

## **LA IMPUTABILIDAD DEL DROGODEPENDIENTE. TERMINOLOGÍA Y LEGISLACIÓN**

Laura Negredo López  
Ana Fernández-Alba Luengo<sup>1</sup>  
José Luis Graña Gómez  
*Universidad de Complutense de Madrid*

### **Resumen**

El Código Penal Español de 1995 recoge en sus artículos 20 y 21 las causas que anulan o atenúan la responsabilidad penal del drogodependiente. El objetivo de este estudio se centra en analizar, bajo un criterio clínico, la precisión y adecuación de los términos psicopatológicos empleados en el ámbito jurídico. Para ello se recoge una muestra de sentencias en las que se aplican dichos artículos, su estudio pone de manifiesto la existencia de imprecisiones y contradicciones en el uso de los términos psicopatológicos. Se analizan las implicaciones legales y psicológicas derivadas de la falta de consenso entre el ámbito clínico y jurídico en el uso de términos psicopatológicos.

**PALABRAS CLAVE:** *Imputabilidad, drogodependencia, legislación.*

### **Abstract**

The Spanish Penal Code of 1995, in its articles 20 and 21, addresses the causes that annul or reduce drug users' penal responsibility. The main goal of this study is to analyze, using clinical criteria, the accuracy and appropriateness of the psychopathological terms that are used in the juridical area. A sample of sentences, in which these criteria are applied, is analyzed. This analysis reveals the existence of inaccuracy and contradictions in the use of the psychopathological terms. The legal and psychological consequences of the lack of consensus between clinical and juridical settings are discussed.

**KEY WORDS:** *Imputability, drug dependence, legislation.*

---

<sup>1</sup> *Correspondencia:* Ana Fernández-Alba Luengo. Dpto. Personalidad, Evaluación y Tratamientos Psicológicos I (Psicología Clínica). Facultad de Psicología. Universidad Complutense de Madrid. 28223 Madrid. *e-mail:* anafalba@psi.ucm.es

## Introducción

A finales de los años 60, una década caracterizada en la mayoría de los países de occidente por la introducción de destacados cambios en el pensamiento, las costumbres y las normas, se produce el descubrimiento y el inicio en el consumo de determinadas drogas vinculado a las ideas progresistas y revolucionarias que empezaban a surgir en esta época. Este consumo de drogas traería aparejada, varias décadas después, la aparición de la figura del drogodependiente (fundamentalmente, consumidor de heroína) que entre otros problemas llevaría asociado el de la delincuencia (Carreño, 1997). Empieza, entonces, a cobrar importancia la relación entre criminalidad y drogodependencia, dado el aumento en el número de delitos cometidos por drogodependientes. Las connotaciones de un delito perpetrado por una persona con un diagnóstico de drogodependencia son tanto de tipo legal como médico, psicológico y social; por este motivo resulta necesario el empleo de una terminología y unos razonamientos comunes en cuanto a la imputabilidad de los sujetos que padecen una drogodependencia. No obstante, este consenso entre el ámbito clínico y el jurídico en el uso de términos psicopatológicos no parece haberse alcanzado.

La sentencia del 17 de junio de 1981 del Tribunal Supremo ejemplifica claramente esta problemática: “El *consumidor* es en general, un enfermo a quien procede deshabituarse mediante la adopción de procedentes medidas legales, no penar”. El razonamiento, desde un punto de vista psicológico y médico, sería adecuado si no fuera por el término *consumidor*, cuyas connotaciones son claramente distintas a las del término *drogodependiente* (García, 1993). Errores conceptuales de este tipo y razonamientos muy variables en el grado de responsabilidad otorgado al drogodependiente sobre su conducta, llevan a un debate abierto sobre las eternas dificultades para consensuar el aspecto médico y psicológico con el ámbito jurídico.

### La imputabilidad del drogodependiente en el Código Penal de 1995

El Código Penal de 1995 incluye varios artículos cuyo objetivo es regular la imputabilidad del drogodependiente. En concreto:

**Artículo 20:** “*Están exentos de responsabilidad criminal:*

**1º.** *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 (eximente completa)*

Relacionado con la drogodependencia, este artículo se podrá aplicar cuando el sujeto padezca alguna anomalía o alteración psíquica debido al consumo de las sustancias, como por ejemplo un trastorno psicótico inducido por sustancias.

- 2º. *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...*” (**eximente completa**).

Este artículo, básicamente, argumenta que siempre que el sujeto se encuentre en un estado de intoxicación plena o de síndrome de abstinencia que merme en su totalidad las facultades intelectivas y volitivas, se aplicará una eximente completa (Fernández, 2001). Aunque el Tribunal Supremo reconoce así la posibilidad de que una drogodependencia pueda ser motivo de inimputabilidad, la realidad es que casi nunca ha apreciado una eximente completa en estos supuestos, ya que tanto en el caso de intoxicación plena como en el de síndrome de abstinencia, es muy difícil que se anulen totalmente las facultades del sujeto y, por otro lado, este estado sólo le permitiría al sujeto llevar a cabo delitos de una naturaleza muy determinada, del tipo de delitos por omisión (García, 1997; González-Cuellar, 1997a).

También es preciso recordar que en el drogodependiente no suele verse afectada la capacidad de comprensión de la ilicitud de los hechos, excepto en los momentos de intoxicación aguda, en estadios finales en los que existen lesiones orgánicas y en los casos diagnosticados con un trastorno psicótico inducido por sustancias. Sin embargo, lo que sí se daña es la voluntad o la capacidad para dirigir la actuación (García, 1993; Castelló, 1997).

**Artículo 21:** “*Son circunstancias atenuantes:*

- 1ª. *Las causas expresadas en el capítulo anterior, cuando no concurrieren todos los requisitos necesarios para eximir de responsabilidad en sus respectivos casos* (**eximente incompleta**).

Relacionado con las drogodependencias, este artículo está reservado para los casos en los que la anomalía o alteración psíquica no anulen totalmente las facultades intelectivas o volitivas del sujeto y para los casos en los que la influencia de la intoxicación o del síndrome de abstinencia sobre la capacidad de comprensión o de actuación conforme a esa comprensión no es total, sino parcial. En estos casos, se aplicará una eximente incompleta que aparece incluida dentro de las atenuantes (Fernández, 2001; González-Cuellar, 1997b).

- 2ª. *La de actuar el culpable a causa de su **grave adicción** a las sustancias mencionadas en el número 2º del artículo anterior* (**simple atenuante**).

La lectura de este artículo permite concluir que se podrá aplicar una atenuante en aquellos casos en los que quede probada una adicción grave en el sujeto y que la comisión del delito tenga una relación causal con esta adicción (Fernández, 2001).

Este es uno de los artículos más polémicos y ambiguos que tiene el Código Penal relacionado con el tema de las drogodependencias. El debate se centra en varias cuestiones: (a) si la mera comprobación de una adicción a sustancias ya es suficiente para la consideración de la atenuante (en ocasiones, se utiliza este artículo como “cajón de sastre” para aplicar atenuantes siempre que el sujeto sea drogodependiente); (b) si la adicción debe afectar a las facultades intelectivas o volitivas, aunque no queda dicho expresamente en el artículo; (c) si se debe aplicar únicamente en los casos de delincuencia funcional en los que el sujeto delinque para conseguir dinero con el fin de adquirir la sustancia; (d) la consideración del adjetivo “grave”, ya que es un término ambiguo que debe interpretar el propio juez (Albácar, 1997b; Fernández, 2001; Obregón, 1999).

Respecto a la controversia sobre si la adicción debe afectar a las facultades intelectivas o volitivas, la lectura del siguiente párrafo perteneciente a una sentencia demuestra cómo en este caso no se tiene en cuenta la afectación de dichas facultades en el sujeto:

“...o bien su relevancia motivacional prevista en la atenuante ordinaria del número 2º del artículo 21, donde, al margen de la intoxicación o del síndrome de abstinencia, y sin considerar las alteraciones de la adicción en la capacidad intelectual o volitiva del sujeto, se configura la atenuación por la incidencia de la adicción en la motivación de la conducta criminal en cuanto realizada “a causa” de aquella...”. (sentencia de 22 de mayo de 1998, núm. 729/1998) (Fernández, 2001).

Sin embargo, otros autores (Albácar, 1997a; Padilla, 1999b), consideran que en la redacción de este artículo va implícita la afectación, aunque sea mínima, de la capacidad de obrar del individuo. No bastaría con la demostración de que el sujeto es drogodependiente.

- 6ª.** *Cualquier otra circunstancia de análoga significación que las anteriores.”*  
**(atenuante analógica)**

### *Comentarios acerca del Código Penal*

Para poder entender mejor la relación drogodependencia-imputabilidad penal, a continuación se va a analizar qué tratamiento jurídico recibe cada uno de los posibles trastornos relacionados e inducidos por sustancias (véase, cuadro 1) cuando un sujeto consumidor de drogas lleva a cabo un acto delictivo.

Si no se tuviera en cuenta el artículo 21.2ª, la intoxicación aguda y el síndrome de abstinencia quedarían de la siguiente forma: (a) para los casos de anulación completa de la comprensión de la ilicitud de los hechos y/o de actuar conforme a esa comprensión: eximente completa, con la aplicación del artículo 20.2º; (b) para los casos en los que esta anulación es parcial: eximente incompleta, con la aplicación del artículo 21.1ª; (c) para los casos menos graves: atenuante por analogía, con la aplicación del artículo 21.6ª.

**Cuadro 1.** Efectos derivados del consumo de sustancias psicoactivas  
(Fernández, 2001; Obregón, 1999)

- Intoxicación aguda.
- Efectos del consumo reiterado:
  - consumo abusivo (no influye en la imputabilidad del consumidor).
  - dependencia:
    - dependencia en sí misma o dependencia psíquica.
    - síndrome de abstinencia:
      - síndrome de abstinencia en sentido estricto.
      - síndrome de querencia o angustia anticipatoria.
  - trastornos psíquicos distintos de la dependencia y ocasionados por el consumo de determinadas sustancias, que se encuadran dentro del artículo 20.1º, como anomalías o alteraciones psíquicas.

Sin embargo, la aparición del artículo 21.2ª plantea dificultades en este razonamiento ya que parece que las situaciones en las que se podría aplicar, es decir, aquellas en las que el sujeto comete el delito para conseguir dinero para la droga, son casos al fin y al cabo de síndrome de abstinencia, más o menos leve, que podrían muy bien enmarcarse dentro del artículo 21.1ª. El objetivo del artículo 21.2ª no parece, por tanto, quedar muy claro. La solución parece difícil ya que si se aplica la eximente incompleta, entonces para los casos más leves habría un tratamiento repetitivo en los artículos 21.2ª y 21.6ª. Sin embargo, si para estos casos no se aplicara la eximente incompleta, ocurriría que con la aplicación del artículo 21.2ª estos sujetos tendrían penas más graves que las que se impondrían a los sujetos que, por otras causas, gozasen de los beneficios del artículo 21.1ª. (González-Cuellar, 1997c; Abenza, 2001).

### **Terminología relacionada con las drogodependencias**

El Código Penal no describe el contenido de los conceptos que utiliza por lo que es la jurisprudencia la que realiza esta función (García, 1997). Con objeto de poder valorar adecuadamente el tratamiento que da la jurisprudencia a estos términos, en el cuadro 2 se analiza la diferente terminología en el ámbito de las drogodependencias desde una perspectiva médica y psicológica.

Asimismo, es preciso revisar los criterios diagnósticos en el ámbito de las drogodependencias propuestos por la American Psychiatric Association (DSM-IV-TR) y por la OMS en su clasificación de las enfermedades (CIE-10). En las Tablas 1-4 se recogen los criterios diagnósticos de los trastornos más relevantes en este contexto.

**Cuadro 2.** Terminología relacionada con las drogodependencias**Uso, hábito y abuso**

*Uso:* “consumo, utilización, gasto de esta sustancia sin que se produzcan efectos médicos, sociales, familiares, etc. En ausencia de otras especificaciones debe entenderse como un consumo aislado, ocasional, episódico, sin ningún ritmo de habitualidad, sin tolerancia o dependencia.” (Martín del Moral y Lorenzo, 1998, p. 5).

*Hábito:* “costumbre de consumir una sustancia por habernos adaptado a sus efectos. Hay, por tanto, un deseo del producto pero nunca se desea de forma imperiosa. No existe una tendencia a aumentar la dosis ni se padecen trastornos físicos o psíquicos cuando la sustancia no se consigue. La búsqueda de la sustancia es limitada y nunca significa una alteración conductual.” (Martín del Moral y Lorenzo, 1998, p. 5).

*Abuso:* “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. Se trata de un uso inadecuado por su cuantía o finalidad” (Martín del Moral y Lorenzo, 1998, p. 5).

**Adicción, drogodependencia y toxicomanía**

Se puede decir que estos tres términos son sinónimos en la práctica. *Adicción* y *toxicomanía* son más antiguos, ya que se utilizan desde hace más de cien años. Sin embargo, las connotaciones negativas que se han ido asociando a estos dos términos han favorecido el empleo de un nuevo vocablo *drogodependencia*, introducido en los años 50 con el fin de conseguir un uso más preciso y científico. No obstante, existen matices entre estos términos. Por ejemplo, *drogodependencia* está limitado a las sustancias psicoactivas, mientras que *adicción* sería un término más amplio que también recogería la dependencia al juego, a la comida, a la televisión, al sexo, etc. Otros autores señalan que *drogodependencia* es sinónimo de *toxicomanía* y se refiere a los aspectos más psicológicos mientras que el término *adicción* estaría relacionado con la necesidad física del consumo de la droga. Asimismo, se va imponiendo el término “drogodependiente” en lugar de “toxicómano” o “drogadicto” (Fernández, 2001; Martín del Moral y Lorenzo, 1998; Valbuena, 1993).

La Organización Mundial de la Salud definió «adicción» en 1957, término que fue sustituido por el de «drogodependencia» en 1964. Ha mantenido el término pero no la definición, la cual fue revisada en 1969: “estado psicológico y, a veces también físico, que resulta de la interacción entre un organismo vivo y un fármaco y se caracteriza por alteraciones en el comportamiento o por otras reacciones que siempre incitan al consumo continuado o periódico del fármaco, ya para experimentar los efectos psíquicos, ya para evitar el malestar consiguiente a su privación. Dicho estado puede acompañarse de tolerancia. Un mismo sujeto puede ser dependiente de varios fármacos.” Esta definición ha sido confirmada por la OMS en 1973 y 1974 (Padilla, 1999b).

**Dependencia física y psicológica**

*Dependencia física:* “necesidad de mantener unos niveles determinados de una droga en el organismo, desarrollándose un vínculo droga-organismo. Sus dos componentes principales son la tolerancia y el síndrome de abstinencia agudo” (Martín del Moral y Lorenzo, 1998, p. 10).

*Dependencia psíquica o psicológica:* “es un deseo irresistible (estado de anhelo o craving) de repetir la administración de una droga para: (a) obtener la vivencia de sus efectos agradables, placenteros y/o evasivos (sedación, euforia, alucinaciones) o/y (b) evitar el malestar psíquico que se siente en su ausencia” (Martín del Moral y Lorenzo, 1998, p. 12). Por tanto, la dependencia psicológica se instaura por reforzamiento positivo y negativo (Martín del Moral y Lorenzo, 1998).

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para la *dependencia* de una sustancia son similares, pero no idénticos, a los del DSM-IV-TR (tabla 1).

**Tabla 1.** Comparación de los criterios diagnósticos DSM-IV-TR y CIE-10 para la dependencia de sustancias y síndrome de dependencia

<b>DSM-IV-TR: DEPENDENCIA DE SUSTANCIAS</b>	<b>CIE-10: SÍNDROME DE DEPENDENCIA</b>
<p>Un patrón desadaptativo de consumo de la sustancia que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresados por tres (o más) de los ítems siguientes en algún momento de un período continuado de 12 meses:</p> <p>(1) tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de la sustancia para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.</li> <li>(b) el efecto de las mismas cantidades de sustancia disminuye claramente con su consumo continuado.</li> </ul> <p>(2) abstinencia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) el síndrome de abstinencia característico para la sustancia (v. Criterios A y B de los criterios diagnósticos para la abstinencia de sustancias específicas).</li> <li>(b) se toma la misma sustancia (o una muy parecida) para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.</li> </ul> <p>(3) la sustancia es tomada con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo de lo que inicialmente se pretendía.</p> <p>(4) existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de la sustancia.</p> <p>(5) se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de la sustancia (p. ej., visitar a varios médicos o desplazarse largas distancias), en el consumo de la sustancia (p. ej., fumar un pitillo tras otro) o en la recuperación de los efectos de la sustancia.</p> <p>(6) reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debido al consumo de la sustancia.</p> <p>(7) se continúa tomando la sustancia a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de la sustancia (p. ej., consumo de la cocaína a pesar de saber que provoca depresión, o continuada ingesta de alcohol a pesar de que empeora una úlcera).</p>	<p>El diagnóstico de dependencia sólo debe hacerse si durante algún momento en los doce meses previos o de un modo continuo han estado presentes tres o más de los rasgos siguientes:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>(a) tolerancia, de tal manera que se requiere un aumento progresivo de la dosis de la sustancia para conseguir los mismos efectos que originalmente producían dosis más bajas (son ejemplos claros los de la dependencia al alcohol y a los opiáceos, en las que hay individuos que pueden llegar a ingerir dosis suficientes para incapacitar o provocar la muerte a personas en las que no está presente una tolerancia).</li> <li>(b) síntomas somáticos de un síndrome de abstinencia (ver F1x.3, F1x.4) cuando el consumo de la sustancia se reduzca o cese, característico de la sustancia; o el consumo de la misma sustancia (o de otra muy próxima) con la intención de aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.</li> <li>© deseo intenso de vivencia de una compulsión a consumir una sustancia.</li> <li>(d) disminución de la capacidad para controlar el consumo de una sustancia o alcohol, unas veces para controlar el comienzo del consumo y otras para poder terminarlo para controlar la cantidad consumida.</li> <li>(e) abandono progresivo de otras fuentes de placer o diversiones, a causa del consumo de la sustancia, aumento del tiempo necesario para obtener o ingerir la sustancia o para recuperarse de sus efectos.</li> <li>(f) persistencia en el consumo de la sustancia a pesar de sus evidentes consecuencias perjudiciales, tal y como daños hepáticos por consumo excesivo de alcohol, estados de ánimo depresivos consecutivos a períodos de consumo elevado de una sustancia o deterioro cognitivo secundario al consumo de la sustancia. Debe investigarse a fondo si la persona que consuma la sustancia es consciente, o puede llegar a serlo de la naturaleza y gravedad de los perjuicios.</li> </ul>

Si bien la CIE-10 contiene los siete puntos del DSM-IV-TR, los condensa en cinco criterios y añade un sexto que hace referencia al comportamiento de anhelo (*craving*) por la sustancia. Además, el método para establecer la significación clínica difiere entre uno y otro sistema. Mientras en el DSM-IV-TR se especifica que debe existir un patrón desadaptativo del consumo de la sustancia que provoque un malestar clínico significativo o deterioro de la actividad del individuo, la CIE-10 requiere una duración mínima de los síntomas de un mes o bien una repetición de los episodios durante un período de doce meses.

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para el *consumo abusivo* de sustancias resultan menos específicos que los del DSM-IV-TR (véase, tabla 2), ya que requieren «pruebas evidentes de que el consumo de la sustancia es responsable de (o contribuye sustancialmente a) daños físicos o psicológicos, incluyendo afectación de la capacidad de juicio o comportamiento disfuncional, que puede conducir a una incapacidad para mantener relaciones interpersonales o a que éstas sean negativas». En la CIE-10, este trastorno viene recogido con el nombre de consumo nocivo.

**Tabla 2.** Comparación de los criterios diagnósticos DSM-IV-TR y CIE-10 para el abuso de sustancias y el consumo perjudicial

DSM-IV-TR: ABUSO DE SUSTANCIAS	CIE-10: CONSUMO PERJUDICIAL
<p>A. Un patrón desadaptativo de consumo de sustancias que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativos, expresado por uno (o más) de los ítems siguientes durante un período de 12 meses:</p> <p>(1) consumo recurrente de sustancias, que da lugar al incumplimiento de obligaciones en el trabajo, la escuela o en casa (p. ej., ausencias repetidas o rendimiento pobre relacionados con el consumo de sustancias; ausencias, suspensiones o expulsiones de la escuela relacionadas con la sustancia; descuido de los niños o de las obligaciones de la casa).</p> <p>(2) consumo recurrente de la sustancia en situaciones en las que hacerlo es físicamente peligroso (p. ej., conducir un automóvil o accionar una máquina bajo los efectos de la sustancia).</p> <p>(3) problemas legales repetidos relacionados con la sustancia (p. ej., arrestos por comportamiento escandaloso debido a la sustancia).</p> <p>(4) consumo continuado de la sustancia, a pesar de tener problemas sociales continuos o recurrentes o problemas interpersonales causados o exacerbados por los efectos de la sustancia (p. ej., discusiones con la esposa acerca de las consecuencias de la intoxicación, o violencia física).</p> <p>B. Los síntomas no han cumplido nunca los criterios para la dependencia de sustancias de esta clase de sustancia.</p>	<p>Se trata de una forma de consumo que está afectando ya a la salud física (como en los casos de hepatitis por administración de sustancias psicotropas por vía parenteral) o mental, como por ejemplo, los episodios de trastornos depresivos secundarios al consumo excesivo de alcohol.</p>

Los Criterios Diagnósticos de Investigación de la CIE-10 para la *intoxicación* son prácticamente iguales a los que establece el DSM-IV-TR (tabla 3). No obstante, a diferencia de la definición del DSM-IV-TR de *abstinencia*, que especifica que los síntomas de abstinencia deben provocar un malestar clínico significativo o deterioro de las actividades del individuo, la CIE-10 sólo requiere la presencia de signos y síntomas característicos para establecer la abstinencia (tabla 4).

Respecto a los criterios que se deben cumplir para establecer un diagnóstico de dependencia, ni la CIE-10 ni el DSM-IV-TR exigen que exista abstinencia sino que puede haber dependencia sin tolerancia ni abstinencia.

**Tabla 3.** Comparación de los criterios diagnósticos DSM-IV-TR y CIE-10 para la intoxicación por sustancias y la intoxicación aguda

DSM-IV-TR: INTOXICACIÓN POR SUSTANCIAS	CIE-10: INTOXICACIÓN AGUDA
<p>A. Presencia de un síndrome reversible específico de una sustancia debido a su ingestión reciente (o a su exposición). Nota: diferentes sustancias pueden producir síndromes idénticos o similares.</p> <p>B. Cambios psicológicos o comportamentales desadaptativos clínicamente significativos debidos al efecto de la sustancia sobre el sistema nervioso central (p. ej. irritabilidad, labilidad emocional, deterioro cognoscitivo, deterioro de la capacidad de juicio, deterioro de la actividad laboral o social), que se presentan durante el consumo de la sustancia o poco tiempo después.</p> <p>C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.</p> <p>En líneas generales podemos decir que los cambios más frecuentes implican alteraciones de la percepción, de la vigilancia, la atención, el pensamiento, la capacidad de juicio y el comportamiento psicomotor e interpersonal. Un dato a resaltar es que los signos y los síntomas de la intoxicación persisten a veces durante horas o días, mucho después de que la sustancia ya no se detecta en el organismo. Estos efectos de la intoxicación a largo plazo deben distinguirse de la abstinencia.</p>	<p>Se trata de un estado transitorio consecutivo a la ingestión o asimilación de sustancias psicotropas o de alcohol que produce alteraciones del nivel de conciencia, de la cognición, de la percepción, del estado afectivo, del comportamiento o de otras funciones y respuestas fisiológicas o psicológicas.</p>

**Tabla 4.** Comparación de los criterios diagnósticos DSM-IV-TR y CIE-10 para la abstinencia de sustancias y síndrome de abstinencia

DSM-IV-TR: ABSTINENCIA DE SUSTANCIAS	CIE-10: SÍNDROME DE ABSTINENCIA
<p>A. Presencia de un síndrome específico de una sustancia debido al cese o reducción de su consumo prolongado y en grandes cantidades.</p> <p>B. El síndrome específico de la sustancia causa un malestar clínicamente significativo o un deterioro de la actividad laboral y social o en otras áreas importantes de la actividad del individuo.</p> <p>C. Los síntomas no se deben a una enfermedad médica y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental.</p>	<p>Se trata de un conjunto de síntomas que se agrupan según diferentes modos y niveles de gravedad que se presentan cuando hay una abstinencia absoluta o relativa de una determinada sustancia, tras un consumo reiterado, generalmente prolongado o a dosis elevadas.</p>

### *Comentarios acerca del Código Penal*

La revisión terminológica realizada permite establecer determinadas conclusiones respecto a los conceptos utilizados en el Código Penal. Por un lado, los términos de intoxicación y síndrome de abstinencia recogidos en el artículo 20.2º parecen adecuados en función de los manuales diagnósticos, ya que ambos están incluidos y definidos de manera precisa.

Sin embargo, el término de “grave adicción” no aparece en ninguna de las nosologías de los trastornos mentales. Dado que, con anterioridad, se ha expuesto que hay consenso en utilizar los términos de adicción y dependencia como sinónimos, se puede concluir que en el citado artículo 21.2º la aplicación de una atenuante se refiere cuando se pueda probar que existía una drogodependencia grave y que ésta fue la causa de la comisión del delito.

En definitiva, se puede concluir que los diagnósticos que tienen alguna relación con la imputabilidad del sujeto son la *dependencia de sustancias* (o *síndrome de dependencia*), la *intoxicación por sustancias* (o *intoxicación aguda*) y la *abstinencia de sustancias* (o *síndrome de abstinencia*). Mientras que el *abuso de sustancias* o *consumo perjudicial* no tendrían relevancia para la imputabilidad.

### **Análisis de sentencias**

Una vez analizado el Código Penal al respecto de la imputabilidad del drogodependiente y después de haber descrito lo que se entiende por los diferentes conceptos enmarcados en este ámbito, se procede, a través del análisis de diferentes

sentencias, a ejemplificar la dificultad existente para integrar conceptos jurídicos, por un lado y médicos o psicológicos, por otro.

*Sentencia de 8 de julio de 2000, núm. 1224/2000*

Es un caso de delito contra la salud pública. Un individuo recurre al Tribunal Supremo tras ser condenado. Uno de los motivos que se alega es la “*existencia de una toxicomanía de larga duración que necesariamente influye en la capacidad volitiva del recurrente*”. Este diagnóstico está basado en los informes periciales del psicólogo, del asistente social y del Subdirector Médico del Centro Penitenciario. Según la sentencia:

*“de los informes designados se deduce, y todos ellos abundan en lo mismo, que el informado presenta un trastorno por abuso de sustancias (politoxicomanía) de larga duración, iniciado a temprana edad. (...) El informe médico-forense, (...), concluye, que su voluntad podría estar alterada sólo parcialmente debido a la drogodependencia.”*

*(...)“el motivo debe ser estimado, deduciéndose la existencia de la denominada atenuante motivacional (artículo 21.2ª), fruto de la toxicomanía prolongada del recurrente, lo que determina su implicación en el tráfico de dichas sustancias”.*

Analizando los conceptos empleados en esta sentencia se observa que se usan distintos términos para definir el diagnóstico de este individuo: toxicomanía, trastorno por abuso de sustancias y drogodependencia. Si se tiene en cuenta que drogodependencia y toxicomanía pueden ser utilizados como sinónimos según los distintos textos revisados se puede concluir que la incongruencia aparece cuando, por un lado se dice que esta persona tiene un trastorno por abuso de sustancias y, por otro lado, que es drogodependiente. Siguiendo el DSM-IV-TR, *trastorno por dependencia de sustancias* y *trastorno por abuso de sustancias* son categorías diferentes de manera que si se diagnostica el primero ya no cabe diagnosticar el segundo. Esto va a ser importante a la hora de relacionarlo con el artículo del Código Penal que ha sido referido para aplicar la atenuante, el 21.1ª. Como se indicaba anteriormente, este artículo concierne a la grave adicción que ha sido la causa de la comisión del delito. Se ha concluido que *grave adicción* podría ser sinónimo de *dependencia*, por lo que se necesitaría conocer cuál es el diagnóstico adecuado para este individuo y así, concluir si la aplicación de este artículo es congruente o no. Por otro lado, ya se ha señalado con anterioridad la controversia que existe sobre la necesidad de probar que las capacidades intelectivas y volitivas del individuo están dañadas debido a la drogodependencia. En este caso, la existencia de una drogodependencia de larga duración ya justifica la aplicación del artículo 21.1ª porque se da por hecho que las facultades del sujeto se encuentran mermaidadas.

Sentencia de 16 de marzo de 1995, núm.144/1995

Es un caso de tráfico de drogas en el que tras considerar la supuesta drogadicción del acusado como posible atenuante finalmente no se estima. El razonamiento es el siguiente:

*“En la realización del expresado delito no han concurrido circunstancias modificativas de la responsabilidad criminal. A pesar de interesar la defensa de [...] se estime su **dependencia a las anfetaminas** para reducir la responsabilidad criminal del mismo, a través de la oportuna eximente de drogadicción no ha lugar a la misma. A este respecto, el TS ha declarado que la doctrina de esta Sala ha llegado a una tesis pacífica en orden a los efectos de la drogadicción en la responsabilidad penal del sujeto tóxico, en función de la intensidad, naturaleza del delito, influjo de la droga ingerida al tiempo de delinquir y existencia o no de la compulsión propia del síndrome de abstinencia, situaciones que van desde el nulo efecto del mero hecho de la toxicomanía en las bases de la imputabilidad del sujeto, a los de una eximente completa cuando el deterioro de la personalidad provocada por una drogadicción prolongada en el tiempo e intensa en sus efectos, es grave, pasando por una simple atenuante analógica, que en algunos casos de mayor intensidad, puede valorarse como muy calificada (Sentencias de 27 enero y 19 febrero 1993 [RJ 1993\198 y RJ 1993\1377]). En el presente caso, en opinión de los peritos el acusado [...] padece un trastorno antisocial de personalidad, acompañado de **abuso de anfetaminas o simpaticomiméticos** de acción similar, que en opinión del perito señor A. le producen elevada **dependencia psicológica a los derivados anfetamínicos**, si bien el perito señor C. sólo concluye que antes de ser encarcelado existía un **abuso y dependencia de sustancias múltiples (éxtasis, porro, cocaína y anfetaminas)** y que su percepción consciente puede hallarse parcialmente perturbada dada su personalidad previa, aunque en nuestra opinión no anule completamente su capacidad para darse cuenta de la realidad ni su libertad volitiva. Sin embargo ha de precisarse que se barajaron por el acusado unos grados de ingesta de anfetaminas de hasta 20 pastillas en un día, hecho no acreditado, que la información facilitada a los peritos, lo fue por el acusado, sin constatar empíricamente su realidad, que **el efecto de este tipo de sustancias es de pura dependencia psicológica**, y que si bien es posible que ésta se produzca si el consumo se produce sólo en los fines de semana, no ha quedado acreditado para la Sala que esta dependencia se dé en el caso del acusado. De otra parte, **el abuso de estas sustancias data de apenas un año, con lo que no se producen los demoledores efectos narrados por los especialistas consecuencia del trastorno psicótico que aquéllas producen**. Por ello, considerando que el hipotético trastorno de personalidad no es en sí mismo causa de atenuación de responsabilidad, y que no se han acreditado los grados de consumo de pastillas que el acusado manifiesta, ni la influencia de ello sobre sus facultades volitivas, por ser todo el material aportado al respecto el facilitado por el propio acusado, concluyendo incluso alguno de los psicólogos con menos hipótesis -señor C.: su percepción consciente puede hallarse parcialmente perturbada-, y sin que estime esta Sala que su voluntad se halla vinculada por su eventual dependencia psicológica a este tipo de drogas, prueba de ello es que el acusado sólo manifiesta consumirlas con fines lúdicos y para disfrutar de la vida tras su experiencia en Bosnia, no puede aceptarse este consumo como causa de atenuación de la responsabilidad”.*

De esta sentencia se pueden destacar dos puntos fundamentales. Por un lado, se indica que las anfetaminas sólo pueden provocar dependencia psicológica. Aunque existen diferencias de opinión respecto a la existencia o no de dependencia física en este tipo de sustancias (Romeral y García, 1993; Valbuena, 1993), la tendencia es a afirmar que pueden producir tanto dependencia física como psicológica (Lizasoain y Lorenzo, 1998). El DSM-IV-TR, dentro de los trastornos por consumo de anfetaminas, incluye la dependencia de anfetamina [304.40]. Además, el consumo de anfetaminas puede provocar tolerancia y abstinencia por lo que no se podría descartar un diagnóstico de dependencia de sustancias con dependencia fisiológica. Respecto a la dependencia psicológica sí hay consenso de su existencia en este tipo de sustancias (Romeral y García, 1993; Valbuena, 1993). Es afirmado, incluso, que la dependencia psicológica es en la mayoría de las ocasiones incluso más peligrosa que la física. Siguiendo a Padilla (1999a, p. 264): “desde el punto de vista jurídico-penal, creo que es indiferente la clase de dependencia que origine la sustancia, aparte de porque distinciones como la señalada (dependencia física y psicológica) han perdido mucha de su rigidez, porque es un elemento normativo cuya valoración incumbe al Juez”.

Por otro lado, se afirma que el hecho de que el imputado llevara consumiendo estas sustancias apenas hacía un año era razón suficiente para descartar la existencia de un trastorno psicótico inducido por las anfetaminas. Sin embargo, el único criterio temporal que aparece en el DSM-IV-TR dentro de la categoría diagnóstica “trastorno psicótico inducido por sustancias” es en el criterio B que dice: “los síntomas del criterio A (alucinaciones o ideas delirantes) aparecen durante o en el mes siguiente a una intoxicación por o abstinencia de sustancias”. La CIE-10 lo codifica como trastorno psicótico y lo define como “un trastorno que por lo general se presenta acompañando al consumo de una sustancia o inmediatamente después de él, (...). Lo característico es que el trastorno se resuelva parcialmente en un mes y de un modo completo en seis meses”. También dice que “en el caso de las sustancias estimulantes, como la cocaína y las anfetaminas, estos trastornos psicóticos se presentan por lo general tras consumos prolongados o a dosis altas de la sustancia”. Diversos autores indican que es posible la aparición de un trastorno psicótico después de semanas o meses de uso continuo de la sustancia (Lizasoain y Lorenzo, 1998). Por tanto, se puede concluir que no existe un criterio temporal que fundamente la afirmación realizada en la sentencia.

*Sentencia de 18 de enero de 2000, num. 55/2000*

Es un caso de delito contra la salud pública. Un sujeto fue condenado con la consideración de ser adicto al consumo de sustancias tóxicas como circunstancia atenuante. También añadía esta sentencia que “***el acusado presentaba un leve trastorno de la personalidad debido a su dependencia al consumo de opiáceos desde hacía siete años***”. Hay un recurso contra esta sentencia ya que la aplicación de una atenuante basada en el artículo 21.1<sup>a</sup> les parece insuficiente y se pide la eximente completa con los siguientes argumentos:

*“Se argumenta, para sostener la solicitud de eximente completa, que en el momento de la detención el acusado podía padecer un síndrome de abstinencia o intoxicación aguda, o que al menos surge la duda y que con base al principio in dubio pro reo debe apreciarse la eximente”.*

Sin embargo, el motivo no puede ser estimado y en la sentencia aparece, a continuación, un extenso análisis sobre el tratamiento que la Sala otorga a la imputabilidad del drogodependiente haciendo hincapié en que un simple diagnóstico de drogodependencia no es causa de atenuación de responsabilidad si no está probada la relación del diagnóstico con el delito.

La reflexión se puede centrar en la alusión que se hace al padecimiento del acusado de un trastorno de la personalidad debido a su dependencia al consumo de opiáceos. Una revisión de los trastornos relacionados con opiáceos descritos en el DSM-IV-TR y en la CIE-10 no dan constancia de que exista un trastorno de la personalidad que pueda ser provocado por el consumo de estas sustancias. La CIE-10 habla de trastorno psicótico residual-trastorno de la personalidad: “se trata de estados en los cuales ciertos trastornos cognoscitivos, afectivos, de la personalidad o del comportamiento debidos al consumo de alcohol u otras sustancias psicotropas, persisten más allá del tiempo de actuación de la sustancia”. Parece que es más común entre los consumidores de LSD y cannabis, aunque, sobre todo respecto a este último, el debate sigue abierto (Valbuena, 1993). Sin embargo, aunque no exista una relación causa-efecto claramente delimitada sí podemos hacer dos afirmaciones, a saber: (a) los sujetos con trastorno de la personalidad tienen un riesgo mayor de consumir sustancias; (b) el abuso de drogas, no sólo por la acción de la droga misma, sino también por el cambio de vida que puede comportar, estimula alteraciones de la personalidad (García, 1997).

*Sentencia de 5 de julio de 2000, núm. 78/2000*

Es un caso en el que se condena al acusado de delito de malos tratos habituales, de asesinato en grado de tentativa y de incendio. Se considera como eximente incompleta una psicosis tóxica con ideas delirantes de tipo paranoide por celos. La sentencia dice así:

*“En efecto, a la vista de la prueba pericial psiquiátrica incorporada a las actuaciones, queda acreditado que el acusado padece una **psicosis tóxica**, relacionada con el consumo de sustancias como la cocaína, que produce en el mismo ideas delirantes de tipo paranoide por celos que se traducen en violentos actos agresivos hacia su pareja, la cuestión por tanto se deriva a determinar el grado de alteración de sus facultades, con la consiguiente repercusión en su imputabilidad que, a criterio de esta Sala adquiere una intensidad, que lo más que permite es apreciar una circunstancia eximente, como incompleta.”*

En este caso se puede señalar que el término de *psicosis tóxica* ha quedado ya obsoleto. El DSM-IV-TR lo denomina trastorno psicótico inducido por sustancias y en la CIE-10 existe el diagnóstico de trastorno psicótico (F1x.5), trastorno psicótico residual

y trastorno psicótico de comienzo tardío inducido por alcohol u otras sustancias psicótropas (F1x.7). Quizá en este caso parece más adecuado el diagnóstico de trastorno psicótico inducido por cocaína, con ideas delirantes, según el DSM-IV-TR.

La lectura de la sentencia obliga a reflexionar sobre las dificultades que con frecuencia surgen cuando se pretende establecer un diagnóstico diferencial entre los siguientes trastornos: (a) trastornos psicóticos inducidos por sustancias: no hace falta ser adicto a las drogas para desarrollar un cuadro de este tipo; de hecho, hay sujetos que tras su primera experiencia con alguna droga presentan estos brotes psicóticos de tipo esquizofrénico, el individuo recuperaría la normalidad tras la desintoxicación; (b) individuos con esquizofrenia potencial que, como consecuencia del consumo de ciertas drogas, desarrollan su primer brote de esquizofrenia; (c) esquizofrénicos que, independientemente de su trastorno psiquiátrico, han desarrollado adicción a alguna droga; en estos casos la intoxicación por estas sustancias podría provocar la aparición de un nuevo brote esquizofrénico (Elizondo, 2002).

Sin embargo, a pesar de la creencia generalizada de que los trastornos psicóticos inducidos por sustancias conllevan una total absolución de la capacidad de comprender la ilicitud del hecho y la de actuar conforme a esa comprensión (Cabrera y Fuertes, 1997), en este caso se ha considerado de una forma más flexible y ciñéndose al comportamiento concreto de este individuo. Así, si se continúa leyendo la sentencia, aparece un razonamiento que parece muy conciso sobre las razones que se dan para no considerar más de una eximente incompleta:

*“En efecto, los diferentes informes hablan de trastornos graves (folios 38 y siguientes del rollo de sala) o de graves alteraciones (folio 270 del sumario) en sus capacidades intelectivas y volitivas con incidencia en su conducta; pero, ni de los informes médicos, ni de lo que declararon los doctores en el acto del juicio, se deduce que las alteraciones que padece lleven a privarle por completo del control de sus actos.*

*Cierto es que, en el acto del juicio, decían los doctores que el procesado, ante un estímulo externo, puede remitir en su actitud y adoptar una actitud razonable y normal, pues su patología delirante no le impide defenderse y evitar consecuencias negativas. Sin embargo, en el caso de autos, no sólo eso es lo que hace (pues cuando oye aproximarse a la policía a su domicilio desata a la mujer y deja de agredirla), sino que hay algo más, revelador de una capacidad de control de la situación, así como de la suficiente consciencia como para eludir su responsabilidad, y ello porque de otra manera no se hubiera negado a declarar ante la policía, ni hubiera prestado como toda declaración ante el Juez de Instrucción, que no recordaba nada, cuando ante los funcionarios policiales que acuden al domicilio, según relataban en el Plenario, admitió que había agredido a la compañera.*

*Decir, por último, que aunque esta Sala no se plantea la posibilidad de dejar de aplicar la eximente incompleta, por haber sido invocada por el Ministerio Fiscal, quiere hacer una consideración sobre si no hubiera sido más acertado no invocarla, a la vista de que el art. 20 núms. 1 y 2, consagrando la teoría de la «actio libera in causa», supedita su juego a que la situación de trastorno no haya sido buscada de propósito para delinquir, o el sujeto no hubiera previsto o debido prever su comisión.*

*Se dice esto porque en las declaraciones que va dando la víctima, en las que habla de la obsesión del procesado, siempre la pone en relación con el consumo de las*

*sustancias que ingiere, fundamentalmente la cocaína y, si se leen los informes de los doctores A. y G., a los folios 33 y 36, respectivamente, dicen que los trastornos de la conducta del procesado han evolucionado a la gravedad, con agresividad hacia la mujer e ideas delirantes de referencia y celos, todo ello provocado por el consumo de cocaína.*

*Dicho de otro modo, si el consumo de cocaína es el que conduce a esa agresividad y, si por ese consumo y esa agresividad es la razón que lleva a poner en manos de especialistas al procesado, no cuesta ningún esfuerzo deducir que el mismo debe prever que cada vez que ingiera cocaína vuelva a agredir a la mujer, porque, dicho sea de paso, es siempre la persona con la que descarga esa agresividad.”*

En este razonamiento se recoge de forma pormenorizada una explicación de esa parte del artículo 20 que dice: “siempre que no haya sido buscado con el propósito de cometerla o no se hubiese previsto o debido prever su comisión”. Explican de forma detallada cómo, a pesar de la existencia de delirios, el sujeto tenía cierto control sobre su conducta y podría haber previsto que el consumo de esas sustancias le ponía en peligro de cometer algún hecho delictivo.

### **A modo de conclusión**

*¿Por qué se tratan la intoxicación, dependencia y abstinencia de sustancias de manera independiente del resto de trastornos mentales?*

En el Código Penal de 1973 se incluía la drogadicción en los casos de enajenación. Sin embargo, en el código de 1995 aparecen estos casos aparte. Como se ha visto, tanto el DSM-IV-TR como la CIE-10 incluyen, entre los trastornos mentales, los relacionados con el consumo de sustancias. Aún así, el Código Penal los trata de manera diferenciada, cuando los supuestos comprendidos en el artículo 20.2º podrían estar perfectamente incluidos en el 20.1º (Castelló, 1997; Castelló, 1999; Padilla, 1999a).

Entre los posibles motivos, se han detectado los siguientes: (a) por un lado, se justifica por la frecuencia de casos en los que se alega una drogadicción, existiría por tanto un temor a que se generara una excesiva atenuación de la pena para estos casos (Obregón, 1999); (b) por otro lado, también se ha considerado que la redacción del artículo 20.2º del nuevo código penal es una muestra considerable de la preocupación social que existe sobre el problema de la drogodependencia.

Este aspecto es importante ya no sólo porque una buena parte de la población reclusa es drogodependiente, sino también porque se empieza a considerar que estas personas son “recuperables” (Castelló, 1999); (c) finalmente, se ha señalado también que es el resultado de esa tendencia existente a minimizar la problemática asociada al consumo de drogas, ya que se considera que la drogodependencia es más un vicio que una enfermedad, por lo que no se puede tener el mismo tratamiento que con el resto de enfermos mentales; esta concepción va en contra, naturalmente, de la perspectiva médica (Fernández, 2001).

A pesar de estas justificaciones o explicaciones, los expertos parecen concluir que resulta más adecuada la inclusión de estos casos dentro de las anomalías psíquicas (Obregón, 1999). De esta forma, si se prueba que una persona que ha cometido un delito tenía algún trastorno de este tipo, sólo quedaría saber si el trastorno padecido impedía a esta persona comprender la ilicitud del hecho o actuar en consecuencia. Si las capacidades volitivas e intelectivas permanecieran intactas a pesar del trastorno padecido, ningún efecto tendría éste sobre la imputabilidad, al igual que ocurre con el resto de trastornos mentales. En cambio, si estas facultades se viesan mermadas debido al trastorno referido, el grado de intensidad de esta merma sería el que determinaría si lo adecuado sería una eximente completa, incompleta o una simple atenuante.

Siguiendo esta línea, se podría afirmar que la “más perjudicada” ha sido la “grave adicción”. A pesar de que la intoxicación y el síndrome de abstinencia están separados del resto de los trastornos mentales, en el artículo 20 son considerados, al menos, como susceptibles de eximente completa si se cumplen los requisitos mencionados. Sin embargo, la grave adicción queda relegada a una simple atenuante a pesar de que, como se ha visto, ésta puede ser considerada como sinónimo de dependencia, trastorno mental admitido por el DSM-IV-TR y la CIE-10 (Fernández, 2001). Además, otra razón que hace criticable a este artículo 21.2ª es que al considerar la grave adicción como una atenuante, no se pueden aplicar medidas de seguridad según el artículo 104 del Código Penal (las medidas de seguridad son para los casos de eximente incompleta) (Obregón, 1999; Zugaldía, 1999). Por otra parte, se está permitiendo que existan medidas de seguridad para los casos de intoxicación aguda, cuando muchos de estos casos no suceden en sujetos dependientes, sino en sujetos cuyo consumo es esporádico. Los casos de síndrome de abstinencia van íntimamente ligados a la adicción o dependencia psicológica nombrada en el artículo 21.2ª (Obregón, 1999).

Sin embargo, no todas las soluciones son fáciles ya que si se incluyen todos los casos en el artículo 20.1º, aparecería otra serie de complicaciones, ya que la medida de seguridad que se toma con los sujetos a los que se les aplica este artículo es la de internamiento en un centro psiquiátrico, lo cual no parece lo más adecuado para el drogodependiente. Lo mismo ocurriría con las alteraciones psíquicas provocadas por el consumo de drogas. En ambos casos, parecería más adecuada una medida de desintoxicación (Castelló, 1999; Padilla, 1999ª).

*¿Cuál es la postura de la justicia ante los casos de drogodependencia sin una afectación evidente de las facultades intelectivas y volitivas del sujeto?*

Como se ha podido comprobar en la revisión de sentencias realizada, hay dos tendencias por parte del Tribunal Supremo a la hora de considerar la drogadicción. Una de ellas, la más estricta, exige una demostración clara de que esta dependencia ha afectado a las facultades intelectivas y/o volitivas del sujeto ya que no basta, como reflejan literalmente en sus sentencias, “*el puro y escueto dato de la drogadicción, aunque sea duradera y prolongada, para entender sin más que procede una exención o atenuación de la responsabilidad criminal*”. La otra tendencia, sin embargo, considera

que la drogadicción prolongada en el tiempo ya es prueba suficiente de que las facultades intelectivas y volitivas están afectadas (Castelló, 1999; García, 1997).

Existen opiniones al respecto que aconsejan la consideración de la conducta del drogodependiente como un “continuo”, no solamente cuando está bajo el síndrome de abstinencia o bajo los efectos del tóxico ya que el mundo motivacional del sujeto está trastornado en todos los momentos (García, 1993).

Para finalizar, se quiere señalar que se echa en falta en el Código Penal la utilización de términos con mayor rigor científico que ayuden al entendimiento entre profesionales y que no dejen puertas abiertas a la interpretación subjetiva del que juzga. Esto es, no parece adecuado que en los dictámenes judiciales puedan influir las opiniones personales respecto a la culpabilidad del drogodependiente según se le considere un vicioso, desde una perspectiva moral, o un enfermo, desde una perspectiva psicológica. Por otro lado, una mayor rigurosidad permitiría controlar los casos en los que simples consumidores se escudan en una simulada drogodependencia, hecho que, según algunos autores (García, 1993), se ve fomentado por la propaganda que se le da a las drogas y su incidencia en el aumento del delito, propaganda que tiene como objetivo “encubrir un rotundo fracaso en la política criminal” (p. 64).

### Referencias

- Abenza, J.M. (2001). Importancia médico-legal del síndrome de abstinencia. En J. Cabrera (Ed.), *Medicina legal en drogodependencias* (pp. 133-142). Madrid: Harcourt.
- Albácar, J.L. (1997a). Artículo 20.2º. Jurisprudencia. En C. Conde-Pumpido (Dir.), *Código Penal. Doctrina y jurisprudencia. Tomo I. Derechos fundamentales. Artículos 1 a 137* (pp. 614-630). Madrid: Trivium.
- Albácar, J.L. (1997b). Artículo 21.2ª. Jurisprudencia. En C. Conde-Pumpido (Dir.), *Código Penal. Doctrina y jurisprudencia. Tomo I. Derechos fundamentales. Artículos 1 a 137* (pp. 758-764). Madrid: Trivium.
- American Psychiatric Association (2002). *DSM-IV-TR. Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*. Barcelona: Masson, S.A.
- Cabrera, J., y Fuertes, J.C. (1997). *Psiquiatría y derecho. Dos ciencias condenadas a entenderse. Manual de psiquiatría forense*. Madrid: Cauce Editorial.
- Carreño, M. (1997). El tratamiento psicológico de drogodependientes en prisión. En M. Clemente y J. Núñez (Coords.), *Psicología jurídica penitenciaria II* (pp. 149-173). Madrid: Fundación Universidad- Empresa.
- Castelló, N. (1997). *La imputabilidad penal del drogodependiente*. Granada: Comares.
- Castelló, N. (1999). Artículo 20.2. En M. Cobo del Rosal (Dir.), *Comentarios al Código Penal. Tomo II. Artículos 19 a 23* (pp. 195-208). Madrid: Edersa.
- Elizondo, J.A. (2002). *Biopsiquiatría y adicciones. Trastornos duales: esquizofrenia y adicciones*. [Online]. Disponible: <http://www.addictus.com/bioypsi14.html>.
- Fernández, J. (2001). Consumo de sustancias psicoactivas. Imputabilidad y derecho penal. En J. Cabrera (Ed.), *Medicina legal en drogodependencias* (pp. 1-57). Madrid: Harcourt.
- García, J.A. (1993). *Psiquiatría Criminal y Forense*. Madrid: Centro de Estudios Ramón Areces.
- García, J. (1997). *El delincuente toxicómano. Análisis criminológico, jurídico, penal y*

- penitenciario*. Tesis doctoral: Universidad Complutense de Madrid.
- González-Cuellar, A. (1997a). Artículo 20.2º. En C. Conde-Pumpido (Dir.), *Código Penal. Doctrina y jurisprudencia. Tomo I. Derechos fundamentales. Artículos 1 a 137* (pp. 609-614). Madrid: Trivium.
- González-Cuellar, A. (1997b). Artículo 21.1ª. En C. Conde-Pumpido (Dir.), *Código Penal. Doctrina y jurisprudencia. Tomo I. Derechos fundamentales. Artículos 1 a 137* (pp. 718-720). Madrid: Trivium.
- González-Cuellar, A. (1997c). Artículo 21.2ª. En C. Conde-Pumpido (Dir.), *Código Penal. Doctrina y jurisprudencia. Tomo I. Derechos fundamentales. Artículos 1 a 137* (pp. 756-757). Madrid: Trivium.
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de Noviembre del Código Penal (vigésimo sexta edición actualizada a septiembre de 2000). Madrid: Civitas.
- Lizasoain, I. y Lorenzo, P. (1998). Anfetaminas. En P. Lorenzo, J. M. Ladero, J.C. Leza e I. Lizasoain (Eds.), *Drogodependencias. Farmacología, patología, psicología, legislación* (pp. 149-156). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Martín del Moral, M. y Lorenzo, P. (1998). Conceptos fundamentales en drogodependencias. En P. Lorenzo, J. M. Ladero, J.C. Leza e I. Lizasoain (Eds.), *Drogodependencias. Farmacología, patología, psicología, legislación* (pp. 3-20). Madrid: Editorial Médica Panamericana.
- Obregón, A. (1999). Artículo 21.2. En M. Cobo del Rosal (Dir.), *Comentarios al Código Penal. Tomo II. Artículos 19 a 23* (pp. 619-654). Madrid: Edersa.
- Organización Mundial de la Salud (1992). *Décima revisión de la clasificación internacional de las enfermedades C.I.E.10. Trastornos mentales y del comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Padilla, H.R. (1999a). Artículo 20.2. En M. Cobo del Rosal (Dir.), *Comentarios al Código Penal. Tomo II. Artículos 19 a 23* (pp. 243-268). Madrid: Edersa.
- Padilla, H.R. (1999b). Artículo 21.2. En M. Cobo del Rosal (Dir.), *Comentarios al Código Penal. Tomo II. Artículos 19 a 23* (pp. 681-688). Madrid: Edersa.
- Romeral, A. y García, M. (1993). *Tráfico y consumo de drogas. Aspectos penales y médico-forenses*. Granada: Comares.
- Valbuena, A. (1993). *Manual de toxicomanías y alcoholismo. Problemas médicos y psiquiátricos*. Barcelona: Masson-Salvat.
- Zugaldía, J.M. (1999). Artículo 21.2. En M. Cobo del Rosal (Dir.), *Comentarios al Código Penal. Tomo II. Artículos 19 a 23* (pp. 689-698). Madrid: Edersa.