

Repercusiones Penales de las Drogas Alucinógenas

Criminal Repercussions of the Hallucinogenic Drugs

María Penado Abilleira
Práctica privada, España

Resumen. El presente artículo recoge las principales repercusiones penales que en la jurisdicción española presentan los llamados alucinógenos o drogas recreativas. Las consecuencias particulares que para el organismo presentan el consumo de dichas sustancias (alucinaciones, estados disociativos, etc.) hacen que sea interesante un estudio sobre los problemas con la justicia que pueden estar asociados a su consumo. Se recogen las principales características de dichas sustancias así como sus importantes efectos en los consumidores. Posteriormente se analizan las sentencias de la jurisdicción penal en las que aparecen recogidos los alucinógenos tanto como objeto de delito (por tratarse de delitos contra la salud pública) como circunstancia modificativa de la responsabilidad criminal.

Palabras clave: alucinógenos, droga, jurisdicción penal, repercusiones.

Abstract. This paper presents the main penal repercussions of the hallucinogens or recreational drugs. The particular consequences for the organism that consumption of these substances produce (hallucinations, dissociative states, etc.), makes it an interesting study on the problems with the law that may be associated with its consumption. We present the main characteristics of these substances as well as its significant impact on consumers. Finally, we analyze the judgments of criminal jurisdiction in which hallucinogens are collected both as an object of crime (because they involved crimes against public health) as well as a modifying circumstance of criminal responsibility.

Keywords: criminal, drug, effects, hallucinogens.

Introducción

Bajo el nombre de alucinógeno se conoce a un grupo de sustancias cuya principal característica es la de producir un estado de conciencia alterado, interfiriendo en la percepción de la realidad.

Es necesario aclarar los motivos de la inclusión de la ketamina como alucinógeno y la exclusión del éxtasis en nuestro estudio, ya que puede ser objeto de controversia. La inclusión de la ketamina a pesar de no ser objeto de fiscalización (no está recogida como droga ilegal en los convenios internacionales, aunque ya se está planteando su futura inclusión) es

debido a que dicha sustancia se encuentra en lo que podemos llamar “zona gris”, siendo usada en contextos médicos como analgésico pero también como alucinógeno al margen del control legal. En cuanto al éxtasis o MDMA éste suele ser considerado como un alucinógeno ya que puede producir alteraciones en la percepción visual: visión borrosa, cromatismo visual y alteraciones de la percepción temporal y de la percepción táctil. A efectos del presente estudio lo excluiríamos de nuestra lista de alucinógenos ya que su alteración de la percepción no es propiamente una alucinación (percepción sin objeto) sino más bien una alteración de la percepción o ilusión (percepción falsa del objeto existente). El principal argumento que nos lleva a prescindir de dicha sustancia es que el efecto que buscan quienes lo consumen es un aumento de la empatía, facilitando las relaciones

La correspondencia sobre este artículo debe enviarse a la autora a la Avda de la Coruña nº 58, 4º, (36005), Pontevedra. E-mail: mariapenado@gmail.com

interpersonales y el contacto con los sentimientos, considerándose sus efectos de tipo alucinatorio como secundarios.

Alucinógenos: qué son, pautas de consumo y factores de riesgo

Tradicionalmente se han considerado a los alucinógenos como la droga psicodélica de los años 60, asociada a la experimentación y a la nueva clase acomodada que surgió en EEUU después de la Segunda Guerra Mundial. Los efectos que producen a los consumidores son especificados más adelante según el tipo de alucinógeno considerado si bien son consumidos por su capacidad de alterar la percepción de la realidad, manteniendo el estado de conciencia intacto. Su consumo está asociado a entornos como pueden ser las discotecas, pubs, bares o fiestas de ahí que reciban el nombre de “drogas recreativas”. Sobre los datos de prevalencia se considera su consumo como marginal comparado con otras drogas más generalizadas (cannabis, cocaína, alcohol), variando las cifras en función de la fuente consultada. El informe del Observatorio Europeo de las drogas y las toxicomanías del año 2008 afirma que la prevalencia de consumo de LSD a lo largo de la vida entre la población adulta (15-64 años) oscila entre casi 0 y el 5.4%. En el caso de los jóvenes adultos (15-34 años), la prevalencia a lo largo de la vida es algo superior (de 0.3% a 7.1%), aunque se indican niveles de prevalencia inferiores para los individuos de 15 a 24 años. El consumo de LSD se ve superado con frecuencia por el consumo de hongos alucinógenos, que en el caso de los jóvenes adultos presenta estimaciones de prevalencia a lo largo de la vida de entre el 1% y el 9%, y estimaciones de prevalencia durante el último año de entre el 0.3% y el 3% (OEDT, 2006). Centrándonos en España, Infante, Gregorio y Martín (2003) realizaron un estudio sobre el consumo de drogas recreativas en España, encontrando datos de prevalencia de consumo de alucinógenos del 2.8% siendo el grupo de jóvenes entre 20 y 24 años el que presenta un mayor consumo de estas sustancias.

De los estudios consultados se puede establecer un perfil del consumidor de alucinógenos caracteri-

zado por ser un joven de entre 20-24 años, consumidores esporádicos o de fines de semana cuando se encuentran en bares o discotecas. Es frecuente el policonsumo con otras drogas psicoactivas, mezclándose con estimulantes o alcohol. Su consumo es mayor entre varones que viven en grandes y medianas ciudades y que están bien adaptados socialmente por lo que su perfil no encaja con el de consumidor marginado. Como rasgo de personalidad podemos destacar que presentarán un patrón de búsqueda de sensaciones y tendencia a experimentar.

Como factores de riesgo asociados al consumo de sustancias Brown (2002) diferencia según nos refiramos a factores personales, familiares o sociales. Como elemento personal se señala que los adolescentes más impulsivos, que buscan emociones y con niveles más altos de andrógenos tienen tendencia a asumir conductas de riesgo como consumo de drogas y alcohol. A nivel familiar se relaciona con un mayor riesgo de consumo de drogas el estilo educativo de los padres, siendo las actitudes muy liberales o el modelo autoritario o controlador los que correlacionan con un mayor riesgo. A nivel de comunidad actúa como factor protector la vinculación de los adolescentes con la escuela o las comunidades religiosas, así si los adolescentes se sienten vinculados con la escuela o si sus padres tienen la esperanza de que alcancen altos logros académicos presentarán menor riesgo de consumo abusivo de alcohol y drogas.

Efectos de los distintos alucinógenos

Los efectos de los alucinógenos dependen en gran parte de las expectativas de los usuarios (*set*) y del momento, lugar y condiciones donde se realiza el consumo (*setting*) (Escohotado, 2006).

LSD (ácido lisérgico)

Descubierto accidentalmente por Hofman en 1943 quizás sea el alucinógeno que más repercusión y estudios ha generado, ya que sus efectos presentan mucha variabilidad interindividual. Aspectos como la estructura de personalidad, estado de ánimo, acti-

tudes o experiencias previas, cantidad de sustancia ingerida, compañía o cansancio determinan que los efectos producidos puedan ser positivos o negativos. A partir de los 30 minutos empiezan a notarse los primeros efectos del LSD, alcanzándose la máxima efectividad a las 3-5 horas y pudiendo durar sus resultados hasta las 8-12 horas. Las dosis mínimas se sitúan en torno a los 25 – 50 millonésimas de gramos considerándose peligrosas las dosis de más de 250 (Escohotado, 2006).

Se suele conocer los efectos de este psicodélico como *trips* o viajes, de aquí que popularmente se les designe como tripis. Se habla de tolerancia cruzada entre el LSD y los demás alucinógenos, siendo frecuente que se consuman conjuntamente con otro tipo de drogas como las anfetaminas.

A la hora de establecer los efectos que el LSD produce en el consumidor se tiende a distinguir entre aquellos que tienen naturaleza positiva y aquellos que generan consecuencias desagradables.

Efectos positivos

Sobre la percepción: el LSD produce efectos principalmente en la percepción visual y auditiva, siendo frecuentes las sinestesias entre ambos sentidos (ver un sonido u oír un color). Si dichas interferencias sensoriales se producen sobre los recuerdos o evocaciones nos encontramos con sinestesias ecmnésicas (Solé 1989). Sin llegar a las sinestesias son también comunes los cambios en la forma, color y brillo de los objetos pudiendo llegar a auténticas alucinaciones.

Efectos psicológicos: se incrementa la labilidad emocional y los cambios de humor. Son frecuentes los estados de despersonalización. Se describen aumentos en la capacidad de sugestión, de manera que cualquier asunto ordinario se percibe con toques místicos o simbolismos extraordinarios.

Efectos somáticos: disminuye la memoria reciente y la capacidad de concentrarse y fijar la atención. Se produce un aumento de la dilatación pupilar (midriasis) por lo que disminuye el umbral de la percepción y las luces y colores brillantes pueden ser muy molestos. Aumenta la presión arterial y son frecuentes las taquicardias, pudiéndose producir efec-

tos gastrointestinales (náuseas, vómitos y disminución del apetito); neurológicos (enrojecimiento facial, descoordinación motora o ataxia, temblores, etc) y respiratorios (Solé, 2003).

Efectos negativos

Los efectos negativos del LSD se han llamado tradicionalmente “*mal viaje*” y dependen no tanto de la dosis ingerida sino más del contexto o la experiencia previa del sujeto. El “*mal viaje*” es descrito frecuentemente como una crisis de ansiedad o ataque de pánico, pudiendo ocasionar psicosis acompañadas de desorientación y confusión. Contra los “*malos viajes*” es muy útil el “*talk down*” o habla tranquilizadora de un interlocutor que sepa calmar al usuario.

Otro efecto adverso que no está asociado con el consumo activo del LSD es lo que se conoce en psiquiatría como “trastorno perceptivo persistente por alucinógenos” o “flashbacks”, se trata de crisis generalmente transitorias, en las que el sujeto experimenta síntomas propios de la gestión de un alucinógeno, en ausencia de dicho producto. El sujeto es consciente de su naturaleza patológica y suele vivenciar esta situación con una alta carga de ansiedad (Gisbert Calaguig, 1998). Los “flashbacks” se pueden producir tras un periodo de abstinencia prolongado o entre periodos de ingesta regular, estando también asociados al consumo de otras sustancias como el cannabis.

Mescalina

Alucinógeno de origen vegetal que se encuentra en la planta del peyote. Está asociado a la cultura de muchos pueblos indígenas americanos que organizan auténticas “ceremonias del peyote”. Sus dosis activas varían de los 100 gramos (dosis mínimas) hasta los 500-600 gramos necesarios para producir las alucinaciones. Si bien está caracterizado por sus efectos alucinógenos, éstos son mucho menos potentes que los producidos por el LSD (del orden de 4000 veces menos). La vida activa de este aluci-

nógeno ronda aproximadamente las 6 horas (Escohotado, 2006).

La mescalina actúa directamente en el hipotálamo, produciendo efectos tanto en la percepción como en el estado de ánimo. Al igual que sucede con el LSD la pupila se dilata, volviéndose más sensible a todo tipo de luces. Las alucinaciones visuales consisten en colores brillantes, formas geométricas, animales y a veces formas humanas. En cuanto al estado de ánimo se describe una primera fase de euforia (a raíz de las experiencias sensoriales) seguida por una serenidad mental y disminución de las funciones intelectuales. A dosis elevadas se pueden producir los “malos viajes” descritos con sensación de ansiedad y alteraciones del EEG.

Fenciclidina (ACP)

Llamada también “polvo de ángel” o “pipa de la paz” fue introducida inicialmente en medicina como anestésico. Los efectos producidos por la fenciclidina dependen mucho de las dosis ingeridas.

Efectos físicos: nistagmo horizontal o vertical, aumento de la presión arterial y la frecuencia cardíaca, insensibilidad o respuesta disminuida al dolor, ataxia y disartria, rigidez muscular, crisis epilépticas e hiperacusia.

Efectos psicológicos: euforia, agitación psicomotriz, ansiedad exagerada, irritabilidad emocional, grandiosidad, sensación de lentitud del tiempo, sinestesias.

Ketamina

Al igual que la fenciclidina el consumo de ketamina se inició en el contexto médico como un analgésico, donde se sigue utilizando en pediatría y obstetricia. La principal característica de la ketamina es que produce una anestesia disociativa que origina un peculiar estado de inconsciencia en el que la persona no está dormida, sino desconectada de su cuerpo y de su entorno. La información sensorial no puede ser interpretada por el cerebro, de ahí que puedan realizarse intervenciones quirúrgicas sin experimentar dolor (Hidalgo, 2008)

Efectos positivos: Hidalgo (2008) diferencia los efectos positivos de la ketamina en función del uso que le pretendan dar los consumidores. Así habla de unos efectos psiconáuticos que se producirán especialmente a dosis altas y efectos recreativos producidos a dosis bajas de consumo. Entre los efectos psiconáuticos señalados destacan las tan buscadas alucinaciones que son descritas de manera distinta a las producidas por otros psicodélicos ya que es la propia corteza visual la que las produce. Se describen alucinaciones del tipo viajar por túneles a gran velocidad, sensaciones extrañas referidas al propio cuerpo, luces que recorren nuestro cuerpo, sensación de flotar y volar, fusión con el universo, etc. A dosis alta y sobre todo cuando la ketamina es consumida por vía intravenosa se han descrito las llamadas *experiencias cercanas a la muerte* (término acuñado por Raymond A. Moody en 1975) que describen la experiencia de abandonar el cuerpo con la firme creencia de que se ha fallecido y viajar a través de túneles hasta luces brillantes que generalmente se identifican con seres espirituales supremos. Estas experiencias cercanas a la muerte pueden ser aterradoras si lo que se experimenta no es la llegada al cielo sino una llegada al infierno. Los efectos recreativos de la ketamina se asocian al consumo a dosis bajas generalmente por vía esnifada. A dosis baja la ketamina pierde sus propiedades anestésicas y combinado con alcohol y otros estimulantes como las anfetaminas produce un estado de euforia acompañado por ligeros efectos disociativos y moderadas alteraciones perceptivas.

Efectos negativos

Efectos perceptivos adversos: son frecuentes alteraciones en la visión y la audición. Se pierden algunas frecuencias de sonidos o no se escucha prácticamente nada. En cuanto a la visión esta se vuelve borrosa o doble, llegando a molestar las luces brillantes.

En cuanto a los procesos cognitivos afectados, la atención, el aprendizaje y la memoria quedan mermodos mientras duran los efectos de esta droga, pudiendo producirse amnesia de la experiencia vivi-

da. Se dan problemas para hablar, lenguaje incoherente y confusión, llegando a repetirse palabras sin sentido. El consumo de ketamina se ha vinculado a trastornos del sueño como parálisis del sueño y terrores nocturnos. En estos últimos, el individuo dormido se despierta del profundo estadio 4 del sueño con un fuerte grito (Jansen, 2003).

Efectos físicos: la ketamina produce una ligera depresión respiratoria que puede dar la sensación de ausencia de aire y ahogo. Los problemas físicos más importantes tienen que ver con el control corporal, produciéndose problemas para mantener el equilibrio y la coordinación. Son frecuentes las taquicardias y los vómitos, dolores de cabeza, sudoración, espasmos musculares y contracciones nerviosas.

Psilocina/Psilocibina

Se encuentra en los llamados “hongos alucinógenos”, habiendo unas 70 variedades distintas con diferentes proporciones de psilocina y psilocibina. Las dosis activas mínimas se sitúan en los 2 miligramos, siendo dosis medias desde 10 a 20 miligramos y a partir de 30 dosis altas. Sus efectos son principalmente debilidad, náuseas, ansiedad, midriasis, visión borrosa, hiperreflexia y alteraciones visuales (Lorenzo Fernández, P. y Lizasoan Hernández, I. 2003).

Trastornos psicológicos asociados a los alucinógenos

Tanto en el DSM-IV-TR (APA, 2002) como en la CIE – 10 (OMS, 1993) aparecen los problemas relacionados con sustancias divididos en aquellos por consumo de sustancias (dependencia y abuso) y aquellos inducidos por sustancias, especificándose con posterioridad a qué sustancia es debido el estado (alcohol, cannabis, alucinógenos, etc.).

Trastorno por consumo de alucinógenos: no se observa dependencia física a estas sustancias y la dependencia psicológica está cuestionada. La tolerancia se produce más rápidamente para los efectos psicodélicos, no siendo habitual ya que su consumo es predominantemente esporádico.

Trastornos inducidos por alucinógenos

La intoxicación por alucinógenos (DSM – IV – TR 292.89; CIE – 10 F16.00) puede ser considerada como un auténtico “*bad trip*” o “*mal viaje*” ya que se recogen las principales características asociadas a este fenómeno (ataques de pánico o angustia acompañados por cambios perceptivos). Los mismos manuales diagnósticos recogen los llamados *flashbacks* (DSM – IV – TR: 292.89; CIE – 10: F16.70) que anteriormente hemos descrito como experiencias alucinatorias que suceden después de haber cesado el consumo de alucinógenos y que generan malestar ya que no son buscados por los consumidores.

El delirio que puede ocasionar el consumo de alucinógenos aparece recogido en ambos manuales como uno de las posibles consecuencias comunes al consumo de distintas sustancias, teniendo que especificar que el delirio se debe al consumo de dichas sustancias (DSM – IV – TR: 292.81; CIE – 10: F15.03). La experimentación de lo que Gisbert Calabuig (1998) ha denominado delirio tóxico lleva asociado fenómenos alucinatorios, con una distorsión de los esquemas espaciales y temporales, y con la firme convicción por parte del sujeto de que sus percepciones y pensamiento corresponden a la realidad.

El trastorno psicótico inducido por alucinógenos puede presentar dos subtipos dependiendo de si predominan las ideas delirantes (DSM – IV – TR: 292.11; CIE – 10: F16.52) o las alucinaciones (DSM – IV – TR: 292.12; CIE – 10: F15.51) y como característica común al resto de los trastornos inducidos por sustancias este trastorno psicótico no se explica mejor por la existencia de un trastorno psicótico no inducido por sustancias (criterio C), ni debe ser debida a un delirio inducido por sustancias (criterio D). Para que se llegue a diagnosticar es necesario un patrón de consumo de drogas importante, ya que en el mismo manual DSM – IV – TR cuestiona si los alucinógenos son capaces de crear un trastorno psicótico *de novo* (APA, 2002).

El Trastorno de ansiedad inducido por Alucinógenos (DSM – IV – TR: 292.89; CIE – 10: F15.8) se puede producir tanto en pleno consumo como en los periodos de abstinencia. Para que se

diagnostique dicho trastorno y no una intoxicación o una abstinencia a dichas sustancias es necesario que la ansiedad sea la consecuencia predominante al consumo.

Al igual que sucede en el trastorno anterior nos podemos encontrar con un Trastorno del estado de ánimo inducido por Alucinógenos (DSM – IV – TR: 292.84; CIE – 10: F15.8) donde pueden predominar tanto síntomas depresivos (disminución del interés o del placer) o un estado de ánimo elevado, expansivo o irritable.

Aspectos legales y repercusiones forenses de los alucinógenos

A efectos de considerar una sustancia como droga tendremos que acudir a las listas de estupefacientes y sustancias psicotrópicas elaborada por la Convención de las Naciones Unidas, donde se exponen qué sustancias son consideradas como drogas ilegales. Dicha lista se va actualizando, incorporando nuevas sustancias a medida que van surgiendo en el mercado ilegal.

En nuestro país se recogen los aspectos relativos al consumo y comercialización de las drogas en la Ley Orgánica 1/1992 de Protección de la Seguridad Ciudadana (Ley Corcuera) y en los artículos 368 y siguientes del Código Penal. En dichos artículos de nuestro código penal, dentro del apartado de delitos contra la salud pública, se recogen las penas susceptibles de ser impuestas a aquel que comercialice, distribuya o cultive drogas tóxicas, si bien nada dice del autoconsumo ni del consumo compartido, el cual no está penado en nuestro país.

Para entender lo que debemos considerar como consumo compartido tendremos que acudir a la doctrina del Tribunal Supremo, que establece los siguientes criterios: *“En principio, la adquisición de sustancias estupefacientes para entregarlas a terceros es un acto de favorecimiento del consumo ilegal que encaja sin dificultad en las amplias previsiones del artículo 368 del Código Penal, y es, por lo tanto, una conducta típica. Sólo excepcionalmente dejará de serlo cuando por sus características se trate en realidad de un supuesto de autoconsumo plural entre consumidores, en el cual el acto de adquisi-*

ción o de tenencia material de la droga es ejecutado por uno o alguno de ellos en una mera sustitución de la intervención de los demás, y no tanto como favorecimiento del acto de adquisición de la droga por éstos”, dichas características son las siguientes: *“1º) Los consumidores que se agrupan han de ser adictos ya que si así no fuera el grave riesgo de impulsarlos al consumo o habituación no podría soslayar la aplicación del artículo 368 del Código Penal ante un acto tan patente de promoción o favorecimiento. En este sentido, hemos de señalar que si bien se va abriendo paso una tendencia jurisprudencial en la que, a efectos del consumo compartido, reputa adictos o drogodependientes a los consumidores ocasionales de fin de semana, precisa en todo caso que no basta la condición de consumidores ocasionales o esporádicos (STS 02.03.06 y ATS 14.09.06). 2º) El proyectado consumo compartido ha de realizarse en lugar cerrado, y ello en evitación de que terceros desconocidos puedan inmiscuirse y ser partícipes en la distribución o consumo, aparte de evitar que el nada ejemplarizante espectáculo pueda ser contemplado por otras personas con el negativo efecto consiguiente. La referencia a “lugar cerrado” es frecuente en la jurisprudencia. 3º) La cantidad de droga programada para la consumición ha de ser “insignificante”. 4º) La coparticipación consumista ha de venir referida a un pequeño núcleo de drogodependientes como acto esporádico e íntimo sin trascendencia social. 5º) Los consumidores deben ser personas ciertas y determinadas, único medio de poder calibrar su número y sus condiciones personales. 6º) Ha de tratarse de un consumo inmediato de las sustancias adquiridas”* (STS 24-7-2003, 24-7-2002, 27-11-2002, 17-2-2003, 8-3-2004 y 18-6-2004).

En cuanto al autoconsumo el Tribunal Supremo ha acudido al Instituto Nacional de Toxicología para establecer lo que se consideran “dosis mínimas psicoactivas”, cantidades por debajo de las cuales rige la doctrina de la insignificancia: *“heroína, 0.66 miligramos; cocaína, 0.05 gramos; hachís 0.01 gramos; LSD , 20 microgramos (0,000002 gramos); morfina, 2 miligramos, MDMA, 0.02 gramos”*. Estas cantidades han sido ratificadas por el acuerdo no jurisdiccional de la Sala Segunda del Tribunal Supremo de 3 de febrero de 2005, según la Sentencia 149/2004

de 24 de febrero de 2005. Del mismo modo, para poder considerar una conducta como autoconsumo se exige de manera general según el TS (S. T.S. 26-5-96) lo siguiente: *“como elemento condicionante, la existencia y constatación probatoria -después trasladada al hecho probado-, de una dependencia del consumo de drogas tóxicas o estupefacientes. Además la cantidad de droga encontrada en poder de la persona adicta debe ser solamente la necesaria para satisfacer sus necesidades inmediatas sin que sea extensible la falta de tipicidad a aquellos casos en que la entidad y naturaleza de la droga superó con mucho lo razonablemente necesario para satisfacer la dependencia física y psíquica a los estupefacientes”*.

Los textos forenses consultados señalan la peligrosidad de las sustancias alucinógenas tanto en personas sin patología subyacente cuanto más en personas con predisposición o rasgos psicóticos (Carrasco y Maza, 2005). En cuanto a la imputabilidad se señalan dos situaciones en las que las facultades cognitivas o volitivas pueden verse afectadas:

- La posibilidad de que en los llamados “malos viajes” se den periodos de pánicos con estados de conciencia claros, esto combinado con las alucinaciones e ideas paranoides puede provocar conductas tales como arrojar por las ventanas, escaparse desnudo, comisión de homicidios, agresiones sexuales, participación en ritos violentos de sectas, accidentes de tráfico por conducción temeraria, etc. (Carrasco y Maza, 2005). Dichos estados dependiendo de su intensidad pueden llegar hasta la plena anulación de la responsabilidad.
- Se suele señalar también una disminución de la responsabilidad en sujetos drogodependientes que cometen delitos en estado de síndrome de abstinencia o en la llamada “*ansia anticipatoria*”, si bien esta conducta no es aplicable al consumo de alucinógenos ya que dichas sustancias no provocan dependencia física (se señala únicamente la dependencia psicológica).

La jurisprudencia así mismo señala los requisitos para que se pueda considerar la atenuante de drogadicción: *“dos elementos: a) el consumo relevante y b) la conexión de tal consumo en el delito cometido, de suerte que el delito sea consecuencia –delito fun-*

cional– de aquel consumo. Por sí sola, la adicción al consumo no justifica la atenuante” (SSTS 609/99, 647/2003, 528/2003 y 1156/2003).

Análisis de la jurisprudencia

Para el análisis de la jurisprudencia se ha utilizado el buscador de sentencias *Aranzadi* teniendo en cuenta las sentencias de la jurisdicción penal desde el año 2005 hasta la actualidad que contenían los siguientes descriptores: *LSD, ketamina, fenciclidina (PCP), mescalina, psilocina, psilocibina*. Se han analizado un total de 99 sentencias distribuidas según las distintas sustancias de la siguiente manera: el 52% de las sentencias contienen el descriptor “ketamina”, el “LSD” aparece en un 39% de los casos mientras que “psicolina/psilocibina” sólo se encuentra en un 9% de las sentencias examinadas. No se han encontrado sentencias donde la mescalina o la fenciclidina (PCP) hayan tenido repercusión legal para los consumidores pero sí que aparece mencionada en una de las sentencias consultadas (AP Navarra 94/2006) la llamada “*ceremonia del peyote*” donde se recogen los efectos que la sustancia produjo en quienes la consumieron (nauseas, vómitos, mareos, dolores de cabeza como consecuencias físicas y sensación de bienestar como consecuencias psicológicas). En la misma sentencia se absuelve al acusado o “chaman” por no poder demostrar que la sustancia consumida contenía mescalina. A continuación se analizan las principales consecuencias que los alucinógenos presentan en la jurisdicción penal.

Sobre el tipo de delito asociado al consumo de alucinógenos

El principal tipo penal observado en las sentencias analizadas es el delito contra la salud pública, tanto en el tipo básico (art. 368 del CP) como en el subtipo agravado de la figura (art. 369 del CP). Existe una única sentencia donde el tipo penal observado es el del artículo 359 del CP en lugar de los que recogen el cultivo y tráfico de droga. Esto se debe a que al acusado se le condena únicamen-

te por el envío a sí mismo desde la India de Ketamina (AP Navarra 93/2005), no produciéndose tráfico de ninguna otra sustancia. La clasificación en el artículo 359 es debida a que la ketamina no está recogida como droga en los convenios internacionales, pero es considerada sustancia nociva para la salud.

En cuanto al resto de los tipos penales se producen tres casos de lesiones donde se especifica que el acusado se encontraba bajo los efectos de sustancias alucinógenas (AP Navarra 39/2008; AP León 6/2008; AP Vizcaya 38/2006). La responsabilidad penal de los acusados se ve disminuida pero no anulada y se contempla la atenuante analógica en los tres casos aunque por diferentes motivos: mientras que en la sentencia de la AP de Vizcaya 38/2006 la atenuante analógica considerada es de drogadicción por el consumo de alcohol y “tripis”, en las sentencias correspondientes a la AP León 6/2006 y AP Navarra 39/2008 se contempla la atenuante analógica por anomalía psíquica. En el caso de la AP Navarra 39/2008 el acusado es diagnosticado de trastorno de personalidad no especificado con trastorno del comportamiento debido al consumo de múltiples sustancias (ketamina, anfetamina, cocaína, drogas de síntesis, cannabis y alcohol) mientras que la AP de León 6/2006 recoge un auténtico caso de trastorno psicótico inducido por sustancias debido al consumo que el acusado hace desde los 15 años de hachís, cocaína, ketamina y setas alucinógenas.

Sobre el perfil del delincuente consumidor/traficante de alucinógenos

Atendiendo a variables sociodemográficas podemos señalar que el perfil de los acusados por delitos contra la salud pública es el de un hombre de edades comprendidas entre los 20 – 30 años (véase figuras 1 y 2). La nacionalidad predominante es la española (68%) seguida de italiano (6%), colombiano (5%) y venezolano (5%). También se puede decir que predomina el policonsumo ya que en ninguno de los casos observados se recoge el consumo único y exclusivo de alucinógenos, siendo estos combinados con otras drogas tóxicas.

Figura 1. Porcentaje de los acusados en función del sexo

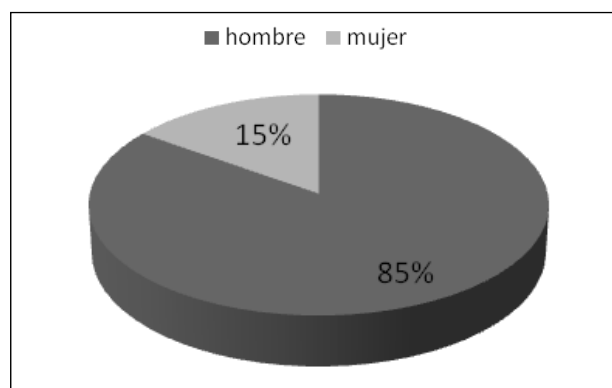
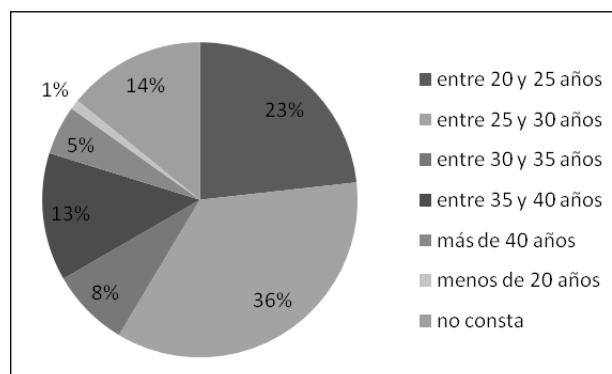


Figura 2. Porcentaje de los acusados en función de su edad



Sobre el lugar de la detención o del consumo se confirma lo recogido en los estudios realizados hasta la fecha, encontrándonos que el consumo o tráfico de alucinógenos es principalmente un consumo de fines de semana asociados al ocio y a las discotecas. En el 45% de las sentencias el lugar de la detención está relacionado con el ocio de fin de semana, produciéndose en un 32% de los casos en el interior o las inmediaciones de una discoteca. Es llamativo que el 13% de las sentencias analizadas provengan de la AP de Islas Baleares (8/2008; 10/2007; 54/2007; 56/2006; 123/2007; 125/2007; 142/2005; 7/2007; 71/2005; 125/2006), produciéndose los hechos recogidos en todas ellas en la isla de Ibiza. Los registros en los domicilios se producen en un 26% de los casos y son debidos o bien a la vigilancia policial por tener sospechas de que se produce al tráfico de drogas, o bien por la denuncia ciudadana. La incautación de droga en el coche de los acusados se produce en un 15% de los casos, bien porque detienen su coche en un control rutinario o porque son los propios acusados los que cometen infracciones de tráfico y son detenidos.

Sobre la responsabilidad penal de los acusados

La doctrina mayoritaria se inclina a considerar el consumo de alucinógenos y otras drogas como una causa para modificar la responsabilidad penal de los acusados. En el 64% de las sentencias consultadas se ha observado este hecho, siendo lo más común que se considere una circunstancia atenuante por drogadicción del artículo 21.2 del CP (en el 48% de los casos) seguida de una atenuante analógica del artículo 21.6 del código penal (15% de las sentencias consultadas). Como caso extraordinario hemos observado una eximente incompleta del artículo 21.1 del CP (AP Málaga 45/2006) donde al consumo de diversas sustancias tóxicas desde los 15 años (cocaína, anfetamina, éxtasis, ketamina y hachís) se une la juventud de la acusada a la hora de cometer el delito (menos de 20 años). En el 33% de los casos no se contempla ninguna posible atenuante mientras que en tres de las sentencias recogidas la atenuante analógica considerada es por anomalía psíquica y en delitos no referidos a la salud pública (en AP Navarra 39/2008 y AP León 6/2008 el acusado es condenado por lesiones y en AP Madrid 147/2006 el delito cometido es robo con fuerza en las cosas) (véase figura 3).

Considerando las distintas sustancias por separado vemos que las repercusiones forenses de la ketamina van desde la consideración de una eximente completa (2%) hasta no modificar la responsabilidad penal de los acusados, siendo lo más común que se aplique una atenuante de drogadicción del artículo 21.2 del código penal (51% de los casos) y la consideración de que la ketamina no influye en la responsabilidad penal de los acusados (29% de las sentencias). Respecto a la psilocina/psilocibina su consumo en el 67% de las sentencias examinadas no modifica la responsabilidad penal y solo en el 33% de los casos se considera la atenuante de drogadicción. Las consecuencias penales del LSD son las que presentan mayor homogeneidad ya que la atenuante de drogadicción es contemplada en un 46% de los casos, en el 31% de las sentencias no se modifica la responsabilidad penal y en el 20% se considera una atenuante analógica de drogadicción (véase figura 4).

Podemos concluir que en la valoración de las atenuantes no ha tenido peso ningún tipo de informe presentado ya que en el 79% de los casos en la sentencia no se menciona la presencia de ningún informe y en el 5% de los casos el informe presentado es del servicio de atención al drogodependiente de las distintas comunidades.

Figura 3. Diferentes atenuantes de la responsabilidad criminal de las drogas alucinógenas

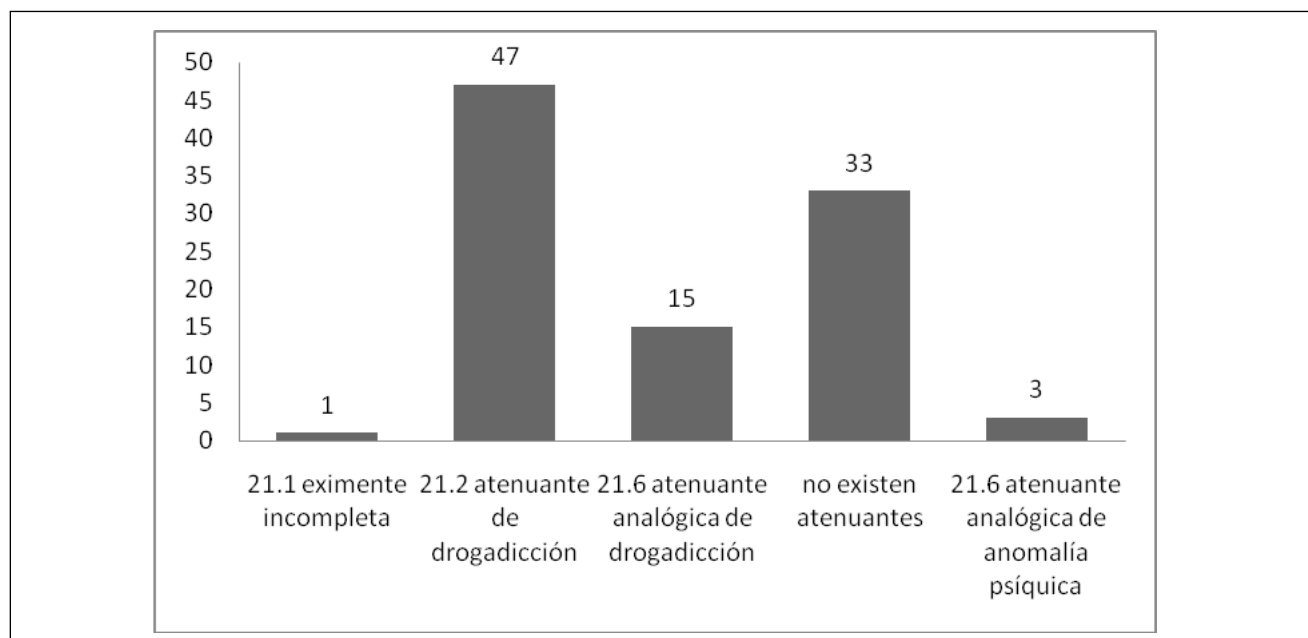
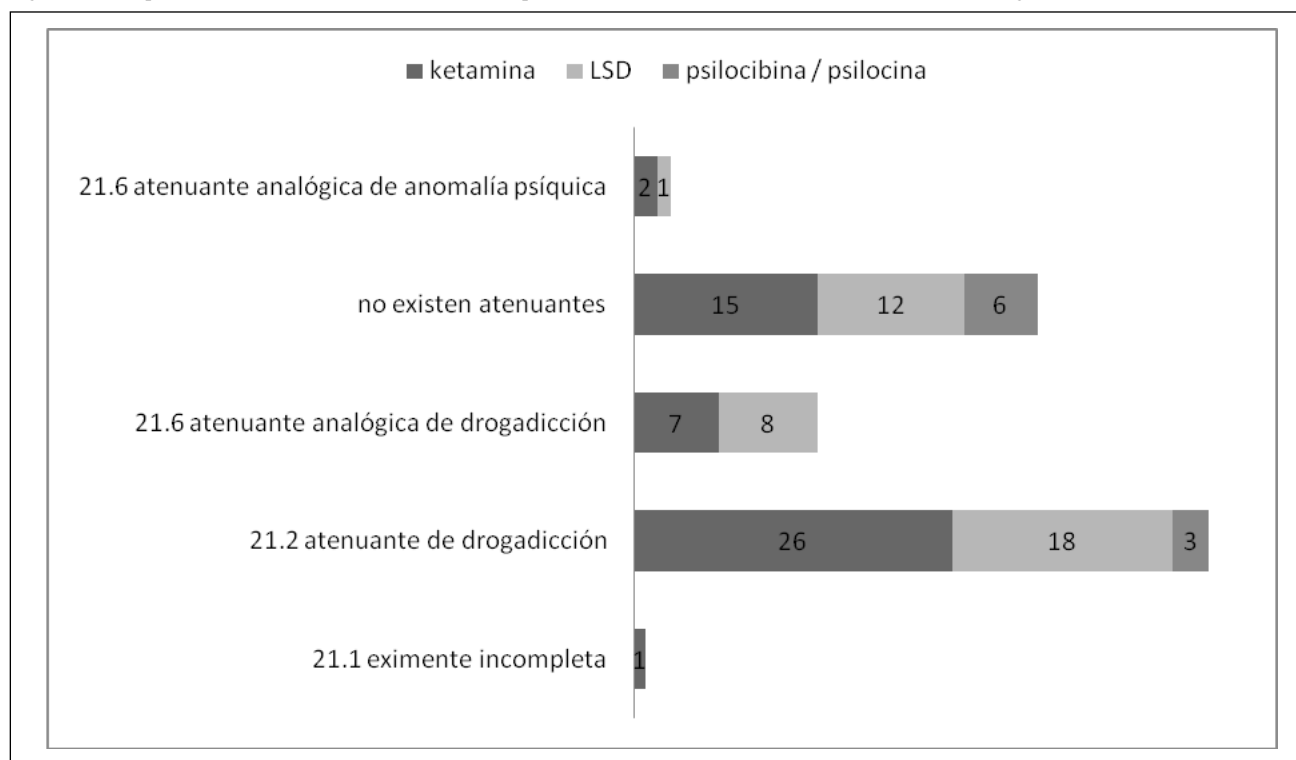


Figura 4. Principales consecuencias modificativas de la responsabilidad criminal en función de los distintos alucinógenos



Referencias

- APA (Asociación de Psiquiatría Americana) (2002). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales*. Texto Revisado (DSM-IV-TR). Barcelona: Masson.
- Brown, R. T. (2002). Factores de riesgo del abuso de sustancias en los adolescentes. *Revista de toxicomanías*, 32, 20-25.
- Carrasco Gómez, J. J. y Maza Martín, J. M. (2005). *Manual de psiquiatría Legal y forense*. Madrid: La ley.
- Colectivo interzona. (2006). *LSD*. Madrid: Amargord.
- Delgado, S. (1994). *Psiquiatría Legal y Forense*. Madrid: Colex.
- Esbec, E. y Gómez-Jarabo, G. (2000): *Psicología Forense y Tratamiento Jurídico Legal de la Discapacidad*. Madrid: Edisufer.
- Escohotado, A. (2006). *Aprendiendo de las drogas: usos y abusos, prejuicios y desafíos*. Barcelona: Anagrama.
- España. Ley Orgánica 1/1992, de 21 de Febrero, sobre protección de la seguridad ciudadana. *Boletín Oficial del Estado*, 22 de Febrero del 1992, núm. 46, p. 6254.
- España, Ley Orgánica 1/1995, de 23 de Noviembre, del código penal. *Boletín Oficial del Estado*, 24 de Noviembre del 1995, núm. 281, p. 34124.
- Gisbert Calabuig, J. A. (1998). *Medicina legal y toxicología*. 5ª Ed. Barcelona: Masson.
- Hidalgo downing, E. (2008). *Ketamina*. Madrid: Amargord.
- Infante, C., Barrio, G. y Martín, E. (2003). Tendencias, características y problemas asociados al consumo de drogas recreativas en España. *Adicciones*, 15 (supl), 77-96.
- Jansen, K. y Theron, L. (2003). Ketamina: nuevas observaciones sobre su consumo, consumidores y efectos. *Adicciones*, 15 (supl), 135-166.
- Lorenzo Fernández, P. y Lizasoain Hernández, I. (2003). Características farmacológicas de las drogas recreativas (MDMA y otras anfetaminas, ketamina, GHB, LSD y otros alucinógenos). *Adicciones*, 15 (supl), 51-75.
- Muñoz-Rivas, M. J. y Graña López, J. L. (2001). Factores de riesgo y de protección para el consumo de drogas en adolescentes. *Psicothema*, 13, 87-94.
- Moral Jiménez, M. V., Rodríguez Días, F. J. y Sirvent Ruiz, C. (2006). Factores relacionados

- con las actitudes juveniles hacia el consumo de alcohol y otras sustancias psicoactivas. *Psicothema*, 18, 52-58.
- Observatorio Europeo de las drogas y las toxicomanías (2008). Informe anual.
- OMS (1993). *CIE-10. Décima revisión de la Clasificación Internacional de las Enfermedades. Trastornos Mentales y del Comportamiento*. Madrid: Meditor.
- Solé Puig, J. (1989). *Terapia antidroga*. Barcelona: Salvat-Masson.
- Solé Puig, J. (2003). LSD y alucinógenos. *Adicciones*, 15 (supl), 179-198.
- Vázquez, F. L., Blanco, V. y Torres Iglesias, A. (2008). Patrones de consumo de alcohol, tabaco y otras drogas en estudiantes universitarios. *Psicología conductual*, 16, 37-53.

Manuscrito recibido: 25/06/2010

Revisión recibida: 11/08/2010

Aceptado: 13/08/2010