

## **RELEVANCIA DEL ANÁLISIS COGNITIVO-CONDUCTUAL EN LA VALORACIÓN DE LA IMPUTABILIDAD EN DROGODEPENDENCIAS: ESTUDIO DE UN CASO**

Olga Fernández-Sastrón, Gabriel Fibla Amselem, Jose Luis Graña Gómez<sup>1</sup>

*Universidad Complutense de Madrid*

Enrique Esbec Rodríguez

*Audiencia Provincial de Madrid*

### **Resumen**

La problemática de las drogas va más allá de cuestiones económicas o de salud, ya que no hay que olvidar la gran alarma social generada por la relación entre drogodependencia y criminalidad. La valoración jurídico-penal de los supuestos de drogadicción implican no sólo la constatación de la condición de toxicómano, sino un estudio pericial de cada caso en concreto en el que se evalúen todas las áreas clásicas de diagnóstico (psicopatología, psicológica, familiar, social, laboral) dando una especial relevancia a la historia toxicoflora. La valoración de la imputabilidad es una cuestión jurídica que corresponde al tribunal, sin embargo, para ello, ha de apoyarse en los elementos empíricos evaluados en los informes psiquiátricos o psicológicos. Estas cuestiones adquieren gran relevancia si se tiene en cuenta que, por un lado, los efectos de las distintas sustancias psicotrópicas pueden variar de un sujeto a otro y de una a otra situación, y por otro, la importancia del concepto "liberae in causa" en los delitos cometidos bajo la influencia de las distintas drogas. El presente artículo pretende señalar, mediante un ejemplo concreto, la importancia de un análisis cognitivo-conductual como base de la metodología descriptiva en el informe pericial en éste tipo de casos de cara a una mejor comprensión global del sujeto en sí, y de su relación con la comisión de los hechos.

**PALABRAS CLAVE:** *Drogas, informe pericial, imputabilidad, análisis cognitivo-conductual.*

### **Abstract**

Problems concerning drug abuse extend beyond economical and health issues, for one must not forget the social alarm this subject provokes due to its relationship to criminality. The legal evaluation of the addiction to drugs implies not only the confirmation of the condition of drug addict, but an expertise study of each specific case in which all classical areas of diagnosis are taken in account (psychopathological,

---

<sup>1</sup> *Correspondencia:* Jose Luis Graña Gómez, Departamento de Psicología Clínica, Facultad de Psicología de la Universidad Complutense de Madrid, Campus de Somosaguas, 28223 Madrid.

psychological, family, social, occupational) giving special regard to the history of abuse. Evaluation of imputability is a legal issue which corresponds to the court, nevertheless, judges have to rely on the empirical elements evaluated in psychiatric and psychological reports. These issues acquire great importance if one takes in account that, on the one hand, the effects of psychotropic substances may vary from one person to another and from one to another situation, and on the other, because of the importance of the concept of “liberae in causa” in crimes committed under the influence of drugs. The present article attempts to highlight, through a specific case, the usefulness of a cognitive-behavioural analysis as the base of a descriptive methodology in the expertise report, for a better understanding of the subject as a whole and its relationship to the crime.

KEY WORDS: *Drugs, expertise report, imputability, Cognitive- Behavioural analysis.*

### Introducción

En las últimas décadas, la difusión de unas culturas a otras, la manufactura y la distribución organizada a nivel mundial, ha contribuido, a generar una problemática muy alarmante a nivel social. Hoy en día, el fenómeno de las drogas no es tanto un fenómeno cultural como un gran negocio que mueve grandes cantidades de dinero a nivel mundial. Las drogas (incluyendo el alcohol y psicofármacos como los barbitúricos y benzodiazepinas utilizados de forma extramédica), se han convertido en una forma de “coping” o estrategia de afrontamiento, para sobrevivir en un sistema tan exigente y competitivo como es el actual.

Sin embargo, la problemática de las drogas no se limita a cuestiones económicas o de salud. No hay que olvidar la gran alarma social que generan por la relación entre drogodependencia y criminalidad. Se formulan tres hipótesis con respecto a la relación droga-delito (García, 1999): a) que la droga sea la causa de la conducta delictiva, b) que la delincuencia lleve al abuso de drogas y c) que tanto la delincuencia como la drogodependencia sean consecuencia directa de una serie de factores personales y sociales adversos. Los estudios revisados concluyen que una vez iniciada la carrera, la droga multiplica los actos delictivos (Ross y Carlesso, 1991) Sin embargo, según afirma Garrido Genovés (1984), entre droga y delito, no existe un nexo causal. En principio, ninguna droga es intrínsecamente criminógena; por un lado, los efectos no siempre son los mismos inter e intra individuo y por otro, hay que tener en cuenta la influencia de factores personales y situacionales ( hábitos de conducta personalidad del sujeto y la situación concreta), por lo que hablar de una relación de causalidad entre drogodependencia y delito en ocasiones resulta aventurado. Sin embargo, parece que ésta relación existe, ya que la proporción de toxicómanos en centros penitenciarios resulta alarmante (García, 1999).

Los delitos más frecuentes cometidos por la población de drogodependientes pueden ser clasificados en tres categorías: a) Delitos de carácter “funcional” o

instrumental normalmente cometidos bajo los efectos del síndrome de abstinencia y por la propia dependencia, entre los que se incluyen delitos contra la propiedad, pequeño tráfico de drogas y falsificación de recetas; b) delincuencia “*provocada*”, desencadenada por los efectos desinhibidores o estimuladores de la intoxicación aguda o crónica por sustancias psicoactivas, entre los que se encontrarían delitos por imprudencia, violentos o por omisión; c) por último, estarían aquellos que nada tienen que ver con las drogas, sino con el ánimo lucrativo, como sería el tráfico de sustancias a gran escala (García, 1999).

En el tratamiento psico-legal de las drogodependencias, convendría hacer hincapié en ciertas particularidades que las distinguen de otro tipo de trastornos mentales. En general el origen de los trastornos mentales suele ser independiente de la voluntad del sujeto (como sería por ejemplo, el caso de la esquizofrenia) sin embargo en el caso de la toxicomanía ésta desencadenada por una conducta concreta de consumo. Ésta distinción resulta especialmente relevante por dos razones: Por un lado, la visión que la sociedad sigue teniendo con respecto al drogodependiente sigue sujeta en muchos casos al *Modelo Moral*<sup>2</sup>, lo que lleva a éste tipo de sujetos a una mayor marginación e incompreensión por parte de los demás que en el caso de otros trastornos mentales. Por otro lado, la importancia que adquiere a la hora de valorar la imputabilidad del sujeto toxicómano; nos referimos aquí al concepto de *Liberae in causa*. En el momento en que un drogodependiente comete un acto delictivo, se deberá valorar si éste consumió una o varias sustancias para facilitar la comisión del mismo (P.ej. consumo de alcohol para desinhibirse y darse valor) en cuyo caso hablaríamos de un acto “*liberae in causa*” *doloso*, o si el sujeto debió prever la comisión del acto delictivo por haber consumido dicha/s sustancia/s, en cuyo caso estaríamos ante un delito “*liberae in causa*” *culposo*. En ninguno de los casos se contemplaría la disminución de la imputabilidad, según el Art.20, 2º del nuevo C.P. La evaluación de la intencionalidad en éste sentido resulta enormemente difícil en muchos casos.

En segundo lugar, resulta especialmente complicada la valoración del estado mental (capacidades cognoscitivas y volitivas) del drogodependiente en el momento de la comisión del delito ya que los efectos de las distintas sustancias psicotrópicas no son siempre los mismos inter/ intra sujeto, sino que dependen de múltiples factores como el contexto, el estado del propio organismo, etc. Aunque apoyada por el informe de el/los perito/s, la decisión del juez suele estar basada en su propia experiencia, infiriendo normalmente el grado de deterioro del sujeto en base a la propia sustancia administrada, la vía de administración de la misma y sobre todo la duración de la dependencia, es decir, en general se asume un mayor deterioro de las capacidades cuanto más tiempo haya sido dependiente el sujeto (García, 1999). Es labor del perito poder explicar al juez o tribunal

---

<sup>2</sup> *El modelo Moral*, basado en la moral cristiana, considera al drogodependiente como único culpable de su adicción, por tratarse de sujetos débiles, carentes de la voluntad necesaria de resistirse a ese tipo de tentaciones.

que muchas otras variables además del factor tiempo, son determinantes a la hora de evaluar la gravedad de una toxicomanía y la posible afectación de las capacidades intelectivas y volitivas en relación con la comisión de los hechos.

El análisis cognitivo-conductual del caso concreto puede contribuir a ilustrar la relación entre las distintas variables (de personalidad, predisponentes, contextuales, etc.) que llevaron al sujeto al consumo inicial, al mantenimiento de autoadministraciones sucesivas, el deterioro social, laboral y personal causado por la dependencia y como todos éstos factores se relacionan con el hecho delictivo.

### *Conceptos básicos en el marco del consenso actual*

**Uso:** consumo, utilización o gasto de una sustancia sin significación clínica ni social. Debe entenderse como un consumo aislado, ocasional, episódico, sin ningún ritmo en la habitualidad, sin tolerancia o dependencia.

**Hábito:** costumbre de consumir una sustancia por una costumbre a sus efectos. La búsqueda de la sustancia es limitada, y nunca significa una alteración conductual grave. (El prototipo de sustancias generadoras de hábito serían, entre otras, el tabaco y la cafeína) (Martín del Moral y Lorenzo, 1999).

**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”<sup>3</sup> Para la OMS, el abuso de una sustancia encierra cuatro criterios diferentes: a) Uso no aprobado (*legalmente* sancionado), b) Uso peligroso (como conducta de riesgo), c) Uso dañino (consumo por personas en situaciones vitales que conllevan una disminución importante o total a la tolerancia a las mismas) y d) Uso que comporta una disfunción (“Consumo perjudicial” según lo recoge la Clasificación Internacional de Enfermedades, CIE-10), que describe un “patrón desadaptativo de consumo”.

**Dependencia:** En 1982, La OMS define dependencia como “un *síndrome* caracterizado por un esquema de comportamiento en el que se establece una gran prioridad para el uso de una o varias sustancias psicoactivas determinadas, frente a otros comportamientos considerados habitualmente como más importantes”. Conviene destacar, en el contexto que nos ocupa, que la definición de dependencia en sí, enfatiza una pérdida de libertad por parte del individuo, pues la persona se encuentra supeditada / controlada / esclavizada por la droga, que “absorbe” la personalidad del mismo<sup>4</sup>. Clásicamente se han descrito dos tipos de dependencia: a) *fisiológica* (“Estado de

<sup>3</sup> Definición del término según el Real Colegio de Psiquiatras Británico.

<sup>4</sup> Kramer y Cameron (1975) definen para la OMS el término *Farmacodependencia* como “el estado psíquico y a veces físico causado por la acción recíproca entre un organismo vivo y un fármaco, que se caracteriza por modificaciones del comportamiento y por otras reacciones, que comprenden siempre un impulso irreprimible a tomar el fármaco en forma continua o periódica a fin de experimentar sus efectos psíquicos y, a veces, para evitar el malestar producido por la privación” (p.13)

adaptación que se manifiesta por la aparición de intensos trastornos físicos cuando se interrumpe la administración de la droga o se influye en su acción por la administración de un antagonista específico”) y *b) psicológica* (“Situación en la que existe un sentimiento de satisfacción y un impulso psíquico que exigen la administración regular o continua de la droga para producir placer o evitar malestar”).

**Tolerancia:** “Estado de adaptación caracterizado por la disminución de la respuestas a la misma cantidad de droga, o por la necesidad de una dosis mayor para provocar el mismo grado de efecto farmacodinámico”( Martín del Moral y Lorenzo, 1999). Existen dos fenómenos relacionados con la tolerancia a sustancias: Tolerancia cruzada (Fenómeno en el que se toma una droga y aparece tolerancia no sólo a esa droga, sino también a otra del mismo tipo o a veces de otro conexo) y tolerancia invertida (Cuando se necesita una dosis de una sustancia muy inferior a la acostumbrada para producir los mismos efectos. Suele darse con alcohólicos en momentos muy avanzados de la dependencia)

**Síndrome de abstinencia:** Cuadro que aparece cuando se rompe el vínculo droga-organismo y que se caracteriza por unas manifestaciones más o menos agudas de una serie de signos y síntomas físicos y psíquicos de gravedad y perfil variables (se describirá en mayor detalle en otro apartado), según la droga, los cuales ceden con la administración de la droga o con sustitutivos farmacológicos que amortigüen el vacío a nivel de neuroreceptores que se produce. El síndrome que aparece tras la retirada de la droga se denomina *abstinencia por supresión*, mientras que el producido por la administración de un antagonista es denominado *abstinencia precipitada* ( Martín del Moral y Lorenzo, 1999).

### *Modelos explicativos de las drogodependencias*

Los modelos y teorías utilizados para explicar el origen y mantenimiento de las drogodependencias son diversos y han ido variando a lo largo de los años (Becoña, 1994). Entre los que han tenido mayor relevancia, cabe destacar el modelo moral, el modelo médico-biológico (que toma en consideración factores de predisposición como pueden ser causas genéticas y cambios metabólicos para explicar las conductas adictivas), teorías psicodinámicas, relevancia de los factores de personalidad, modelos más recientes basados en la teoría del aprendizaje (Condicionamiento Clásico, Operante y de Aprendizaje Social) y finalmente, modelos integrativos que tratan de explicar los distintos aspectos de éste tipo de trastorno.

Hasta la década de los 80, la explicación de las conductas adictivas se basaba en los modelos moral y biológico (Marlatt y Gordon, 1985). De acuerdo con el primero, fundamentado en el concepto de moral cristiana, el sujeto era el único responsable de su adicción, debido a su pobre autocontrol y fuerza de voluntad para “resistir la tentación”, siendo considerado como un “vicioso” (Becoña, 1994). El modelo biológico toma en

consideración factores de predisposición como pueden ser causas genéticas y cambios metabólicos para explicar las conductas adictivas. Éste modelo, aplicado inicialmente al alcoholismo, se basa en la creencia de la existencia de algún tipo de enfermedad subyacente que exime totalmente al sujeto de la responsabilidad en la adquisición y mantenimiento de su adicción (Graña, y García, 1994). En los últimos años, parece haber cobrado importancia la denominada *hipótesis de la automedicación*, que sostiene que el consumo de sustancias psicoactivas es una forma de autoterapia para los trastornos endógenos con sustrato biológico que sufren gran parte de los sujetos que desarrollan una adicción a las drogas (Becoña, 1994).

Según Casas et al. (1992), en el campo de las drogodependencias, la sustancia exógena (heroína, cocaína...) actuando repetidamente sobre determinadas estructuras orgánicas (los sistemas de neurotransmisión/neuromodulación centrales), desencadenan una serie de cambios moleculares y funcionales en el SNC que transforman a un individuo "sano" en uno "dependiente". Sin embargo, esa dependencia no se produce en todas las personas que ingieren la sustancia. Ésta hipótesis ayudaría a explicar porque unos van a hacerse dependientes y otros no. Aunque ésta hipótesis fue inicialmente planteada para los opiáceos y psicoestimulantes, es también aplicable al alcohol (Khantzian, 1990) y a la nicotina (Fagerström, 1991).

Bajo el paradigma de Condicionamiento Clásico, se abren las puertas a una concepción de la drogodependencia más allá de los mecanismos neurobiológicos<sup>5</sup>, dando lugar a la inclusión de conceptos nuevos como la tolerancia condicionada, respuestas condicionadas compensatorias, síndrome de abstinencia condicionado y un replanteamiento del concepto de deseo y/o querencia de la droga<sup>6</sup>. Una droga funciona como reforzador si es capaz de aumentar la probabilidad de ocurrencia de la conducta que

---

<sup>5</sup> La Teoría de Sensibilización del Incentivo (TSI), trata de explicar los fenómenos de "craving" (o anhelo de la droga), recaída crónica y el hecho de que aparentemente el aumento en el consumo no solo no aumente también el placer "gustar" la droga, sino que lo disminuye. La TSI afirma que la conducta adictiva se debe en gran parte a neuroadaptaciones progresivas y persistentes causadas por el uso repetido de la droga (modelo "Neuroadaptacionista"). Éstos cambios se manifiestan a nivel neuroquímico y conductual, a través del fenómeno de sensibilización. El anhelo por la droga y las continuas recaídas se deben, pues, a la neuroadaptación..

El sistema neural se "hipersensibiliza" ante ciertos estímulos, dando lugar a la atribución de saliencia del incentivo (el anhelo y la conducta adictiva en sí se deben precisamente a la sensibilización de la saliencia del incentivo). Parece que el sistema responsable del deseo es distinto al de "gustar de la droga". Las neuroadaptaciones mencionadas son duraderas y en ocasiones hasta permanentes (lo que explicaría las recaídas tras largos periodos de abstinencia).

<sup>6</sup> Fue Wikler en 1965 quien estableció por primera vez las bases para una teoría del condicionamiento en las drogas, al observar que individuos que habían sido adictos a los opiáceos, mostraban síntomas de abstinencia (como lacrimo, bostezos y rinorrea) meses después de haberse administrado la última dosis. Ésto implicaba que la presencia de estímulos condicionados o el hecho de pensar en ellos, podía provocar lo que el propio Wikler denominó síndrome de abstinencia condicionado.

sigue. El reforzamiento con drogas pertenece a una clase mayor de eventos reforzantes naturales, tales como comida, agua o la actividad sexual. Un evento estimular que precede y establece la ocasión para la emisión de una respuesta que va seguida de reforzamiento, se denomina estímulo discriminativo. Los distintos experimentos sugieren que la adquisición de la conducta de auto administración funciona como la de otras conductas operantes. El síndrome de abstinencia, o la consecuencia aversiva al interrumpir el consumo de drogas, ha sido un tema central de investigación en el campo de la adicción, en parte porque muchos de los estudios se realizaron con opiáceos, que se caracterizan por producir dependencia física y síndrome de abstinencia. Éstas drogas, al funcionar como reforzadores negativos, mantienen las conductas de búsqueda y auto administración de drogas, no por el estado que generan en el organismo, sino por el estado de adversidad que llegan a aliviar (Graña, 1994). En el caso de drogas que no producen un síndrome de abstinencia característico cuando se interrumpe su administración, como la cocaína y las anfetaminas, se cree que actúan como reforzadores negativos al aliviar el “síndrome de distrés psicológico” (Graña, 1994). Ya Skinner observó que aquellos estímulos ambientales que seguían a una respuesta operante, parecían incrementar la probabilidad de ocurrencia de la conducta y al mismo tiempo, éstos estímulos servían como reforzadores condicionados para la conducta operante (Kelleher, 1966; Skinner, 1977). Un reforzador condicionado adquiere sus propiedades a través de un proceso de condicionamiento. Skinner (1977) descubrió que éstos reforzadores condicionados, también operan como estímulos discriminativos, los cuales indican la disponibilidad del reforzador en una cadena de conductas. Ciertos estímulos pueden funcionar en determinados casos como estímulos discriminativos y reforzadores condicionados (Gollub, 1976; Kelleher, 1966).

Éste modelo integra tanto el condicionamiento clásico, operante y vicario para explicar tanto el inicio como el mantenimiento y el abandono del consumo de drogas, aunque es especialmente indicada para explicar el inicio del consumo (Esbensen y Elliot, 1994).

Según Schippers (1991) los supuestos de la teoría del aprendizaje social acerca de las conductas adictivas son los siguientes: A) La conducta adictiva está mediada por las cogniciones, compuestas de expectativas que son creencias sobre los efectos de la conducta de consumo. B) Estas cogniciones están acumuladas a través de la interacción social en el curso del desarrollo, por una parte, y a través de las experiencias con los efectos farmacológicos directos e interpersonales indirectos de la conducta de consumo, por el otro. C) Los determinantes principales de la conducta de consumo son los significados funcionales unidos a la conducta de consumo en combinación con la eficacia esperada de conductas alternativas. D) Los hábitos de consumo se desarrollan, en el sentido que cada episodio de consumo puede contribuir posteriormente a la formación del hábito por el incremento del estrés y por limitar las opciones de conductas alternativas. E) La recuperación depende del desarrollo de habilidades de afrontamiento alternativas. En

la fase de adquisición, tendría una gran importancia los modelos y las habilidades de afrontamiento de que disponga una persona. Una vez iniciado el consumo, entre las variables que lo mantienen, se encontraría la necesidad de mantener un afecto positivo. Con respecto a esto, es frecuente el fenómeno de “escalada”. Utilizar el consumo como estrategia de afrontamiento ante los problemas cotidianos o relacionados con el estrés, junto a la carencia de un control personal adecuado, facilitan el mantenimiento de la conducta.

La teoría del proceso de la motivación adquirida, formulada por Solomon y Corbit(1974) y Solomon (1980) esclarece la dinámica afectiva implicada en el fenómeno de la drogodependencia. Es una de las que más se ha hablado para explicar la adquisición y mantenimiento de las conductas adictivas. Ésta teoría sostiene que la presentación de una droga psicoactiva pone en funcionamiento un proceso primario A (reacción emocional). A su vez el proceso A provoca una reacción opuesta o proceso B que es contrario a nivel psicológico y físico El proceso B reduce la intensidad de la respuesta emocional primaria y es responsable de la fase de adaptación del modelo de adquisición.

Los resultados de varios estudios longitudinales sugieren que existen ciertos factores de personalidad que están asociados a un riesgo mayor de llegar a una toxicomanía. Entre los factores más importantes encontrados en el inicio y la continuación del consumo de drogas se encuentran: Baja autoestima (Braucht et al.,1973), ansiedad y depresión (Henderson et al., 1981), conductas antisociales (Jessor y Jessor,1977), impulsividad e hiperactividad (Alterman y Tarter, 1981) Es importante no olvidar como influyen los factores de personalidad y las variables relacionadas con la conducta antisocial como precursores del consumo de drogas. En gran medida, éstas variables explican la predisposición de los individuos al consumo, en comparación con aquellos sujetos en los que no están presentes éstas condiciones previas.

Uno de los instrumentos de evaluación que se ha mostrado especialmente útil a la hora de evaluar a sujetos toxicómanos es el Inventario Multifásico de la Personalidad de Minnesota (MMPI) (Andrucci et al., 1989; Delgado, Esbec, Sanpedro y Santana, 1994.). Los resultados más consistentes hacen referencia a la existencia de rasgos de personalidad antisocial o límite sobretodo en adictos a opiáceos (Graña, Esbec y Muñoz, 1999).

#### *Repercusiones forenses: imputabilidad*

Existe una exagerada disparidad en la valoración penal del drogodependiente tanto en los juzgados de lo penal como en las Audiencias y el T.S. Aunque el T.S. reconoce la posibilidad de que la drogadicción o toxicomanía constituye una causa de inimputabilidad, lo cierto es que casi nunca ha apreciado la eximente completa en dichos supuestos.

Ligado a lo anterior, se podría decir que en general se admite la tesis de que la persona toxicómana tiene afectado en mayor o menor grado, su voluntad y libertad<sup>7</sup>. Sin embargo en cuanto a la relación con el delito, son tres las posturas:

a) Benévola o amplia: El delincuente toxicómano es un enfermo mental y debería ser rehabilitado, no castigado.

b) Postura intermedia (La aceptada mayormente en el C.P. vigente): Mantiene abiertas todas las posibilidades legales de graduación de la responsabilidad penal. Se contempla la eximente completa solo en casos excepcionales de intoxicación y síndrome de abstinencia muy grave.

c) Posición restrictiva: Mantenido fundamentalmente por autores del ámbito forense. La drogodependencia sin otros trastornos mentales inducidos o asociados, no afecta de modo importante a la imputabilidad.

Los autores señalan una serie de requisitos exigidos por el T.S. para la prueba de la drogodependencia: Acreditación del informe pericial de la drogadicción actual y su relación con los hechos; acreditación de su gravedad y diferenciación del simple consumo; objetivación del síndrome de abstinencia y de su gravedad; descripción del cuadro psíquico y físico; estudio de la personalidad del drogodependiente; estudio del tipo de sustancia al que es adicto.(Delgado,1994).

Siguiendo la terminología jurisprudencial, las facultades cognoscitivas y/o volitivas por influencia del consumo de drogas, en el momento de los hechos, podrían encontrarse:

A) Anuladas o perturbadas de modo total o pleno, de tal manera que el sujeto sea incapaz de comprender la ilicitud del hecho o de actuar conforme a dicha comprensión. En esta situación habrá de valorarse como un supuesto de inimputabilidad, y por tanto, apreciarse la exención de responsabilidad criminal. La eximente completa se reserva para los casos más agudos de síndrome de abstinencia (ss. TS de 27 de Enero y 6 de Abril de 1990)<sup>8</sup>.

B) En segundo lugar, las facultades psíquicas podían estar intensamente perturbadas o muy disminuidas, dando lugar a una situación de semi-imputabilidad, con la

---

<sup>7</sup> **“De las causas que eximen de la responsabilidad criminal”:**

Art. 20, 2º del C.P: “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.”

**“De las circunstancias que atenúan la responsabilidad criminal”:**

**Art. 21, 2º del C.P.:** “La de actuar el culpable a causa de su **grave adicción** a las sustancias mencionadas en el nº 2º del artículo anterior”. La base de la imputabilidad es la capacidad para conocer la ilicitud del hecho y actuar conforme a dicha comprensión:

<sup>8</sup> Fiscalía para la Prevención y Represión del Tráfico Ilegal de Drogas (informe del año 1992).

correspondiente aplicación de la eximente incompleta. Reiterada doctrina jurisprudencial exige, para la apreciación de la eximente incompleta la constancia de la existencia de síndrome de abstinencia. Algunas sentencias exigen que dicho síndrome se encuentre en fase avanzada para inferir una aminoración notoria de los frenos inhibitorios (SS. TS de 6 de abril y 4 de Julio de 1990)<sup>9</sup>. Sin embargo, el TS, en ocasiones considera que para aplicar la eximente incompleta no es necesario que la acción sea coetánea con el Síndrome de Abstinencia, particularmente en los casos de adicción prolongada en los que existe una verdadera y propia enfermedad mental, como en los supuestos de dependencia a la heroína de larga duración (SSTS de 11 de Octubre y 30 de Noviembre de 1990)<sup>10</sup>.

C) Las facultades cognoscitivas y volitivas podían encontrarse leve, o simplemente alteradas o disminuidas en cuyo caso, lo indicado sería apreciar una atenuante analógica. Está reservada en el ámbito de la drogadicción, en los supuestos en que conste alguna afectación en las facultades intelectivas y volitivas del sujeto (SS. TS de 2 de Abril, 11 de Junio y 30 de Septiembre de 1990)<sup>11</sup>.

La tendencia general de tratamiento jurídico-penal de las drogodependencias con respecto a sentencias del Tribunal Supremo, queda reflejada en la tabla 1.1.(Apéndice 1) Algunos autores mantienen la tesis de que la regulación del nuevo Código Penal en materia de delitos cometidos bajo la influencia de drogas no ha hecho sino consolidar las respuestas ofrecidas por la doctrina científica y la práctica de los Tribunales, de tal manera que “conserva validez de la jurisprudencia elaborada en torno a la drogadicción” ( Moyna Menguez, 1996).

#### *El análisis cognitivo-conductual : Ejemplo de un caso*

Un objetivo clave de éste artículo es señalar que la mejor comprensión del informe pericial por parte del aparato jurídico, depende de una correcta comprensión de los factores que causan y mantienen la conducta desordenada y cómo ésta puede conducir a la comisión del delito. Como afirman Wolpe J y Turkat ID (1985), la formulación cognitivo-conductual aporta el marco para una adaptación idiográfica de procedimientos empíricos.

La formulación se caracteriza por la enumeración de aquellas variables más relevantes que pueden explicarnos el proceso mediante el cual cada individuo ha “aprendido” su adicción. Por lo tanto, mediante la formulación cognitivo-conductual se integra y conjuga toda la información obtenida de manera objetiva y descriptiva a lo largo de todo el proceso de evaluación enumerado previamente para poder inferir nexos y relaciones existentes en la problemática de cada drogodependiente (Graña, Esbec y Muñoz, 1999) y de ésta con el tipo de delito cometido.( Ver análisis cognitivo- conductual

---

<sup>9</sup> Idem

<sup>10</sup> Idem

<sup>11</sup> Ídem

del caso: Apéndices 2 y 3)

La atención a lo individual, a los determinantes del comportamiento en términos funcionales, no es incompatible con el conocimiento de los factores, asituacionales o situacionales, referidos a la generalidad del problema. Tampoco es incompatible con la consideración de las clasificaciones estandarizadas de trastornos, ni mucho menos con el conocimiento sobre los factores que explican la génesis y el mantenimiento de un determinado trastorno. Por tanto, hay una adecuada complementareidad entre el análisis conductual y la consideración, en el proceso de evaluación de los múltiples factores psicopatológicos y no psicopatológicos relevantes en el abordaje de un caso. (Comeche y Pareja, 1998)

En los Apéndices 2 y 3 se presenta un caso hipotético de adicción a anfetaminas y cómo por un cuadro de intoxicación por ésta sustancia el sujeto en cuestión llega a cometer un delito de homicidio. En las secciones siguientes de éste artículo, se tratará de ilustrar la explicación de ésta conducta mediante el análisis cognitivo-conductual de las variables relevantes, así como las implicaciones forenses a nivel penal que se derivan de la explicación mencionada.

#### *Variables del organismo: factores genéticos y neuroquímicos*

Distintos estudios demuestran (aunque con datos menos concluyentes que en el caso del alcoholismo) que varios tipos de abuso o dependencia de sustancias presentan un componente genético en su desarrollo. Para la mayoría de las sustancias de abuso, los investigadores han identificado neurotransmisores y receptores específicos sobre los que éstas sustancias ejercen sus efectos. Incluso en personas con una función de receptor endógeno y una concentración del neurotransmisor completamente normales, el consumo prolongado de una sustancia particular puede modificar, eventualmente, los sistemas de receptores cerebrales, que entonces requieren sustancias exógenas para mantener su homeostasis (Kaplan y Sadock, 1998). Sin embargo, la modulación de la liberación de neurotransmisores y la función de los receptores es difícil de demostrar e investigaciones recientes se centran en los efectos de las sustancias sobre el sistema de segundos mensajeros y sobre la regulación genética. (Kaplan y Sadock, 1998) En el caso que nos ocupa no habría que descartar éstos factores, que como puede verse en el Apéndice 3, quedan reflejados en el análisis del caso.

#### *Variables socio-culturales y familiares*

Aunque resulta imposible extrapolar éstos factores a todo individuo y tipo de droga consumida, en líneas generales, las variables consideradas en éste apartado se extienden desde lo molar a lo molecular y son relevantes a la hora de promover tanto el consumo inicial como un abuso continuado. (Davison y Neale, 1994) Entre éstas se

encuentran la disponibilidad de las drogas y sobre todo, la aceptación social del consumo por grupos de iguales. En lo referente al entorno familiar, cabe destacar la falta de control y apoyo parental, la desorganización familiar y patrones educativos rígidos pero inconsistentes y una posible carencia de modelos de afrontamiento adecuados. En el ejemplo mencionado, deben considerarse a su vez las expectativas sobre los efectos de las drogas generadas por la experiencia previa del padre con las mismas.

#### *Variables psicológicas y motivacionales*

Como ya se ha mencionado anteriormente, ciertos rasgos de personalidad están asociados al consumo de sustancias. (Braucht y cols.,1973; Henderson y cols. 1981;Jessor y Jessor, 1977; Alterman y Tarter, 1981;Graña y cols., 1999) En el ejemplo expuesto, destacan la baja autoestima del sujeto, la tendencia a la búsqueda de sensaciones, una alta auto exigencia y en general una personalidad insegura. Esto ha de unirse a las expectativas de los efectos gratificantes de las anfetaminas en concreto (mayor energía, concentración, desinhibición) y como sus experiencias pasadas y personalidad generan una serie de carencias que el sujeto pretende suplir con el consumo de sustancias, comenzando con alcohol y hashish y escalando posteriormente al consumo de anfetaminas.

#### *Mantenimiento del consumo: El fenómeno de la dependencia*

Como queda reflejado en el Apéndice 2, éste caso se mantiene fundamentalmente por refuerzo, tanto positivo como negativo. El sujeto consume para aliviar un posible síndrome de abstinencia<sup>12</sup>, o estados de ánimo disfóricos provocados por la propia sustancia y por estresores cotidianos dada su carencia de estrategias de afrontamiento. Sin embargo el consumo prolongado genera en sí estados de ánimo disfóricos y cambios en la personalidad que acarrearán conflictos interpersonales, familiares y laborales. La situación se convierte en un círculo vicioso en el que la droga se convierte en la estrategia para afrontar dichos conflictos y sin embargo los efectos que produce acaban por potenciarlos.

#### *Cuadro de intoxicación por anfetaminas y alcohol*

Por lo mencionado anteriormente, parece lógico que la mayoría de los delitos relacionados con éste tipo de drogas se cometan por intoxicación. Los efectos criminógenos de éstas sustancias son principalmente la euforia, agitación, hiperconfianza,

---

<sup>12</sup> Aunque en el caso de la cocaína se ha constatado la aparición de dependencia física con tras un consumo prolongado, no queda aún del todo claro que éste sea el caso con las anfetaminas y otros psicoestimulantes. Los diversos estudios, sin embargo, enfatizan la rápida aparición de la tolerancia y una fuerte dependencia psíquica

sobrevaloración de las propias fuerzas y a dosis altas, irritabilidad y agresividad. Existen diversos estudios experimentales que muestran la relación entre el consumo de anfetaminas y el incremento de la conducta agresiva (Delgado, 1999). Los síndromes psicopatológicos asociados son los delirios paranoicos, las reacciones de pánico y cuadros alucinatorios. En el ejemplo que nos ocupa, la interacción de varios síntomas de un cuadro de intoxicación por anfetaminas y alcohol llevan al sujeto al homicidio. Se ha hablado, por un lado, de un aumento de la agresividad provocado por ésta sustancia. A esto hay que añadir una lógica disminución del autocontrol, y una pérdida de claridad de conciencia. Pero lo más llamativo del caso, sería la interpretación autorreferencial que el sujeto hace de la conducta de la víctima y el cuadro delirante persecutorio que le lleva a cometer el delito de homicidio.

*Valoración del estado mental del sujeto en el momento de la comisión de los hechos:  
Conclusiones*

Resulta obvio que ninguna variable ha de considerarse aisladamente, sino que todas ellas interactúan entre sí para formar el producto final de la conducta de modo que la personalidad del sujeto, las características específicas e historia de su adicción, la sintomatología concreta del cuadro de intoxicación y las propias variables ambientales en el momento en que se producen los hechos (las luces de la discoteca, la presencia de la víctima, disponibilidad del arma, etc.) contribuyen a la comprensión de su estado mental en ese momento concreto.

Como ya se mencionó anteriormente, el mero hecho de ser drogodependiente no afecta necesariamente a la imputabilidad si no se constata que ello ha afectado a sus capacidades cognoscitivas y volitivas. Generalmente se admite la tesis de que la persona toxicómana tiene afectado en mayor o menor grado su voluntad y libertad con respecto a la droga. En lo que se refiere al delito, hay discrepancias con respecto a si el toxicómano tiene o no otra opción conductual (como por ejemplo, acudir a centros de ayuda). En otras palabras, el deseo “irrefrenable” a la droga, no implica un “deseo irrefrenable” por el delito.

En el ejemplo estudiado, las capacidades cognoscitivas y volitivas del sujeto se ven claramente mermadas. El estudio exhaustivo de la personalidad del sujeto, de su historia particular de consumo, de las interacciones previas con su ambiente social, familiar y laboral, permiten establecer unas conclusiones bien fundamentadas en cuanto al desenlace de los hechos. Por la línea autobiográfica del sujeto así como de su historia toxicofílica podría establecerse con relativa certeza la motivación subyacente al acto en sí (disminuyendo la probabilidad de que se tratara de un hecho “liberae in causa”), así como descartar una posible patología dual.

Se debe señalar al tribunal que la dependencia es un concepto psicosocial, por lo que la formulación clínico-forense de toda drogodependencia comprende el análisis de las

variables sociodemográficas, adictivas, historial psicosocial, historial de adquisición y mantenimiento del problema, respuestas familiares, procesos de cambio y variables terapéuticas (Graña, et al., 1999). Se ha tratado de establecer la utilidad del análisis funcional como una base metodológica que ayude al perito forense a relacionar todas éstas variables con la patología en sí para una mejor comprensión del caso por parte del juez o tribunal a la hora de valorar la imputabilidad de un sujeto.

### Referencias

- Alterman, A.I. y Tarter, R.E. (1981). The transmission of psychological vulnerability: Implications for alcoholism etiology." *Journal of Nervous and Mental Disease*. 171, 147-154.
- Andrucci, G.L., Arder, R.P., Pancoast, D.L. y Gordon, R.A. (1989). The relationship of MMPI and sensation seeking skills to adolescent drug use. *Journal of Personality Assessment*. 53:2, 253-266.
- Becoña, E. (1994). "Drogodependencia" en Belloch, A, Sandín, B y Ramos, F (eds). *Manual de Psicopatología* (Vol. 1). McGraw-Hill.
- Braucht, G.N., Brackarsh, D., Follingstad, D. y Berry, L. (1973). Deviant drug use in adolescence: A review of psychosocial correlates" *Psychological Bulletin*, 79, 92-106.
- Casas, M., Pérez de los Cobos, J., Salazar, I. y Tejero, A. (1992). "Las conductas de automedicación en drogodependencias". En M Casas (Ed). *Trastornos psiquiátricos en toxicomanías (I)*. Sitges, Ediciones en Neurociencias.
- Código penal (1995). Madrid: Colex.
- Comeche, M.I., y Pareja, M.A. (1998). "La Evaluación Psicológica en Terapia de Conducta" En M.A. Vallejo Pareja (Dir.). *Manual de Terapia de Conducta (Vol. 1)*.
- Delgado, S (1999). "Delincuencia y Drogas" en Delgado Bueno, S y Torrecilla Jiménez, J.M. (Dir.). *Medicina Legal y Forense*. Agencia Antidroga. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.
- Delgado, S., Esbec, E., Sampredo, E y Santana M.T. (1994). "Tablas periciales sobre drogodependencias. A manera de introducción". En S. Delgado (Dir) *Psiquiatría Legal y Forense*. Madrid: Colex.
- Davison, G.C. y Neale, J.M. (1994). *Abnormal Psychology* (6th Edition). John Wiley & sons, Inc.
- Esbensen, F.A. y Elliot, E.S., (1994). Continuity and discontinuity in illicit drug use: Patterns and antecedents. *The Journal of Drug Issues*, 24, 75-97.
- Fagerström, K.O. (1991). "Towards better diagnosis and more individual treatment of tobacco dependence." *British Journal of Addictions*, 86, 543-547.
- García García, J (1999). *Drogodependencias y Justicia Penal*. Edit. por el Ministerio de Justicia y Ministerio del Interior.
- Garrido Genovés, V. (1986). "Relación entre la sociedad y el sistema legal" En Jimenez Burillo, F y Clemente M (comp), *Psicología Social y Sistema Penal*.
- Gollub, L. (1976). "Conditioned reinforcement" En WK Honing y JER Staddon (Eds). New York. Appleton-Century-Crofts.

- Graña, J.L., Esbec, E. y Muñoz, M. (1999). "Evaluación Psicológica en Drogodependencias" En Delgado Bueno, S y Torrecilla Jiménez, J.M. (Dirs.) *Medicina Legal y Forense*. Agencia Antidroga. Consejería de Sanidad y Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid.
- Graña, J.L. y García, A. (1994). *Teorías explicativas de las drogodependencias*. En J.L. Graña Gómez (ed). Madrid:Debate.
- Jessor, R y Jessor, S. (1978). "Theory testing in longitudinal research on marijuana use" en D. Kandel (Ed), *Longitudinal research on drug use*. Washington D.C., Hemisphere.
- Kaplan, H.I. y Sadock, B.J. (1998). *Sinopsis de Psiquiatría*. (8ª Edición). Baltimore, Maryland. Williams & Wilkins.
- Kelleher, R.T. (1966). "Chaining and conditioned reinforcement" En W.K. Honing (Ed) *Operant Behavior: Areas of research and application*. New York. Appleton-Century-Crofts.
- Khantzian, E.J. (1990). "Self regulation and self-medication factors in alcoholism and the addictions. Similarities and differences". En M. Gallanter (Ed). *Recent developments in alcoholism, vol. 8. Combined alcohol and other Drug dependence*. New York, Plenum Press.
- Kramer, J.F. y Cameron, D.C. (1975). *Manual sobre dependencia de las drogas*. Ginebra. OMS.
- Marlatt, G.A. y Gordon, J.R. (Eds) (1985). "*Relapse prevention. Maintenance strategies in the treatment of addictive behavior*". Nueva York.: Guilford Press.
- Martin del Moral, M. y Lorenzo, P. (1999) Conceptos Fundamentales en Drogodependencias. En: Lorenzo, P.; Ladero, J.; Leza, J. y Lizasoain, I. *Drogodependencias*. Madrid: Mc Graw-Hill/Interamericana ; 4-6.
- Moyna Ménguez, J. (1996). "*Código Penal. Comentarios y Jurisprudencia*". Madrid: Colex.
- OMS, (1992). Clasificación General de Enfermedades (CIE-10). "*Trastornos Mentales y del Comportamiento. Descripciones Clínicas y pautas para el diagnóstico*". Madrid: Mediator
- Ross, R.R y Carlesso, M.L (1991). "La eficacia de los programas de rehabilitación en las drogas para delincuentes" En *Delinquency*, 3(1).
- Schippers, G.M. (1991). Introduction. En G.M. Schippers, S.M.M. Lammers y C.P.D.R. Schaap (Eds.). *Contributions to the Psychology of addictions*. Amsterdam. Swets & Zeitlinger.
- Skinner, B.F. (1977). *Ciencia y Conducta humana*. Barcelona: Fontanella.
- Solomon, R.L. y Corbit, J.D., (1974). "An Opponent-process theory of motivation. I. Temporal Dynamics of affect", *Psychological Review*, 81, 119-145.
- Solomon, R.L (1980). "The opponent-process theory of acquired motivation: The costs of pleasure and the benefits of pain." *American Psychologist*, 35, 691-712.
- Wikler, A. (1965). "Conditioning factors in opiate addiction and relapse" En D.I. Walker y G.C. Kassebaum (Eds) *Narcotics*. Nueva York: McGraw-Hill.
- Wolpe, J. y Turkat, I.D. (1985). *Behavioral Case Formulation*. New York: premium Press

**Apéndice 1:** Tratamiento penal de la drogadicción\_  
(138 sentencias dictadas en los años 1995, 1996 y 1997)

| <b>Aplicación del Código Penal derogado</b>       | <b>Eximente</b>            | <b>Eximente incompleta</b>             | <b>Atenuante analógica</b>              | <b>Irrelevancia sobre imputabilidad</b> |
|---|----------------------------|--|---|---|
| Total sentencias=131                              | 1 (0,8%)                   | 16 (12,2%)                             | 70 (53,4%)                              | 44 (33,6%)                              |
| -intoxicación                                     |                            | 2                                      |   |   |
| -síndrome de abstinencia                          |                            | 3                                      | 4                                       | 1                                       |
| -drogadicción                                     |                            | 8                                      | 6,3                                     | 42                                      |
| -drogadicción asociada a trastornos no-psicóticos |                            | 3                                      | 3                                       | 1                                       |
| -paranoia desencadenada por consumo de drogas     | 1                          |  |   |   |
| <b>Aplicación del Código Penal de 1995</b>        | <b>Eximente (Art. 2.2)</b> | <b>Eximente incompleta (Art.21.1ª)</b> | <b>Atenuante ordinaria (Art. 21.2º)</b> | <b>No atenuación resp. criminal</b>     |
| Total sentencias=7                                | -                          | 1                                      | 4                                       | 2                                       |
| -Intoxicación                                     | -                          | -                                      | -                                       | 1                                       |
| -Síndrome de abstinencia                          | -                          | -                                      | -                                       | -                                       |
| -Drogadicción                                     | -                          | 1                                      | 4                                       | 1                                       |

Fuente: García García, J. (1994)

## Apéndice 2: Ejemplo de un caso de adicción

### DATOS AUTOBIOGRÁFICOS:

-Edad: 25 años  
-clase media/alta -Mayor de tres hermanos (todos ellos varones)-Madre ausente (trabaja como azafata de vuelo)-Padre empresario (dueño de una fábrica). Autoritario. Exigente y perfeccionista, muy trabajador y rígido. Experiencia con las drogas en los años sesenta. Aficionado a los deportes de riesgo.-Repite 7º de E.G.B. y no consigue entrar en el equipo de fútbol del colegio. Vive ambas experiencias como un gran fracaso.-A los 13 años comienza a consumir marihuana y hashish con su grupo de iguales, así como alcohol (Whisky) los fines de semana.-Desde siempre se considera una persona insegura y tímida, sobretodo con las mujeres - A los 15 años tiene su primera experiencia negativa con una mujer durante el verano. Lo vive como un gran fracaso por no haberse atrevido a decirle ni hacer nada. Afirma que esto se debe a su timidez e inseguridad.-A los 16-17 años comienza a consumir anfetaminas (speed) y continúa con el consumo de marihuana y hashish (muy esporádico) y alcohol, que se limita al fin de semana.-Hacia los 19 años comienza a consumir anfetaminas (centramina y “speed”) casi a diario. Éste periodo coincide con el inicio de la carrera de ingeniería y la obtención del carnet de conducir (comienza a seguir la “Ruta del Bakalao” con sus amigos los fines de semana)-A los 23 años comienza una relación de pareja estable que dura aproximadamente un año. Durante éste periodo a penas consume anfetaminas (algún fin de semana, sobre todo si tiene algún problema con su novia), aunque mantiene el consumo de alcohol.-Finalmente su pareja le abandona por otro hombre, y comienza un periodo crítico en el que aumenta drásticamente el consumo de pastillas; coincidiendo con su incorporación (forzado por su padre) a un trabajo que no le agrada en absoluto.-Su familia comienza a notar cambios en la personalidad del sujeto (irritabilidad, agresividad, suspicacia, labilidad emocional, desinterés, apatía, somnolencia...)- Afirma haber tenido algún conflicto con sus compañeros de trabajo (porque “le miran mal”) y familiares (enfrentamientos frecuentes con sus padres y hermanos).Actualmente, no tiene pareja.

### LOS HECHOS:

-El Jueves Santo acude solo a una discoteca Consume, según refiere el propio sujeto, más de ½ gramo de “speed” y 3 ó 4 whiskies.-Afirma que durante todo el tiempo que estuvo en la discoteca, un tipo le “miraba mal”.-Se va al servicio porque “no se encontraba bien” (sudores, taquicardia, náuseas, escalofríos...) Y el tipo le “sigue” y se “ríe de él con unos compañeros”.-Hacia las 4am, a la salida de la discoteca, “se le encara”. Comienza una discusión, y finalmente le apuñala.

**Apéndice 3: Análisis cognitivo-conductual**



