autorización judicial o consentimiento de la persona, según lo dispuesto en el protocolo general de colaboración firmado en el año 2009 entre el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía y la Consejerías de Justicia y Administración Pública para el intercambio de información en materia de drogas y adicciones (Anexo VII).
- Petición a los Juzgados de lo Penal de Málaga y Secciones de la Audiencia Provincial de Málaga a través del programa Adriano del auto concediendo o denegando la suspensión de condena para comprobar el resultado judicial.

#### 4.3.2. Método de recogida

Para acceder a la información necesaria para llevar a cabo el estudio, se contactó con el Director del IMLMA, con el Ilmo. Sr. Presidente de la Audiencia Provincial de Málaga y el Ilmo. Sr. Juez Decano de los Juzgados de Málaga capital. Tras conseguir las autorizaciones y permisos correspondientes, se procedió a la revisión de todos los historiales en materia de drogodependencias comprendidos entre los años 2009 y 2013. Se verificó si existía informe de los centros de tratamiento, y con posterioridad se accedió al Programa Adriano de los órganos Judiciales para consultar el resultado judicial.

Todos los datos recogidos tanto en los historiales médicos del IMLMA, como en los informes de los centros de tratamiento y en los autos judiciales, así como el registro informático de los mismos, se trataron siguiendo la normativa vigente para la protección de datos (Ley Orgánica 15/99 y Real Decreto 1720/2007).

#### **4.4. Variables analizadas**

En la tabla adjunta se recogen todas las variables medidas a lo largo del estudio:

<b>4.4.1. Variable resultado principal</b>
<p>A. Resultado del pronunciamiento judicial:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Positivo aplicación Art.87.</li> <li>- Negativo aplicación Art.87.</li> <li>- Concedida y posteriormente revocada.</li> <li>- Otras circunstancias: procedencia de otra provincia, fallecimiento, etc.</li> <li>- En tramitación.</li> </ul>
<b>4.4.2. Variables resultado secundarias</b>
<p>A. Tipo de Informe del centro de tratamiento:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Completo.</li> <li>- Incompleto.</li> <li>- No se aporta.</li> </ul> <p>B. Informe médico-forense:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Positivo aplicación Art.87.</li> <li>- Negativo aplicación Art.87.</li> <li>- No se pronuncia.</li> </ul>

#### 4.4.3. Variables independientes

- A. Relacionadas con el procedimiento judicial:
- Órgano Judicial peticionario.
  - Motivo de la actual situación judicial.
  - Antecedentes IML.
- B. Variables sociodemográficas:
- Sexo.
  - Edad.
  - Franja de edad.
  - Convivencia del sujeto.
  - Nivel de formación alcanzado.
- C. Variable consumo de sustancia.
- Tipo de droga consumida.
- D. Relacionadas con la analítica:
- Muestra.
  - Lugar de realización del análisis toxicológico.
  - Resultado.
- E. Relacionadas con el tratamiento:
- Tratamiento deshabitador.
  - Centro de tratamiento.
  - Tipo de tratamiento.

#### 4.4.1. Variable resultado principal

A. *Resultado del pronunciamiento judicial*: cualitativa. Valorada mediante estudio del auto judicial y con el siguiente resultado:

- Positivo a la aplicación del Art. 87 del CP.
- Negativo a la aplicación del Art. 87 del CP.
- Concedida y posteriormente revocada la suspensión.
- Otras circunstancias: procedimientos judiciales derivados a otras provincias, fallecimiento, etc.
- En tramitación.

#### 4.4.2. Variables resultado secundarias

A. *Variable relacionada con el tipo de informe del centro de tratamiento*

- **Completo**: cualitativa. El informe completo es aquel en el que se recogen datos de filiación completos, diagnóstico según CIE-10 o DSM-V, resultados de analíticas realizadas por el centro, grado de implicación en el tratamiento y evaluación pronóstica.



- Incompleto: cualitativa. Cuando falta alguno de los ítems anteriores.
- No se aporta: cualitativa. Cuando no se puede obtener ni de forma directa a través del interesado ni a través del SIPASDA.

*B. Variable relacionada con el informe médico forense*

- Positivo aplicación Art.87: cualitativa. Cuando se cumplen los criterios de evolución y pronóstico favorable, asistencia a las citas concertadas por los equipos terapéuticos y resultados negativos al consumo de la sustancia por la que se demanda asistencia.
- Negativo aplicación Art.87: cualitativa. Cuando no se cumple alguno de los criterios anteriormente reseñados.
- No se pronuncia: cualitativa. El informe es solo una descripción no pronunciándose en las conclusiones médico forenses sobre los criterios médicos para la aplicación o no del artículo 87, dejándola a la potestad jurisdiccional.

4.4.3. Variables independientes

*A. Variables relacionadas con el procedimiento judicial:*

- Órgano Judicial petionario: cualitativa. Corresponde al órgano judicial que ha condenado y al cual se le ha solicitado la suspensión de la condena. Se trata de 14 Juzgados de lo Penal de Málaga así como de las 5 Secciones penales de la Audiencia Provincial de Málaga.
- Motivo de la actual situación judicial: cualitativa. Se trata de describir el tipo de delito que da lugar a las actuaciones judiciales:
  - Delitos contra la salud pública.
  - Delitos contra la propiedad.
  - Delito de lesiones.
  - Delitos de violencia de género.
  - Delitos contra la seguridad del tráfico.
  - Otros.
  - No consta el tipo de delito.

- Antecedentes IML: cualitativa. Corresponde al momento de verificar la historia clínica del toxicómano, y si presenta o no episodios previos de reconocimientos por drogodependencia en este Instituto. Los valores de esta variable son:
  - No constan antecedentes en este IML.
  - Posee antecedentes previos en este IML.

*B. Variables sociodemográficas*

- Sexo: cualitativa. Corresponde al sexo de la persona motivo del informe.
- Edad: cuantitativa discreta. Es la edad del periciado/a en el momento de la recogida de los datos (período comprendido entre 2009 y 2013). Se mide en años.
- Franja de edad: cuantitativa de intervalo. Es el intervalo de edad del periciado/a en el momento de la recogida de los datos (período comprendido entre 2009 y 2013).
- Convivencia del sujeto: cualitativa. Corresponde a la convivencia o no en pareja y a la existencia de hijos. Los valores de esta variable son:
  - No consta.
  - Soltero sin hijos.
  - Soltero con hijos.
  - Vive en pareja, sin hijos.
  - Vive en pareja, con hijos.
- Nivel de formación máximo alcanzado: cualitativa. Corresponde al máximo nivel educativo alcanzado y finalizado por parte del periciado. Los valores de esta variable son:
  - No consta.
  - Sin estudios.
  - Estudios primarios.
  - Estudios secundarios, bachiller o formación profesional.
  - Estudios universitarios.

C. *Variable consumo de sustancia*

- Tipo de droga consumida: cualitativa. Corresponde a la sustancia que provoca la demanda de tratamiento deshabitador por parte del toxicómano. Los valores de esta variable son:
  - Cannabis.
  - Cocaína.
  - Heroína.
  - Revuelto (cocaína y heroína).
  - Psicofármacos.
  - Drogas de síntesis.
  - Alcohol.
  - Asociaciones de las anteriores.
  - Refiere no consumir.

D. *Variables relacionadas con la analítica*

- Muestra: cualitativa. Hace referencia a si se procede a la toma de muestras biológicas para demostrar el consumo/abstinencia a sustancias tóxicas en el momento del reconocimiento. Los valores de esta variable son:
  - No toma de muestra.
  - Toma de muestra de orina.
  - Toma de muestra de cabello.
  - Toma de muestra de orina y cabello.
- Lugar de realización del análisis toxicológico: cualitativa. Esta variable hace referencia a si han sido realizados análisis cualitativos mediante ELISA en el IMLMA o remitidas al Departamento de Sevilla del Instituto Nacional de Toxicología y Ciencias Forenses (INTyCF) para su posterior análisis, tanto de forma cualitativa como cuantitativa. Los valores de esta variable son:
  - Realizado en IMLMA.
  - Realizado en INTyCF.
  - No realizado.
  - Realizado en ambos.

- Resultado: cualitativa. Esta variable hace referencia al resultado analítico de las muestras, tanto de las efectuadas en el IMLMA como en el INTyCF. Los valores de esta variable son:
  0. Resultado negativo.
  1. Positivo a cocaína.
  2. Positivo a cannabis.
  3. Positivo a heroína.
  4. Positivo a metadona.
  5. Positivo a revuelto (heroína y cocaína).
  6. Positivo a psicofármacos.
  7. Positivo a 1 y 2.
  8. Positivo a 1 y 5.
  9. Positivo a 4 y 5.
  10. Otras asociaciones.
  11. No consta el resultado o se está a la espera del mismo.

*E. Variables relacionadas con el tratamiento*

- Tratamiento deshabitador: cualitativa. Hace referencia a si está sometido o no a tratamiento deshabitador. Los valores de esta variable son:
  - Sí está sometido.
  - No está sometido.
- Centro de tratamiento: cualitativa. Esta variable hace referencia al centro donde el toxicómano está siendo sometido a tratamiento deshabitador. Los valores de esta variable son:
  - Ninguno.
  - Centro Provincial de Drogodependencias (CPD).
  - Proyecto Hombre.
  - BETEL.
  - GACAR.
  - Marbella Solidaria.
  - REMAR.
  - Alternativa-2.

- ARDE.
  - RETO.
  - AREA.
  - Otros centros de tratamiento.
  - Prisión.
- Tipo de tratamiento: cualitativa. Esta variable hace referencia al tipo de tratamiento deshabitador que está siguiendo el drogodependiente. Los valores de esta variable son:
    - No sigue tratamiento alguno.
    - Benzodiacepinas.
    - Metadona.
    - Psicoterapia.
    - Otros o tratamientos combinados.
    - Internamiento en Comunidad Terapéutica.

#### **4.5. Entrada y gestión informática de los datos**

Los datos que constaban se introdujeron en una base de datos codificada realizada con el Programa Excel (Microsoft Office 2010) para ser posteriormente exportados al Programa SPSS (statiscalpackagefor social sciences). Se fueron registrando los datos de forma progresiva conforme se iban analizando los historiales, los informes de los centros de tratamiento y las sentencias judiciales, y posteriormente se fueron analizando las diferentes variables según el tipo de análisis, que más adelante se detallará.

#### **4.6. Estrategia de análisis**

El análisis de los datos se ha realizado mediante el paquete estadístico SPSS/PC versión 22, licenciado para la Universidad de Málaga. La estrategia del análisis siguió los siguientes pasos para la consecución de los objetivos propuestos:

#### 4.6.1. Estadística descriptiva

Se ha realizado un análisis descriptivo de todas las variables contempladas en el estudio. Para variables cualitativas se calcularon las frecuencias absolutas y relativas de cada categoría. Para las cuantitativas se calcularon como estadísticos de tendencia central la media, y la mediana en los casos en que las medias se vieron muy influenciadas por valores extremos. Como estadístico de dispersión se calculó la desviación estándar.

#### 4.6.2. Análisis de los factores relacionados con las variables principal y secundarias

##### *A. Análisis bivariante*

Para detectar asociaciones entre la variable dependiente a estudio y cualquiera de las demás variables, se realizó un análisis bivariante en el que se relacionó cada una de las variables con la variable principal, así como con las variables secundarias. Se utilizó el test de Chi-cuadrado para variables cualitativas o un análisis de varianza (ANOVA) para variables cuantitativas.

##### *B. Análisis multivariante*

Se realizó la correlación de Spearman para la variable principal (resultado del pronunciamiento judicial), considerando como posibles variables modificadoras del resultado judicial, las restantes variables que mostraron relación estadísticamente significativa, o que aunque no alcanzaron el nivel de significación, son relevantes. En el modelo propuesto se fueron eliminando variables según su grado de correlación, hasta quedarnos con el modelo más adecuado para este estudio.

#### 4.6.3. Efecto de las pérdidas

Se compararon todas las variables independientes para medir la existencia de algún efecto debido a las pérdidas sufridas a lo largo del estudio sobre las características de la muestra, utilizando el Test de la Chi-cuadrado para variables cualitativas o un análisis de varianza (ANOVA) para variables cuantitativa.

# RESULTADOS

---





## 5. RESULTADOS

### 5.1. Selección de la muestra

El presente trabajo de investigación se ha realizado sobre una población sometida a reconocimientos médico-forenses ordenados a este IMLMA desde enero del 2009 hasta diciembre del 2013, ambos inclusive.

Del total de 111.211 expedientes realizados por el IMLMA durante el período 2009-2013, 6.319 correspondieron a actuaciones realizadas por los Médicos Forenses en el ámbito de las toxicomanías. De ellos, 760 correspondieron a peticiones de informes sobre el Art. 87 del CP. En la tabla adjunta se expresa el total de informes solicitados y los que están exclusivamente relacionados con las drogodependencias.

**Tabla 1: Total de reconocimientos del IMLMA período 2009-2013**

	<b>AÑO</b>	<b>TOTAL DROGAS</b>	<b>ART. 87</b>	<b>ART 87 VALIDOS</b>
<b>2009</b>	19168	<b>1301</b>	81	<b>59</b>
<b>2010</b>	23342	<b>1386</b>	118	<b>107</b>
<b>2011</b>	19793	<b>1168</b>	99	<b>93</b>
<b>2012</b>	24493	<b>1163</b>	163	<b>158</b>
<b>2013</b>	24415	<b>1301</b>	299	<b>294</b>
	<b>111211</b>	<b>6319</b>	<b>760</b>	<b>711</b>

Una vez revisados los expedientes, se han obtenido los siguientes resultados:

- 711 expedientes cumplieron todos los criterios de selección para el estudio.
- 49 expedientes no cumplieron los criterios de selección para el estudio, observándose como en todos ellos no constaba ni el tipo de delito ni la progresión de la drogodependencia como causas fundamentales de exclusión. Como causas de exclusión menores destacan que no se recoja

una exploración psiquiátrica básica o que no se pueda realizar el seguimiento por pertenecer a otra ciudad u otra Comunidad Autónoma.

## 5.2. Descripción de la muestra al inicio del estudio

### 5.2.1. Variables relacionadas con el procedimiento judicial

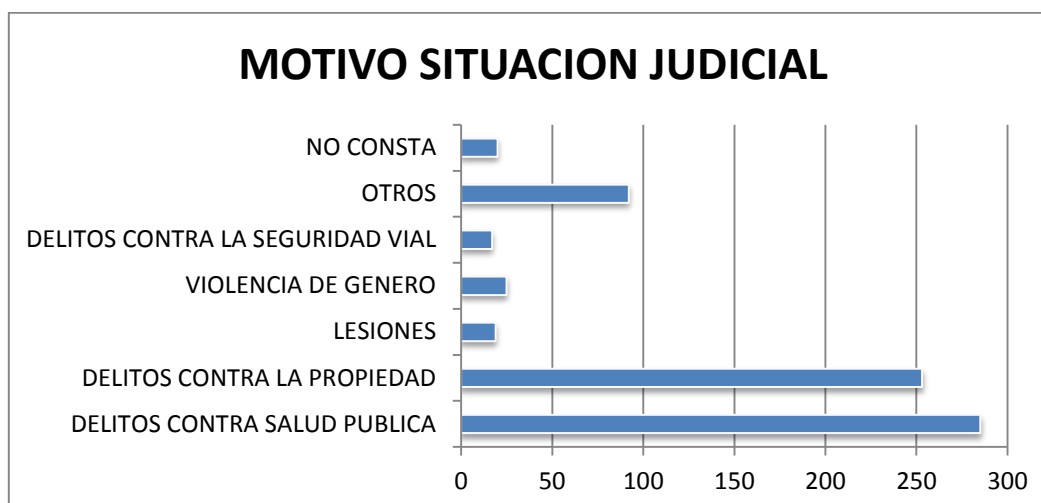
A. *Órgano Judicial peticionario*: en la tabla 2 se recogen las peticiones sobre Informes del Art. 87 por Órgano Judicial.

**Tabla 2: Peticiones de informes de Art.87 por Órgano Judicial**

ORGANO JUDICIAL	FRECUENCIA	PORCENTAJE VALIDO
PENAL 1	25	3,5
PENAL 2	50	7
PENAL 3	24	3,4
PENAL 4	71	10
PENAL 5	40	5,6
PENAL 6	45	6,3
PENAL 7	19	2,7
PENAL 8	50	7
PENAL 9	85	12
PENAL 10	30	4,2
PENAL 11	10	1,4
PENAL 12	3	0,4
PENAL 13	3	0,4
PENAL 14	17	2,4
AP PRIMERA	48	6,8
AP SEGUNDA	59	8,3
AP TERCERA	55	7,7
AP OCTAVA	42	5,9
AP NOVENA	32	4,5
OTROS	3	0,4

B. *Motivo de la actual situación judicial*: en un 40,1% de los periciados el procedimiento judicial fue por la comisión de un delito contra la salud pública y en el 35,6% fueron delitos contra la propiedad. En la gráfica 1 se puede observar el número de casos según el delito cometido

Gráfica 1: Delito que motiva el procedimiento judicial



C. *Antecedentes previos en el IML*: el 73,8% (n= 525) de los sujetos habían sido reconocidos con anterioridad en este IMLMA, por lo general, a consecuencia de la comisión de otros delitos relacionados con su cuadro adictivo. En la tabla 3 se exponen los valores obtenidos.

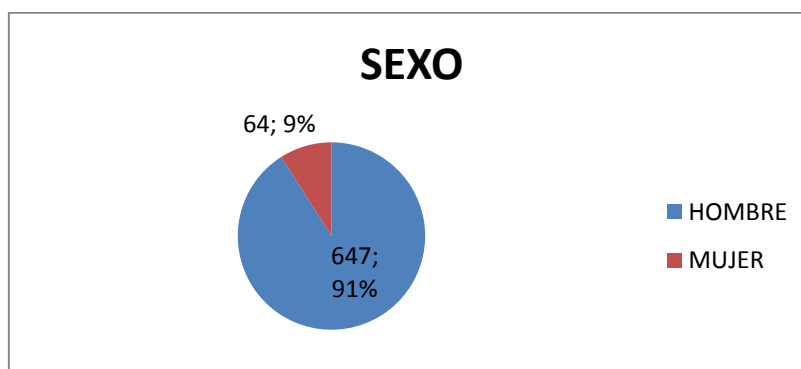
Tabla 3: Antecedentes previos en el IMLMA

	FRECUENCIA	POCENTAJE VALIDO
NO CONSTAN ANTECEDENTES	186	26,2
CONSTAN ANTECEDENTES	525	73,8

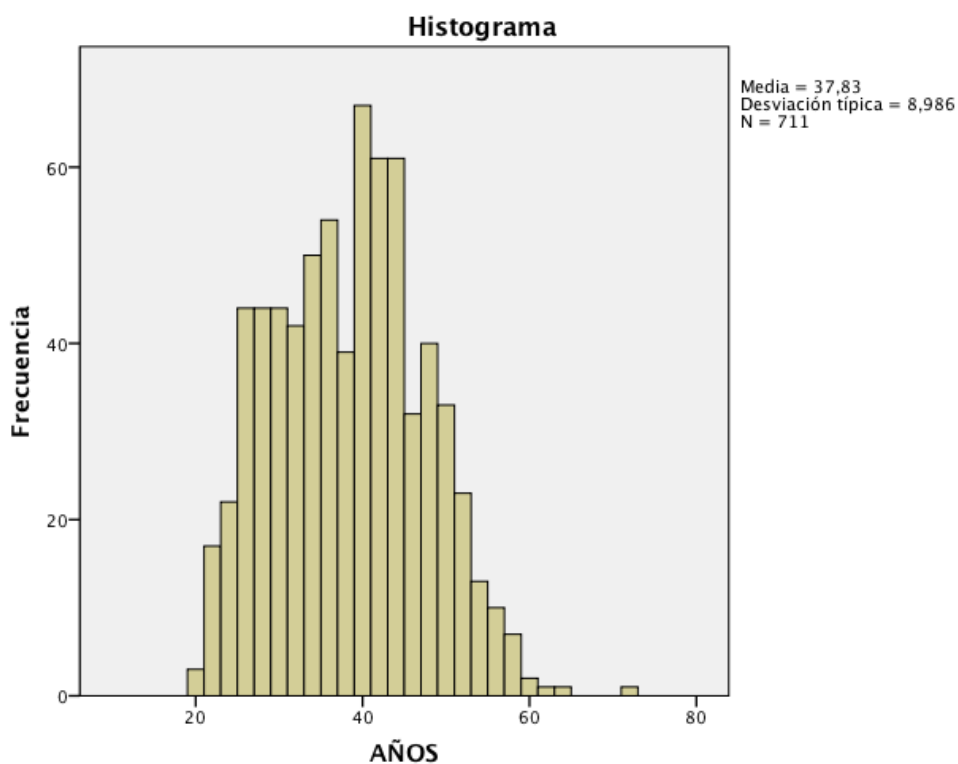
### 5.2.2. Variables sociodemográficas

A. *Sexo*: la distribución de los periciados/as por sexo fue de 64 mujeres (9%) y de 647 hombres (91%), tal y como se expone en la gráfica 2.

Gráfica 2: distribución de casos por sexo



B. *Edad*: la edad media de los periciados/as es  $37,83 \pm 8,98$  años. Se puede observar la distribución adjunta:



C. *Franja de edad*: el 83,6 % de los periciados/as tienen una edad entre 26 y 50 años, con un rango de edad comprendido entre los 20 y los 70 años. En la tabla 4 se observa la distribución por franjas de edad.

**Tabla 4: Franja de edad de los toxicómanos estudiados**

	FRECUENCIA	POCENTAJE VALIDO
15-20 AÑOS	3	0,4
21-25 AÑOS	55	7,7
26-30 AÑOS	116	16,3
31-35 AÑOS	118	16,6
36-40 AÑOS	134	18,8
41-45 AÑOS	134	18,8
46-50 AÑOS	93	13,1
51-55 AÑOS	43	6
56-60 AÑOS	12	1,7
> 61 AÑOS	3	0,4

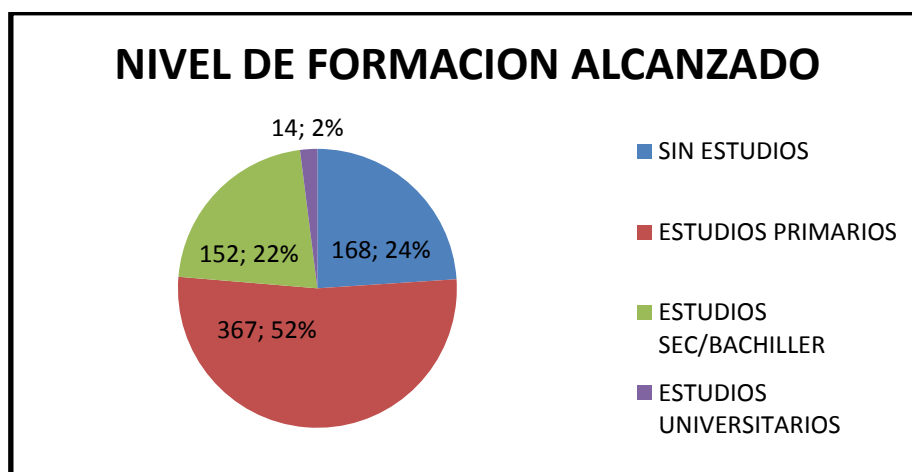
- D. *Convivencia del sujeto*: en el 99,5 % de los historiales estudiados se recoge la convivencia del periciado/a sometido a tratamiento tal y como se puede observar en la tabla 5:

**Tabla 5: Convivencia del sujeto**

	FRECUENCIA	POCENTAJE VALIDO
SOLTERO SIN HIJOS	231	32,8
SOLTERO CON HIJOS	162	23
EN PAREJA SIN HIJOS	60	8,5
EN PAREJA CON HIJOS	251	35,7

- E. *Nivel de formación alcanzado*: el 52,4% (n= 367) posee estudios primarios. El resto de porcentajes relacionados con el grado de formación máximo alcanzado se expresa en la gráfica 3:

Gráfica 3: Nivel de formación alcanzado



### 5.2.3. Variable consumo de sustancia

A. *Tipo de droga consumida* :en el 79,6% de los casos estudiados fue el consumo de cocaína, solo o asociado a otras sustancias, la droga que mayor número de peticiones de informes generó por parte de los órganos jurisdiccionales a este IMLMA. De este 79,6% (n=566), en el 31,1% (221 casos), el consumo es exclusivamente de cocaína y el resto de cocaína y heroína. En la tabla 6 se pueden observar las drogas implicadas:

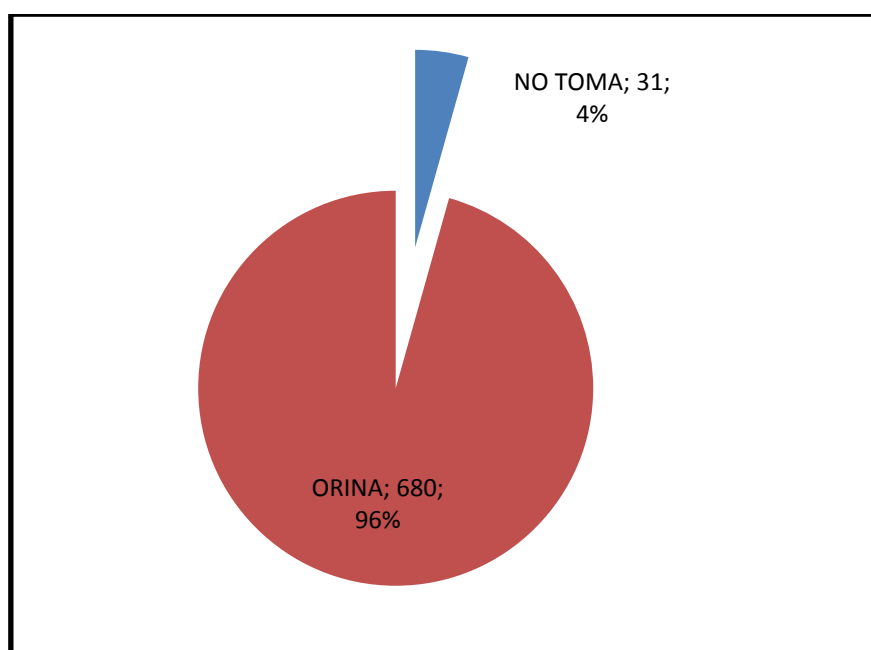
Tabla 6: Tipo de droga consumida

	FRECUENCIA	POCENTAJE VALIDO
CANNABIS	19	2,7
COCAÍNA	221	31,1
HEROÍNA	6	0,8
REVUELTO	345	48,5
DROGAS SINTESIS	2	0,3
ALCOHOL	21	3
ASOCIACIONES	97	13,6

#### 5.2.4. Variables asociadas con la analítica

- A. *Muestra*: en el 96% de los casos (n=680) se procedió a la toma de muestra de orina para análisis químico-toxicológico con el fin de acreditar el consumo o la ausencia del mismo en la primera exploración realizada. En el gráfico 4 se observan los datos obtenidos.

**Gráfico 4: Toma de muestra para analítica**



- B. *Lugar de realización del análisis*: el 92,4% de los casos fueron analizados mediante kit de ELISA en el IMLMA por el propio forense que realiza la pericial solicitada. En la tabla 7 se adjuntan los resultados sobre el lugar de realización de la analítica.

**Tabla 7: Lugar de realización del análisis**

	FRECUENCIA	POCENTAJE VALIDO
REALIZADO IML	657	92,4
REALIZADO INTyCF	22	3,1
NO REALIZADO	28	3,9
REALIZADO EN AMBOS	3	0,4

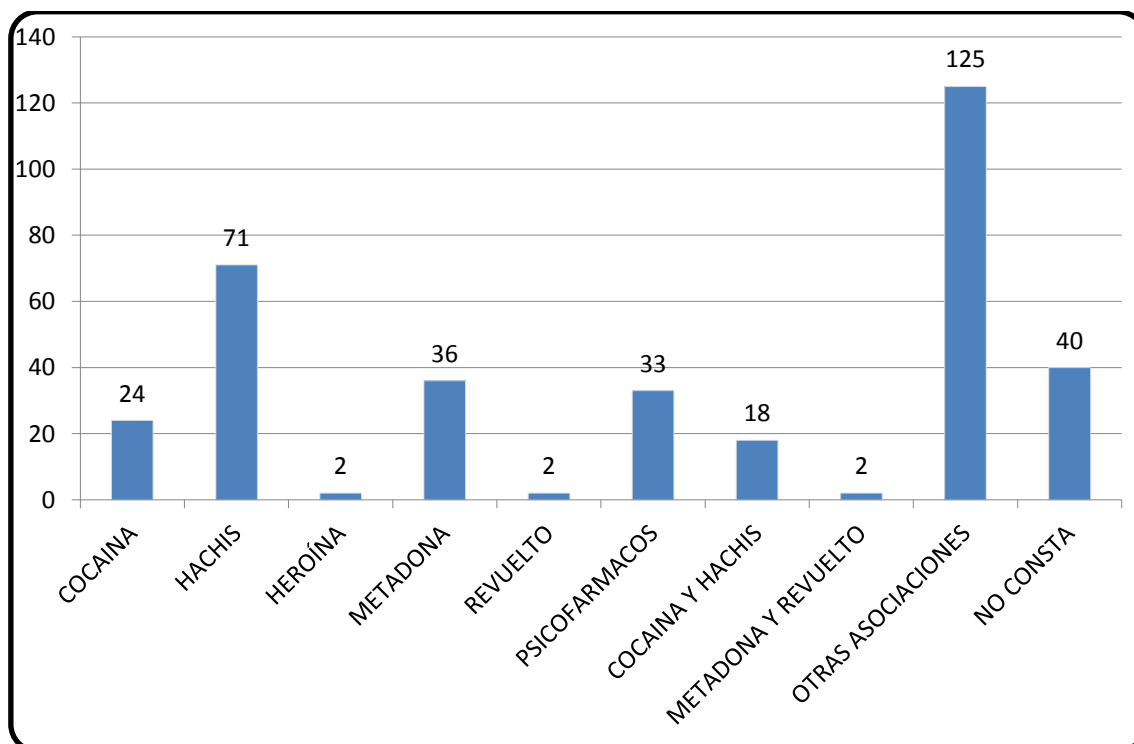
- C. *Resultado*: son los resultados obtenidos una vez realizado el análisis toxicológico. El 50,3% de los periciados/as dio analítica negativa al consumo de sustancias tal y como se observa en tabla 8.

**Tabla 8: Resultado analítico**

	FRECUENCIA	PORCENTAJE VALIDO
POSITIVO	353	49,6
NEGATIVO	358	50,3

En lo que se refiere a los resultados positivos a consumo de tóxicos, se observa como la sustancia más consumida de forma aislada es el cannabis, con un 20,1%, aunque es más frecuente la presencia de asociaciones de sustancias con un 35,4%. En la gráfica 5 se observan los resultados obtenidos.

**Gráfica 5: Resultados positivos en orina**

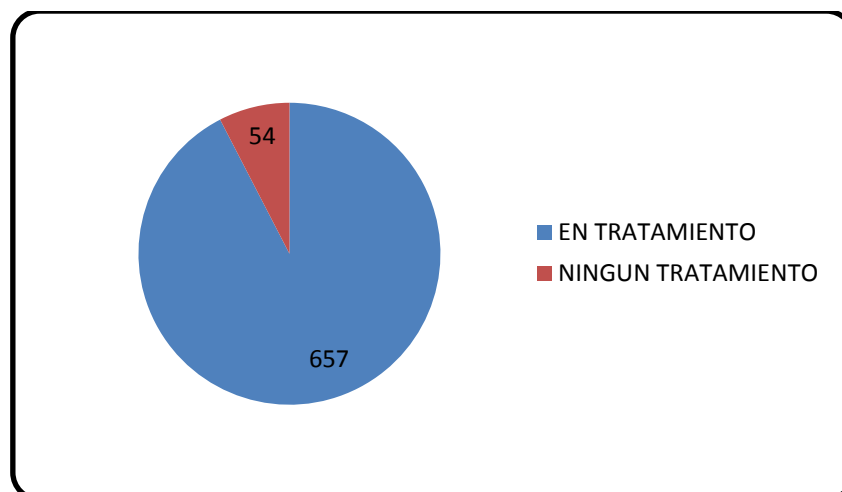




### 5.2.5. Variables relacionadas con el tratamiento

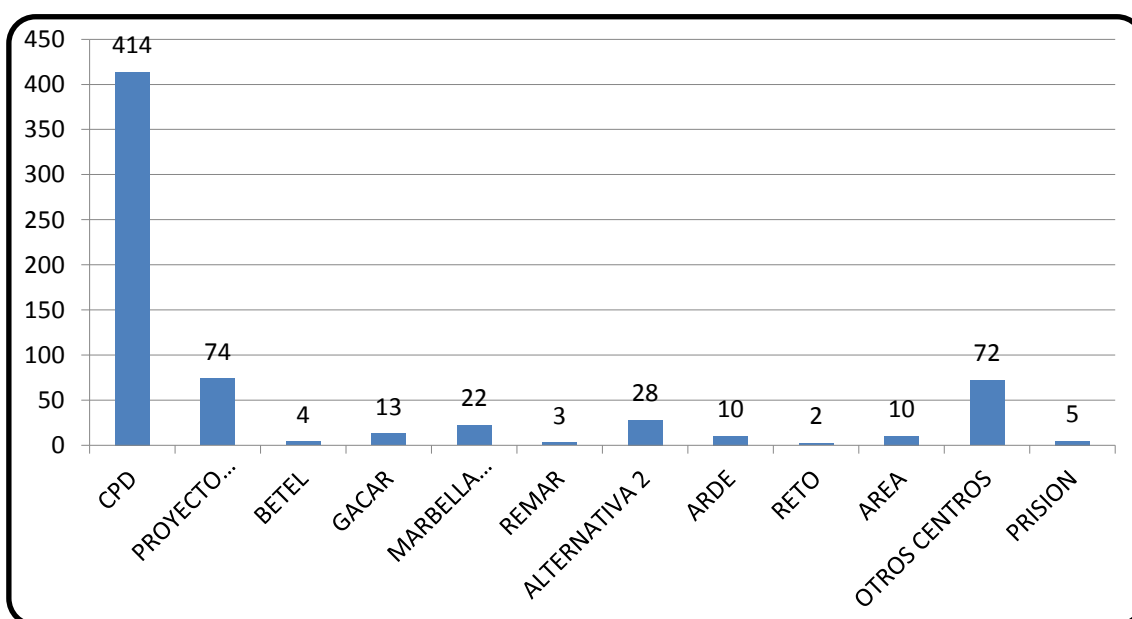
- A. *Tratamiento deshabitador*: de los casos estudiados, el 92,4% (n= 657) se encuentra en tratamiento deshabitador, tal y como se recoge en el gráfico 6.

**Gráfico 6: Tratamiento deshabitador**



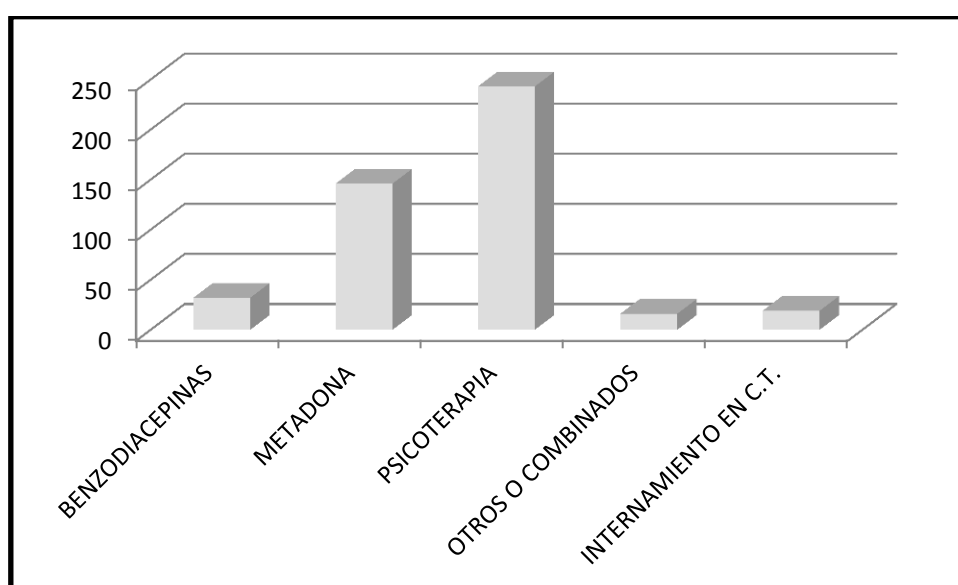
- B. *Centro de tratamiento*: en la siguiente gráfica, se exponen los distintos centros de tratamiento, siendo el recurso más utilizado el Centro Provincial de Drogodependencias de Málaga (CPD), con el 63% de los casos.

**Gráfica 7: Número de casos según centro de tratamiento**



C. *Tipo de tratamiento*: el 64% (n=456) de los casos siguió tratamiento deshabitador mientras que el 36% restante acudió al Centro sin estar adscrito a ningún programa de tratamiento. De entre las distintas posibilidades terapéuticas contempladas, fue la psicoterapia, bien individual o de grupo la que más veces se aplicó, seguido del tratamiento sustitutivo con metadona. En cualquier caso, los resultados se recogen en la siguiente gráfica.

**Gráfica 8: Tipo de tratamiento deshabitador**



#### 5.2.6. Variable resultado principal

El 57,7% de las sentencias judiciales son favorables a la suspensión de la condena por aplicación del Art.87 del CP. En la tabla 9 se exponen los resultados obtenidos.

**Tabla 9: Resultado Judicial**

	FRECUENCIA	POCENTAJE VALIDO
POSITIVO APLICACIÓN ART. 87	410	57.7%
NEGATIVO APLICACIÓN ART. 87	229	32,2%
CONCEDIDA Y POSTER. REVOCADA	14	2%
OTRAS CIRCUNSTANCIAS	37	5,2%
EN TRAMITACIÓN	21	3%

**5.2.7. Variables resultado secundarias**

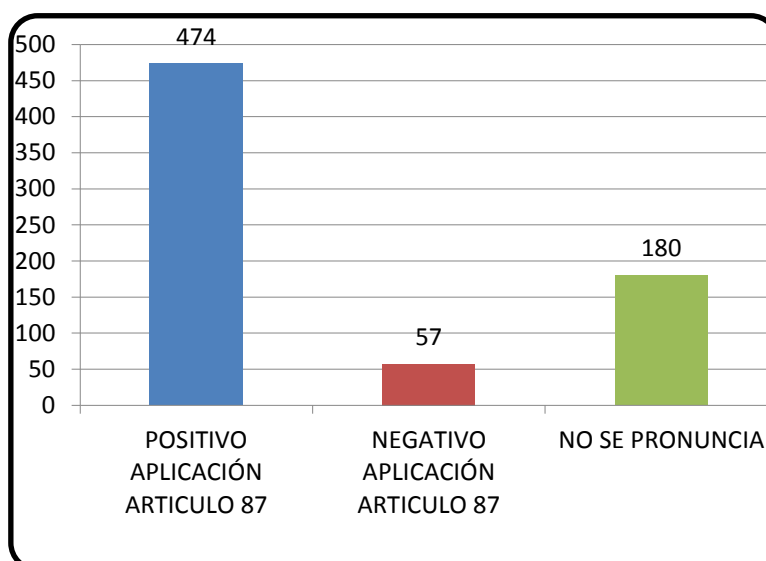
- A. *Tipo de informe del centro de tratamiento:* como se refleja en la tabla 10, el 56,2% de los informes aportados recogen la información pertinente completa sobre el toxicómano sometido a tratamiento.

**Tabla 10: Tipo de Informe del centro de tratamiento**

	FRECUENCIA	POCENTAJE VALIDO
COMPLETO	400	56,3
INCOMPLETO	183	25,8
NO SE APORTA	127	17,9

- B. *Informe Médico-Forense:* Según los datos obtenidos, en el 66,6% de los casos (n=474) se emitió un informe médico-forense positivo a la aplicación del art.87 del CP. En la gráfica 9 se exponen los resultados obtenidos.

Gráfica 9: Informe Médico-Forense



### 5.3. Factores que influyen en el resultado judicial

#### 5.3.1. Análisis bivariante

##### A. Análisis bivariante del resultado judicial positivo

Se ha realizado el análisis bivariante para relacionar “el resultado judicial positivo” con las demás variables. En la siguiente tabla se muestra el resultado de este análisis para las variables que mostraron significación estadística, donde la columna “%” recoge los valores que toman las distintas variables en aquellos toxicómanos que obtienen un resultado judicial positivo:

**Tabla 11: Relación de la variable principal (resultado judicial positivo) con las demás variables del estudio**

Variable	%	p	Significado
<b>Informe Médico Forense</b>			
Positivo aplicación	79,0% (n=324)	p< 0,05	El tener un informe forense positivo se relaciona con un resultado judicial positivo.
Negativo aplicación	3,2% (n=13)		
No se pronuncia	17,8% (n=73)		
<b>Mujer</b>			
Soltera sin hijos	8,8% (n=3)	p= 0,029	El tener hijos siendo mujer se relaciona con un resultado judicial positivo.
Soltera con hijos	29,4% (n= 10)		
En pareja sin hijos	2,9% (n=1)		
En pareja con hijos	58,8% (n=20)		
<b>Resultado Analítica</b>			
Negativo	59,5% (n= 244)	p< 0,05	El tener una analítica negativa se relaciona con un resultado judicial positivo.
Positivo	34,6% (n=142)		
No consta resultado	5,9% (n=24)		
<b>Antecedentes IML</b>			
No constan antecedentes previos	20,5% (n=84)	p= 0,002	El tener antecedentes previos en IML se relaciona con un resultado judicial positivo.
Constan antecedentes previos	79,5% (n=410)		
<b>Tratamiento deshabitador</b>			
Sometido a tratamiento	96,1% (n= 394)	p< 0,05	El estar sometido a tratamiento deshabitador se relaciona con un informe judicial positivo.
No sometido a tratamiento	3,7% (n= 15)		
<b>Tipo de tratamiento</b>			
Benzodicepinas	5% (n= 15)	p= 0,001	Existe relación entre el estar sometido a psicoterapia y el obtener un resultado judicial positivo.
Metadona	26,7% (n= 81)		
Psicoterapia	60,4% (n= 183)		
Otros o combinados	4,0% (n=12)		
Internamiento en CT	4,0% (n=12)		

**Tabla 11 (cont.): Relación de la variable principal (resultado judicial positivo) con las demás variables del estudio**

Variable	%	p	Significado
<b>Tipo de informe centro tratamiento</b>			
Completo	66,5% (n=272)	p< 0,05	El que el centro emita un informe completo se relaciona con un resultado judicial positivo.
Incompleto	24,2% (n= 99)		
No se aporta	9,3% (n= 38)		
<b>Centro de tratamiento</b>			
CPD	65,8% (n=260)	p= 0,017	Existe asociación entre estar sometido a tratamiento en estos centros y un resultado judicial positivo.
Proyecto Hombre	11,9% (n=47)		
Alternativa -2	4,3% (n=17)		

*B. Análisis bivariante del informe médico forense positivo con el resto de variables*

Se ha realizado el análisis bivariante para relacionar la variable secundaria “informe médico forense positivo” con las demás variables. En la siguiente tabla se muestra el resultado de este análisis para las variables que presentaron significación estadística, donde la columna “%” recoge los valores que toman las distintas variables en aquellos toxicómanos que obtienen un informe médico forense positivo a la aplicación de la suspensión de condena.

**Tabla 12: Relación de la variable secundaria (informe médico forense positivo) con las demás variables del estudio**

Variable	%	p	Significado
<b>Resultado Analítica</b>			
Análítica negativa	62,9% (n=298)	p < 0,05	Un resultado analítico negativo se relaciona con un informe médico forense positivo.
Análítica positiva	35,0% (n= 166)		
No consta resultado	2,1% (n=10)		
<b>Centro de Tratamiento</b>			
CPD	64% (n=300)	p= 0,002	Existe asociación entre estar sometido a tratamiento en estos centros y un informe médico forense positivo.
Proyecto Hombre	11,7% (n=55)		
Alternativa-2	4,7% (n=22)		
<b>Motivo de la situación judicial</b>			
Delitos contra salud pública	39,5% (n=187)	p= 0,009	Los delitos más relacionados con un informe judicial positivo son los delitos contra la salud pública y contra la propiedad.
Delitos contra propiedad	36,5% (n=173)		
Lesiones	2,5% (n=12)		
Violencia genero	3,6% (n=17)		
Delitos seguridad vial	1,7% (n=8)		
Otros	14,8% (n=70)		
No consta	1,5% (n=7)		
<b>Antecedentes IML</b>			
No constan antecedentes	20,5% (n=97)	p < 0,05	Existe asociación entre tener antecedentes en el IML y un informe médico forense positivo.
Constan antecedentes	79,5% (n=377)		
<b>Muestra</b>			
No toma	2,7% (n=13)	p < 0,05	Existe asociación entre toma de muestra de orina y un informe médico forense positivo.
Toma de orina	97,3% (n=461)		
<b>Tratamiento deshabitador</b>			
Si sometido a tratamiento	98,7% (n=468)	p= 0,002	El estar sometido a tratamiento deshabitador se relaciona con un informe médico forense positivo.
No sometido a tratamiento	1,1% (n=5)		

C. *Análisis bivariante del informe completo del centro de tratamiento con las demás variables*

Se ha realizado el análisis bivariante para relacionar la variable secundaria “informe completo del centro de tratamiento”. En la siguiente tabla se muestra el resultado de este análisis para las variables que mostraron significación estadística, donde la columna “%” recoge los valores que toman las distintas variables en aquellos toxicómanos que obtienen un informe completo del centro de tratamiento:

**Tabla 13: Relación de la variable secundaria (informe completo del centro de tratamiento) con las demás variables del estudio**

Variable	%	p	Significado
<b>Antecedentes IML</b>			
No constan antecedentes	24,85% (n=99)	p= 0,047	Existe asociación entre tener antecedentes en el IML y un informe completo del centro de tratamiento.
Constan antecedentes	75,3% (n=301)		
<b>Centro de tratamiento</b>			
CPD	76,9% (n=307)	p< 0,05	El estar sometido a tratamiento en estos centros se relaciona con un informe completo por parte del centro.
Proyecto Hombre	3,8% (n=15)		
Alternativa 2	5,0% (n=20)		
<b>Informe Médico Forense</b>			
Positivo aplicación 87	81,8% (n=327)	p< 0,05	Existe asociación entre tener informe médico forense positivo a la aplicación del art.87 y un informe completo del centro de tratamiento.
Negativo aplicación 87	3,8% (n=15)		
No se pronuncia	14,5% (n=58)		
<b>Sexo</b>			
Hombre	91% (n=364)	p= 0,031	Existe asociación entre ser hombre y un informe completo del centro de tratamiento.
Mujer	9% (n=36)		
<b>Tratamiento Deshabitador</b>			
Si	60,8% (n= 399)	p< 0,05	El estar sometido a tratamiento se relaciona con un informe completo por parte del centro.
No	27,9% (n=183)		



## 5.3.2. Modelo multivariante

Para el análisis multivariante, las variables predictoras de partida están recogidas en la Tabla 14. Para decidir cuáles eran estas variables, se procedió a la realización de una correlación de Spearman, indicándose en la misma tabla, las correlaciones que son significativas con sentido +.

**Tabla 14. Variables de partida de modelo multivariante**

		Antec IML	Nivel formación	Tipo de droga	Resulta Analit	Tto Deshab	Centro de TTo	Tipo de Tto	Tipo de Informe	Informe Médico Forense
<b>RESULTADO JUDICIAL</b>	Coef. Correl	0,143	0,082	0,105	0,111	0,143	0,096	0,178	0,260	0,255
	p	< 0,05	0,029	0,005	0,037	< 0,05	0,014	< 0,05	< 0,05	< 0,05
	n	711	701	711	363	710	657	456	710	711

Una vez conocidas las variables, se procede a la realización de la regresión nominal o categórica de todas las variables que correlacionan de forma significativa con el resultado judicial junto a la variable órgano judicial codificado, que no correlaciona pero que incluimos por su interés.

VARIABLES	IMPORTANCIA
ANTECEDENTES INSTITUTO MEDICINA LEGAL	28,4%
NIVEL DE FORMACION MAXIMO ALCANZADO	10,2%
TIPO DE DROGA CONSUMIDA	12,1%
RESULTADO DE LA ANALITICA	4,3%
TRATAMIENTO DESHABITUADOR	2,0%
CENTRO DE TRATAMIENTO	3,3%
TIPO DE TRATAMIENTO	16,6%
TIPO DE INFORME CENTRO DE TRATAMIENTO	3,7%
INFORME MEDICO FORENSE	16,5%
ORGANO JUDICIAL CODIFICADO	2,9%

## ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.
Regresión	36,874	19	1,941	2,107	,006
Residuo	197,126	214	,921		
Total	234,000	233			

Si en vez de seguir el modelo propuesto que incluye todas las variables que correlacionan de forma significativa con el resultado judicial, se tienen en cuenta solo aquellos que influyen más del 10% además de las variables que tienen un interés especial (órgano judicial, tipo de informe del centro y centro de tratamiento) los resultados son:

VARIABLES	IMPORTANCIA
ANTECEDENTES INSTITUTO MEDICINA LEGAL	14,4%
CENTRO DE TRATAMIENTO	4,8%
ORGANO JUDICIAL CODIFICADO	3,6%
TIPO DE DROGA CONSUMIDA ACTUALMENTE	9,4%
TIPO DE TRATAMIENTO	0,7%
INFORME MEDICO FORENSE	42,9%
TIPO DE INFORME CENTRO DE TRATAMIENTO	24,1%

## ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.
Regresión	96,251	14	6,875	7,873	,000
Residuo	559,749	641	,873		
Total	656,000	655			

Si solo se tienen en cuenta en el modelo las variables secundarias, el resultado es el siguiente:

VARIABLES	IMPORTANCIA
INFORME MEDICO FORENSE	61,2%
TIPO DE INFORME CENTRO DE TRATAMIENTO	38,8%

## ANOVA

	Suma de cuadrados	gl	Cuadrático promedio	F	Sig.
Regresión	90,407	4	22,602	25,717	,000
Residuo	619,593	705	,879		
Total	710,000	709			



# DISCUSIÓN

---



## 6. DISCUSIÓN

El propósito del planteamiento de este trabajo ha sido estudiar el resultado judicial ante las peticiones de suspensiones de condena en virtud de la aplicación del artículo 87 del CP en aquellos drogodependientes que han cometido el delito como consecuencia de su adicción a sustancias, así como valorar los diferentes resultados obtenidos con aquellos factores que pueden modificar el resultado judicial.

Mediante el análisis estadístico de los datos, se pueden comentar una serie de cuestiones que se exponen a continuación.

### 6.1. Sobre la metodología empleada

#### 6.1.1. Diseño de la muestra

No existe en nuestro país ningún estudio comparativo sobre la aplicación del artículo 87 del CP, aunque algunos de los resultados obtenidos sí pueden ser comparados con estudios epidemiológicos existentes tanto del Consejo General del Poder Judicial como del Plan Nacional de Drogas.

El presente estudio es un estudio descriptivo de todos los factores, características y perfiles de aquellos drogodependientes condenados a penas privativas de libertad, que solicitan la suspensión de la misma en virtud del Art 87 del CP, y la relación de los mismos con el pronunciamiento judicial final.

#### 6.1.2. Selección de la muestra

En primer lugar para la selección de la muestra se han tenido que revisar 6.319 expedientes forenses del archivo del IMLMA para poder conocer el motivo del reconocimiento judicial, llegándose a la cifra final de 760 peticiones de reconocimiento por aplicación del Art. 87 del CP, siendo excluidos 49 expedientes por diferentes causas, bien del propio reconocimiento forense o propias del sistema judicial.

## 6.2. Sobre las características de la muestra

### 6.2.1. Perfil sociodemográfico

Las características sociodemográficas de nuestro estudio son similares a los estudios realizados por el Plan Nacional de Drogas (PND, Informe del año 2013) y por el Instituto Andaluz Interuniversitario de Criminología para el Consejo General del Poder Judicial en el año 2002.

Así en lo referente al **sexo**, la mayoría de los sujetos eran hombres (91% de varones frente al 9% de mujeres), lo cual coincide con cifras de consumo reflejadas en los estudios anteriormente mencionados donde por cada seis u ocho sujetos uno es mujer.

En lo que respecta a la **edad**, la mayoría de los estudios recogen una edad de comienzo del consumo entre los 15 y 20 años. En nuestro estudio no se recoge la edad de comienzo del consumo sino la edad de la petición de la suspensión que se sitúa en una media de 37,83 años y con una desviación típica de 8,986. Hay que tener en cuenta que son drogodependientes que tienen diversas causas judiciales por los delitos cometidos (tal y como se ha recogido en la tipología delictiva) y asimismo por los tiempos de trabajo propios de la maquinaria judicial.

En cuanto al nivel de **convivencia de los sujetos**, del estudio realizado no se objetivan diferencias significativas en el resultado judicial según se trate de personas que vivan solas o en compañía de otras. Sí llama la atención que al realizar el análisis bivalente entre el nivel de convivencia del sujeto y el resultado judicial se observa cómo aquellas mujeres que viven en pareja y con hijos tienen más posibilidades de obtener un resultado judicial positivo.

El **nivel de formación** alcanzado se correlaciona con los estudios anteriormente citados, donde se recoge que cerca del 75% de los consumidores presentan un nivel nulo de formación o solo estudios primarios.



### 6.2.2. Perfil judicial

Con respecto al **Órgano Judicial peticionario**, existen diferencias en cuanto al número de peticiones, ya que se objetivan más solicitudes por este motivo en los Juzgados de lo Penal nº 4 y nº 9 de Málaga. No se objetiva causa alguna que justifique esta diferencia con los otros Órganos Judiciales, ya que hay que contar con la discrecionalidad judicial, tal y como se recoge en el propio articulado. Sí llama la atención el escaso número de peticiones solicitadas por los Juzgados de lo Penal nº 12 y nº 13. Estos juzgados son competentes en exclusiva para el enjuiciamiento de los delitos contra la violencia de género y su puesta en funcionamiento fue en diciembre de 2009, lo cual justifica el menor número de peticiones sobre suspensiones de condena. Asimismo se ha de hacer constar que no existe relevancia entre el Órgano Judicial peticionario y el resultado judicial final.

En cuanto al **motivo de la actual situación judicial**, es decir el hecho delictivo por el que son enjuiciados y condenados, las cifras obtenidas coinciden con el informe del Instituto Andaluz Interuniversitario de Criminología donde se recogen que los delitos más frecuentemente cometidos por los drogodependientes son los delitos contra el patrimonio y los delitos contra la salud pública. Relacionando estos resultados con el análisis bivariante para la variable secundaria “informe médico forense”, se observa que es más probable la obtención de un informe médico forense positivo cuando se comenten estos delitos en lugar de otros como atentado, seguridad vial, violencia de género, etc.

En lo referente a la existencia de **antecedentes en el IMLMA**, es decir si han sido reconocidos por semejantes u otros motivos en este Instituto, el 73,8% de los drogodependientes ya tenían antecedentes previos en el mismo, lo cual coincide con lo expuesto en la tipología delictiva. En el análisis bivariante con la variable principal se observa como el tener antecedentes previos en IML se relaciona con un resultado judicial positivo en el 79,5% de los casos, cifra que asimismo coincide en el bivariante con la obtención de un informe médico forense positivo. En el análisis multivariante el tener antecedentes se correlaciona de forma positiva con un resultado judicial

positivo. Dicho hallazgo podría correlacionarse con un mejor estudio y seguimiento del paciente tras varios reconocimientos.

### 6.2.3. Perfil toxicológico

En lo que respecta al **tipo de droga consumida** por la cual el drogodependiente demanda tratamiento, se objetiva que la cocaína, bien consumida de forma aislada o asociada a otras sustancias (por lo general heroína) representa más del 79% de los casos estudiados, lo cual coincide con los datos del PND. En este informe la droga por la que más se demanda tratamiento es la cocaína. Según el análisis efectuado en este estudio, el tipo de sustancia consumida tiene escasa influencia en la obtención de un resultado judicial positivo.

### 6.2.4. Perfil analítico

En cuanto a la **muestra** tomada en el reconocimiento médico forense, en el 96% de los casos se tomó muestra de orina a fin de acreditar la abstinencia a drogas. En el 4% restante no se procedió a toma de muestra de orina dado que eran casos de abuso de alcohol, no pudiéndose demostrar mediante análisis de orina el consumo crónico del mismo. Aunque en el estudio se incluye también la muestra de cabello, esta no se suele tomar de forma habitual para los casos de suspensión de condena, ya que es una técnica analítica cara y con un largo período de espera, lo que demoraría la decisión judicial, dejando la misma para delitos sumamente graves y solo durante la fase de instrucción del mismo.

En lo referente al **lugar de realización del análisis**, el 92,4% de las muestras fueron analizadas en el IML mediante ELISA. Tras petición a la Delegación de Justicia y Administración Pública hace siete años por parte del Jefe de Servicio de Clínica del IMLMA, se facilitaron kits de ELISA que permiten el análisis inmediato de forma cualitativa, consiguiendo con esto la inmediatez en la emisión del informe definitivo y el abaratamiento de los costes de envío al INTyCF de Sevilla. Solo se procede al envío de muestras a Sevilla ante casos dudosos, para contraanálisis, sustancias que no se detectan en el kit o en casos de especial relevancia.

En lo que respecta al **resultado** de dicho análisis, en el 50,3% de los casos fue negativo al consumo de sustancias. El 49,6% restante significa que exista un consumo de drogas de abuso, sino que en muchos de los casos se debe al tratamiento prescrito por los equipos terapéuticos (psicofármacos o tratamiento sustitutivo). El resultado positivo al consumo de cannabis generalmente no se considera relevante, sobre todo en aquellos tratamientos que pretenden una disminución de daños, prefiriendo los propios terapeutas consentir un consumo de hachís y así con ello evitar el consumo de sustancias mucho más nocivas. Este planteamiento se ve reforzado con la nueva reforma del CP, en cuya exposición de motivos se recoge que no se considerará abandono las recaídas durante el tratamiento si éstas no evidencian un abandono definitivo.

#### 6.2.5. Perfil tratamiento

En lo que respecta al **tratamiento deshabitador**, el 92,4% de los sujetos se encuentran sometidos a tratamiento, lo cual coincide plenamente con el propio articulado legal, ya que en el Art. 87 se recoge que el condenado debe encontrarse deshabitado o sometido a tratamiento para tal fin. Así en el análisis bivalente con la variable principal, se objetiva cómo el estar sometido a tratamiento deshabitador se relaciona en el 96,1% de los casos con un informe judicial positivo. Asimismo en el análisis bivalente con la variable secundaria “informe médico forense positivo”, el estar sometido a tratamiento se relaciona en un 98,7% con un informe médico forense positivo a la concesión, mientras que con la variable secundaria “informe completo del centro de tratamiento” se correlaciona en un 60,8%.

En lo referente al **centro de tratamiento**, el recurso asistencial más usado es el CPD en el 63% de los casos, incluyendo dentro de este toda la red de asistencia comarcal así como la propia unidad de asistencia penitenciaria del mismo, seguido de Proyecto Hombre y Alternativa 2, siendo estos los centros que se encuentran dentro de la Red PASDA. En el análisis bivalente con la variable principal, se observa cómo existe asociación en el 80% de los casos, entre estar sometido a tratamiento en estos centros y un resultado judicial positivo, mientras que en el análisis bivalente con las variables secundarias se observa relación entre el centro de tratamiento y el informe

médico forense positivo y entre el centro de tratamiento y el informe completo por parte del centro de tratamiento respectivamente. Con todo ello se deduce la importancia de los distintos recursos humanos y materiales de los centros a la hora de emitir un informe por parte del médico forense.

En cuanto al **tipo de tratamiento**, el 64% de los casos se encuentra sometido a deshabituación, siendo el más frecuentemente utilizado la psicoterapia, seguido del tratamiento sustitutivo con metadona y de las benzodiacepinas. En la mayoría de los casos se pretende con la psicoterapia reforzar la voluntad y las habilidades sociales del sujeto, mientras que con las benzodiacepinas lo que se pretende es disminuir la ansiedad del mismo. Por otra parte el sistema, en el momento actual, no contempla tratamiento sustitutivo para sustancias diferentes a los opiáceos. En el análisis bivariante con la variable principal se observa como existe relación en el 60,4% de los casos entre el estar sometido a tratamiento psicoterápico y un resultado judicial positivo, mientras que en el multivariante el tipo de tratamiento tiene una importancia del 16,6% en relación a la variable principal.

#### 6.2.6. Perfil variables secundarias

##### *A. Variable secundaria informe médico forense positivo*

Del análisis bivariante efectuado, se establece una relación significativa entre la misma y las siguientes variables: con el estar sometido a tratamiento deshabituador en un 98,7%, resultado totalmente lógico ya que es condición *sine quonam* para la concesión de la suspensión, con la toma de muestra en un 97,3%, en un 79,5% con antecedentes previos en el IML, con el CPD como centro de tratamiento en un 64%, con resultado analítico negativo al consumo de sustancias en un 62,9% y con el delito cometido en un 39,5% en lo que respecta a salud pública y en un 36,5% con delitos contra la propiedad.

##### *B. Variable secundaria informe completo del centro de tratamiento*

Del análisis bivariante entre dicha variable y el resto de variables, se establece correlación significativa con el informe médico forense positivo en un 81,8%, resultado que como en el caso anterior, es una condición necesaria en el procedimiento, en un

76,9% con el CPD como centro de tratamiento, con el tener antecedentes previos en el IML en un 75,3% y con el estar sometido a tratamiento deshabitador en un 60,8% de los casos.

#### 6.2.7. Perfil variable principal (resultado judicial positivo)

En lo que respecta al **análisis bivariante** de la variable principal, se objetiva correlación positiva entre dicha variable y el estar sometido a tratamiento deshabitador en un 96,1%, con antecedentes en el IML en un 79,5%, con el informe médico forense positivo en un 79% de los casos, con un informe completo por parte del centro de tratamiento en un 66,5%, con el CPD como centro de tratamiento en un 65,8%, con el tratamiento psicoterápico en un 60,4% y con el resultado analítico en un 59,5%.

En lo referente al **análisis multivariante**, dicha variable se correlaciona de forma significativa con un informe médico forense positivo en el 42,9%, con el informe completo del centro de tratamiento en el 24,1% y con el poseer antecedentes en el IML en un 14,4%. Si solo se tienen en cuenta en el modelo las variables secundarias, el informe médico forense positivo correlaciona en un 61,25% con la concesión de la suspensión de condena mientras que la correlación del resultado judicial positivo con el informe completo del centro de tratamiento es del 38,8%, lo que lleva a pensar que el resultado judicial positivo depende en gran medida de la emisión de un informe positivo por parte del médico forense.



# CONCLUSIONES

---





1. El perfil sociodemográfico de consumo y la tipología delictiva que motiva la suspensión de condena en el presente estudio, son similares a lo descrito en los estudios sobre drogadicción realizados en nuestro entorno, tratándose de un varón entre  $37,8 \pm 8,98$  años sin instrucción o con estudios primarios, y condenado por un delito contra la salud pública o contra el patrimonio.
2. No existe mayor probabilidad de concesión de la suspensión de la pena en virtud del Órgano Judicial solicitante.
3. Sí se ha observado correlación entre el resultado judicial positivo a la suspensión de la pena privativa de libertad en virtud de la aplicación del Art. 87 del CP, y un informe médico forense favorable a tal hecho.
4. La emisión por parte del médico forense de un informe favorable a la concesión de la suspensión se ha correlacionado con factores como el que el paciente reciba tratamiento en un centro oficial o pertenecientes a la red PASDA, ya que estos disponen de recursos asistenciales y estructuras adecuadas que facilitan el seguimiento y control de paciente.
5. La pertenencia al sexo femenino, el encontrarse en la edad media de la vida y el convivir en pareja y con hijos son factores predictores de buen pronóstico, pues favorecen la concesión de la suspensión.
6. Finalmente, un resultado positivo analítico al consumo de sustancias durante el examen médico forense, no tiene que significar necesariamente una negativa a la suspensión de la condena, lo que está en la línea de las nuevas medidas legislativas en vigor desde julio del 2015, las cuales tienen en cuenta que no se considerarán las recaídas durante el tratamiento si éstas no evidencian un abandono definitivo.



# BIBLIOGRAFIA

---



- Alameda Bailen, JR; Paino Quesada, S; Mogedas Valladares, AI. Toma de decisiones en consumidores de cannabis. Adicciones, Volumen 24, Número 2, 2012.
- Álamo C, López-Muñoz F, Rubio G (eds.). Avances en drogodependencias. Las Palmas de Gran Canaria: GAFOS, SL; 2008.
- Alexander SP, Mathie A, Peters JA. Guide to receptors and channels (GRAC), 2<sup>nd</sup> edition. Br J Pharmacol, 2007.
- Allain F, Minogianis EA, Roberts DC, Samaha AN. How fast and how often: The pharmacokinetics of drug use are decisive in addiction. NeurosciBiobehav Rev. 56:166-79. 2015.
- Altamura AC, Moliterno D, Paletta S, Maffini M, Mauri MC, Bareggi S. Understanding the pharmacokinetics of anxiolytic drugs. ExpertOpinDrugMetabToxicol. 9 (4):423-40. 2013.
- Alvarez Y, Farré M. Farmacología de los opioides. Adicciones nº 17, 2005.
- American Psychiatric Association (APA). DSM-IV-TR. Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Editorial Masson. Barcelona, 2002.
- Arroyo, A; Pujol, A; Carboné, M.T; Marrón, M.T; Medallo, J; Puig, L; Font, G. Drogas de abuso en detenidos en el juzgado de guardia: repercusión en el ámbito penal. Trastornos adictivos, Volumen 11, Número 3, 2009.
- Baratti CM, Boccia MM. Aspectos neuroquímicos, conductuales y farmacológicos de la adicción a las drogas. Catedra de Farmacología. Facultad de Farmacia y Bioquímica. UBA, 2002.
- Becerra García, JA. Efectos cognitivos del consumo prolongado de alprazolam: el síndrome amnésico. Trastornos adictivos: Organo Oficial de la Sociedad española de Toxicomanías, Volumen 13, Número 2, 2011.
- Bennett, T. y Holloway, K., Disaggregating the relationship between drugmisuse and crime. The Australian and New Zealand Journal of Criminology, vol. 38(1), pp 102-121, 2005.
- Bobes García, J; Bascarán Fernández, MT; Paredes Ojanguren, B; Jiménez Treviño, L; García-Portilla González, MP; Sáiz Martínez, PA; Martínez Barrondo,

- S. Instrumentos de evaluación de la dependencia de heroína. Adicciones: Revista de sociodrogalcohol, Volumen 17, Número 2, 2005.
- Boden, MT; McKay, JR; Long, W. R; Bonn-Miller, MO. The effects of cannabis use expectancies on self-initiated cannabis cessation. *Addiction*, Volumen 108, Número 9, 2013.
  - Bodnar RJ. Endogenous opioids and feeding behaviour: a 30 year historical perspective. *Peptides*, 2004.
  - Bortolotti F, Gottardo R, Pascali J, Tagliaro F. Toxicokinetics of cocaine and metabolites: the forensic toxicological approach. *Curr Med Chem*. 19 (33):5658-63. 2012.
  - Buttner A, Mall G, Penning R, Wei S. The neuropathology of heroin abuse. *Forensic SciInt*, 2000.
  - Callado, L.F; Verdejo, A. Nuevos retos en el abordaje de las adicciones a cocaína y alcohol. *Trastornos Adictivos*, Volumen 12, Número 4, 2010.
  - Capitán, L; Selfa, M; Méndez, M; Franco, M.D. Dependencia a benzodiazepinas. *Trastornos adictivos* nº 11, 2006.
  - Capitán, L; Selfa, M; Méndez, M; Franco, M.D. Dependencia a benzodiazepinas. *Trastornos adictivos* nº 11, 2009.
  - Carroll FI, Runyon SP, Abraham P, Navarro H, Kuhar MJ, Pollard GT, Howard JL. Monoamine transporter binding, locomotor activity, and drug discrimination properties of 3-(4-substituted-phenyl)tropane-2-carboxylic acid methyl ester isomers. *J. Med. Chem.*, 47 (25): 6401-9. 2004.
  - Casas M, Prat G. Relevancia del sistema dopaminérgico en la génesis y mantenimiento de las conductas adictivas. En: Gutierrez M, ezcurra J, Pichot P, eds. *Avances en psicofarmacología*. Ediciones en neurociencias. Barcelona, 1994.
  - Chouinard G. The search for new off-label indications for antidepressant, anti-anxiety, antipsychotic and anticonvulsant drugs. *J Psychiatry Neurosci*. 31(3):168-76. 2006.
  - Comité de expertos de la OMS en Farmacodependencia. Informe Técnico nº 551. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 1974.

- Conde-PumpidoTouron, C. La función del sistema penal en relación con la seguridad ciudadana. IV seminario Internacional sobre Policía, Justicia y Sociedad. Sevilla 1985.
- Corbett AD1, Henderson G, McKnight AT, Paterson SJ. 75 years of opioid research: the exciting but vain quest for the Holy Grail. *Br J Pharmacol.* Jan;147Suppl 1:S153-62, 2006.
- Cuenca-Royo, AM; Sánchez-Niubó, A; Torrens, M; Suelves, JM; Domingo-Salvany, A. The Cannabis Abuse Screening Test (CAST) for psychiatric disorders diagnosis in young cannabis users. *Adicciones*, Volumen 25, Número 1, 2013.
- Christie MJ. Cellular neuroadaptions to chronic opioids: tolerance, withdrawal and addiction. *Br J Pharmacol*, 2008.
- Darke, S; Torok, M; Duflou, J. Circumstances and toxicology of sudden or unnatural deaths involving alprazolam. *Drug and alcohol dependence*, Volumen 138, 2014.
- Del Bosque, J; Fuentes Mairena, A; Bruno Díaz, D; Espínola, M; González García, N; Loredó Abdalí, A; Medina-Mora, ME; Nanni Alvarado, R; Natera, G; Prospero García, O; Sánchez Huesca, R; Sansores, R; Real, T; Zinser, J; Velazquez, L. La cocaína: consumo y consecuencias. *Salud Mental*, Volumen 37, Número 5, 2014.
- Del Pino Lidón, C; Varas Soler, P. Concentraciones plasmáticas de metadona: su relación con las condiciones clínicas y con los consumos de sustancias de abuso de los pacientes en programa de mantenimiento con metadona. *Trastornos adictivos*, , Volumen 6, Número 3, 2004.
- DePriest AZ, Puet BL, Holt AC, Roberts A, Cone EJ. Metabolism and Disposition of Prescription Opioids: A Review. *Forensic Sci Rev.* 27(2):115-45. 2015.
- Echarte Pazos, JL; SkafPeters, E; Labordeta de la Cal, V; Aguirre Tejedó, A; Supervía Caparrós, A; León Bertrán, N; Clemente Rodríguez, C; Maldonado Duran, G; Iglesias Lepine, ML; Puente Palacios, I. Asociación de otras drogas de abuso en la intoxicación por cocaína. *Revista de toxicología*, , Volumen 28, Número 2, 2011.

- Eap CB, Buclin T, Baumann P. Interindividual variability of the clinical pharmacokinetics of methadone: implication for the treatment of opioid dependence. ClinPharmacokinet, 2002.
- Escohotado A. Historia de las drogas. Editorial HA. Madrid, 1998.
- Escohotado A. Aprendiendo de las drogas. Usos y abusos, prejuicios y desafíos. Anagrama. Barcelona, 2002.
- España. AAP Burgos, Sección 1ª, de 8 de noviembre de 2000.
- España. AAP Castellón, Sección 1ª, nº 265/2001.
- España. AAP Castellón, Sección 1ª, nº 594-A/2007.
- España. AAP Valencia, Sección 5ª, nº 217/1998, de 4 de noviembre).
- España. AAP Valencia, Sección 1ª, de 20 de septiembre de 2004
- España. AAP Vizcaya, Sección 6ª, nº 198/2000.
- España. AAP Vizcaya, Sección 2ª, Sentencia 71/2005 de 17 de noviembre.
- España. Ley orgánica 10/1995, de 23 de noviembre, del Código penal. Boletín Oficial del Estado, 24 de noviembre de 1995, núm. 281.
- España. Ley Orgánica 15/2003, de 25 de noviembre, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, del Código Penal, de 23 de noviembre, núm. 283.
- España. Ley Orgánica 1/2015, de 30 de marzo, por la que se modifica la Ley Orgánica 10/1995, del Código Penal, de 23 de noviembre, núm. 77.
- España. Tribunal Supremo (Sala de lo Penal). Sentencia nº 3554/1998 de 28 de marzo.
- España. Tribunal Supremo (Sala de lo Penal). Sentencia de 20 de marzo de 1998.
- España. Tribunal Supremo (Sala de lo Penal). Sentencia de 8 de junio de 2000.
- España. Tribunal Supremo (Sala de lo Penal). Sentencia de 14 de marzo de 2002.
- España. Tribunal Supremo (Sala de lo Penal). Sentencia de 21 de julio de 1998).
- España. Tribunal Supremo (Sala de lo Penal). Sentencia nº 3554/1998 de 28 de marzo.
- España. Tribunal Supremo (Sala de lo Penal). Sentencia nº 409/2002 de 7 de marzo.



- España. Tribunal Supremo (Sala de lo Penal). Sentencia nº 2422/2000 de 30 de abril.
- España. Tribunal Supremo (Sala de lo Penal). Sentencia nº 254/2006 de 1 de marzo.
- Fernández Sobrino A, Fernández Rodríguez V, López Castro J. Consumo de benzodiazepinas en una muestra de pacientes en Programa de Tratamiento con Derivados Opiáceos. Adicciones nº 21, 2009.
- Fields HL, Margolis EB. Understanding opioid reward. Trends Neurosci. 2015 . 38(4):217-25.
- Flórez J. Fármacos analgésicos opioides. En: Flórez J, editor. Farmacología Humana. 6ª edición. Barcelona, 2013.
- Freixa F, Soler Insa PA. Toxicomanías. Un enfoque multidisciplinario. Fontanella. Barcelona, 1981.
- Fresón A, Minaya O, Cortés López JL, Ugalde O. Características demográficas y clínicas asociadas a la dependencia a benzodiazepinas en pacientes psiquiátricos. Salud mental nº 36, 2011.
- Fotros, A; Casey, KF; Larcher, K; Verhaeghe, JAJ; Cox, SML; Gravel, P; Reader, AJ; Dagher, A; Benkelfat, C; Leyton, M. Cocaine cue-induced dopamine release in amygdala and hippocampus: a high-resolution PET [<sup>18</sup>F]fallypride study in cocaine dependent participants. Neuropsychopharmacology. Volumen 38, Número 9, 2013.
- Garberí Llobregat, J y col. Práctica Jurisprudencial del Código penal. Editorial Bosch, 2006.
- García-Fernández, G; Secades-Villa, R; García-Rodríguez, O; Sánchez-Hervás, E; Fernández-Hermida, J.R; Fernández-Artamentdi, S. Tratamiento de la adicción a la cocaína mediante terapia de incentivos. Trastornos Adictivos, Volumen 12, Número 4, 2010.
- García-Rodríguez, O. Tratamiento conductual de la adicción a la cocaína. Trastornos adictivos, Volumen 10, Número 4, 2008.

- Gimeno Álvarez, D; Ferre Navarrete, F. Protocolo de diagnóstico y tratamiento en el abuso y dependencia de las benzodiazepinas. Medicine - Programa de Formación Médica Continuada acreditado, Volumen 10, Número 86, 2011.
- Girón García, S; Martínez Delgado, JM. Uso de benzodiazepinas por adictos a heroína a propósito de una revisión bibliográfica. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría, Volumen 11. 1991.
- Gironés-Bredy, C; Galicia, M; Domínguez-Rodríguez, A; Burillo-Putze, G. Epidemiología de los efectos clínico-asistenciales asociados al consumo de cocaína. Revista Española de Cardiología, Volumen 67, Número 11, 2014.
- González Reimers, Emilio; Santolaria Fernández, Francisco. Benzodiazepines, alcohol and neuropsychologicimpairment. Medicina clínica, Volumen 130, Número 18, 2008.
- Goullé JP, Sausseureau E, Lacroix C. Delta-9-tetrahydrocannabinol pharmacokinetics. Ann Pharm Fr. 66(4):232-44. . 2008
- Hall, W; Degenhardt, L. High potency cannabis. BMJ, Volumen 350, Número mar04 4, 2015.
- Herrero Alvarez, S. La heroína en el derecho penal español. Adicciones: Revista de sociodrogalcohol, Volumen 17, Número 2, 2005.
- Herrero Gascon, MJ; Barrio Anta, G; Tortajada Navarro, S; de la Fuente de la Hoz, L; MolistSeñé, G; Brugal Puig, MT; Domingo Salvany, A; ITINERE. Grupo de Investigación. Morbilidad psiquiátrica en consumidores de cocaína y heroína reclutados en la comunidad. Adicciones: Revista de sociodrogalcohol, Volumen 24, Número 3, 2012.
- Hollister, LE. 1986, Haney y Haney M et al, 1999.
- Informe al Anteproyecto del CP de 1994, publicado por el Consejo General del Poder Judicial, Madrid, 1994.
- Itzel Rosas-Gutiérrez; Karina Simón Arceo; Francisco Mercado. Mecanismo celular y molecular de la adicción a benzodiazepinas. Salud mental nº 36, 2013.
- Jiménez Villarejo. Droga y Criminalidad. La problemática de la droga en España, Madrid 1986.

- Jarvinen T., Pate DW., Laine K. Cannabinoids in the treatment of glaucoma. *PharmacolTher* 95, 203-220. 2002.
- Jou J, MondonVehils S, MonrasArnau M. Características de personalidad en pacientes alcohólicos mediante el cuestionario Temperament and CharacterInventory (TCI). Diferencias según la existencia de abuso de benzodiacepinas (BZD) y trastornos de la personalidad. *Adicciones*. Volumen 20, Número 2, 2008.
- Karch SB. *Drug Abuse Handbook*. CRC Press LLC. Washington, 1998.
- Krach SB. *Pharmacokinetics and Pharmacodynamics of Abused Drugs*. CRC Press LLC. Ratón (Florida), 2008.
- Ladrón de Guevara, J., Moya Pueyo, V. *Toxicología Médica, Clínica y Laboral*, 1995.
- Lizasoain Hernández, I., Moro Sánchez, M.A. *Drogodependencias*. Editorial Médica Panamericana, 2009.
- Lawrence Toll, Girolamo Caló, Brian M. Cox, Charles Chavkin, MacDonald J. Christie, Olivier Civelli, Mark Connor, Lakshmi A. Devi, Christopher Evans, Graeme Henderson, VolkerHöllt, BrigitteKieffer, IanKitchen, Mary-Jeanne Kreek, Lee-Yuan Liu-Chen, Jean-Claude Meunier, Philip S. Portoghese, Toni S. Shippenberg, Eric J. Simon, John R. Traynor, HiroshiUeda, Yung H. Wong. Opioid receptors, introduction. Last modified on 10/08/2015. *IUPHAR/BPS Guide to PHARMACOLOGY*,
- Llorente del Pozo, J.M; Iraurgi-Castillo, E.I. Tratamiento cognitivo conductual aplicado en la deshabituación de cocaína. *Trastornos adictivos*, Volumen 10, Número 4, 2008.
- Llorente del Pozo, JM; Sánchez Hervás, E. Recaídas en la adicción a cocaína: una revisión. *Adicciones: Revista de socidrogalcohol*, Volumen 24, Número 3, 2012.
- Lopez Pelayo, Hugo; Fabrega Ribera, Marina; Batalla Cases, Albert; Garrido Ocana, Juan Miguel; Balcells Olivero, Maria Mercedes; Gual Sole, Antoni. Percepción de riesgo asociada a la prescripción continuada de benzodiacepinas en salud mental y atención primaria. *Adicciones* nº 26. 2014.
- LO 1/1988 de 24 de Marzo (BOE nº 74, de 26 de marzo de 1988).

- Luna Maldonado A, Osuna Carrillo de Albornoz E. Drogas de Abuso. En GisbertCalabuig JA, editor. Medicina Legal y Toxicología, 5ª edición. Masson. Barcelona, 2004.
- Maccarrone M, Bab I, Bíró T, Cabral GA, Dey SK, Di Marzo V, Konje JC, Kunos G, Mechoulam R, Pacher P, Sharkey KA, Zimmer A. Endocannabinoid signaling at the periphery: 50 years after THC. Trends Pharmacol Sci. 36(5):277-96, 2015.
- Madoz-Gúrpide, A; Ochoa Mangado, E; Martínez Pelegrín, B. Consumo de cocaína y daño neuropsicológico. Implicaciones clínicas. Medicina Clinica, Volumen 132, Número 14, 2009.
- Maldonado, R.; Valverde, O., Berrendero, F., Involvement of the endocannabinoid system in drug addiction. TRENDS in Neuroscionces 29, 225-232, 2006.
- Magro Servet, V. y Solaz Solaz, E. La suspensión de la ejecución de la pena. Ed. La Ley, Madrid, 2010.
- Martín del Moral M, Lorenzo P. Conceptos fundamentales en drogodependencias. En: Lorenzo P, Ladero JM, Leza JC, Lizasoain I. Drogodependencias Farmacología, Patología, Psicología y Legislación. 3ª Edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid, 2009.
- Mills B, Yepes A, Nugent K. Synthetic Cannabinoids. Am J Med Sci. 350(1):59-62, 2015
- Molina Mansilla MC. Evolución histórica del consumo de drogas: Concepto clasificación e implicaciones del consumo prolongado. International e-Journal of Criminal Science, 2008.
- Moratalla, R. Neurobiología de la cocaína. Trastornos adictivos, Volumen 10, Número 3, 2008.
- Moratalla, R. Neurobiología de la cocaína. Trastornos adictivos: Organo Oficial de la Sociedad española de Toxicomanías, Volumen 10, Número 3, 2008.
- Moro Sánchez MA, Leza Cerro JC, Opioides I. Farmacología. Intoxicación aguda. En: Lorenzo P, Ladero JM, Leza JC, Lizasoain I. Drogodependencias Farmacología, Patología, Psicología y Legislación. 3ª Edición. Editorial Médica Panamericana. Madrid, 2009.

- Muñoz Sánchez, J; Diez Ripollés, JL. Las drogas en la delincuencia. Su tratamiento en la Administración de Justicia. Instituto Andaluz Interuniversitario de Criminología. Sección de Málaga. 2002.
- Mur Sierra, A; Ortigosa Gómez, S. ¿Es posible una nueva epidemia de consumo de heroína en España?. Medicina Clínica, Volumen 143, Número 9, 2014.
- Nestler EJ. Historical review: Molecular and celular mechanisms of opiate and cocaine addiction. Trends PharmacolSci, 2004.
- Observatorio Español de la Droga y la Toxicomanía. Encuesta estatal a personas admitidas a tratamiento por heroína o cocaína 2003-2004, 2005.
- Observatorio Español de la Droga y la Toxicomanía. Encuesta sobre salud y consumo de drogas a los internados en Instituciones Penitenciarias (ESDIP), 2006.
- Observatorio Español de la Droga y la Toxicomanía. Encuesta sobre salud y consumo de drogas a los internados en Instituciones Penitenciarias (ESDIP), 2011.
- Observatorio Español de la Droga y la Toxicomanía. Encuesta 2013-2014 sobre consumo de sustancias psicoactivas en el ámbito laboral en España, 2015.
- Observatorio Europeo de las Drogas y las Toxicomanías (EMCDDA). Informe Europeo sobre Drogas, 2015.
- OMS. Informe Técnico nº 516. La juventud y las drogas. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 1973.
- OMS. Informe Técnico nº 577. Evaluación de medicamentos como causa probable o potencial de dependencia. Ginebra. Organización Mundial de la Salud, 1975.
- OMS. CIE 10. Trastornos Mentales y del Comportamiento. Meditor. Madrid, 1992.
- OMS. Glosario de términos de alcohol y drogas. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid, 2008.
- Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1982.
- Organización Mundial de la Salud, Ginebra, 1994.

- Pedrero-Pérez, E.J. El tratamiento de la dependencia de la cocaína guiado por la personalidad. *Trastornos adictivos*, Volumen 10, Número 4, 2008.
- Pérez de los Cobos-Peris, J.C. Adicción a la cocaína, tratamiento psicológico y sanidad pública. *Trastornos adictivos*, Volumen 10, Número 4, 2008.
- Pérez de los Cobos, J.C. Adicciones y sida: de la heroína a la cocaína. *Trastornos Adictivos*, Volumen 9, Número 4, 2007.
- Pertwee RG. Cannabinoids and multiple sclerosis. *Pharmacol Ther.*95, 165-174, 2002.
- Pertwee RG, Howlett AC, Abood ME, Alexander SP, Di Marzo V, Elphick MR, Greasley PJ, Hansen HS, Kunos G, Mackie K, Mechoulam R, Ross RA. International Union of Basic and Clinical Pharmacology. LXXIX. Cannabinoid Receptors and Their Ligands: Beyond CB1 and CB2. *Pharmacol Rev.* 62:588-631, 2010.
- Ramírez de Molina, V; Llorens-Aleixandre, N; Bravo-Portela, M.J; Barrio-Anta, G; Valderrama, J.C; Sánchez-Mañez, A. Encuesta a personas admitidas a tratamiento por abuso o dependencia de heroína o cocaína, 2003-2004. *Trastornos Adictivos*, Volumen 9, Número 4, 2007.
- Repetto, M., *Toxicología fundamental*, 1991.
- Romero J., Lastres Becker I., de Miguel R., Berrendero F., Ramos JA., Fernández-Ruiz JJ. The endogenous cannabinoid system and the basal ganglia: biochemical, pharmacological and therapeutic aspects. *Pharm Ther* 95, 137-152, 2002.
- Saiz Martinez, PA; JimenezTrevino, L; Diaz Mesa, EM; Garcia-Portilla Gonzalez, MP; Marina Gonzalez, P; Halabi, S; Szerman, N; BobesGarcia, J; Ruiz, P. Patología dual en trastornos de ansiedad: recomendaciones en el tratamiento farmacológico. *Adicciones*, Volumen 26, Número 3, 2014.
- San Molina, L. Evolución de la dependencia de heroína y su asistencia en España. *Adicciones: Revista de sociodrogalcohol*, Volumen 17, Número 2, 2005.
- Sanvisens, A; Rivas, I; Faure, E; Muñoz, T; Rubio, M; Fuster, D; Tor, J; Muga, R. Características de los pacientes adictos a la heroína admitidos en un programa de tratamiento con metadona. *Medicina Clínica*, 2013.

- Snyder SH, Pasternak GW. Historical review: opioid receptors. TrendsPharmacolSci, 2003.
- Trescot AM, Datta S, Lee M, Hansen H. Opioid pharmacology. Pain Physician, 2008.
- Tomás Dols, S; Samper Gras, T; Torrijo Rodrigo, M.J; Vidal Infer, A; Aguilar Moya, R; Valderrama Zurián, J.C. Barreras de accesibilidad al tratamiento: diferencias entre adictos a la heroína y adictos a la cocaína de la Comunidad Valenciana. Trastornos Adictivos, Volumen 9, Número 3, 2007.
- Urigüen, L; Callado, L.F. Cocaína y cerebro. Trastornos Adictivos, Volumen 12, Número 4, 2010.
- Valbuena Briones A. Toxicomanías y Alcoholismo. Problemas médicos y psiquiátricos. 2ª edición. Masson. Barcelona, 1993.
- Vega R. Opioides: Neurobiología, usos médicos y adicción. Elementos. Madrid, 2005.
- Verster JC, Volkerts ER. Clinical pharmacology, clinical efficacy, and behavioral toxicity of alprazolam: a review of the literature. CNS Drug Rev. 10(1):45-76, 2004.
- Villanueva Cañadas, E., GisbertCalabuig, J.A. Medicina Legal y Toxicología, Editorial Masson, 2004.
- VicensCaldentey C, FiolGelabert F. La deshabitación de las benzodiazepinas. Formaciónmédica continuada en atención primaria, , Volumen 15, Número 1, 2008.
- Waldhoer M, Bartlett SE, Whistler JL. Opioid receptors. Annu Rev Biochem, 2004.
- WHO Expert Committee on Drug Dependence. Technical Report nº 407. Ginebra. World Health Organization, 1969.
- WHO. Nomenclature and classification of drug – and alcohol – related problems: a WHO Memorandum. Bull World Health Organization, 1981.
- Zapata, MA; Giraldo, LF. Tratamiento de sustitución con metadona para la adicción a la heroína: evaluación de un programa en Colombia. Adicciones, Volumen 24, Número 1, 2012.





# ANEXOS

---





ADMINISTRACIÓN  
DE  
JUSTICIA

**INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL  
DE MÁLAGA**

Servicio de Clínica

Juzgado nº:  
Procedimiento nº:  
Historial IML:

**CONSENTIMIENTO INFORMADO**

D/D<sup>a</sup> \_\_\_\_\_,  
con DNI nº: \_\_\_\_\_, por medio del presente **AUTORIZO** a  
los Médicos Forenses del Instituto de Medicina Legal de Málaga, a que  
soliciten cuanta información terapéutica consideren necesaria así  
como el acceso a las bases de datos, tanto de entidades públicas como  
privadas, para la oportuna realización del informe pericial solicitado en  
el presente procedimiento judicial.

Firmado en \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.



Ciudad de la Justicia de Málaga  
C/ Fiscal Luis Portero García s/n  
Teléf. 951938500. Fax: 951938502  
29010 Málaga



## TRASTORNOS RELACIONADOS CON SUSTANCIAS

### TRASTORNOS RELACIONADOS CON EL CANNABIS

#### TRATORNO POR CONSUMO DE CANNABIS

- A. Un modelo problemático de consumo de cannabis que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:
1. Se consume cannabis con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
  2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de cannabis.
  3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir cannabis, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
  4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir cannabis.
  5. Consumo recurrente de cannabis que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
  6. Consumo continuado de cannabis a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes provocados o exacerbados por los efectos del mismo.
  7. El consumo de cannabis provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
  8. Consumo recurrente de cannabis en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
  9. Se continúa con el consumo de cannabis a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el mismo.
  10. Tolerancia, definida por alguno de los signos siguientes:
    - a. Una necesidad de cantidades cada vez mayores de cannabis para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
    - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de cannabis.
  11. Abstinencia, manifestada por alguno de los signos siguientes:
    - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del cannabis.
    - b. Se consume cannabis (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.

Especificar si:

**En remisión inicial:** Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de cannabis, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto el criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir cannabis”, que puede haberse cumplido).

**En remisión continuada:** Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de cannabis, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un período de 12 meses o más (excepto el criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir cannabis”, que puede haberse cumplido).

Especificar si:

**En un entorno controlado:** este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido al cannabis.

## INTOXICACION POR CANNABIS

- A. Consumo reciente de cannabis.
- B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej. descoordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de paso lento del tiempo, alteración del juicio, aislamiento social) que aparecen durante o poco después del consumo de cannabis.
- C. Dos (o más) de los signos o síntomas siguientes que aparecen en el plazo de dos horas tras el consumo de cannabis:
  1. Inyección conjuntival.
  2. Aumento del apetito.
  3. Boca seca.
  4. Taquicardia.
- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.

Especificar si:

**Con alteraciones de la percepción:** Alucinaciones con una prueba de realidad inalterada, o aparición de ilusiones auditivas, visuales o táctiles, en ausencia de síndrome confusional.

## ABSTINENCIA DE CANNABIS

- A. Cese brusco del consumo de cannabis, que ha sido intenso y prolongado (p. ej. consumo diario o casi diario, durante un período de varios meses por lo menos).
- B. Aparición de tres (o más) de los signos y síntomas siguientes aproximadamente en el plazo de una semana tras el Criterio A:
  1. Irritabilidad, rabia o agresividad.
  2. Nerviosismo o ansiedad.
  3. Dificultades para dormir (es decir, insomnio, pesadillas).
  4. Pérdida de apetito o de peso.
  5. Intranquilidad.
  6. Estado de ánimo deprimido.

7. Por lo menos uno de los síntomas físicos siguientes que provoca una incomodidad significativa: dolor abdominal, espasmos y temblores, sudoración, fiebre, escalofríos o cefalea.
- C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
  - D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.

## TRASTORNOS RELACIONADOS CON LOS OPIÁCEOS

### TRATORNO POR CONSUMO DE OPIÁCEOS

- A. Un modelo problemático de consumo de opiáceos que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:
1. Se consume opiáceos con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
  2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de opiáceos.
  3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir opiáceos, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
  4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir opiáceos.
  5. Consumo recurrente de opiáceos que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
  6. Consumo continuado de opiáceos a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes provocados o exacerbados por los efectos del mismo.
  7. El consumo de opiáceos provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
  8. Consumo recurrente de opiáceos en situaciones en las que provoca un riesgo físico.
  9. Se continúa con el consumo de opiáceos a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el mismo.
  10. Tolerancia, definida por alguno de los signos siguientes:
    - a. Una necesidad de cantidades cada vez mayores de opiáceos para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
    - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de opiáceos.
  11. Abstinencia, manifestada por alguno de los signos siguientes:
    - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico del opiáceos.
    - b. Se consume opiáceos (o alguna sustancia similar) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.

**NOTA:** no se considera que se cumple este criterio en aquellos individuos que sólo toman opiáceos bajo supervisión médica adecuada.

Especificar si:

**En remisión inicial:** Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de opiáceos, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto el criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir opiáceos”, que puede haberse cumplido).



**En remisión continuada:** Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de opiáceos, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un período de 12 meses o más (excepto el criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir opiáceos”, que puede haberse cumplido).

Especificar si:

**En terapia de mantenimiento:** este especificador adicional se utiliza si el individuo está tomando algún medicamento agonista con receta, como metadona o buprenorfina y no cumpla ninguno de los criterios de un trastorno por consumo de opiáceos de esa clase de medicamentos (excepto tolerancia o abstinencia del agonista). Esta categoría también se aplica a los individuos en tratamiento con un agonista parcial, un agonista/antagonista o un antagonista completo como naltrexona oral o depot.

**En un entorno controlado:** este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido a los opiáceos.

## INTOXICACION POR OPIÁCEOS

- A. Consumo reciente de opiáceos.
- B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej. descoordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de paso lento del tiempo, alteración del juicio, aislamiento social) que aparecen durante o poco después del consumo de opiáceos.
- C. Contracción pupilar (o dilatación debida a una anoxia en caso de sobredosis grave) y uno (o más) de los signos o síntomas siguientes, que aparecen durante o poco después del consumo de opiáceos:
  - 1. Somnolencia o coma.
  - 2. Habla pastosa.
  - 3. Deterioro de la atención o de la memoria.
- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.

Especificar si:

**Con alteraciones de la percepción:** este especificador se puede utilizar en las raras ocasiones en las que aparecen alucinaciones con una prueba de realidad inalterada, o aparición de ilusiones auditivas, visuales o táctiles, en ausencia de síndrome confusional.

## ABSTINENCIA DE OPIÁCEOS

- A. Presencia de alguno de los hechos siguientes:
  - 1. Cese (o reducción) de un consumo de opiáceos que ha sido muy intenso y prolongado (es decir, varias semanas o más).
  - 2. Administración de un antagonista de los opiáceos tras un consumo prolongado de opiáceos.

- B. Tres (o más) de los hechos siguientes, que aparecen en el plazo de unos minutos o varios días tras el Criterio A:
1. Humor disfórico.
  2. Náuseas o vómitos.
  3. Dolores musculares.
  4. Lagrimeo o rinorrea.
  5. Dilatación pupilar, piloerección o sudoración.
  6. Diarrea.
  7. Bostezos.
  8. Fiebre.
  9. Insomnio.
- C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.

## **TRASTORNOS RELACIONADOS CON LOS SEDANTES, HIPNÓTICOS O ANSIOLÍTICOS**

### **TRATORNO POR CONSUMO DE SEDANTES, HIPNÓTICOS O ANSIOLÍTICOS**

- A. Un modelo problemático de consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:
1. Se consumen sedantes, hipnóticos o ansiolíticos con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
  2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
  3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, consumirlos o recuperarse de sus efectos.
  4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
  5. Consumo recurrente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar (p. ej. ausencias repetidas del trabajo o bajo rendimiento escolar relacionados con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos; desatención de los niños o del hogar).
  6. Consumo continuado de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos a pesar de sufrir problemas persistentes o recurrentes de tipo social o interpersonal, provocados o agravados por sus efectos (p. ej. discusiones con un cónyuge sobre las consecuencias de la intoxicación, enfrentamientos físicos).
  7. El consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
  8. Consumo recurrente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos en situaciones en las que es físicamente peligroso (p.ej. cuando se conduce un automóvil o se maneja maquinaria estando incapacitado por los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos).
  9. Se continúa con el consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el mismo.
  10. Tolerancia, definida por alguno de los signos siguientes:
    - a. Una necesidad de cantidades cada vez mayores de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
    - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de un sedante, hipnótico o ansiolítico.

NOTA: no se considera que se cumpla este criterio en aquellos individuos que sólo toman sedantes, hipnóticos o ansiolíticos bajo supervisión médica adecuada.

11. Abstinencia, manifestada por alguno de los signos siguientes:
  - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico de los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
  - b. Se consume sedantes, hipnóticos o ansiolíticos (o alguna sustancia muy similar, como el alcohol) para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia.

NOTA: no se considera que se cumple este criterio en aquellos individuos que sólo toman sedantes, hipnóticos o ansiolíticos bajo supervisión médica adecuada.

Especificar si:

**En remisión inicial:** Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto el criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir sedantes, hipnóticos o ansiolíticos”, que puede haberse cumplido).

**En remisión continuada:** Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un período de 12 meses o más (excepto el criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir sedantes, hipnóticos o ansiolíticos”, que puede haberse cumplido).

Especificar si:

**En un entorno controlado:** este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido a los sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.

## INTOXICACION POR SEDANTES, HIPNÓTICOS O ANSIOLÍTICOS

- A. Consumo reciente de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej. descoordinación motora, euforia, ansiedad, sensación de paso lento del tiempo, alteración del juicio, aislamiento social) que aparecen durante o poco después del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- C. Uno (o más) de los signos o síntomas siguientes, que aparecen durante o poco después del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos:
  1. Habla pastosa.
  2. Incoordinación.
  3. Marcha insegura.
  4. Nistagmo.
  5. Trastorno cognitivo (p. ej. atención, memoria).
  6. Estupor o coma.

- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.

### **ABSTINENCIA DE SEDANTES, HIPNÓTICOS O ANSIOLÍTICOS**

- A. Cese (o reducción) de un consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos que ha sido prolongado.
- B. Aparición dos (o más) de los hechos siguientes al cabo de unas horas o pocos días de cesar (o reducir) el consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos descrito en el Criterio A:
  - 1. Hiperactividad del sistema nervioso autónomo (p.ej. sudoración o ritmo del pulso superior a 100 lpm).
  - 2. Temblores de las manos.
  - 3. Insomnio.
  - 4. Nauseas o vómitos.
  - 5. Alucinaciones o ilusiones transitorias visuales, táctiles o auditivas.
  - 6. Agitación psicomotora.
  - 7. Ansiedad.
  - 8. Convulsiones tonicoclónicas generalizadas.
- C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.

Especificar si:

**Con alteraciones de la percepción:** este especificador se puede utilizar en las raras ocasiones en las que aparecen alucinaciones con una prueba de realidad inalterada, o aparición de ilusiones auditivas, visuales o táctiles, en ausencia de síndrome confusional.

## TRASTORNOS RELACIONADOS CON ESTIMULANTES

### TRASTORNOS POR CONSUMO DE ESTIMULANTES

A. Un modelo de consumo de sustancias anfetamínicas, cocaína u otros estimulantes que provoca un deterioro o malestar clínicamente significativo y que se manifiesta al menos por dos de los hechos siguientes en un plazo de 12 meses:

1. Se consumen el estimulante con frecuencia en cantidades superiores o durante un tiempo más prolongado del previsto.
2. Existe un deseo persistente o esfuerzos fracasados de abandonar o controlar el consumo de estimulantes.
3. Se invierte mucho tiempo en las actividades necesarias para conseguir el estimulante, consumirlo o recuperarse de sus efectos.
4. Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir estimulantes.
5. Consumo recurrente de estimulantes que lleva al incumplimiento de los deberes fundamentales en el trabajo, la escuela o el hogar.
6. Consumo continuado de estimulantes a pesar de sufrir problemas sociales o interpersonales persistentes o recurrentes de tipo social o interpersonal, provocados o agravados por sus efectos.
7. El consumo de estimulantes provoca el abandono o la reducción de importantes actividades sociales, profesionales o de ocio.
8. Consumo recurrente de estimulantes en situaciones en las que provocan un riesgo físico.
9. Se continúa con el consumo de estimulantes a pesar de saber que se sufre un problema físico o psicológico persistente o recurrente probablemente causado o exacerbado por el mismo.
10. Tolerancia, definida por alguno de los signos siguientes:
  - a. Una necesidad de cantidades cada vez mayores de estimulantes para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.
  - b. Un efecto notablemente reducido tras el consumo continuado de la misma cantidad de un estimulante.

NOTA: no se considera que se cumpla este criterio en aquellos individuos que sólo toman estimulantes bajo supervisión médica adecuada, como por ejemplo un tratamiento para un trastorno de hiperactividad con déficit de atención o narcolepsia.
11. Abstinencia, manifestada por alguno de los signos siguientes:
  - a. Presencia del síndrome de abstinencia característico de los estimulantes.
  - b. Se consume el estimulante (o alguna sustancia similar para aliviar o evitar los síntomas de la abstinencia).

**NOTA:** no se considera que se cumple este criterio en aquellos individuos que sólo toman sedantes, hipnóticos o ansiolíticos bajo

supervisión médica adecuada como por ejemplo un tratamiento para un trastorno de hiperactividad con déficit de atención o narcolepsia.

Especificar si:

**En remisión inicial:** Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de estimulantes, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un mínimo de 3 meses pero sin llegar a 12 meses (excepto el criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir estimulantes”, que puede haberse cumplido).

**En remisión continuada:** Después de haberse cumplido previamente todos los criterios de un trastorno por consumo de estimulantes, no se ha cumplido ninguno de ellos durante un período de 12 meses o más (excepto el criterio A4 “Ansias o un poderoso deseo o necesidad de consumir estimulantes”, que puede haberse cumplido).

Especificar si:

**En un entorno controlado:** este especificador adicional se utiliza cuando el individuo está en un entorno con acceso restringido a los estimulantes.

## INTOXICACION POR ESTIMULANTES

- A. Consumo reciente de una sustancia anfetamínica, cocaína u otro estimulante.
- B. Comportamiento problemático o cambios psicológicos clínicamente significativos (p. ej. euforia o embotamiento afectivo, cambios en la sociabilidad, hipervigilancia, sensibilidad interpersonal, ansiedad, tensión o rabia; comportamientos estereotípicos, juicio alterado) que aparecen durante o poco después del consumo de sedantes, hipnóticos o ansiolíticos.
- C. Dos (o más) de los signos o síntomas siguientes, que aparecen durante o poco después del consumo de estimulantes:
  - 1. Taquicardia o bradicardia.
  - 2. Dilatación pupilar.
  - 3. Tensión arterial elevada o reducida.
  - 4. Sudoración o escalofríos.
  - 5. Náuseas o vómitos.
  - 6. Pérdida de peso.
  - 7. Agitación o retraso psicomotores.
  - 8. Debilidad muscular, depresión respiratoria, dolor torácico o arritmias cardíacas.
  - 9. Confusión, convulsiones, discinesias, distonías o coma.
- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluida una intoxicación con otra sustancia.

Especificar la **sustancia específica** (es decir, sustancia anfetamínica, cocaína u otro estimulante).

Especificar si:

**Con alteraciones de la percepción:** este especificador se puede utilizar cuando hay alucinaciones con una prueba de realidad inalterada, o aparición de ilusiones auditivas, visuales o táctiles, en ausencia de síndrome confusional.

#### **ABSTINENCIA DE ESTIMULANTES**

- A. Cese (o reducción) de una sustancia anfetamínica, cocaína u otro estimulante.
- B. Humor disfórico y dos (o más) de los hechos siguientes cambios fisiológicos que aparecen en el plazo de unas horas o varios días tras el Criterio A:
  - 1. Fatiga.
  - 2. Sueños vividos y desagradables.
  - 3. Insomnio o hipersomnias.
  - 4. Aumento del apetito.
  - 5. Retraso psicomotor o agitación.
- C. Los signos o síntomas del Criterio B provocan un malestar clínicamente significativo o deterioro en lo social, laboral u otras áreas importantes del funcionamiento.
- D. Los signos o síntomas no se pueden atribuir a ninguna otra afección médica y no se explican mejor por otro trastorno mental, incluidas una intoxicación o abstinencia de otra sustancia.

Especificar **la sustancia específica que provoca el síndrome de abstinencia** (es decir, sustancia anfetamínica, cocaína u otro estimulante).



## ANEXO LEGISLATIVO

### CAPÍTULO II

#### De las causas que eximen de la responsabilidad criminal

##### **Artículo 19.**

Los menores de dieciocho años no serán responsables criminalmente con arreglo a este Código.

Cuando un menor de dicha edad cometa un hecho delictivo podrá ser responsable con arreglo a lo dispuesto en la ley que regule la responsabilidad penal del menor.

##### **Artículo 20.**

Están exentos de responsabilidad criminal:

1.º El que al tiempo de cometer la infracción penal, a causa de cualquier anomalía o alteración psíquica, no pueda comprender la ilicitud del hecho o actuar conforme a esa comprensión.

El trastorno mental transitorio no eximirá de pena cuando hubiese sido provocado por el sujeto con el propósito de cometer el delito o hubiera previsto o debido prever su comisión.

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.

3.º El que, por sufrir alteraciones en la percepción desde el nacimiento o desde la infancia, tenga alterada gravemente la conciencia de la realidad.

4.º El que obre en defensa de la persona o derechos propios o ajenos, siempre que concurren los requisitos siguientes:

Primero. Agresión ilegítima. En caso de defensa de los bienes se reputará agresión ilegítima el ataque a los mismos que constituya delito y los ponga en grave peligro de

deterioro o pérdida inminentes. En caso de defensa de la morada o sus dependencias, se reputará agresión ilegítima la entrada indebida en aquélla o éstas.

Segundo. Necesidad racional del medio empleado para impedir la o repelerla.

Tercero. Falta de provocación suficiente por parte del defensor.

5.º El que, en estado de necesidad, para evitar un mal propio o ajeno lesione un bien jurídico de otra persona o infrinja un deber, siempre que concurren los siguientes requisitos:

Primero. Que el mal causado no sea mayor que el que se trate de evitar.

Segundo. Que la situación de necesidad no haya sido provocada intencionadamente por el sujeto.

Tercero. Que el necesitado no tenga, por su oficio o cargo, obligación de sacrificarse.

6.º El que obre impulsado por miedo insuperable.

7.º El que obre en cumplimiento de un deber o en el ejercicio legítimo de un derecho, oficio o cargo.

En los supuestos de los tres primeros números se aplicarán, en su caso, las medidas de seguridad previstas en este Código.

### CAPÍTULO III

#### De las circunstancias que atenúan la responsabilidad criminal

##### Artículo 21.

Son circunstancias atenuantes:

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

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

3.ª La de obrar por causas o estímulos tan poderosos que hayan producido arrebatos, obcecación u otro estado pasional de entidad semejante.

4.ª La de haber procedido el culpable, antes de conocer que el procedimiento judicial se dirige contra él, a confesar la infracción a las autoridades.

5.ª La de haber procedido el culpable a reparar el daño ocasionado a la víctima, o disminuir sus efectos, en cualquier momento del procedimiento y con anterioridad a la

celebración del acto del juicio oral.

6.ª La dilación extraordinaria e indebida en la tramitación del procedimiento, siempre que no sea atribuible al propio inculpado y que no guarde proporción con la complejidad de la causa.

7.ª Cualquier otra circunstancia de análoga significación que las anteriores.

### CAPÍTULO III

#### De las formas sustitutivas de la ejecución de las penas privativas de libertad y de la libertad condicional.

##### *Sección 1.ª De la suspensión de la ejecución de las penas privativas de libertad*

#### **Artículo 80.**

1. Los jueces o tribunales, mediante resolución motivada, podrán dejar en suspenso la ejecución de las penas privativas de libertad no superiores a dos años cuando sea razonable esperar que la ejecución de la pena no sea necesaria para evitar la comisión futura por el penado de nuevos delitos.

Para adoptar esta resolución el juez o tribunal valorará las circunstancias del delito cometido, las circunstancias personales del penado, sus antecedentes, su conducta posterior al hecho, en particular su esfuerzo para reparar el daño causado, sus circunstancias familiares y sociales, y los efectos que quepa esperar de la propia suspensión de la ejecución y del cumplimiento de las medidas que fueren impuestas.

2. Serán condiciones necesarias para dejar en suspenso la ejecución de la pena, las siguientes:

1.ª Que el condenado haya delinquido por primera vez. A tal efecto no se tendrán en cuenta las anteriores condenas por delitos imprudentes o por delitos leves, ni los antecedentes penales que hayan sido cancelados, o debieran serlo con arreglo a lo dispuesto en el artículo 136. Tampoco se tendrán en cuenta los antecedentes penales correspondientes a delitos que, por su naturaleza o circunstancias, carezcan de relevancia para valorar la probabilidad de comisión de delitos futuros.

2.ª Que la pena o la suma de las impuestas no sea superior a dos años, sin incluir en tal cómputo la derivada del impago de la multa.

3.ª Que se hayan satisfecho las responsabilidades civiles que se hubieren originado y se haya hecho efectivo el decomiso acordado en sentencia conforme al artículo 127.

Este requisito se entenderá cumplido cuando el penado asuma el compromiso de satisfacer las responsabilidades civiles de acuerdo a su capacidad económica y de facilitar el decomiso acordado, y sea razonable esperar que el mismo será cumplido en el plazo prudencial que el juez o tribunal determine. El juez o tribunal, en atención al alcance de la responsabilidad civil y al impacto social del delito, podrá solicitar las garantías que considere convenientes para asegurar su cumplimiento.

3. Excepcionalmente, aunque no concurren las condiciones 1.ª y 2.ª del apartado anterior, y siempre que no se trate de reos habituales, podrá acordarse la suspensión de las penas de prisión que individualmente no excedan de dos años cuando las circunstancias personales del reo, la naturaleza del hecho, su conducta y, en particular, el esfuerzo para reparar el daño causado, así lo aconsejen.

En estos casos, la suspensión se condicionará siempre a la reparación efectiva del daño o la indemnización del perjuicio causado conforme a sus posibilidades físicas y económicas, o al cumplimiento del acuerdo a que se refiere la medida 1.ª del artículo 84. Asimismo, se impondrá siempre una de las medidas a que se refieren los numerales 2.ª o 3.ª del mismo precepto, con una extensión que no podrá ser inferior a la que resulte de aplicar los criterios de conversión fijados en el mismo sobre un quinto de la pena impuesta.

4. Los jueces y tribunales podrán otorgar la suspensión de cualquier pena impuesta sin sujeción a requisito alguno en el caso de que el penado esté aquejado de una enfermedad muy grave con padecimientos incurables, salvo que en el momento de la comisión del delito tuviera ya otra pena suspendida por el mismo motivo.

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

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

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

6. En los delitos que sólo pueden ser perseguidos previa denuncia o querrela del ofendido, los jueces y tribunales oirán a éste y, en su caso, a quien le represente, antes de conceder los beneficios de la suspensión de la ejecución de la pena.

#### **Artículo 81.**

El plazo de suspensión será de dos a cinco años para las penas privativas de libertad no superiores a dos años, y de tres meses a un año para las penas leves, y se fijará por el juez o tribunal, atendidos los criterios expresados en el párrafo segundo del apartado 1 del artículo 80.

En el caso de que la suspensión hubiera sido acordada de conformidad con lo dispuesto en el apartado 5 del artículo anterior, el plazo de suspensión será de tres a cinco años.

#### **Artículo 82.**

1. El juez o tribunal resolverá en sentencia sobre la suspensión de la ejecución de la pena siempre que ello resulte posible. En los demás casos, una vez declarada la firmeza de la sentencia, se pronunciará con la mayor urgencia, previa audiencia a las partes, sobre la concesión o no de la suspensión de la ejecución de la pena.

2. El plazo de suspensión se computará desde la fecha de la resolución que la acuerda. Si la suspensión hubiera sido acordada en sentencia, el plazo de la suspensión se computará desde la fecha en que aquélla hubiere devenido firme.

No se computará como plazo de suspensión aquél en el que el penado se hubiera mantenido en situación de rebeldía.

**Artículo 83.**

1. El juez o tribunal podrá condicionar la suspensión al cumplimiento de las siguientes prohibiciones y deberes cuando ello resulte necesario para evitar el peligro de comisión de nuevos delitos, sin que puedan imponerse deberes y obligaciones que resulten excesivos y desproporcionados:

1.ª Prohibición de aproximarse a la víctima o a aquéllos de sus familiares u otras personas que se determine por el juez o tribunal, a sus domicilios, a sus lugares de trabajo o a otros lugares habitualmente frecuentados por ellos, o de comunicar con los mismos por cualquier medio. La imposición de esta prohibición será siempre comunicada a las personas con relación a las cuales sea acordada.

2.ª Prohibición de establecer contacto con personas determinadas o con miembros de un grupo determinado, cuando existan indicios que permitan suponer fundadamente que tales sujetos pueden facilitarle la ocasión para cometer nuevos delitos o incitarle a hacerlo.

3.ª Mantener su lugar de residencia en un lugar determinado con prohibición de abandonarlo o ausentarse temporalmente sin autorización del juez o tribunal.

4.ª Prohibición de residir en un lugar determinado o de acudir al mismo, cuando en ellos pueda encontrar la ocasión o motivo para cometer nuevos delitos.

5.ª Comparecer personalmente con la periodicidad que se determine ante el juez o tribunal, dependencias policiales o servicio de la administración que se determine, para informar de sus actividades y justificarlas.

6.ª Participar en programas formativos, laborales, culturales, de educación vial, sexual, de defensa del medio ambiente, de protección de los animales, de igualdad de trato y no discriminación, y otros similares.

7.ª Participar en programas de deshabituación al consumo de alcohol, drogas tóxicas o sustancias estupefacientes, o de tratamiento de otros comportamientos adictivos.

8.ª Prohibición de conducir vehículos de motor que no dispongan de dispositivos tecnológicos que condicionen su encendido o funcionamiento a la comprobación previa de las condiciones físicas del conductor, cuando el sujeto haya sido condenado por un delito contra la seguridad vial y la medida resulte necesaria para prevenir la posible comisión de nuevos delitos.

9.ª Cumplir los demás deberes que el juez o tribunal estime convenientes para la

rehabilitación social del penado, previa conformidad de éste, siempre que no atenten contra su dignidad como persona.

2. Cuando se trate de delitos cometidos sobre la mujer por quien sea o haya sido su cónyuge, o por quien esté o haya estado ligado a ella por una relación similar de afectividad, aun sin convivencia, se impondrán siempre las prohibiciones y deberes indicados en las reglas 1.ª, 4.ª y 6.ª del apartado anterior.

3. La imposición de cualquiera de las prohibiciones o deberes de las reglas 1.ª, 2.ª, 3.ª, o 4.ª del apartado 1 de este artículo será comunicada a las Fuerzas y Cuerpos de Seguridad del Estado, que velarán por su cumplimiento. Cualquier posible quebrantamiento o circunstancia relevante para valorar la peligrosidad del penado y la posibilidad de comisión futura de nuevos delitos, será inmediatamente comunicada al Ministerio Fiscal y al juez o tribunal de ejecución.

4. El control del cumplimiento de los deberes a que se refieren las reglas 6.ª, 7.ª y 8.ª del apartado 1 de este artículo corresponderá a los servicios de gestión de penas y medidas alternativas de la Administración penitenciaria. Estos servicios informarán al juez o tribunal de ejecución sobre el cumplimiento con una periodicidad al menos trimestral, en el caso de las reglas 6.ª y 8.ª, y semestral, en el caso de la 7.ª y, en todo caso, a su conclusión.

Asimismo, informarán inmediatamente de cualquier circunstancia relevante para valorar la peligrosidad del penado y la posibilidad de comisión futura de nuevos delitos, así como de los incumplimientos de la obligación impuesta o de su cumplimiento efectivo.

#### **Artículo 84.**

1. El juez o tribunal también podrá condicionar la suspensión de la ejecución de la pena al cumplimiento de alguna o algunas de las siguientes prestaciones o medidas:

- 1.ª El cumplimiento del acuerdo alcanzado por las partes en virtud de mediación.
- 2.ª El pago de una multa, cuya extensión determinarán el juez o tribunal en atención a las circunstancias del caso, que no podrá ser superior a la que resultase de aplicar dos cuotas de multa por cada día de prisión sobre un límite máximo de dos tercios de su duración.
- 3.ª La realización de trabajos en beneficio de la comunidad, especialmente cuando

resulte adecuado como forma de reparación simbólica a la vista de las circunstancias del hecho y del autor. La duración de esta prestación de trabajos se determinará por el juez o tribunal en atención a las circunstancias del caso, sin que pueda exceder de la que resulte de computar un día de trabajos por cada día de prisión sobre un límite máximo de dos tercios de su duración.

2. Si se hubiera tratado de un delito cometido sobre la mujer por quien sea o haya sido su cónyuge, o por quien esté o haya estado ligado a ella por una relación similar de afectividad, aun sin convivencia, o sobre los descendientes, ascendientes o hermanos por naturaleza, adopción o afinidad propios o del cónyuge o conviviente, o sobre los menores o personas con discapacidad necesitadas de especial protección que con él convivan o que se hallen sujetos a la potestad, tutela, curatela, acogimiento o guarda de hecho del cónyuge o conviviente, el pago de la multa a que se refiere la medida 2.ª del apartado anterior solamente podrá imponerse cuando conste acreditado que entre ellos no existen relaciones económicas derivadas de una relación conyugal, de convivencia o filiación, o de la existencia de una descendencia común.

#### **Artículo 85.**

Durante el tiempo de suspensión de la pena, y a la vista de la posible modificación de las circunstancias valoradas, el juez o tribunal podrá modificar la decisión que anteriormente hubiera adoptado conforme a los artículos 83 y 84, y acordar el alzamiento de todas o alguna de las prohibiciones, deberes o prestaciones que hubieran sido acordadas, su modificación o sustitución por otras que resulten menos gravosas.

#### **Artículo 86.**

1. El juez o tribunal revocará la suspensión y ordenará la ejecución de la pena cuando el penado:

a) Sea condenado por un delito cometido durante el período de suspensión y ello ponga de manifiesto que la expectativa en la que se fundaba la decisión de suspensión adoptada ya no puede ser mantenida.

b) Incumpla de forma grave o reiterada las prohibiciones y deberes que le hubieran sido impuestos conforme al artículo 83, o se sustraiga al control de los servicios de



gestión de penas y medidas alternativas de la Administración penitenciaria.

c) Incumpla de forma grave o reiterada las condiciones que, para la suspensión, hubieran sido impuestas conforme al artículo 84.

d) Facilite información inexacta o insuficiente sobre el paradero de bienes u objetos cuyo decomiso hubiera sido acordado; no dé cumplimiento al compromiso de pago de las responsabilidades civiles a que hubiera sido condenado, salvo que careciera de capacidad económica para ello; o facilite información inexacta o insuficiente sobre su patrimonio, incumpliendo la obligación impuesta en el artículo 589 de la Ley de Enjuiciamiento Civil.

2. Si el incumplimiento de las prohibiciones, deberes o condiciones no hubiera tenido carácter grave o reiterado, el juez o tribunal podrá:

a) Imponer al penado nuevas prohibiciones, deberes o condiciones, o modificar las ya impuestas.

b) Prorrogar el plazo de suspensión, sin que en ningún caso pueda exceder de la mitad de la duración del que hubiera sido inicialmente fijado.

3. En el caso de revocación de la suspensión, los gastos que hubiera realizado el penado para reparar el daño causado por el delito conforme al apartado 1 del artículo 84 no serán restituidos. Sin embargo, el juez o tribunal abonará a la pena los pagos y la prestación de trabajos que hubieran sido realizados o cumplidos conforme a las medidas 2.<sup>ª</sup> y 3.<sup>ª</sup>

4. En todos los casos anteriores, el juez o tribunal resolverá después de haber oído al Fiscal y a las demás partes. Sin embargo, podrá revocar la suspensión de la ejecución de la pena y ordenar el ingreso inmediato del penado en prisión cuando resulte imprescindible para evitar el riesgo de reiteración delictiva, el riesgo de huida del penado o asegurar la protección de la víctima.

El juez o tribunal podrá acordar la realización de las diligencias de comprobación que fueran necesarias y acordar la celebración de una vista oral cuando lo considere necesario para resolver.

### **Artículo 87.**

1. Transcurrido el plazo de suspensión fijado sin haber cometido el sujeto un delito que ponga de manifiesto que la expectativa en la que se fundaba la decisión de suspensión

adoptada ya no puede ser mantenida, y cumplidas de forma suficiente las reglas de conducta fijadas por el juez o tribunal, éste acordará la remisión de la pena.

2. No obstante, para acordar la remisión de la pena que hubiera sido suspendida conforme al apartado 5 del artículo 80, deberá acreditarse la deshabitación del sujeto o la continuidad del tratamiento. De lo contrario, el juez o tribunal ordenará su cumplimiento, salvo que, oídos los informes correspondientes, estime necesaria la continuación del tratamiento; en tal caso podrá conceder razonadamente una prórroga del plazo de suspensión por tiempo no superior a dos años.

## TÍTULO IV

### De las medidas de seguridad

#### CAPÍTULO I

#### De las medidas de seguridad en general

##### **Artículo 95.**

1. Las medidas de seguridad se aplicarán por el Juez o Tribunal, previos los informes que estime convenientes, a las personas que se encuentren en los supuestos previstos en el capítulo siguiente de este Código, siempre que concurren estas circunstancias:

- 1.ª Que el sujeto haya cometido un hecho previsto como delito.
  - 2.ª Que del hecho y de las circunstancias personales del sujeto pueda deducirse un pronóstico de comportamiento futuro que revele la probabilidad de comisión de nuevos delitos.
2. Cuando la pena que hubiere podido imponerse por el delito cometido no fuere privativa de libertad, el juez o tribunal sentenciador sólo podrá acordar alguna o algunas de las medidas previstas en el artículo 96.3.

##### **Artículo 96.**

1. Las medidas de seguridad que se pueden imponer con arreglo a este Código son privativas y no privativas de libertad.
2. Son medidas privativas de libertad:
  - 1.ª El internamiento en centro psiquiátrico.

- 2.ª El internamiento en centro de deshabitación.
- 3.ª El internamiento en centro educativo especial.
3. Son medidas no privativas de libertad:
  - 1.ª) La inhabilitación profesional.
  - 2.ª) La expulsión del territorio nacional de extranjeros no residentes legalmente en España.
  - 3.ª) La libertad vigilada
  - 4.ª) La custodia familiar. El sometido a esta medida quedará sujeto al cuidado y vigilancia del familiar que se designe y que acepte la custodia, quien la ejercerá en relación con el Juez de Vigilancia Penitenciaria y sin menoscabo de las actividades escolares o laborales del custodiado.
  - 5.ª) La privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores.
  - 6.ª) La privación del derecho a la tenencia y porte de armas.

#### **Artículo 97.**

Durante la ejecución de la sentencia, el Juez o Tribunal sentenciador adoptará, por el procedimiento establecido en el artículo siguiente, alguna de las siguientes decisiones:

- a) Mantener la ejecución de la medida de seguridad impuesta.
- b) Decretar el cese de cualquier medida de seguridad impuesta en cuanto desaparezca la peligrosidad criminal del sujeto.
- c) Sustituir una medida de seguridad por otra que estime más adecuada, entre las previstas para el supuesto de que se trate. En el caso de que fuera acordada la sustitución y el sujeto evolucionara desfavorablemente, se dejará sin efecto la sustitución, volviéndose a aplicar la medida sustituida.
- d) Dejar en suspenso la ejecución de la medida en atención al resultado ya obtenido con su aplicación, por un plazo no superior al que reste hasta el máximo señalado en la sentencia que la impuso. La suspensión quedará condicionada a que el sujeto no delinca durante el plazo fijado, y podrá dejarse sin efecto si nuevamente resultara acreditada cualquiera de las circunstancias previstas en el artículo 95 de este Código.

#### **Artículo 98.**

1. A los efectos del artículo anterior, cuando se trate de una medida de seguridad

privativa de libertad o de una medida de libertad vigilada que deba ejecutarse después del cumplimiento de una pena privativa de libertad, el Juez de Vigilancia Penitenciaria estará obligado a elevar al menos anualmente, una propuesta de mantenimiento, cese, sustitución o suspensión de la misma. Para formular dicha propuesta el Juez de Vigilancia Penitenciaria deberá valorar los informes emitidos por los facultativos y profesionales que asistan al sometido a medida de seguridad o por las Administraciones Públicas competentes y, en su caso, el resultado de las demás actuaciones que a este fin ordene.

2. Cuando se trate de cualquier otra medida no privativa de libertad, el Juez o Tribunal sentenciador recabará directamente de las Administraciones, facultativos y profesionales a que se refiere el apartado anterior, los oportunos informes acerca de la situación y la evolución del condenado, su grado de rehabilitación y el pronóstico de reincidencia o reiteración delictiva.

3. En todo caso, el Juez o Tribunal sentenciador resolverá motivadamente a la vista de la propuesta o los informes a los que respectivamente se refieren los dos apartados anteriores, oída la propia persona sometida a la medida, así como el Ministerio Fiscal y las demás partes. Se oirá asimismo a las víctimas del delito que no estuvieren personadas cuando así lo hubieran solicitado al inicio o en cualquier momento de la ejecución de la sentencia y permanezcan localizables a tal efecto.

#### **Artículo 99.**

En el caso de concurrencia de penas y medidas de seguridad privativas de libertad, el juez o tribunal ordenará el cumplimiento de la medida, que se abonará para el de la pena. Una vezalzada la medida de seguridad, el juez o tribunal podrá, si con la ejecución de la pena se pusieran en peligro los efectos conseguidos a través de aquélla, suspender el cumplimiento del resto de la pena por un plazo no superior a la duración de la misma, o aplicar alguna de las medidas previstas en el artículo 96.3.

#### **Artículo 100.**

1. El quebrantamiento de una medida de seguridad de internamiento dará lugar a que el juez o tribunal ordene el reintegro del sujeto en el mismo centro del que se hubiese evadido o en otro que corresponda a su estado.

2. Si se tratare de otras medidas, el juez o tribunal podrá acordar la sustitución de la quebrantada por la de internamiento si ésta estuviese prevista para el supuesto de que se trate y si el quebrantamiento demostrase su necesidad.

3. En ambos casos el Juez o Tribunal deducirá testimonio por el quebrantamiento. A estos efectos, no se considerará quebrantamiento de la medida la negativa del sujeto a someterse a tratamiento médico o a continuar un tratamiento médico inicialmente consentido. No obstante, el Juez o Tribunal podrá acordar la sustitución del tratamiento inicial o posteriormente rechazado por otra medida de entre las aplicables al supuesto de que se trate.

## CAPÍTULO II

### De la aplicación de las medidas de seguridad

#### *Sección 1.ª De las medidas privativas de libertad*

##### **Artículo 101.**

1. Al sujeto que sea declarado exento de responsabilidad criminal conforme al número 1.º del artículo 20, se le podrá aplicar, si fuere necesaria, la medida de internamiento para tratamiento médico o educación especial en un establecimiento adecuado al tipo de anomalía o alteración psíquica que se aprecie, o cualquier otra de las medidas previstas en el apartado 3 del artículo 96. El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si hubiera sido declarado responsable el sujeto, y a tal efecto el Juez o Tribunal fijará en la sentencia ese límite máximo.

2. El sometido a esta medida no podrá abandonar el establecimiento sin autorización del Juez o Tribunal sentenciador, de conformidad con lo previsto en el artículo 97 de este Código.

##### **Artículo 102.**

1. A los exentos de responsabilidad penal conforme al número 2.º del artículo 20 se les aplicará, si fuere necesaria, la medida de internamiento en centro de deshabitación público, o privado debidamente acreditado u homologado, o cualquiera otra de las

medidas previstas en el apartado 3 del artículo 96. El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si el sujeto hubiere sido declarado responsable, y a tal efecto el Juez o Tribunal fijará ese límite máximo en la sentencia.

2. El sometido a esta medida no podrá abandonar el establecimiento sin autorización del Juez o Tribunal sentenciador de conformidad con lo previsto en el artículo 97 de este Código.

### **Artículo 103.**

1. A los que fueren declarados exentos de responsabilidad conforme al número 3.º del artículo 20, se les podrá aplicar, si fuere necesaria, la medida de internamiento en un centro educativo especial o cualquier otra de las medidas previstas en el apartado tercero del artículo 96. El internamiento no podrá exceder del tiempo que habría durado la pena privativa de libertad, si el sujeto hubiera sido declarado responsable y, a tal efecto, el Juez o Tribunal fijará en la sentencia ese límite máximo.

2. El sometido a esta medida no podrá abandonar el establecimiento sin autorización del Juez o Tribunal sentenciador de conformidad con lo previsto en el artículo 97 de este Código.

3. En este supuesto, la propuesta a que se refiere el artículo 98 de este Código deberá hacerse al terminar cada curso o grado de enseñanza.

### **Artículo 104.**

1. En los supuestos de eximente incompleta en relación con los números 1.º, 2.º y 3.º del artículo 20, el Juez o Tribunal podrá imponer, además de la pena correspondiente, las medidas previstas en los artículos 101, 102 y 103. No obstante, la medida de internamiento sólo será aplicable cuando la pena impuesta sea privativa de libertad y su duración no podrá exceder de la de la pena prevista por el Código para el delito. Para su aplicación se observará lo dispuesto en el artículo 99.

2. Cuando se aplique una medida de internamiento de las previstas en el apartado anterior o en los artículos 101, 102 y 103, el juez o tribunal sentenciador comunicará al ministerio fiscal, con suficiente antelación, la proximidad de su vencimiento, a efectos de lo previsto por la disposición adicional primera de este Código.

## **Sección 2.ª De las medidas no privativas de libertad**

### **Artículo 105.**

En los casos previstos en los artículos 101 a 104, cuando imponga la medida privativa de libertad o durante la ejecución de la misma, el Juez o Tribunal podrá imponer razonadamente una o varias medidas que se enumeran a continuación. Deberá asimismo imponer alguna o algunas de dichas medidas en los demás casos expresamente previstos en este Código.

1. Por un tiempo no superior a cinco años:

- a) Libertad vigilada.
- b) Custodia familiar. El sometido a esta medida quedará sujeto al cuidado y vigilancia del familiar que se designe y que acepte la custodia, quien la ejercerá en relación con el Juez de Vigilancia y sin menoscabo de las actividades escolares o laborales del custodiado.

2. Por un tiempo de hasta diez años:

- a) Libertad vigilada, cuando expresamente lo disponga este Código.
- b) La privación del derecho a la tenencia y porte de armas.
- c) La privación del derecho a conducir vehículos a motor y ciclomotores.

Para decretar la obligación de observar alguna o algunas de las medidas previstas en este artículo, así como para concretar dicha obligación cuando por ley viene obligado a imponerlas, el Juez o Tribunal sentenciador deberá valorar los informes emitidos por los facultativos y profesionales encargados de asistir al sometido a la medida de seguridad.

El Juez de Vigilancia Penitenciaria o los servicios de la Administración correspondiente informarán al Juez o Tribunal sentenciador.

En los casos previstos en este artículo, el Juez o Tribunal sentenciador dispondrá que los servicios de asistencia social competentes presten la ayuda o atención que precise y legalmente le corresponda al sometido a medidas de seguridad no privativas de libertad.

### **Artículo 106.**

1. La libertad vigilada consistirá en el sometimiento del condenado a control judicial a través del cumplimiento por su parte de alguna o algunas de las siguientes medidas:

a) La obligación de estar siempre localizable mediante aparatos electrónicos que permitan su seguimiento permanente.

b) La obligación de presentarse periódicamente en el lugar que el Juez o Tribunal establezca.

c) La de comunicar inmediatamente, en el plazo máximo y por el medio que el Juez o Tribunal señale a tal efecto, cada cambio del lugar de residencia o del lugar o puesto de trabajo.

d) La prohibición de ausentarse del lugar donde resida o de un determinado territorio sin autorización del Juez o Tribunal.

e) La prohibición de aproximarse a la víctima, o a aquellos de sus familiares u otras personas que determine el Juez o Tribunal.

f) La prohibición de comunicarse con la víctima, o con aquellos de sus familiares u otras personas que determine el Juez o Tribunal.

g) La prohibición de acudir a determinados territorios, lugares o establecimientos.

h) La prohibición de residir en determinados lugares.

i) La prohibición de desempeñar determinadas actividades que puedan ofrecerle o facilitarle la ocasión para cometer hechos delictivos de similar naturaleza.

j) La obligación de participar en programas formativos, laborales, culturales, de educación sexual u otros similares.

k) La obligación de seguir tratamiento médico externo, o de someterse a un control médico periódico.

2. Sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 105, el Juez o Tribunal deberá imponer en la sentencia la medida de libertad vigilada para su cumplimiento posterior a la pena privativa de libertad impuesta siempre que así lo disponga de manera expresa este Código.

En estos casos, al menos dos meses antes de la extinción de la pena privativa de libertad, de modo que la medida de libertad vigilada pueda iniciarse en ese mismo momento, el Juez de Vigilancia Penitenciaria, por el procedimiento previsto en el artículo 98, elevará la oportuna propuesta al Juez o Tribunal sentenciador, que, con



arreglo a dicho procedimiento, concretará, sin perjuicio de lo establecido en el artículo 97, el contenido de la medida fijando las obligaciones o prohibiciones enumeradas en el apartado 1 de este artículo que habrá de observar el condenado.

Si éste lo hubiera sido a varias penas privativas de libertad que deba cumplir sucesivamente, lo dispuesto en el párrafo anterior se entenderá referido al momento en que concluya el cumplimiento de todas ellas.

Asimismo, el penado a quien se hubiere impuesto por diversos delitos otras tantas medidas de libertad vigilada que, dado el contenido de las obligaciones o prohibiciones establecidas, no pudieran ser ejecutadas simultáneamente, las cumplirá de manera sucesiva, sin perjuicio de que el Juez o Tribunal pueda ejercer las facultades que le atribuye el apartado siguiente.

3. Por el mismo procedimiento del artículo 98, el Juez o Tribunal podrá:

- a) Modificar en lo sucesivo las obligaciones y prohibiciones impuestas.
- b) Reducir la duración de la libertad vigilada o incluso poner fin a la misma en vista del pronóstico positivo de reinserción que considere innecesaria o contraproducente la continuidad de las obligaciones o prohibiciones impuestas.
- c) Dejar sin efecto la medida cuando la circunstancia descrita en la letra anterior se dé en el momento de concreción de las medidas que se regula en el número 2 del presente artículo.

4. En caso de incumplimiento de una o varias obligaciones el Juez o Tribunal, a la vista de las circunstancias concurrentes y por el mismo procedimiento indicado en los números anteriores, podrá modificar las obligaciones o prohibiciones impuestas. Si el incumplimiento fuera reiterado o grave, revelador de la voluntad de no someterse a las obligaciones o prohibiciones impuestas, el Juez deducirá, además, testimonio por un presunto delito del artículo 468 de este Código.

#### **Artículo 107.**

El Juez o Tribunal podrá decretar razonadamente la medida de inhabilitación para el ejercicio de determinado derecho, profesión, oficio, industria o comercio, cargo o empleo, por un tiempo de uno a cinco años, cuando el sujeto haya cometido con abuso de dicho ejercicio, o en relación con él, un hecho delictivo, y cuando de la valoración de las circunstancias concurrentes pueda deducirse el peligro de que vuelva

a cometer el mismo delito u otros semejantes, siempre que no sea posible imponerle la pena correspondiente por encontrarse en alguna de las situaciones previstas en los números 1.º, 2.º y 3.º del artículo 20.

**Artículo 108.**

1. Si el sujeto fuera extranjero no residente legalmente en España, el juez o tribunal acordará en la sentencia, previa audiencia de aquél, la expulsión del territorio nacional como sustitutiva de las medidas de seguridad que le sean aplicables, salvo que el juez o tribunal, previa audiencia del Ministerio Fiscal, excepcionalmente y de forma motivada, aprecie que la naturaleza del delito justifica el cumplimiento en España.

La expulsión así acordada llevará consigo el archivo de cualquier procedimiento administrativo que tuviera por objeto la autorización para residir o trabajar en España.

En el supuesto de que, acordada la sustitución de la medida de seguridad por la expulsión, ésta no pudiera llevarse a efecto, se procederá al cumplimiento de la medida de seguridad originariamente impuesta.

2. El extranjero no podrá regresar a España en un plazo de 10 años, contados desde la fecha de su expulsión.

3. El extranjero que intentara quebrantar una decisión judicial de expulsión y prohibición de entrada a la que se refieren los apartados anteriores será devuelto por la autoridad gubernativa, empezando a computarse de nuevo el plazo de prohibición de entrada en su integridad.

**20468** ENTRADA en vigor del acuerdo entre el Reino de España y la República de Bulgaria relativo a la readmisión de personas en situación irregular, firmado en Sofía el 16 de diciembre de 1996, cuya aplicación provisional fue publicada en el «Boletín Oficial del Estado» número 51, de fecha 28 de febrero de 1997.

El acuerdo entre el Reino de España y la República de Bulgaria relativo a la readmisión de personas en situación irregular, firmado en Sofía el 16 de diciembre de 1996, entró en vigor el 3 de septiembre de 1997, treinta días después de la fecha de recepción de la última notificación cruzada entre las Partes comunicando el cumplimiento de los respectivos requisitos internos, según se establece en su artículo 12.1.

Lo que se hace público para conocimiento general, completando así la publicación efectuada en el «Boletín Oficial del Estado» número 51, de 28 de febrero de 1997.

Madrid, 16 de septiembre de 1997.—El Secretario general técnico, Julio Núñez Montesinos.

**20469** ENTRADA en vigor del Canje de Notas constitutivo de acuerdo entre España y Bulgaria en materia de supresión de visados a titulares de pasaportes diplomáticos, firmado en Sofía el 16 de diciembre de 1996, cuya aplicación provisional fue publicada en el «Boletín Oficial del Estado» número 51, de fecha 28 de febrero de 1997.

El Canje de Notas constitutivo de acuerdo entre España y Bulgaria en materia de supresión de visados a titulares de pasaportes diplomáticos, firmado en Sofía el 16 de diciembre de 1996, entró en vigor el 31 de agosto de 1997, treinta días después de la fecha de la última notificación cruzada entre las Partes comunicando el cumplimiento de los respectivos requisitos legales internos, según se establece en el punto 6 de dichas notas.

Lo que se hace público para conocimiento general, completando así la publicación efectuada en el «Boletín Oficial del Estado» número 51, de 28 de febrero de 1997.

Madrid, 16 de septiembre de 1997.—El Secretario general técnico, Julio Núñez Montesinos.

**20470** ENTRADA en vigor del Canje de Notas constitutivo del acuerdo entre España y Túnez en materia de supresión de visados a titulares de pasaportes diplomáticos, firmado en Madrid el 27 de diciembre de 1996, cuya aplicación provisional fue publicada en el «Boletín Oficial del Estado» número 60, de fecha 11 de marzo de 1997.

El Canje de Notas constitutivo de acuerdo entre España y Túnez en materia de supresión de visados a titulares de pasaportes diplomáticos, firmado en Madrid el 27 de diciembre de 1996, entró en vigor el 28 de julio de 1997, fecha de la última notificación cruzada entre las Partes comunicando el cumplimiento de los respectivos requisitos internos, según se establece en sus textos.

Lo que se hace público para conocimiento general, completando así la publicación efectuada en el «Boletín Oficial del Estado» número 60, de 11 de marzo de 1997.

Madrid, 16 de septiembre de 1997.—El Secretario general técnico, Julio Núñez Montesinos.

**20471** CORRECCIÓN de erratas de las enmiendas al anexo del protocolo de 1978, relativo al Convenio internacional para prevenir la contaminación por los buques, 1973, hecho en Londres el 17 de febrero de 1978 (publicado en el «Boletín Oficial del Estado» números 249 y 250, de 17 y 18 de octubre de 1984). Resolución MEPC 51(32), de 6 de marzo de 1992 (publicadas en el «Boletín Oficial del Estado» número 137, de 9 de junio de 1993).

En la publicación de las enmiendas al anexo del protocolo de 1978, relativo al Convenio internacional para prevenir la contaminación por los buques, 1973, hecho en Londres el 17 de febrero de 1978 (publicado en el «Boletín Oficial del Estado» números 249 y 250, de 17 y 18 de octubre de 1984). Resolución MEPC 51(32) y Resolución MEPC 52(32), de 6 de marzo de 1992 (publicadas en el «Boletín Oficial del Estado» número 137, de 9 de junio de 1993) (páginas 17401 a 17407), publicadas en el «Boletín Oficial del Estado» número 74, de 27 de marzo de 1997 (página 10076), se ha advertido la siguiente errata:

Página 10076, columna izquierda, título líneas 7 y 8, donde dice: «Resolución MPCE», debe decir: «Resolución MEPC».

Primer párrafo, última línea, donde dice: «Resolución MPEC», debe decir: «Resolución MEPC».

## MINISTERIO DE JUSTICIA

**20472** ORDEN de 16 de septiembre de 1997 por la que se aprueba el Protocolo que han de utilizar los Médicos Forenses en el reconocimiento de los detenidos.

A fin de hacer efectivas las recomendaciones hechas por las organizaciones internacionales, especialmente Naciones Unidas y Consejo de Europa, y lograr que la acción de los Médicos Forenses en España se adapte a técnicas y procedimientos internacionalmente reconocidos, se ha elaborado un protocolo para que sea utilizado por dichos facultativos cuando realicen reconocimientos médicos a los detenidos, de modo que la información médica referente al detenido sea recogida de una forma homogénea en todos los casos y aparezca de la forma más clara y concisa posible.

Con tal objeto, se dicta la presente Orden, haciendo uso de la habilitación prevista en el artículo 503 de la Ley Orgánica del Poder Judicial, en el que se dispone que el Ministerio de Justicia, previo informe del Consejo General del Poder Judicial y oídas las Comunidades Autónomas afectadas, determinará las reglas generales de actuación de los Médicos Forenses que presten asistencia técnica a los órganos jurisdiccionales.

De conformidad con todo ello, he dispuesto:

Primero.—Los Médicos Forenses, al realizar su función de asistencia o vigilancia facultativa a los detenidos, utilizarán el Protocolo que como anexo se incorpora a la presente Orden.

Segundo.—El Protocolo forense de reconocimiento de detenidos será cumplimentado, en sus cuatro apartados, con arreglo a las siguientes directrices:

1. Datos identificativos: Están destinados a dejar clara constancia de la identidad de la persona detenida objeto de reconocimiento médico, del lugar, fecha y hora donde se lleve a cabo dicho reconocimiento; y del juzgado y causa seguida contra la persona privada de libertad, así como del Médico Forense que efectúe el reconocimiento.

2. Historia clínica: Destinada a recoger la información referente a antecedentes médicos familiares y personales del detenido, hábitos tóxicos y tratamientos especiales seguidos por la persona detenida en el momento de la detención.

3. Resultado del reconocimiento: En este apartado se recogerá el resultado del reconocimiento médico y, en su caso, el tratamiento prescrito o la petición de pruebas médicas complementarias que el Forense considere oportuno realizar, incluida la orden de ingreso hospitalario.

4. Hoja de evolución: Será utilizada cada vez que se proceda a un nuevo reconocimiento del detenido. De esta forma, la primera vez que se reconozca a un detenido se utilizará el protocolo general y en cada nuevo examen médico se rellenarán las hojas de evolución (una por cada reconocimiento).

Tercero.—Los datos contenidos en el Protocolo tendrán carácter confidencial. La revelación de hechos o datos conocidos en el ejercicio de dicha función y la violación del secreto profesional serán sancionadas, de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento Orgánico del Cuerpo Nacional de Médicos Forenses, aprobado por Real Decreto 296/1996, de 23 de febrero.

Cuarto.—La presente Orden entrará en vigor a los treinta días de su publicación en el «Boletín Oficial del Estado».

Madrid, 16 de septiembre de 1997.

MARISCAL DE GANTE Y MIRÓN

ANEXO

PROTOCOLO FORENSE DE RECONOCIMIENTO DE DETENIDOS

1. DATOS IDENTIFICATIVOS

APELLIDOS .....  
 NOMBRE ..... EDAD .....  
 LUGAR DE NACIMIENTO ..... ESTADO CIVIL .....  
 LUGAR DEL RECONOCIMIENTO .....  
 FECHA ..... HORA .....  
 JUZGADO .....  
 CAUSA .....  
 MEDICO FORENSE .....

2. HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES FAMILIARES
ANTECEDENTES PERSONALES
HÁBITOS TÓXICOS
SITUACIÓN ACTUAL
TRATAMIENTOS ACTUALES (Especificar fármaco, dosis, vía de admón., quién los ha prescrito, si está documentado el tratamiento, etc.)

MÚSCULO-ESQUELÉTICA Y ARTICULAR			
ÓRGANOS DE LOS SENTIDOS			
GENITO URINARIA, GINECOLÓGICA			
PIEL Y MUCOSAS			

**3. RESULTADO DEL RECONOCIMIENTO**  
(Detallar a continuación y representar en los dibujos adjuntos)

CONSTANTES:	
Presión arterial ..... Pulso ..... Temperatura .....	
CARDIOVASCULAR	
RESPIRATORIA	
NEUROLÓGICA	
DIGESTIVA	



28240

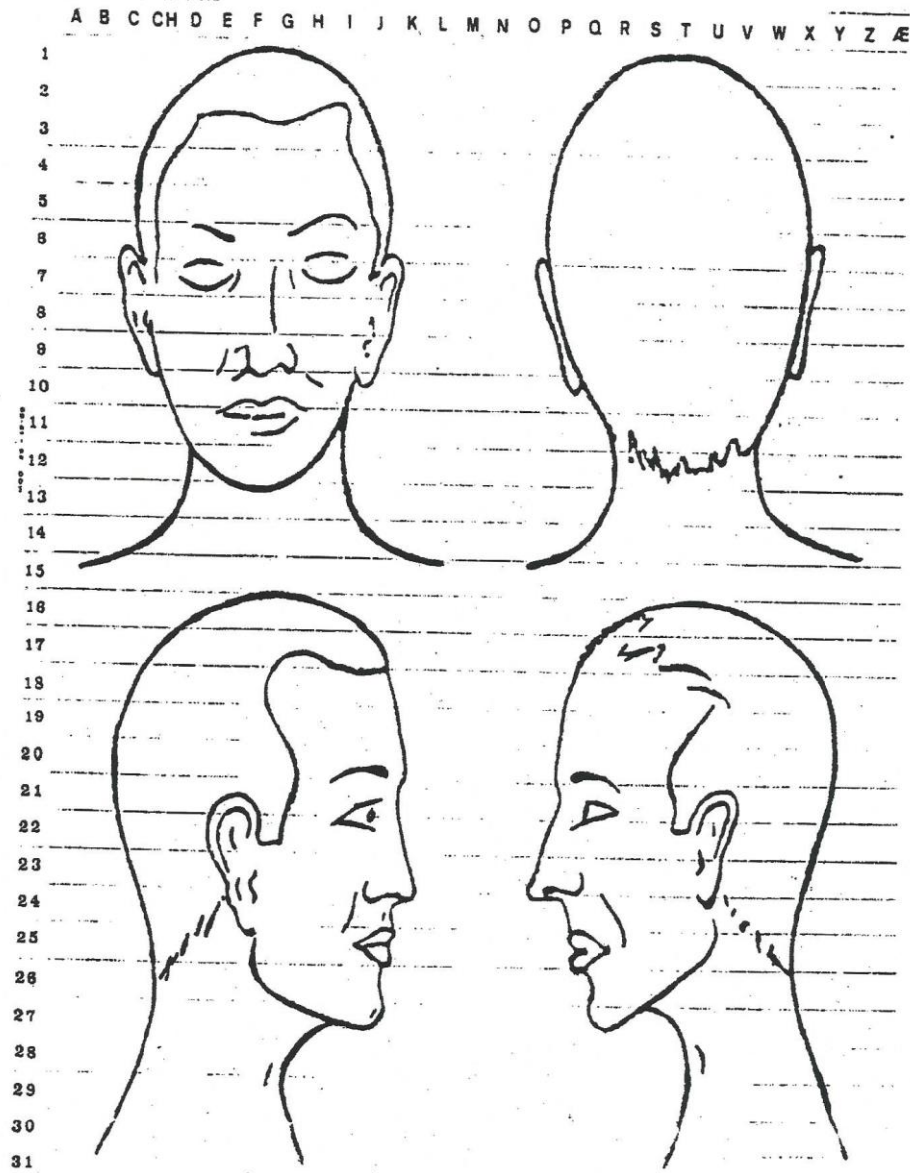
Viernes 26 septiembre 1997

BOE núm. 231

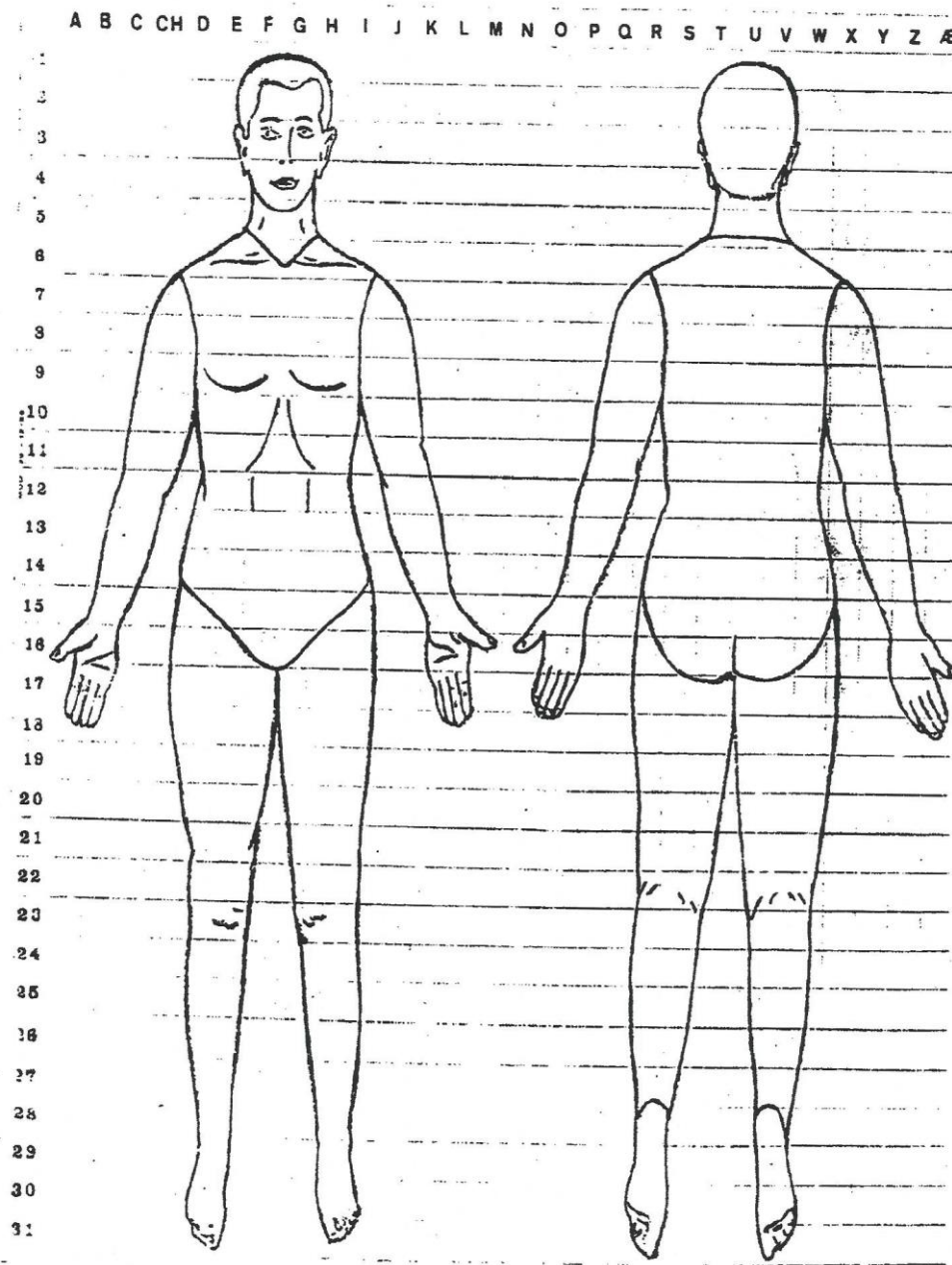
**4. HOJA DE EVOLUCIÓN**  
(Detallar a continuación y representar en los dibujos adjuntos)

<b>OROFARÍNGEA</b>	APELLIDO 1º ..... APELLIDO 2º ..... NOMBRE ..... LUGAR DEL RECONOCIMIENTO ..... HORA ..... FECHA .....
<b>PSIQUIÁTRICA</b>	CONSTANTES VITALES PRESIÓN SANGUÍNEA ..... PULSO ..... TEMPERATURA .....
<b>OTRAS</b>	EXAMEN DE LAS NOVEDADES DESDE EL ÚLTIMO RECONOCIMIENTO
<b>PETICIÓN DE PRUEBAS COMPLEMENTARIAS / INGRESO HOSPITALARIO</b> (especificar tipo de pruebas solicitadas, lugar donde se realizarán. Resultados)	<b>1. PADECIMIENTOS PREVIOS</b> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> → EVOLUCIÓN (resultados del reconocimiento, medicación, indicaciones, observaciones, etc.)
<b>TRATAMIENTO PRESCRITO</b>	<b>2. PADECIMIENTO DETECTADO DURANTE LA DETENCIÓN</b> NO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> → DETECTADO EN ESTE RECONOCIMIENTO (exploración, indicaciones y tratamiento)  DETECTADO EN ANTERIORES RECONOCIMIENTOS (detallar evolución, novedades, medicación, indicaciones, observaciones, etc)

Firma











ADMINISTRACIÓN  
DE  
JUSTICIA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL  
DE MÁLAGA  
Servicio de Clínica

LOCALIDAD
JUZGADO
PROCEDIMIENTO

- Servicio de Clínica  
 Servicio de Guardia

FECHA     /     /  
HORA

MEDICO FORENSE Dr. D. José Manuel Burgos Moreno

**PROTOCOLO DE TOXICOMANIAS**

**DATOS PERSONALES**

APELLIDOS				NOMBRE	
EDAD	F.NACIMIENTO.	ESTADO CIVIL	SEXO: <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> M	DNI	
DOMICILIO / POBLACIÓN				TELEFONO	
ESTUDIOS FINALIZADOS (marcar con X)				PROFESIÓN	
NINGUNO	PRIMARIOS	SECUNDARIOS	UNIVERSITARIOS		

**DATOS RELATIVOS AL SUCESO**

SITUACIÓN JUDICIAL: (marcar con X)		MOTIVO: (marcar con X)	
<input type="checkbox"/> DETENIDO	<input type="checkbox"/> PROCESADO	<input type="checkbox"/> HURTO/ROBO	<input type="checkbox"/> LESIONES
<input type="checkbox"/> IMPUTADO	<input type="checkbox"/> LIBERTAD	<input type="checkbox"/> CONTRA SALUD PUBLICA	<input type="checkbox"/> CONTRA SEGURIDAD DEL TRAFICO
<input type="checkbox"/> OTROS: .....		<input type="checkbox"/> OTROS: .....	
LUGAR DEL SUCESO	FECHA DEL SUCESO	HORA DEL SUCESO	
RELATO DE LOS HECHOS			
PARTICIPACIÓN			

**ANAMNESIS**

GRADO DE COLABORACIÓN Y ESTADO EMOCIONAL
PATOLOGÍA FAMILIAR
ANTECEDENTES DELICTIVOS: <input type="checkbox"/> SI    MOTIVO <input type="checkbox"/> NO

CIUDAD DE LA JUSTICIA DE MÁLAGA  
C/ Fiscal Luis Portero García  
29010 Málaga  
Teléf 951938500. Fax: 951938502





**INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL  
DE MÁLAGA**  
Servicio de Clínica

**HISTORIAL DE ADICCIÓN**

<p><b>INICIO DROGODEPENDENCIA:</b></p> <input type="checkbox"/> HACHIS <input type="checkbox"/> COCAÍNA <input type="checkbox"/> HEROÍNA <input type="checkbox"/> COCAÍNA Y HEROÍNA <input type="checkbox"/> ALCOHOL <input type="checkbox"/> PSICOFARMACOS <input type="checkbox"/> OTRAS: ..... <p><b>VIA DE ADMINISTRACIÓN:</b></p> <input type="checkbox"/> PARENTERAL <input type="checkbox"/> ESNIFADA <input type="checkbox"/> FUMADA O INHALADA <input type="checkbox"/> OTRAS: .....	<p>EDAD</p>	<p><b>PROGRESIÓN DROGODEPENDENCIA:</b></p> <input type="checkbox"/> HACHIS <input type="checkbox"/> COCAÍNA <input type="checkbox"/> HEROÍNA <input type="checkbox"/> COCAÍNA Y HEROÍNA <input type="checkbox"/> ALCOHOL <input type="checkbox"/> PSICOFARMACOS <input type="checkbox"/> OTRAS: ..... <p><b>VIA DE ADMINISTRACIÓN:</b></p> <input type="checkbox"/> PARENTERAL <input type="checkbox"/> ESNIFADA <input type="checkbox"/> FUMADA O INHALADA <input type="checkbox"/> OTRAS: .....	<p>EDAD</p>
<p><b>CONSUMO ACTUAL</b></p> <input type="checkbox"/> HACHIS <input type="checkbox"/> COCAÍNA <input type="checkbox"/> HEROÍNA <input type="checkbox"/> COCAÍNA Y HEROÍNA <input type="checkbox"/> ALCOHOL <input type="checkbox"/> PSICOFARMACOS <input type="checkbox"/> OTRAS: ..... <p><b>VIA DE ADMINISTRACIÓN:</b></p> <input type="checkbox"/> PARENTERAL <input type="checkbox"/> ESNIFADA <input type="checkbox"/> FUMADA O INHALADA <input type="checkbox"/> OTRAS: .....	<p>EDAD</p>	<p><b>FECHA ULTIMO CONSUMO Y DOSIS</b></p> <p>TRATAMIENTO DESHABITUADOR <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO   CENTRO <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO</p> <p>MEDICACIÓN RECIBIDA DESDE SU DETENCIÓN</p>	

**EXPLORACIÓN FÍSICA**

<p><b>HABITO EXTERNO</b></p>	<p><b>SIGNOS DE VENOPUNCIÓN</b></p> <input type="checkbox"/> SI <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> RECIENTES <input type="checkbox"/> ANTIGUAS <input type="checkbox"/> RECIENTES Y ANTIGUAS
<p><b>PATOLOGÍA RECONOCIDA POR EL EXPLORADO</b></p> <input type="checkbox"/> VIH <input type="checkbox"/> VHC <input type="checkbox"/> OTRAS: .....	<p><b>OTRAS PATOLOGÍAS Y TRATAMIENTOS MÉDICOS</b></p>



CIUDAD DE LA JUSTICIA DE MALAGA  
C/ Fiscal Luis Portero García  
29010 Málaga  
Teléf 951 938500, Fax: 951 938502



ADMINISTRACIÓN  
DE  
JUSTICIA

INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL  
DE MÁLAGA  
Servicio de Clínica

EXPLORACIÓN PSIQUICA

NIVEL DE CONCIENCIA	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA
ATENCIÓN Y CONCENTRACIÓN	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA
CURSO DEL PENSAMIENTO	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA
ORIENTACIÓN TEMPORO- ESPACIAL	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA
MEMORIA	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA
DELIRIOS O ALUCINACIONES	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA
AGITACIÓN PSICOMOTRIZ	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA
AGRESIVIDAD	<input type="checkbox"/> NORMAL <input type="checkbox"/> ALTERADA

VALORACIÓN DEL SINDROME DE ABSTINENCIA

	GRADO 1	GRADO 2	GRADO 3	GRADO 4
<b>A</b> <input type="checkbox"/> DESEO DE DROGA <input type="checkbox"/> ANSIEDAD <input type="checkbox"/> BOSTEZOS <input type="checkbox"/> SUDORACIÓN <input type="checkbox"/> LAGRIMEO <input type="checkbox"/> RINORREA	+ LEVE	++ MODERADO	+++ INTENSO	++++ MUY INTENSO
<b>B</b> <input type="checkbox"/> MIDRIASIS <input type="checkbox"/> PILOERECCIÓN <input type="checkbox"/> TEMBLORES <input type="checkbox"/> ESCALOFRIOS <input type="checkbox"/> DOLORES OSEOS Y/O MUSCULARES	0 AUSENTE	+ LEVE	++ MODERADO	+++ INTENSA
<b>C</b> <input type="checkbox"/> INSOMNIO <input type="checkbox"/> AUMENTO T. A. <input type="checkbox"/> AUMENTO TEMPERATURA <input type="checkbox"/> AUMENTO FRECUENCIA RESPIRATORIA <input type="checkbox"/> INTRANQUILIDAD LOCOMOTORA <input type="checkbox"/> AGITACIÓN <input type="checkbox"/> AUMENTO FRECUENCIA CARDIACA <input type="checkbox"/> NAUSEAS	0 AUSENTE	0 AUSENTE	+ LEVE	++ MODERADA
<b>D</b> <input type="checkbox"/> VOMITOS <input type="checkbox"/> DIARREA <input type="checkbox"/> EYACULACIÓN ESPONTANEA	0 AUSENTE	0 AUSENTE	0 AUSENTE	+ LEVE

GRADO DE INTENSIDAD DEL S. A. O.

1	2	3	4
---	---	---	---

CIUDAD DE LA JUSTICIA DE MALAGA  
C/ Fiscal Luis Portero García  
29010 Málaga  
Teléf 951938500. Fax: 951938502





**INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL  
DE MÁLAGA**  
Servicio de Clínica

**PRUEBAS DE LABORATORIO**

<input type="checkbox"/> ORINA <input type="checkbox"/> CABELLO <input type="checkbox"/> SANGRE	RESULTADOS (al recibir el resultado del análisis efectuado)
---	---

**CONCLUSIONES MEDICO-LEGALES**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....



CIUDAD DE LA JUSTICIA DE MALAGA  
C/ Fiscal Luis Portero Garcia  
29010 Málaga  
Teléf 951938500. Fax: 951938502

- A. Nº DE ORDEN**
- B. Nº DE CASO**
- C. ORGANO JUDICIAL.**
- D. ORGANO JUDICIAL CODIFICADO**
- |              |                             |
|--------------|-----------------------------|
| 1. PENAL 1   | 11. PENAL 11                |
| 2. PENAL 2   | 12. PENAL 12                |
| 3. PENAL 3   | 13. PENAL 13                |
| 4. PENAL 4   | 14. PENAL 14                |
| 5. PENAL 5   | 15. AUDIENCIA PROVINCIAL 1ª |
| 6. PENAL 6   | 16. AUDIENCIA PROVINCIAL 2ª |
| 7. PENAL 7   | 17. AUDIENCIA PROVINCIAL 3ª |
| 8. PENAL 8   | 18. AUDIENCIA PROVINCIAL 8ª |
| 9. PENAL 9   | 19. AUDIENCIA PROVINCIAL 9ª |
| 10. PENAL 10 | 20. OTROS                   |
- E. PROCEDIMIENTO JUDICIAL**
- F. MOTIVO DE LA ACTUAL SITUACION JUDICIAL**
- |                                    |  |
|------------------------------------|--|
| 1. DELITOS CONTRA LA SALUD PUBLICA | 5. DELITOS CONTRA LA SEGURIDAD DEL TRAFICO |
| 2. DELITOS CONTRA LA PROPIEDAD     | 6. OTROS                                   |
| 3. LESIONES                        | 7. NO CONSTA                               |
| 4. VIOLENCIA DE GENERO             |  |
- G. ANTECEDENTES IML**
- |                            |                                |
|----------------------------|--------------------------------|
| 1. NO CONSTAN ANTECEDENTES | 2. POSEE ANTEC. PREVIOS EN IML |
|----------------------------|--------------------------------|
- H. FECHA**
- I. SEXO**
1. VARON
  2. MUJER
- J. APELLIDOS**
- K. NOMBRE**
- L. AÑOS**
- M. FRANJA DE EDAD**
- |                |                |                |
|----------------|----------------|----------------|
| 1. 15-20 AÑOS  | 5. 36-40 AÑOS. | 9. 56-60 AÑOS. |
| 2. 21-25 AÑOS. | 6. 41-45 AÑOS. | 10. > 61 AÑOS  |
| 3. 26-30 AÑOS. | 7. 46-50 AÑOS  |                |
| 4. 31-35 AÑOS. | 8. 51-55 AÑOS. |                |
- N. CONVIVENCIA DEL SUJETO**
- |                      |                        |
|----------------------|------------------------|
| 0. NO CONSTA         | 3. EN PAREJA SIN HIJOS |
| 1. SOLTERO SIN HIJOS | 4. EN PAREJA CON HIJOS |
| 2. SOLTERO CON HIJOS |                        |
- O. NIVEL DE FORMACIÓN MAXIMO ALCANZADO**
- |                        |                                   |
|------------------------|-----------------------------------|
| 0. NO CONSTA           | 3. ESTUDIOS SECUNDARIOS/BACHILLER |
| 1. SIN ESTUDIOS        | 4. ESTUDIOS UNIVERSITARIOS        |
| 2. ESTUDIOS PRIMARIOS. |                                   |
- P. TIPO DE DROGA CONSUMIDA ACTUALMENTE**
- |  |  |
|--|--|
| 1. CANNABIS                              | 7. ALCOHOL   |
| 2. COCAINA                               | 8. ASOCIACIONES (CANNABIS+PSICOFARMACOS, COCAINA+ALCOHOL...) |
| 3. HEROÍNA                               | 9. REFIERE NO CONSUMIR                                       |
| 4. REVUELTO                              |  |
| 5. PSICOFARMACOS                         |  |
| 6. DROGAS DE SINTESIS (ESTAXIS, MDMA...) |  |



**Q. ORIGEN**

1. ACTUACIÓN GUARDIA
2. PROTOCOLO TOXICOMANIA
3. CONSULTA
4. ART. 87 CP
5. RECOGIDA MUESTRAS

6. RECEPCIÓN MUESTRAS
7. 1 Y 2
8. 2 Y 3
9. 2 Y 6
10. 4 Y 5

**R. MUESTRA**

1. NO TOMA
2. ORINA

3. CABELLO
4. ORINA Y CABELLO

**S. ANALISIS IML**

1. REALIZADO.

2. NO REALIZADO

**T. ANALISIS INT**

1. REALIZADO.

2. NO REALIZADO

**U. RESULTADO**

0. NEGATIVO
1. POSITIVO COCAÍNA.
2. POSITIVO HACHIS.
3. POSITIVO HEROÍNA.
4. POSITIVO METADONA.
5. POSITIVO REVUELTO

6. POSITIVO PSICOFARMACOS
7. POSITIVO 1 Y 2
8. POSITIVO 1 Y 5
9. POSITIVO 4 Y 5
10. OTRAS ASOCIACIONES
11. NO CONSTA

**V. TRATAMIENTO DESHABITUADOR**

1. SI

2. NO

**W. CENTRO DE TRATAMIENTO.**

0. NINGUNO
1. CPD
2. PROYECTO HOMBRE.
3. BETEL
4. ACGAR
5. MARBELLA SOLIDARIA
6. REMAR

7. ALTERNATIVA-2
8. ARDE
9. RETO
10. AREA
11. OTROS CENTRO DE TTO
12. PRISIÓN

**X. TIPO DE TRATAMIENTO.**

0. NINGUNO
1. BENZODIACEPINAS
2. METADONA

3. PISCOTERAPIA
4. OTROS O COMBINADOS
5. INTERNAMIENTO EN C.T.

**Y. TIPO DE INFORME CENTRO DE TRATAMIENTO.**

1. COMPLETO
2. INCOMPLETO.

3. NO SE APORTA.

**Z. INFORME MEDICO FORENSE.**

1. POSITIVO APLICACIÓN ART. 87.
2. NEGATIVO APLICACIÓN ART. 87.

3. NO SE PRONUNCIA.

**AA. RESULTADO JUDICIAL.**

1. POSITIVO APLICACIÓN ART. 87
2. NEGATIVO APLICACIÓN ART. 87
3. CONCEDIDA Y POSTERIORMENTE REVOCADA

4. OTRAS CIRCUNSTANCIAS (procedimiento de otra provincia, fallecimiento, etc.)
5. EN TRAMITACION





TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE ANDALUCÍA

**PROTOCOLO GENERAL DE COLABORACIÓN ENTRE EL TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE ANDALUCÍA Y LAS CONSEJERÍAS DE JUSTICIA Y ADMINISTRACIÓN PÚBLICA, Y PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR SOCIAL DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA, PARA EL INTERCAMBIO DE INFORMACIÓN EN MATERIA DE DROGAS Y ADICCIONES**

En Sevilla, a 14 de enero de 2009

**REUNIDOS**



De una parte, el Excmo. Sr. D. Augusto Méndez de Lugo y López de Ayala, Presidente del Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, actuando en nombre y representación de la institución de la que es titular, en virtud de nombramiento del Rey a propuesta del Consejo General del Poder Judicial, por Real Decreto 790/2005, de 1 de julio de 2005, y en el ejercicio de las competencias que le atribuyen el artículo 143.1 del Estatuto de Autonomía para Andalucía, y los artículos 70, 71, 72, 160 y 161 de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio, del Poder Judicial.

De otra parte, la Excmo. Sra. D<sup>a</sup>. Evangelina Naranjo Márquez, Consejera de Justicia y Administración Pública de la Junta de Andalucía, en virtud de lo establecido en el Decreto del Presidente 13/2008, de 19 de abril, por el que se designan los Consejeros y Consejeras de la Junta de Andalucía, y de la representación que le atribuye el 21 de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía y el artículo 26 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía.

De otra, la Excmo. Sra. D<sup>a</sup>. Micaela Navarro Garzón, Consejera para la Igualdad y Bienestar Social de la Junta de Andalucía, en virtud de lo establecido en el Decreto del Presidente 13/2008, de 19 de abril, por el que se designan los Consejeros y Consejeras de la Junta de Andalucía, y de la representación que le atribuye el 21 de la Ley 6/2006, de 24 de octubre, del Gobierno de la Comunidad Autónoma de Andalucía y el artículo 26 de la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de la Administración de la Junta de Andalucía, y Presidenta del

1



TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE ANDALUCÍA

Patronato de la Fundación para la Atención e Incorporación Social ( en adelante FADAIS), según sus Estatutos Fundacionales..

Todas las partes se reconocen mutuamente plena capacidad de actuar en la representación legal que ostentan para suscribir el presente Protocolo General de Colaboración y a tal fin



#### EXPONEN

**PRIMERO.-** Que la Comunidad Autónoma de Andalucía tiene competencias compartidas en materia de Administración de Justicia, de acuerdo con lo establecido en la Ley Orgánica del Poder Judicial, y cuantas competencias ejecutivas le atribuye el Título V de su Estatuto de Autonomía y la legislación estatal.

**SEGUNDO.-** Que de conformidad con el Estatuto de Autonomía para Andalucía, el Tribunal Superior de Justicia de Andalucía, es el órgano jurisdiccional en que culmina la organización judicial en Andalucía y es competente, en los términos que establece la Ley Orgánica del Poder Judicial, para conocer de los recursos y procedimientos en los distintos órdenes jurisdiccionales. Es la última instancia jurisdiccional de todos los procesos iniciados en Andalucía, así como de todos los recursos que se tramiten en su ámbito territorial, sea cual fuere el derecho invocado como aplicable, de acuerdo con la Ley Orgánica del Poder Judicial y sin perjuicio de la competencia del Tribunal Supremo.

**TERCERO.-** Que de acuerdo con el Estatuto de Autonomía para Andalucía y los Reales Decretos 141/1997 y 142/1997, ambos de 31 de enero, se hicieron efectivos los trasposos en materia de provisión de medios materiales y económicos al servicio de la Administración de Justicia a la Comunidad Autónoma de Andalucía.

La Consejería de Justicia y Administración Pública tiene asumidas las competencias en materias relacionadas con la Administración de Justicia y, concretamente, la competencia sobre medios personales y materiales del Cuerpo de Médicos Forenses, lo que ha posibilitado la constitución y regulación de los Institutos de Medicina Legal de Andalucía mediante Decreto 176/2002, de 18 de Junio.

Los Institutos de Medicina Legal son órganos técnicos, cuya misión es auxiliar a los Juzgados y Tribunales mediante la práctica de pruebas periciales médicas, tanto tatólogicas como clínicas

2



TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE ANDALUCÍA

y de laboratorio. Para poder adoptar una decisión justa desde los Juzgados y Tribunales han de conocerse todos los factores implicados en el origen de los hechos, en su evolución y en sus consecuencias, y para ello, ha de valorarse adecuadamente por el Médico Forense todos los datos e información de que se disponga, y en concreto en los casos de adicción del enjuiciado todos aquellos elementos necesarios para integrar en el informe forense.

**CUARTO.-** Que a la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, tiene atribuidas las competencias relativas a las actuaciones frente a las drogodependencias, así como la coordinación técnica de las actuaciones de las distintas instituciones implicadas en la materia en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Andalucía, tal como se deriva del artículo 148.1.0 de la Constitución Española, del artículo 61 de la Ley Orgánica 2/2007, de 20 de marzo de Reforma del Estatuto de Autonomía para Andalucía, y de los Decretos 10/2008, de 19 de abril, y 122/2008 de 29 de abril, sobre reestructuración parcial de Consejerías y estructura de la Consejería para la Igualdad y Bienestar Social, respectivamente, así como de la Ley 4/1997, de 9 de julio, de Prevención y Asistencia en materia de drogas, correspondiéndole la gestión del proyecto de "Elaboración de un sistema de información en drogodependencias y adicciones", a través de la Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones

**QUINTO.-** La Fundación FADAIS según el Título II, artículo 6, de sus Estatutos, tiene como fines fundacionales la gestión de los programas y centros que con carácter general presten atención a personas afectadas por las drogodependencias y adicciones y a otros colectivos desfavorecidos socialmente o en riesgo de exclusión social, el apoyo de su inserción sociolaboral, así como la mejora de su calidad de vida.

La Fundación FADAIS inició en 2003, por encargo de la Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones, el desarrollo de un sistema de información que conectara on-line todos los Centros de Drogodependencias públicos y concertados, denominado Sistema de Información del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, en adelante SIPASDA, caracterizado por ser un sistema centralizado, de base de datos única, de ámbito de la comunidad autónoma andaluza, basado en tecnología web al que se accede desde cualquier punto de red Internet o intranet corporativa de la Junta de Andalucía, que recoge, almacena, procesa y explota información de usuarios y usuarias con adicciones, incluyendo sus episodios relacionados con su evolución por los distintos recursos, lo que constituye un sistema actualizado en tiempo real y fiable que permite la realización tanto de consultas de carácter asistencial y clínico, como relativas al funcionamiento de los programas de ámbito provincial y supraprovincial.

En virtud del Convenio de 3 de agosto de 2007, entre la Consejería para Igualdad y Bienestar Social y la Fundación FADAIS para la Encomienda de Gestión de actuaciones encuadradas en el Fondo Europeo de Desarrollo Regional (FEDER), denominada elaboración de un sistema de información en drogodependencias y

3



TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE ANDALUCÍA

adicciones, se encomienda a FADAIS la ejecución material, por razones de eficacia, en coordinación con el Servicio de Coordinación Asistencial de la Dirección General para las Drogodependencias y Adicciones, las actuaciones enmarcadas en el desarrollo del referido proyecto. A su vez, mediante Resolución de 26 de junio de 2008, de la Consejera para la Igualdad y Bienestar Social, se acuerda la encomienda de gestión a FADAIS, de determinadas actuaciones encaminadas a la redefinición y reestructuración del SIPASDA, a fin de adaptarlo a las nuevas necesidades y requerimientos.

**SEXTO.-** Los Centros Provinciales de Drogodependencias, creados por acuerdo entre las Diputaciones Provinciales y la Junta de Andalucía actúan, a nivel provincial, como eje operativo para mantener una Red Pública de Centros y Servicios, de atención integral e individualizada a las demandas derivadas del consumo de drogas y otras adicciones en coordinación con la Red Sanitaria y de Servicios Sociales, correspondiéndole igualmente, en el marco del II Plan Andaluz sobre Drogas y Adicciones, la planificación, coordinación y seguimiento de los distintos Planes Provinciales de Drogas y Adicciones de la provincia.

En el plano asistencial los Centros Provinciales de Drogodependencias, son centros especializados en la atención a los problemas derivados de las drogodependencias y adicciones en la provincia, siendo su principal objetivo la corrección terapéutica de los problemas relacionados con las drogodependencias y la minimización de daños asociados al consumo de drogas y conductas adictivas.

**SÉPTIMO.-** Las Administraciones Públicas, en sus relaciones, se rigen por el principio de cooperación y colaboración, y en su actuación por los criterios de eficiencia y servicio a la ciudadanía. Este principio general informa la actuación administrativa ante la entrada en vigor de la reforma efectuada por la Ley Orgánica 19/2003, de 23 de diciembre, de modificación de la Ley Orgánica 6/1985, de 1 de julio del Poder Judicial.

Las partes firmantes, consideran objetivo prioritario lograr que la Justicia actúe con rapidez, eficacia y calidad, con métodos más modernos y procedimientos menos complicados.

**OCTAVO.-** La amplia casuística que tienen los Centros de Tratamiento Ambulatorio, así como la alta especialización del personal que los sirve, supone sin duda una información muy valiosa para el ejercicio de la labor forense, que contribuya a la elaboración del informe médico forense solicitado por los Tribunales de Justicia, en los diferentes casos en que se estime necesaria la prueba pericial de esta naturaleza.

En virtud de lo expuesto, las partes intervinientes, desde su respectivo ámbito natural de competencias y según están representadas, acuerdan suscribir el presente Protocolo General de Colaboración con arreglo a las siguientes,

4





TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE ANDALUCÍA

**ESTIPULACIONES****PRIMERA.- Objeto.**

El presente Protocolo General de Colaboración tiene por objeto, establecer un cauce de intercambio de la información en materia de drogas y otras adicciones, obrante en el SIPASDA, que facilite el ejercicio de la labor Jurisdiccional, coadyuvando a la emisión del informe forense solicitado por los Tribunales de Justicia, mediante la supresión de trámites y el acceso inmediato a la información. Los datos de carácter personal a los que se tenga acceso en virtud del presente Protocolo, sólo serán utilizados para los fines específicos expresamente previstos en el mismo y por el personal debidamente autorizado para ello, de acuerdo con la normativa reguladora de la protección de datos de carácter personal.

**SEGUNDA.- Ámbito.**

El presente Protocolo General abarca el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma Andaluza, si bien su implantación se llevará a cabo de modo paulatino en cada provincia andaluza.

**TERCERA.- Solicitud de Informe por los Juzgados y Tribunales.**

En aquellas causas en las que concurren sujetos con historial de adicciones, cuando de conformidad con el Código Penal, la Ley de Enjuiciamiento Criminal y demás leyes procesales, se solicite por los Juzgados y Tribunales informe forense, la petición deberá cursarse conforme al modelo recogido en el Anexo I, dirigida al Director/a del Instituto de Medicina Legal de la provincia que corresponda. En el mismo se autorizará al Médico Forense a recabar la información que estime necesaria para la causa.

**CUARTA.- Información sobre adicciones.**

Recibida la petición de informe dirigida al Director/a del Instituto de Medicina Legal, el facultativo que deba emitir informe forense deberá solicitar, a través del modelo que figura como Anexo II, la información disponible en el SIPASDA.

Recibida esta petición a través del SIPASDA, será recepcionada por el terapeuta del Centro de Tratamiento Ambulatorio (CTA) de referencia, o en su defecto, cuando se soliciten datos de una persona que no esté

5



TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE ANDALUCÍA

activa en un Centro de Tratamiento Ambulatorio (CTA), por el Área de Personas Usuarias y de Sistema de Información (APUSI) de la Fundación FADAIS.

El Centro de Tratamiento Ambulatorio (CTA) o el Área de Personas Usuarias y de Sistema de Información (APUSI) emitirá informe conforme al formulario recogido en el Anexo III, una vez recabada toda la información disponible al respecto en el SIPASDA, información que deberá completarse con la valoración clínica del terapeuta responsable y con aquellos otros datos del historial clínico que no figuren en el SIPASDA y sean de interés clínico. Dicho informe será enviado a través del SIPASDA al médico forense que lo hubiera solicitado.

**QUINTA.- Sistema integrado de información.**

La Consejería de Justicia y Administración Pública y la Fundación FADAIS, en el ámbito del presente Protocolo, adoptarán las medidas necesarias que permitan la solicitud, recepción y envío telemático de informes conforme a los modelos previstos en los Anexos I, II y III del presente Protocolo, a través del SIPASDA.

**SEXTA.- Comisión de seguimiento.**

Se creará una Comisión de Seguimiento y Control integrada por dos representantes de cada uno de los organismos firmantes del presente Protocolo General de Colaboración, presidida de forma rotatoria de entre sus miembros por periodos de un año, renovable por igual periodo, que habrá de reunirse previa convocatoria de la Presidencia, al menos, una vez al año, con el objeto de seguir la evolución ejecutiva del Protocolo.

**SÉPTIMA.- Naturaleza**

El presente Protocolo General de Colaboración es de naturaleza administrativa, y en lo no previsto por el mismo se estará a lo que dispone la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común y la Ley 9/2007, de 22 de octubre, de Administración de la Junta de Andalucía, quedando excluido de la aplicación de la Ley 30/2007, de 30 de octubre, de Contratos del Sector Público, conforme a su artículo 4.1.c, y siéndole de aplicación los principios del citado texto legal, para resolver las dudas y lagunas que puedan plantearse, tal y como establece su artículo 4, segundo apartado.

**OCTAVA.- Vigencia.**

El presente Protocolo General de Colaboración surtirá efectos a partir de la fecha de su firma y tendrá duración de dos años, pudiendo ser objeto de prórroga expresa y por escrito de las partes, antes de la expiración del mismo o de cualquiera de sus prórrogas, y por periodos anuales.

6



TRIBUNAL SUPERIOR DE JUSTICIA DE ANDALUCÍA

No obstante lo anterior, el presente Protocolo General de Colaboración podrá ser rescindido por cualquiera de las partes mediante denuncia expresa y por escrito, realizada con dos meses de antelación a su vencimiento inicial o al de cualquiera de sus prórrogas.

Por todo ello, en prueba de conformidad y en el ejercicio de las atribuciones de que son titulares, lo firman en el lugar y fecha señalados en el encabezamiento.

SE  
PRESIDENTE DEL TRIBUNAL  
SUPERIOR DE JUSTICIA DE ANDALUCÍA,  
PRESIDENCIA  
GRANADA

Excmo. Sr. D. Augusto Méndez de Lugo y López de Ayala

LA CONSEJERA DE JUSTICIA Y ADMINISTRACIÓN  
PÚBLICA

Excmo. Sra. D. Evangelina Naranjo Márquez

LA CONSEJERA PARA LA IGUALDAD Y BIENESTAR  
SOCIAL,

Excmo. Sra. D.ª Micaela Navarro Garzón.

ANVERSO

ÓRGANO JUDICIAL: ..... (1)

Procedimiento: ..... (2)

Delito/s: .....

Fecha hechos: .....

- URGENTE CAUSA CON PRESO  
 URGENTE VIOLENCIA DOMÉSTICA  
 FACILITE CITA PARA EL RECONOCIMIENTO

**SUJETO DEL INFORME:**

APELLIDOS: ..... NOMBRE: .....

DNI/PASAPORTE/NIE: ..... SITUACIÓN PROCESAL: ..... (3)

HIJO DE ..... Y DE .....

NACIDO EN ..... EL .....

DOMICILIO: .....

LOCALIDAD: ..... PROVINCIA: ..... C.P.: .....

OTROS DATOS DE INTERÉS: .....

**FINALIDAD DEL INFORME:**

- Adicciones y grado de afectación de facultades intelectivas y volitivas.  
 Suspensión extraordinaria penas prisión art. 87 Código Penal:  
 Existencia de tratamiento de deshabitación en centro público o privado  
 Situación de deshabitación consecuente a tratamiento  
 Otros: .....

**NATURALEZA DEL INFORME:**

- Diligencia acordada en fase de instrucción ..... (4)  
 Prueba para el Juicio Oral a propuesta de ..... (5)  
 En ejecutoria de sentencia firme ..... (6) y al objeto de ..... (7)

**DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA:**

- Copia atestado  Informe Médico Forense  Parte asistencia  
 Otra documentación médica  Escritos acusación/defensa  
 Sentencia  Otra: .....

**PLAZO DE CUMPLIMENTACIÓN:**

..... (8)

Por así venir acordado en la causa referenciada, se interesa emita informe a la mayor brevedad sobre los extremos relacionados, previo examen del interesado y tras recabar la documentación que estime necesaria de los Centros que puedan disponer ella.

EL/LA .....(9)

SR/A. DIRECTOR/A DEL INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL



REVERSO

**1.ÓRGANOS JUDICIALES**

Juzgado de lo penal nº  
Juzgado de Instrucción nº  
Juzgado de Vigilancia Penitenciaria nº  
Audiencia Provincial Sección nº.

**2.DILIGENCIAS PREVIAS**

Abreviado  
Sumario  
Ejecutoria  
Rollo

**3 SITUACIÓN PROCESAL**

Imputado  
Acusado  
Penado

**4. DILIGENCIA ACORDADA EN FASE DE INSTRUCCIÓN**

De oficio  
A solicitud de la defensa

**5. PRUEBA PARA EL JUICIO ORAL A PROPUESTA DE**

Defensa  
Ministerio Fiscal  
Acusación Particular

**6. EN EJECUTORIA DE SENTENCIA FIRME**

A propuesta de la Defensa  
Acordada de Oficio

**7. OBJETO**

Posible suspensión de la pena  
Sustitución de Penas  
Cumplimiento medida de seguridad  
Libertad condicional

**8. PLAZO CUMPLIMENTACIÓN**

A la mayor brevedad posible  
Muy urgente  
Antes del juicio señalado

**9. FIRMA**

EL/ LA JUEZA  
EL/LA MAGISTRADA  
EL/LA PRESIDENTA



<b>IML</b>	<b>PETICIÓN DE INFORMACIÓN A LOS CENTROS DE TRATAMIENTO AMBULATORIO O APUSI</b>
------------	---

Nº Ref. I.M.L.											0	8
----------------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	---	---

Nº Ref. Procedimiento Judicial:

El **INSTITUTO DE MEDICINA LEGAL DE** solicita información a los Centros de Tratamiento Ambulatorio o APUSI respecto a la/s adicción/es de:

Don/Doña:		
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombre:
D.N.I.:		
Lugar y fecha de Nacimiento:		

El Reconocimiento Médico Forense se practicará el día:  ..... de ..... de 2008.
---

En a ..... de ..... de 2008.  Firmado:  Médico Forense: ..... Consulta nº ..... de ..... .      Teléfono: .....
--

