

## **TDAH, ADICCIÓN E IMPULSIVIDAD. EVALUACIÓN DE UN CASO DESDE LA NEUROPSICOLOGÍA FORENSE EN EL CONTEXTO DE LA RESPONSABILIDAD PENAL**

*Victor Dujo López<sup>1</sup>*

Universidad Complutense de Madrid

*David González Trijueque*

*Instituto de Medicina Legal y Ciencias Forenses de Madrid. Universidad Francisco de Vitoria.*

### **RESUMEN**

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es un trastorno del neurodesarrollo con un perfil sintomatológico y conductual muy heterogéneo que se relaciona con un funcionamiento neuropsicológico distinto (o alterado). Suele presentar comorbilidad con otros trastornos como el Trastorno Negativista Desafiante (TND), Trastornos relacionados con Sustancias y Trastornos Adictivos y graves alteraciones de la conducta. El presente artículo expone una evaluación psicológica forense de un sujeto con un diagnóstico de TDAH, TND y trastorno grave de consumo de cocaína acreditado. El peritado posee un patrón marcado de impulsividad, agresiones y problemas educativos y legales. El estudio pone en valor importantes déficits en flexibilidad cognitiva, regulación emocional, mecanismos de inhibición de respuesta y demora, elevada impulsividad, problemas de atención, esquemas rígidos y creencias antisociales, baja empatía, atribución externa, oposición a la norma y a la autoridad, bajos recursos cognitivos, bajo *insight* y déficit en la toma de decisiones y planificación. Estas variables impactarían en la capacidad del sujeto para ajustar su conducta en el momento de la agresión, viéndose afectada la esfera volitiva.

**Palabras clave:** impulsividad, agresión, evaluación forense, TDAH, imputabilidad.

### **ABSTRACT**

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is a neurodevelopmental disorder with a highly heterogeneous symptomatic and behavioural profile that is associated with distinctive (or altered) neuropsychological functioning. It often co-occurs with other disorders such as oppositional defiant disorder (ODD), substance-related disorders and addictive disorders, as well as serious behavioural disorders. This article presents a forensic psychological assessment of a subject diagnosed with ADHD, ODD and severe cocaine use disorder. The subject has a marked pattern of impulsivity, aggression, and educational and legal problems. The study shows significant deficits in cognitive flexibility, emotional regulation, response inhibition, delay mechanisms high impulsivity, attention problems, rigid patterns and antisocial beliefs, low empathy, external attribution, opposition to rules and authority, low cognitive resources, low insight, poor decision-making and planning skills. These variables impact the subject's ability to adjust their behaviour at the moment of aggression, affecting the volitional sphere.

**Keywords:** impulsivity, aggression, forensic evaluation, ADHD, criminal responsibility.

---

*Correspondencia: Victor Dujo López*

*Correo electrónico: [vdujo@uclm.es](mailto:vdujo@uclm.es)*

*Fecha de recepción: 16 de septiembre de 2024*

*Fecha de aceptación: 12 de diciembre de 2024*

## INTRODUCCIÓN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) configura una condición asociada a una serie de comportamientos o grupo de síntomas identificables en la práctica clínica, que en la mayoría de los casos se acompañan de malestar o interfieren en la actividad de la persona, además de presentar una elevada comorbilidad con otros trastornos psicopatológicos (Barkley, 2015).

En el presente artículo, se pretende exponer la relevancia de dicho cuadro clínico con uno de los aspectos más complejos y debatidos en el ámbito psicojurídico, que es la relación entre trastornos psicopatológicos y la responsabilidad penal, relación en la que los psicólogos forenses tienen gran relevancia como asesores de juristas y tribunales a través de la emisión de los correspondientes dictámenes periciales (Dujo et al., 2016; Horcajo-Gil & González-Trijueque, 2019). En este contexto, se plantea un caso en el que toma especial relevancia la agresión impulsiva asociada al TDAH y al trastorno negativista desafiante (TND) que el peritado presentó en el pasado y que en la actualidad cumpliría criterios suficientes para el diagnóstico de un trastorno antisocial de la personalidad (TAP). Además, confluye el efecto del trastorno acreditado por consumo de cocaína, siendo todas estas variables potenciales atenuantes en la evaluación de la culpabilidad (Mills & Tully, 2013).

Como se expondrá más adelante, en estos supuestos, la capacidad cognitiva del sujeto victimario no genera debate al considerarse la misma intacta, siendo la cuestión volitiva-motivacional, es decir, la capacidad de adecuar el comportamiento a dicho conocimiento, la que tiene especial relevancia jurídica, y muy especialmente en todo lo relacionado con la impulsividad, elemento clínico que se manifiesta en diversos trastornos y que ha sido objeto de atención en el contexto de la disminución de la responsabilidad penal (Aguilar, 2014, 2015; Collins & White, 2002). En este sentido, se debe recordar que, la impulsividad se manifiesta por impaciencia, dificultad para aplazar respuestas, dar respuestas precipitadas antes de que las preguntas hayan sido completadas, dificultad para esperar un turno, e interrumpir o interferir frecuentemente a otros hasta el punto de provocar problemas en situaciones sociales, académicas o laborales; por ello, las personas afectadas por este trastorno típicamente hacen comentarios fuera de lugar, no atienden las normas que se les dan, inician conversaciones en momentos inadecuados, interrumpen a los demás excesivamente, se inmiscuyen en los asuntos de los demás, se apropian objetos de otros, tocan cosas que no debieran o hacen payasadas, entre otros comportamientos

que suponen una variación de la norma (Biederman & Faraone, 2018; Moeller et al., 2001). Por ello, la impulsividad puede dar lugar a accidentes y a incurrir en actividades potencialmente peligrosas sin considerar sus posibles consecuencias (APA, 2014).

Fue en la segunda edición del “Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales” (DSM-II) de 1968 cuando se introdujo por vez primera la categoría diagnóstica de “reacción hiperkinética de la infancia”, si bien no fue hasta 1980 cuando el DSM-III reconoció oficial e internacionalmente el “trastorno por déficit de atención” (Morillas & Aguilar, 2014). No obstante, el estudio de TDAH ha cobrado una relevancia creciente en las últimas décadas (Barkley, 2015; Biederman & Faraone, 2018), interés al que no ha sido ajeno la psicología forense, especialmente desde la perspectiva de la responsabilidad penal (Collins & White, 2002; Horcajo-Gil & González-Trijueque, 2019; Morillas, 2013; Pintado, 2017). Mientras que la mayoría de investigaciones se han centrado en entender la etiología del TDAH (Faraone et al., 2000) y las repercusiones académicas asociadas a la hiperactividad y los problemas de atención (DuPaul & Stoner, 2014; Morillas & Aguilar, 2014; Parker & Houghton, 2020; Raggi & Chronis, 2018), otras han tenido como objetivo prioritario el estudio de la impulsividad (Moeller et al., 2001), la relación de ésta con el uso de sustancias psicoactivas (Kollins & McClernon, 2016; Schoenfelder & Kollins, 2016; Wilens & Biederman, 2014; Zhang & Wang, 2020) y la comisión de actos delictivos (Aguilar, 2014; Collins & White, 2002; Retz & Rosler, 2010; Steinberg, 2009).

A comienzos del siglo XXI, la Asociación Americana de Psiquiatría situó la prevalencia del TDAH entre un 3% y un 5% dentro de la población infantil (Horcajo-Gil & González-Trijueque, 2019). Sin embargo, años más tarde, autores como Setlik et al. (2009) ampliaron este rango, estimándolo entre un 8% y un 12%, con una mayor relevancia de la población masculina; de hecho, este trastorno es mucho más frecuente en varones que en mujeres, con proporciones de varón a mujer que oscilan entre 4:1 y 9:1 (en función de si la población es general o clínica). Por el contrario, las tasas en adultos son más bajas, teóricamente debido principalmente a la intervención y detección a edades tempranas (Collins & White, 2002; García-Jiménez & Casas, 2006), así por ejemplo el DSM-5 sitúa la tasa de prevalencia en adultos en un 2,5% (APA, 2014).

En cuanto a la etiología del TDAH se desconoce si se atiende a la causa precisa, ya que, aunque dicho cuadro se caracteriza por una base genética elevada (Barkley, 2015; Faraone et al., 2000), este hecho no explicaría su manifestación al margen de otros

factores externos, como podrían ser la historia personal o el contexto de desarrollo (Morillas & Aguilar, 2014).

Por otra parte, respecto a las manifestaciones clínicas del trastorno, estas se pueden agrupar en tres grandes aspectos (Barkley, 2015):

- a) Menoscabo en la capacidad del sujeto para controlar las distracciones externas (déficit de atención) (Barkley, 1997; 2015; Biederman & Faraone, 2018)
- b) Menoscabo para controlar su actividad cognitiva y motora (impulsividad) (Kollins & McClernon, 2016; Moeller et al., 2001)
- c) Menoscabo o merma en la capacidad para controlar el movimiento y acción constantes (hiperactividad) (Barkley, 2015).

En este sentido, el TDAH se caracteriza por un patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en personas de un nivel de desarrollo similar (Morillas & Aguilar, 2014). Además, para diagnosticar TDAH debe producirse algún problema relacionado con los síntomas descritos en, al menos, dos situaciones (p. ej., en casa, en la escuela, en el trabajo), debiendo haber evidencias claras de interferencia en la actividad social, académica o laboral propia del nivel de desarrollo (APA, 2014). En todo caso, los cambios producidos con la quinta edición del manual de la APA (2014) suponen modificaciones de gran calado, principalmente de tipo estructural, siendo de los más evidentes la creación de una categoría que abarca diversos trastornos y cuyo título es “trastornos del neurodesarrollo”. En esta categoría se albergan en la actualidad la mayoría de los cuadros clínicos previamente ubicados en los “Trastornos de Inicio en la Infancia, Niñez y Adolescencia”. Así pues, las alteraciones funcionalmente significativas del neurodesarrollo conceden especial relevancia a los aspectos biológicos, no sólo en la aparición del trastorno, sino también en lo relativo a su persistencia o cronificación posterior.

Asimismo, el diagnóstico diferencial del TDAH puede complicarse debido a la elevada comorbilidad que presenta este tipo de alteración con otros cuadros psicopatológicos (López-Villalobos et. al., 2004; Philipsen, 2006). Así, por ejemplo, una significativa proporción de niños atendidos en el ámbito asistencial a causa de un TDAH sufren también un trastorno negativista desafiante (TND) o un trastorno disocial, con

patrones de comportamiento de tipo antisocial y desobediente hacia figuras de autoridad (Moffitt, 1993). La impulsividad en estos individuos puede manifestarse en conductas agresivas y desafiantes, lo que aumenta el riesgo de involucrarse en actividades delictivas, de hecho, la literatura científica sugiere que la combinación de TDAH y TND puede exacerbar la impulsividad, llevando a una mayor probabilidad de conductas delictivas (Moffitt, 1993). Asimismo, en los niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) puede presentarse una elevada prevalencia de trastornos del estado de ánimo, trastornos de ansiedad, trastornos del aprendizaje y trastornos de la comunicación (Horcajo-Gil & González-Trijueque, 2019).

En el ámbito forense, tenemos que partir del hecho de que la impulsividad se define como una tendencia a actuar sin pensar en las consecuencias, lo que puede llevar a decisiones apresuradas y comportamientos de riesgo (Moeller et al., 2001). En el contexto del TDAH, tal y como se ha señalado, la impulsividad es uno de los síntomas centrales, afectando la capacidad de los individuos para regular su comportamiento y tomar decisiones normoadaptadas (Barkley, 1997; Biederman & Faraone, 2018). De hecho, distintos estudios han demostrado que las personas con TDAH tienen una mayor probabilidad de involucrarse en conductas delictivas, lo que sugiere que la impulsividad puede ser un factor de riesgo significativo (Faraone et al., 2000). Además, el consumo abusivo de sustancias, como la cocaína, también se ha asociado con un aumento de la impulsividad, ya que estas sustancias psicoestimulantes son susceptibles de actuar como un potente activador del sistema nervioso central, lo que puede llevar a una disminución en la capacidad de autocontrol y a un aumento en la toma de decisiones impulsivas (Degenhardt et al., 2010; Goldstein & Volkow, 2002). De esta forma, la interacción entre el TDAH, el TND y el consumo de cocaína puede crear un ciclo vicioso en el que la impulsividad se ve exacerbada, aumentando la probabilidad de conductas delictivas, lo que plantea importantes cuestiones sobre la responsabilidad penal de los victimarios que presentan estas características.

Por ello, la comprensión de la relación entre impulsividad, TDAH, TND y consumo de cocaína tiene importantes implicaciones para la práctica forense; debiendo los psicólogos forenses estar capacitados para identificar y evaluar estos trastornos en individuos involucrados en el sistema de justicia penal. Esto incluye la realización de evaluaciones exhaustivas que consideren no sólo el comportamiento delictivo, sino también los factores psicológicos y neuropsicológicos subyacentes que pueden haber

influido en la realización de la conducta delictiva (Borum et al., 2003). En este sentido, las características clínicas del TDAH implican una alteración de las funciones ejecutivas, es decir, se produce una modificación de las capacidades necesarias para atender a un estímulo, planificar y organizar una acción, reflexionar sobre las posibles consecuencias de las acciones e inhibir la primera respuesta automática cambiándola por otra más apropiada, por lo que las valoraciones neuropsicológicas se antojan altamente recomendables (Nigg, 2017).

Y ante esta problemática, ¿qué respuesta dan los Tribunales de Justicia españoles a la hora de delimitar si la presencia del citado trastorno presenta o no efectos en la imputabilidad del victimario? No se debe obviar que el TDAH es un gran desconocido para la gran mayoría de los profesionales del Derecho y que, además, la mera presencia o diagnóstico del TDAH no conlleva una hipotética afectación a la esfera cognitiva o volitiva de la persona, sino que, como cualquier trastorno psicopatológico, la clínica manifiesta debe presentar una incidencia directa en el comportamiento criminal concreto realizado (Mir-Puig, 2011; Morillas, 2018). De este modo, la afectación en la imputabilidad de la persona que presenta TDAH debe realizarse a través de un juicio valorativo, caso por caso, vinculado al instante de la presunta comisión del delito, valorando el cuadro clínico correspondiente que presente la persona toda vez que el TDAH está ligado a diversas comorbilidades (Aguilar, 2014; Morillas, 2018; Philipsen, 2006).

No obstante, la correlación entre TDAH y conducta delictiva solamente se producirá en un número muy reducido de personas y, en particular, en aquellas en las que concurren características como el atrevimiento, la búsqueda de sensaciones o la concurrencia de otros trastornos como el oposicionista desafiante, de conducta, trastorno antisocial de la personalidad o relacionado con consumo de sustancias (Aguilar, 2014, 2015). Ahora bien, en caso de ocurrir, esta situación puede derivar en auténticas carreras criminales, algo a lo que puede coadyuvar sobremanera la presencia de comorbilidades. Entre estas comorbilidades destacan, como más relevantes, los trastornos relacionados con sustancias y los trastornos adictivos (47%), seguidos del trastorno de personalidad antisocial y del trastorno de personalidad límite (25%), y de los trastornos disruptivos del control de los impulsos y la conducta (11%) (Morillas, 2018).

En este sentido, las características clínicas del TDAH describen a una persona plenamente consciente de la ilicitud del hecho cometido, ya que dicha alteración no

conlleve deterioro cognitivo alguno sino modificaciones o alteraciones funcionales o de la capacidad ejecutiva, debiendo negar, de manera rotunda, afectación alguna en este sentido (Morillas, 2018). Por lo tanto, parece evidente el posicionamiento de la jurisprudencia española a la hora de considerar que el padecimiento de una TDAH no incide sobre las capacidades cognoscitivas del sujeto infractor (Mir-Puig, 2011). Por el contrario, donde existen mayores dudas y el debate se torna más prolijo, es en la afectación de la facultad volitiva, que constituye el elemento nuclear de la cuestión, aspecto que representa la única opción posible para plantear una modificación en la imputabilidad del autor del hecho ilícito en tanto, como ya se ha referido, la capacidad cognitiva aparece inalterada, debiendo reconducir todos los postulados aplicativos hacia la repercusión que el TDAH presenta en la capacidad ejecutiva del individuo en el sentido de si es capaz de orientar semejante conocimiento hacia su voluntad (Horcajo-Gil & González-Trijueque, 2019; Morillas, 2018).

Ejemplificando lo anterior y siguiendo a Morillas (2018), el riesgo de comisión de actos delictivos aumenta significativamente en supuestos donde la presencia de impulsividad puede resultar determinante, como pueden ser discusiones y peleas, la conducción de vehículos a motor y el consumo de tóxicos, ya que, debido a dicha impulsividad, motivada o no por la falta de atención, puede contribuir a la producción de conductas ilícitas que la persona, por la esencia del trastorno, no va a ser capaz de controlar en el momento de los hechos.

Dicho esto y atendiendo a la realidad criminal española, desde una perspectiva estrictamente penitenciaria, Pintado (2017) procedió a estudiar las variables personales, penales y criminológicas de personas con TDAH condenadas por la comisión de delitos o faltas, procediendo a analizar cuarenta sentencias emanadas de diversas Audiencias Provinciales, determinando que la mayor representatividad de comportamientos ilícitos recaería sobre el robo con violencia o intimidación (21,5%), delitos sexuales y contra la libertad (13,7%) y contra la Administración de Justicia (11,8%). Además, tal y como cabría esperar, de las distintas subcategorías del TDAH, la que presentaría una mayor asociación con el hipotético desarrollo de comportamientos ilícitos, principalmente de naturaleza violenta, sería el subtipo impulsivo (Aguilar, 2014). Por ello, la impulsividad es mucho mejor predictora de futuras conductas delictivas que, por ejemplo, la hiperactividad o el déficit de atención (Horcajo-Gil & González-Trijueque, 2019), además de relacionarse en mayor medida con comorbilidad con otros trastornos,

incluyendo el consumo de sustancias (Aguilar, 2015; Borum et al., 2003; Philipsen, 2006).

En el ámbito del Derecho Penal español, la consideración del TDAH en relación con la imputabilidad ha sido objeto de análisis en diversas sentencias. Generalmente, la presencia de TDAH no se traduce en una declaración de inimputabilidad total del sujeto. Sin embargo, en casos específicos, los tribunales han reconocido que este trastorno puede influir en la capacidad volitiva del individuo, lo que ha llevado a la aplicación de atenuantes en la responsabilidad penal.

Lo anteriormente señalado abre la posibilidad a la consideración de alguna circunstancia modificativas de la responsabilidad penal y, en concreto, a la atenuante analógica del artículo 21.7<sup>a</sup> del Código Penal (Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre), sobre las premisas de los párrafos 21.1<sup>a</sup> y 20.1<sup>o</sup>. Esto es, la atenuante analógica vinculada a la anomalía o alteración psíquica, permitiendo una reducción de la pena en su mitad inferior (Aguilar, 2015; Morillas, 2018). Asimismo, independientemente de su consideración como anomalía o alteración, toda vez que el Código Penal deja expedita la vía de apreciación, no parece que pueda sustentarse ningún supuesto en el que el TDAH por sí solo, y sin que influyan otras anomalías concomitantes, pueda anular las capacidades intelectivas y volitivas hasta el punto de considerar al sujeto completamente inimputable por aplicación del artículo 20.1<sup>o</sup>. En relación con lo anterior, el máximo nivel atenuante en el que podría enmarcarse los efectos del trastorno sería el propio de la circunstancia atenuante 1<sup>a</sup> del artículo 21 del Código, en relación directa con la eximente por inimputabilidad del artículo 20.1<sup>o</sup>; si bien la mejor vía aplicativa debiera ser la atenuante analógica 7<sup>a</sup> en relación, según los supuestos concretos, con la anomalía o alteración psíquica (1<sup>a</sup>) o incluso la de arrebató (3<sup>a</sup>).

No obstante, también hay voces más aperturistas aún a favor de la aplicación de la eximente incompleta, siempre desde la perspectiva del déficit volitivo, de hecho, alguna Audiencia Provincial incluso ha optado ocasionalmente por esta vía, si bien esta opción arroja muchas dudas interpretativas no sólo respecto al contenido sino incluso respecto al hecho de que la afectación en sí proceda exclusivamente del TDAH (SAP de Navarra 81/2017, de 11 de abril; SAP de León 275/2014, de 28 de mayo; SAP de Alicante 675/2005, de 29 de septiembre). En base a lo expuesto, cabe plantearse la siguiente pregunta: ¿qué criterios están empleando las Audiencias Provinciales en la aplicación de la atenuante analógica o una eximente incompleta? La respuesta no resulta clara pues en

aquellos supuestos en los que se determine que hay una afectación de la capacidad volitiva de la persona como consecuencia de la incidencia del TDAH, resulta difícil determinar la frontera entre una u otra interpretación, debido a que resulta mínima, a partir de un análisis basado en criterios técnicos, ya que la aplicación de la atenuante analógica se fundamenta en el reconocimiento de una disminución ligera o leve de las facultades volitivas del sujeto, mientras la eximente incompleta se fundamenta en que la disminución es, cuanto menos leve—se trata del mismo criterio—pero también, y quizás más acertadamente, moderada, llegando a ser incluso seriamente mermada (Aguilar, 2015).

En cuanto al tratamiento jurisprudencial de esta temática por parte del Tribunal Supremo a efectos de imputabilidad, su posicionamiento se vincula con la presencia de la circunstancia atenuante analógica del artículo 21.7 en relación con la alteración psíquica del párrafo 20.1 del Código Penal, no bastando la mera acreditación de la presencia del TDAH en la persona, sino verificando sus efectos durante la presunta comisión del hecho delictivo juzgado, como una consecuencia de la imposibilidad de controlar los impulsos, siempre y cuando fuere necesario la adopción de medidas médico-farmacológicas (Aguilar, 2015). Sin embargo, será la existencia comórbida con otros cuadros psicopatológicos lo que permita, en el caso del TDAH, la aplicación de mayores atenuaciones respecto a la responsabilidad penal del victimario, siendo, en todo caso, la impulsividad el factor determinante.

Por ejemplo, la STS 804/2017, de 11 de diciembre, analizó un caso en el que el acusado padecía TDAH y consumía sustancias como cannabis y benzodiazepinas. El tribunal determinó que, aunque estas condiciones podían limitar su capacidad volitiva en el momento de los hechos, no anulaban su capacidad cognitiva. Se descartó la eximente completa o incompleta por alteración psíquica, pero se reconoció una atenuación de la responsabilidad criminal debido a una disminución no grave del control de impulsos. Asimismo, la STS 996/2012, de 18 de diciembre, enfatiza que no basta con la mera existencia de un diagnóstico de TDAH para concluir que en la comisión del delito el sujeto tenía afectadas sus capacidades cognitivas o volitivas. Es esencial demostrar cómo el trastorno influyó concretamente en el comportamiento del acusado durante la comisión del delito. En resumen, aunque el TDAH puede ser considerado por los tribunales españoles al evaluar la responsabilidad penal, rara vez conduce a una declaración de inimputabilidad total. Más comúnmente, se reconoce como un factor que puede atenuar

la responsabilidad, siempre que se demuestre una conexión directa y significativa entre el trastorno y la conducta delictiva.

Por otra parte, a nivel doctrinal, en España, hasta la fecha, el tratamiento otorgado a la imputabilidad de las personas que presentan TDAH ha sido muy heterogéneo y no existen grandes referencias ni reflexiones al respecto (Horcajo-Gil & González-Trijueque, 2019).

En definitiva, se debe negar la incidencia del TDAH, por sí mismo, en la esfera cognitiva del sujeto y aceptar la presencia de una ligera merma en el ámbito volitivo, basado, principalmente, en la dificultad para controlar los impulsos. Esto es, la persona sería plenamente consciente del hecho ilícito cometido y el reproche penal que comporta, pero se mostraría incapaz de controlarlos, pudiendo incluso, en determinados casos, llegar a ser moderada, precisamente por las comorbilidades que coadyuvarían con el TDAH (Morillas, 2018). Por ello, la relación entre la impulsividad, el TDAH, el TND y el consumo abusivo de cocaína es compleja y multifacética, si bien la impulsividad es el factor determinante en la etiología del comportamiento delictivo, y su consideración en el contexto de la responsabilidad penal es esencial para una evaluación justa y equitativa.

La evaluación de la responsabilidad penal en individuos con trastornos mentales debe ser un proceso cuidadoso y matizado, que reconozca la complejidad de la conducta humana y la influencia de factores psicológicos en el comportamiento delictivo. La colaboración entre profesionales de la psicología forense y el sistema judicial es esencial para garantizar que se tomen decisiones informadas y justas, que no solo consideren la naturaleza del delito, sino también las circunstancias subyacentes que pueden haber contribuido a la conducta delictiva. La interrelación entre el TDAH, el TND y el consumo de cocaína presenta un desafío significativo tanto para la psicología forense como para el sistema de justicia penal. La impulsividad, como un rasgo central en estos trastornos, puede influir en la capacidad de un individuo para actuar de manera controlada y reflexiva, lo que a su vez puede afectar su responsabilidad penal. A medida que se avanza en la investigación y se desarrollan nuevas estrategias de intervención, es fundamental que se mantenga un enfoque multidisciplinario que considere tanto los aspectos psicológicos como los legales.

En resumen, la comprensión de la impulsividad en el contexto del TDAH, el TND y el consumo abusivo de cocaína es crucial para abordar la responsabilidad penal de los

individuos que presentan estas características. La investigación continúa en este campo no solo enriquecerá el conocimiento teórico, sino que también tendrá implicaciones prácticas significativas para la intervención y el tratamiento de personas involucradas en el sistema de justicia penal. La integración de la psicología forense y el derecho penal es un paso hacia un enfoque más comprensivo y humano en la evaluación de la conducta delictiva y la responsabilidad penal.

### **OBJETIVO DE LA PERICIAL**

Se solicita la valoración del estado psicológico del peritado y la posible afectación cognoscitiva y/o volitiva en el momento de los hechos que constan en las diligencias aportadas (agresión consistente en un botellazo en la cabeza).

### **METODOLOGÍA**

Se realizaron las siguientes actuaciones:

- Tres entrevistas forenses semiestructuradas con una duración total de 6 horas.
- Entrevistas a familiares y terceros informadores.
- Análisis de la documentación judicial y policial que consta en el expediente.
- Análisis del historial clínico del peritado (de la Sanidad Pública y el ámbito privado) desde la infancia a la actualidad incluyendo informes escolares y psicoeducativos e informes de ingresos y tratamientos.

#### **Pruebas administradas**

- Inventario estructurado de simulación de síntomas (SIMS) (Widows y Smith, adaptación española: Ordi y Santamaría, 2009).
- Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI) (Morey, 2007, adaptación española de Ortiz-Tallo, Santamaría, Cardenal y Sánchez, 2011).
- Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado (MMPI 2-RF). (Tellegen y Ben-Porath, 2008, adaptación española: Santamaría, 2009).
- Inventario de Personalidad Neo - Revisado (NEO-PI-R) (Costa y McCrae, 1999, adaptación española: Cordero, Pamos y Seisdedos, 2008).
- Escala de Impulsividad de Barratt (BIS-11) (Adaptación española Oquendo et al. 2001).

- Cuestionario de agresión Reactiva-Proactiva (RPQ) (Raine et al., 2006; adaptación española por Andreu et al. 2009).
- Cuestionario de agresión (AQ) (Buss-Perry, 1992, adaptación por Andreu et al., 2002).
- Test de colores y palabras (STROOP). Adaptación española de Ruiz-Fernández et al. (2020).
- Test de los senderos (TESEN), para evaluar las funciones ejecutivas (Portellano & Martínez-Arias, 2014).
- Test de atención- revisado (D2-R). (Brickenkamp et al., 2022).
- Test de los 5 dígitos (FDT) (Sedó, 2007).

### **Análisis Psicobiográfico**

Joan nace en Barcelona el 14 de febrero de 2003. Refiere parto por cesárea. El peritado manifiesta ser hijo único. Sus padres se separaron cuando el peritado tenía un año y medio. Estuvo viviendo con su madre (y abuelos maternos) hasta los 11 años. A los 11 años sus padres deciden que viva con su padre (y abuelos paternos) en Barcelona. Describe dificultades para adaptarse al cambio, aunque matiza que pronto se integró con su nuevo grupo de compañeros.

No describe enfermedades relevantes durante la infancia ni destaca hitos significativos. Desarrollo motor (deambulación a los 12 meses) y del lenguaje normalizado. Desarrollo psicoevolutivo normativo. Desarrollo psicoemocional inmaduro. Desde el nacimiento presenta problemas de impulsividad, atención lábil y dispersa, distraibilidad, mala respuesta al castigo y conductas de desafío. En líneas generales describe un entorno familiar positivo. Tanto su padre como su madre han estado implicados en sus problemas. Describe a la figura materna como más afectiva. Ambos constituyen unos referentes adecuados de normas y disciplina. Desarrollo afectivo sexual normalizado.

D. Joan en líneas generales describe una mala adaptación a la escuela, presentando mucha dificultad para adaptarse a las normas (información acreditada en la documentación psicoeducativa aportada). Describe muchas peleas y problemas de atención. El peritado refiere una mala adaptación curricular compensada por el esfuerzo de sus padres para que fuera sacando los cursos. Este esfuerzo implica profesores

particulares y procesos de mediación con los diferentes centros por los que pasa. La mala adaptación conductual es una constante a lo largo de su recorrido escolar. El peritado describe que no solo tiene problemas en el aula. En los diferentes contextos de interacción presenta conductas disruptivas y problemas para cumplir normas. A nivel de ocio el peritado describe practicar varios deportes (sobre todo pádel y tenis). A partir los 14-15 años comienza a consumir y se acentúan las conductas disruptivas. Su entorno de socialización suele estar constituido por personas mayores de perfiles antisociales con los que comienza a introducirse en dinámicas de consumo y mayor violencia.

Tras terminar la ESO realiza un grado medio de sonido. En la actualidad está cursando un grado superior de sonido y trabaja como repartidor. No describe dificultades en las relaciones interpersonales, pero si desmotivación asociada a los estudios. Buen ajuste al trabajo.

### **Historial criminológico y de consumo**

D. Joan sitúa el curso 3º de la ESO (14-15 años) como un punto de inflexión. Describe peleas y un mal comportamiento en el aula. En esta edad toma contacto con los primeros consumos (cannabis casi a diario: consumo prototípico “3 porros al día”) y comienza a juntarse con chicos más mayores (entorno de socialización facilitador) “no me identifico con los chicos de mi edad”. El peritado describe “trapicheos” menores para costearse la droga y contacto con “bandas” sin llegar a integrarse del todo. A partir de los 16 años refiere que comienza a consumir cocaína (esnifada) a diario (al menos medio gramo al día) acompañando frecuentemente de alcohol. Así mismo refiere consumo esporádico de “speed<sup>2</sup>”, “cristal<sup>3</sup>”, “popper<sup>4</sup>” y “setas<sup>5</sup>”. También refiere consumo de pastillas (éxtasis en contexto de ocio, con un consumo prototípico que puede alcanzar las 6 o 7 unidades).

Describe que entre los 16 y los 17 años es cuando se produce el consumo más continuado de cocaína, experimentado *craving* en los intervalos de cese del consumo y aumentando la dosis habitual para alcanzar el efecto del principio del consumo (tolerancia-neuroadaptación). Refiere un consumo prototípico de medio gramo por las

---

<sup>2</sup> Se trata de una metanfetamina. El «speed» es un estimulante del sistema nervioso central (SNC) y se presenta en forma de polvo blanco, cristalino, sin olor y con sabor amargo que se disuelve fácilmente en agua o en combinados alcohólicos. Efectos: euforia, desinhibición y aumento de la actividad.

<sup>3</sup> Se trata de una metanfetamina

<sup>4</sup> Es un tipo de droga de la familia de los nitritos que se consume por vía inhalatoria. Provoca sensación de euforia, vasodilatación y aumento del deseo.

<sup>5</sup> Psilocibina. Efectos alucinógenos

tardes. En contexto de ocio el consumo durante los fines de semana se acentúa, refiriendo hasta un consumo de varios gramos en una noche. En relación con el consumo de cocaína refiere efectos euforizantes y eutimizantes “*me ponía de buen humor y me hacía sentir muy bien*” “*también me evadía de mis problemas*”. El peritado refiere que el consumo de alcohol le sentaba peor que el de cocaína en términos de desinhibición y pérdida de control conductual. Con relación a la cocaína describe efectos de paranoia asociados al consumo.

D. Joan describe que desde los 15 años el patrón de coca-etanol es continuado hasta la actualidad (consumo diario de alcohol de mínimo dos cervezas). Solo señala que dejó de consumir cuando mantuvo una relación sentimental con una chica (la misma que figura en diligencias) entre septiembre de 2019 y abril de 2020. Sin embargo, matiza que aumentó significativamente el consumo de “*porros*”. Esta relación es importante porque es uno de los puntos sobre los que se apoya el relato del peritado en relación con lo ocurrido el día de la agresión que consta en las diligencias (ver apartado: descripción de la agresión).

En la actualidad presenta un diagnóstico de 304.20 (F14.20) Trastorno grave por consumo de cocaína según DSM-5 por el CAD (Centro de Atención a las Adicciones). Actualmente mantiene el consumo de cocaína y alcohol, sobre todos los fines de semana. El peritado acude a un centro especializado (se omite el nombre para preservar el anonimato) entre los años 2020 y 2021 para realizar tratamiento de adicciones. En el año 2020 el peritado tiene un ingreso involuntario (en unidad de psiquiatría infanto-juvenil) en el contexto de la pandemia a consecuencia de problemas conductuales, elevada agresividad y quebrantamiento sistemático del confinamiento. Durante el ingreso da positivo en cocaína (información aportada en el informe del centro). En este ingreso se le diagnostica de: F10-F19. Trastornos mentales y del comportamiento debidos al uso de sustancias psicoactivas.

Describe una primera detención con 16 años por robo con violencia (año 2020). El peritado refiere estar con dos amigas en un local y consumir pastillas (éxtasis). También describe llevar un cuchillo “*no sé muy bien porque*”. Refiere que, por la noche, sobre las 3 de la madrugada, acompañado de un amigo y estando en la calle se encuentran con un hombre de mediana edad. El peritado refiere que el hombre “*se le queda mirando y se le encara*”. En este contexto el peritado describe que le agrede y le roba un paquete de tabaco.

La segunda detención se produce en verano de ese mismo año. El peritado describe que fueron a un parque a pegar a un chico y él le abrió la cabeza con una “litrona”. Describe que “no era un problema suyo” pero sí de un amigo. Cuando llegaron vio una botella sobre una mesa y “se la reventó”. El peritado manifiesta que “ni lo pensó”.

Además, D. Joan describe que en noviembre de 2021 se ve envuelto en un conflicto “que nada tiene que ver con él” en el que recibe un machetazo en el brazo y un corte en la mano. En verano de 2022 describe otra pelea en una tienda de ultramarinos. Iba acompañado de un amigo que tuvo un conflicto con un conocido. El peritado refiere que, al ver a su amigo dentro de la disputa, “sin mediar palabra se lio a puñetazos”. En esta misma línea describe peleas en contexto de consumo y de ocio (navidades del 2022 y del 2023). Como última detención relevante señala que el 23 de marzo de 2024 es detenido a las 8 de la mañana en un conocido polígono de Barcelona. El peritado refiere que llevaba a unos amigos a un fumadero cuando, estando fuera esperando en el coche, fue detenido. Se le imputa robo con fuerza, pero refiere que no está preocupado porque “el no hizo nada y va a salir absuelto”.

### **Descripción de la agresión**

D. Joan refiere que mantiene una buena relación de amistad con su expareja. En este contexto relacional, su amiga le señala que tiene la sospecha de que un chico con el que está le ha robado un anillo de oro. El peritado describe que al día siguiente queda con ella y un amigo. A su vez ella queda con el chico que presuntamente había robado el anillo sin saber este que iba a acudir el peritado. Según el peritado la intención es que ella hablara con él para que reconociera que había robado el anillo. Al ver que aparecen D. Joan y un amigo, el chico hace intención de irse, según el peritado porque “estaba asustado”. Como se quería ir, el amigo del peritado le agarra para que no lo haga. El peritado refiere que estaba bebiendo, por eso tenía en la mano la botella que empleó para golpear al chico. Tras el golpe refiere que vio la sangre. D. Joan refiere que el chico “se mostraba muy asustado”. El amigo cogió el patín del chico agredido y se fueron, pero D. Joan describe que se baja del patín y vuelve a por él ya que sabía que se habían ido en dirección a la casa de su amiga. Cuando les alcanza su amiga le insiste para que se vaya. Finalmente, el peritado refiere que se va para su casa. El peritado manifiesta que no había consumido cocaína, pero si había bebido “unas cuentas cervezas” (no especifica) sin llegar a un estado de embriaguez. Asimismo, señala que estaba colérico “solo quería ir a por él”; “si no fuera por mi amiga le habría seguido pegando”. El peritado refiere que a

los dos o tres meses se lo llevan detenido cuando estaba en clase (22 de septiembre de 2021).

### **Terceros informadores y estudio de la documental**

Dña. Estíbaliz (madre del peritado) refiere que desde que nace se da cuenta de que algo no va bien. Destaca que era un niño muy inquieto desde la guardería “*no me soltaba la mano, siempre estaba llorando*”. En el colegio muestra muchos problemas de conducta disruptiva e impulsividad. Refiere que su hijo ha sido “*un niño muy castigado*” “*pero no aprende del castigo*”. La entrevistada refiere que los problemas de D. Joan se daban en todos los contextos, destacando su comportamiento en casa (oposición, rabietas, agresividad e incumplimiento de normas) y en la escuela (falta de atención y conducta inapropiada). Esto le ha traído muchos problemas con los compañeros (rechazo) y con los profesores.

Dña. Estíbaliz refiere que su hijo comienza a medicarse a los 5 años con *medikinet* durante un año. Los resultados son positivos, mostrando el menor un mejor ajuste a la norma social. Tras este año estable, vuelven a aparecer los problemas de conducta e impulsividad. Los especialistas realizan varios cambios de medicación, pero no vuelve a retomar un nivel óptimo de funcionamiento. Dña. Estíbaliz refiere que desarrolla un TOC (trastorno obsesivo compulsivo) como efecto secundario de la medicación: hasta los 15 años toma *Equasym* sin buenos resultados sobre los síntomas TDAH.

En la adolescencia deja de tomar la medicación (retirada unilateral). Presenta un componente oposicionista muy marcado reforzado por su nuevo entorno de socialización. Inicio del patrón de consumo. Destaca el ingreso involuntario en unidad psiquiátrica durante el confinamiento de la pandemia (2020). Describe conductas muy violentas “*no podía estar quieto en casa*” “*le detuvo la policía porque se escapaba*”.

La figura materna destaca como principal problema la impulsividad y la hiperactividad. Dña. Estíbaliz señala que se despierta sonámbulo a pegar puñetazos (en la actualidad a estudio en unidad del sueño). En relación con los tratamientos que ha recibido, siempre ha presentado mala adherencia a las diferentes intervenciones de psicólogos (baja colaboración).

La figura paterna destaca que D. Joan ha presentado siempre problemas de impulsividad y de conducta. Esto conlleva comportamientos de agresividad que han

dificultado sus relaciones interpersonales, sobre todo cuando era pequeño. El mal comportamiento se daba en diferentes contextos, tanto en casa como en la escuela. El entrevistado refiere que durante la adolescencia D. Joan muestra un relativo respeto a las normas de casa, destacando una buena relación, especialmente con su abuela. Destaca que a partir de los 14-15 años se produce un agravamiento del patrón conductual asociado a las amistades del peritado. Esto se traduce en múltiples peleas y una historia de consumo (sobre todo los fines de semana). Aun así, el padre de D. Joan describe que su hijo no faltaba a clase y que pudo superar sus estudios gracias a la implicación de sus padres.

Actualmente describe a su hijo como más centrado, pero destaca que parte de los problemas que arrastra tienen mucho que ver con las amistades con las que se junta. El entrevistado refiere que, hasta donde tiene conocimiento, su hijo tiene un buen ajuste a su trabajo actual, en el que lleva más de un año. Aun así, matiza que su hijo no llega a entender la envergadura de sus problemas, presenta pocos planes de futuro, no valora las consecuencias de sus actos y se centra en el día a día y las cosas inmediatas.

Con relación al estudio de la documental aportada es importante establecer una adecuada línea cronológica de diagnósticos y problemas presentados desde que el peritado es pequeño.

D. Joan presenta desde los 4 años problemas de conducta e hiperactividad con diagnósticos de TDAH (trastorno de déficit de atención e hiperactividad) y TND (trastorno negativista desafiante). Los estudios neurológicos, psiquiátricos y psicoeducativos (escolares) señalan un grave fracaso en los procesos atencionales y controles inhibitorios que conlleva unos índices de impulsividad, agresividad y conductas disruptivas muy elevados. Asimismo, el peritado presenta una mala adherencia a los tratamientos psicológicos y psicofarmacológicos que recibe (*Zyprexa* 5mg, *Equasym* 20 y *Abilify* 10 mg). Estos problemas persisten durante la infancia y la adolescencia.

Especialmente relevante es el informe de la unidad de psiquiatría infanto-juvenil emitido a consecuencia del ingreso involuntario en 2020. En este informe se especifica la existencia de graves problemas de impulsividad y conducta: *“Entre sus características principales destacan elevada impulsividad, dificultades de autocontrol, incapacidad para respetar las normas y límites, escaso respeto a la autoridad y vinculación a entornos de consumidores de tóxicos así como importante rigidez cognitiva y escasa capacidad de abstracción”*. En el año 2020 se especifica, además de los diagnósticos anteriormente

citados: F10-F19. Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas, además de acreditarse consumo de cocaína durante el ingreso. El peritado acude a un centro especializado en drogodependencia entre los años 2020 y 2021 para realizar tratamiento de adicciones.

En la actualidad tiene un diagnóstico de 304.20 (F14.20) Trastorno grave por consumo de cocaína según DSM-5 en el CAD. El peritado refiere haber acudido al CAD entre los años 2020 y 2021, estando a la espera de los informes en el momento de la evaluación.

### **Exploración psicopatológica**

Durante la exploración, el peritado se muestra colaborador, estableciendo buen *rapport* con el evaluador. Se encuentra bien orientado en espacio y tiempo y con un nivel adecuado de conciencia. No se evidencian alteraciones en la percepción o en imágenes mentales. Inteligencia normal en referencia a su grupo normativo. El lenguaje utilizado es apropiado y adecuado al nivel educativo de la persona peritada, pero presenta dificultades en lectoescritura. No hay alteración en el contenido ni curso del pensamiento.

Se aprecia bajo *insight* relativo a sus déficits y problemáticas. Estilo atribucional externo. Presenta una marcada rigidez cognitiva alrededor de sus esquemas o guiones de comportamiento. Sistema de creencias muy limitado. Bajos recursos cognitivos. Impresiona una gran deseabilidad social durante la entrevista, minimizando su inseguridad y problemas. Impresiona ausencia de remordimiento y nula empatía con la víctima. Reconoce el patrón de agresividad, pero no lo valora como algo negativo. Presenta graves dificultades para entender las repercusiones de sus actos, ni siquiera en términos utilitaristas.

A nivel emocional se muestra eufémico. Impresiona una elevada ansiedad basal. Su discurso es desordenado. Le cuesta situar hechos en el tiempo y el espacio. Se aprecia un descenso significativo de la capacidad atencional a medida que transcurre la sesión de evaluación. Dificultad para entender dobles negaciones. Baja capacidad de abstracción. Elevada agitación motora. Baja motivación, pero suficiente para responder adecuadamente a las preguntas y pruebas realizadas. El peritado presenta una escasa planificación futura.

## RESULTADOS

En la prueba SIMS no existen indicadores de simulación en el peritado (validez de síntomas). La puntuación total en el SIMS resulta inferior a la recomendada como punto de corte para determinar sospecha de simulación, lo que sugiere que sus respuestas respecto a síntomas relacionados con trastornos psicopatológicos o alteraciones neurocognitivas son consistentes con los síntomas descritos por individuos que presentan un trastorno genuino.

En la prueba PAI, el primer nivel de análisis recae en las escalas de validez. No hay indicadores de exageración o minimización. Tampoco en infrecuencia o inconsistencia en las respuestas. El perfil es interpretable. Destacan las puntuaciones obtenidas en manía (67) debido a la elevación en la subescala nivel de actividad (67). Esta puntuación se relaciona con ineficacia en la gestión de los compromisos y elevada actividad motora (apresurada y desorganizada). Destacan las puntuaciones en rasgos antisociales (74), problemas de alcohol (82) y drogas (87). Estas puntuaciones correlacionan con hostilidad e impulsividad y actos antisociales. El peritado presenta una historia de consumo de alcohol y sustancias problemática que ha tenido interferencia en sus diferentes esferas vitales. Este consumo problemático se caracteriza por un deseo irrefrenable en el consumo y el manteamiento a pesar de las consecuencias. La escala agresión (86) aparece significativamente elevada. Estas puntuaciones se asocian a un nivel considerable de ira y a la conducta agresiva. Puede responder con agresividad cuando se siente frustrado o cuando interpreta (real o imaginado) que está siendo provocado (reactividad). A su vez esta puntuación correlaciona con una baja afabilidad (41).

En el MMPI 2 RF, el primer nivel de análisis recae en las escalas de validez. No hay indicadores de exageración o minimización. El perfil es interpretable (todas las escalas arrojan valores normativos con relación a la validez de síntomas). En la prueba se obtienen puntuaciones significativas en alteración del comportamiento externalizante (BXD: 73), conducta antisocial (RC4:72), propensión a la ira (ANP: 77) y abuso de sustancias (SUB: 93). Estas puntuaciones se asocian a conductas impulsivas y de descontrol, agresividad y dificultades en el trato con la autoridad. La propensión a la ira se asocia a un bajo nivel de tolerancia a la frustración, estallidos de mal genio e irritabilidad.

En el NEO PI-R, el estudio de las escalas de validez señala que el peritado no presenta tendencia a la deseabilidad social en la prueba. Destacan las puntuaciones elevadas en el factor Neuroticismo y Extraversión, así como puntuaciones bajas en Responsabilidad, Amabilidad y Apertura. Dentro del neuroticismo, el peritado presenta alta hostilidad, impulsividad y vulnerabilidad. Esto implica una marcada tendencia a la impulsividad y a la experimentación de ira. Asimismo, el peritado puede sentirse incapaz de enfrentarse a la adversidad. Dentro de la extraversión destaca la puntuación en actividad (elevada energía y necesidad de estar siempre haciendo cosas).

En relación con el factor apertura, destaca la baja puntuación en sentimientos. En el factor amabilidad se observa una baja franqueza, asertividad, actitud conciliadora y modestia. Esto implica que el peritado puede ocultar ciertas verdades y sus sentimientos, puede no colaborar y ser agresivo en el conflicto y se muestra reticente a involucrarse en los problemas de los demás.

Por último, en el factor responsabilidad, a excepción de orden, todas las facetas salen por debajo del promedio. Esto implica una muy baja reflexión y un bajo sentido de eficacia y responsabilidad en los objetivos que emprende.

En el (BIS-11), se puede observar (Tabla 1) cómo presenta una marcada impulsividad tanto cognitiva como motora y no planificada muy por encima del promedio de referencia (Centil 95).

**Tabla 1**

*Puntuaciones del BIS-11*

| <b>Subescala</b>       | <b>PD</b> | <b>Centil en hombre</b> |
|------------------------|-----------|-------------------------|
| Falta de planificación | 35        | 95                      |
| Impulsividad motora    | 28        | 90                      |
| Impulsividad cognitiva | 19        | 70                      |
| <b>TOTAL</b>           | <b>82</b> | <b>95</b>               |

En el RPQ, la agresión reactiva describe aquellas conductas que se suscitan como reacción a una provocación o una amenaza percibida (real o imaginada), mientras que la agresión proactiva incluye acciones desencadenadas intencionalmente para resolver conflictos o para conseguir beneficios, recompensas o refuerzos valorados por el agresor. El peritado presenta una puntuación directa de 16 en agresión reactiva y de 12 en proactiva. Ambas puntuaciones superan la media esperable en grupo poblacional (Andreu et al., 2009). Se observa un mayor predominio de agresión reactiva en el peritado.

En el AQ, que mide la agresión a través 4 factores: agresión física, agresión verbal, ira y hostilidad. El peritado ha mostrado puntuaciones elevadas en la valoración total (91) y en todas las subescalas [agresión física (30; muy alta), Ira (27; muy alta) y agresión verbal (14; alta)] menos hostilidad (20; baja).

En el STROOP, prueba dirigida a la evaluación de la influencia de la interferencia como indicador de una alteración en el control inhibitorio, siendo especialmente relevante para la detección de problemas neurológicos y cerebrales. Las diferentes tareas o condiciones del STROOP permiten evaluar aspectos atencionales relacionados como la memoria de trabajo, la flexibilidad cognitiva y la habilidad para mantener activa una meta y suprimir una respuesta habitual a favor de una menos familiar. Es decir, ofrece una medida de la habilidad para inhibir respuestas y manejar las interferencias (control atencional e inhibitorio).

Las puntuaciones obtenidas por la persona peritada (ver Tabla 2) ponen en valor una afectación importante en el rendimiento esperado en base a su grupo poblacional (rango bajo). Tanto la fatiga como la ansiedad son dos variables que pueden influir en la ejecución, así como problemas atencionales o una velocidad de procesamiento menor a la esperada en su edad.

**Tabla 2**

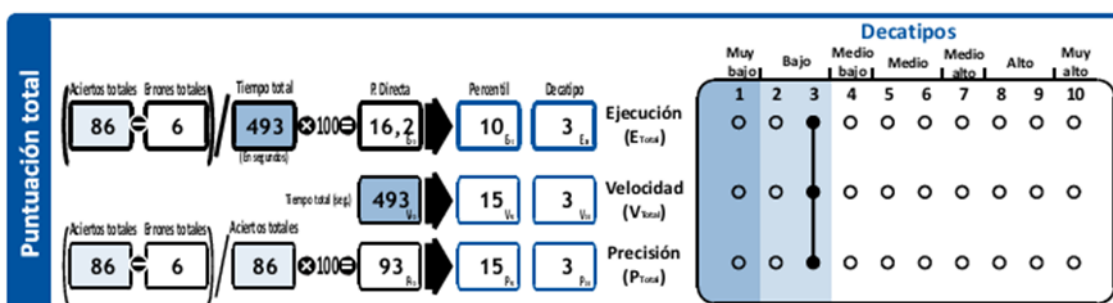
*Puntuaciones del STROOP*

| <b>Puntuación</b>              | <b>Pd</b> | <b>T</b> | <b>Rango</b>    |
|--------------------------------|-----------|----------|-----------------|
| Palabra                        | 72        | 26       | Muy bajo        |
| Color                          | 54        | 30       | Muy bajo        |
| Palabra-Color                  | 31        | 30       | Muy bajo        |
| Resistencia a la Interferencia | 0         | 40       | Bajo/medio bajo |

En el TESEN, prueba que sirve para realizar una evaluación general de las funciones ejecutivas, centrándose en la medida de la capacidad de planificación mediante la realización de una tarea visomotora. La puntuación total obtenida por el peritado corresponde a un decatipo bajo en ejecución (3) y velocidad (3) y precisión (3). *La velocidad*: refleja la capacidad de cada persona para resolver tareas que requieren de creciente control atencional y ejecutivo. *La ejecución*: las puntuaciones en ejecución reflejan la eficacia con la que la persona evaluada ha realizado la tarea tomando en consideración la velocidad y la precisión. *La precisión*: asociada a los errores durante la ejecución. La puntuación global es representativa del funcionamiento global de la persona a nivel ejecutivo (planificación, anticipación, memoria de trabajo y visopercepción) (véase, Figura 1).

**Figura 1**

*Resultados del TESEN*

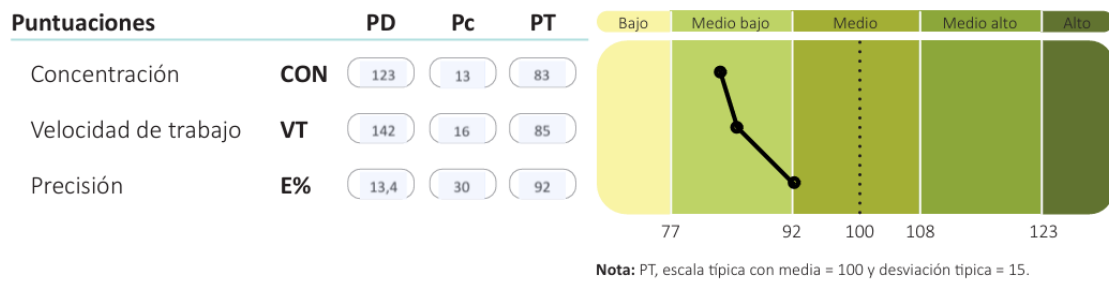


En el D2-R, prueba evaluativa de la capacidad para mantener la atención y la concentración en tareas sencillas cuando hay una presión de tiempo que incluye indicadores de velocidad a la que ha trabajado la persona evaluada y la presión de sus repuestas.

Los resultados obtenidos por la persona peritada arrojan valores medio-bajos (Figura 2). El rendimiento de la persona peritada ha sido medio-bajo en concentración, mostrando una velocidad de trabajo por debajo del promedio. Por lo tanto, el resultado podría indicar una capacidad de concertación medio-baja en tareas de atención selectiva. En cuando a la velocidad de procesamiento, las puntuaciones también arrojan valores por debajo de su grupo de referencia. La precisión también es inferior (medio-baja) a la esperada por su grupo de edad (errores de comisión por encima del promedio).

**Figura 2**

*Puntuaciones del d2-R*



En el FDT que evalúa la velocidad de procesamiento, la fluidez verbal, la atención sostenida y la eficiencia en la alternancia de procesos mentales, se puede observar las puntuaciones corresponden a un rendimiento bajo en relación con su grupo poblacional de referencia (Tabla 3).

**Tabla 3**

*Puntuaciones del FDT*

|              | PD | PC |
|--------------|----|----|
| Lectura      | 20 | 25 |
| Conteo       | 20 | 40 |
| Elección     | 34 | 30 |
| Alternancia  | 54 | 3  |
| Inhibición   | 14 | 35 |
| Flexibilidad | 34 | 2  |

**Integración de los resultados**

La integración de toda la documentación analizada y las pruebas administradas perfilan a un sujeto con una elevada impulsividad, propensión a la ira y la agresión y déficits marcados en los mecanismos inhibitorios en contextos interpersonales de elevada carga emocional. El tipo de agresión que predomina es la reactiva, es decir, la basada en una respuesta violenta emocional desproporcionada. Este tipo de agresión se asocia con la impulsividad y los déficits en el control inhibitorio. A lo largo de la vida, el peritado ha presentado un patrón constante de descontrol y múltiples problemas de comportamiento, agresividad e impulsividad en la escuela, en la familia, con su grupo de iguales, con

profesores y con la autoridad. Es decir, no es un hecho aislado, sino una dinámica constante en la vida del peritado.

Asimismo, el estudio de la documental pone en valor la existencia de un patrón de consumo problemático. El peritado refiere que desde los 15 años consume todo tipo de sustancias con predominio de la cocaína y el alcohol. En el 2020, durante un ingreso involuntario en una unidad psiquiátrica (motivado por la impulsividad y el descontrol conductual que mostraba el peritado) se realiza el siguiente diagnóstico: F10-F19. Trastornos mentales y del comportamiento debido al uso de sustancias psicoactivas. Actualmente el diagnóstico del CAD (Centro de Atención a las Adicciones) es de un 304.20 (F14.20) Trastorno grave por consumo de cocaína según DSM-5.

Esto implica que hay una problemática muy grave con el consumo de sustancias, concretamente con la cocaína, aspecto indivisible de los problemas conductuales que arrastra el peritado desde la infancia. Nada nos hace pensar que, en el momento de cometer el delito, aunque el peritado refiere no haber consumido cocaína (pero si alcohol) no estuviera dentro de este patrón de consumo y sus efectos (a nivel afectivo-conductual). En cuanto a la personalidad del peritado, se observan rasgos antisociales caracterizados por esquemas rígidos y creencias antisociales (sesgo egocéntrico), baja empatía, elevada impulsividad, baja tolerancia a la frustración, necesidad de aprobación atribución externa (hostil y suspicaz) y oposición a la norma y a la autoridad.

El peritado posee pocos recursos cognitivos, bajo *insight* y déficit en la toma de decisiones (alternancia de esquemas), esto correlaciona desde el punto de vista neuropsicológico con una baja flexibilidad cognitiva y dificultades en los procesos de inhibición. Estas características comprometen la impulsividad del peritado, quien no valora las consecuencias de sus actos ni posee la capacidad para inhibir o frenar respuestas de agresión, sobre todo en contextos de colisión interpersonal (Fracaso en la evaluación de señales, revisión del estado emocional y recuperación de guiones).

### **Impresión diagnóstica**

- 314.01 (F90.1) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Presentación predominante hiperactiva/impulsiva.
- 313.81 (F91.3) Trastorno negativista desafiante
- 304.20 (F14.20) Trastorno grave por consumo de cocaína

## FORMULACIÓN FORENSE

Para explicar la situación presente se ha de partir de los diagnósticos de TDAH y TND. La combinación de los diagnósticos da como resultado un perfil cognitivo caracterizado por rigidez y oposición sistemática a la norma. Asimismo, destacan problemas de impulsividad y descontrol conductual, lo que correlaciona con conductas disruptivas y agresiones. La falta de adaptación a los diferentes contextos de socialización (escuela, grupo de pares) cristaliza en una baja autoestima y bajo sentido de autoeficacia. Este aspecto vinculado a la identidad se ve reforzado cuando, en la adolescencia, se junta con grupos sociales en los que la impulsividad y la violencia son conductas validadas, por lo que, todo aquello que en el pasado supone un motivo de rechazo, ahora es un motivo de cohesión y de pertenencia.

En este tipo de grupos de socialización se facilita la instauración de un patrón de consumo. Además, la impulsividad es un factor de riesgo que favorece el mantenimiento de estos patrones de consumo. Los aprendizajes en estos grupos consolidan creencias que se traducen en esquemas de poder y superioridad, baja empatía y falta de remordimientos. Las respuestas de ira y violencia que antes eran castigadas ahora son reforzadas (cohesión grupal, respeto, resolución efectiva de ciertos conflictos). Estas creencias influyen en la atribución, lo que hace que las situaciones sean percibidas e interpretadas de forma idiosincrásica. Esto conlleva que cualquier amenaza imaginada va a activar esquemas de agresión, siendo fácil que situaciones neutras se interpreten en esta dirección. La ausencia de esquemas alternativos (rigidez) le lleva a que la interpretación se traduzca en una respuesta violenta (ya que posee bajos recursos y pocas alternativas aprendidas de respuesta). Este paso al acto se realiza de manera impulsiva (baja latencia de respuesta) no entrando en juego mecanismos de inhibición asociados al análisis de las consecuencias o el freno de la intensidad de la respuesta.

Los factores (esquemas intermedios) se asocian con errores cognitivos (pensamiento dicotómico, personalización, hostilidad) y se activan ante interacciones de naturaleza interpersonal, lo que implica que la interacción contexto (desafiante) y antecedentes internos (creencias, activación fisiológica) dispare respuestas cognitivas (errores de interpretación y pensamientos automáticos) y sobre todo una respuesta emocional-fisiológica (elevado *arousal*-activación, tensión muscular, nerviosismo...) que son un discriminativo de la propia conducta de agresión.

La conducta de agresión implica una descarga de tensión y una neutralización del conflicto o de la persona interpretada como peligro (refuerzo negativo) y el mantenimiento del estatus quo grupal y sentido de pertenencia por haber actuado conforme a las reglas de aprendizaje (variable disposicional) y el sistema de creencias (refuerzo positivo).

Por lo tanto, la impulsividad va a alcanzar su máxima expresión en el conflicto interpersonal. En la historia vital del peritado se documenta perfectamente esta tendencia a la agresión reactiva, es decir, su historial de peleas y detenciones siempre tiene como elemento central el papel del contexto y la conducta descontrolada. No existe un patrón de planificación.

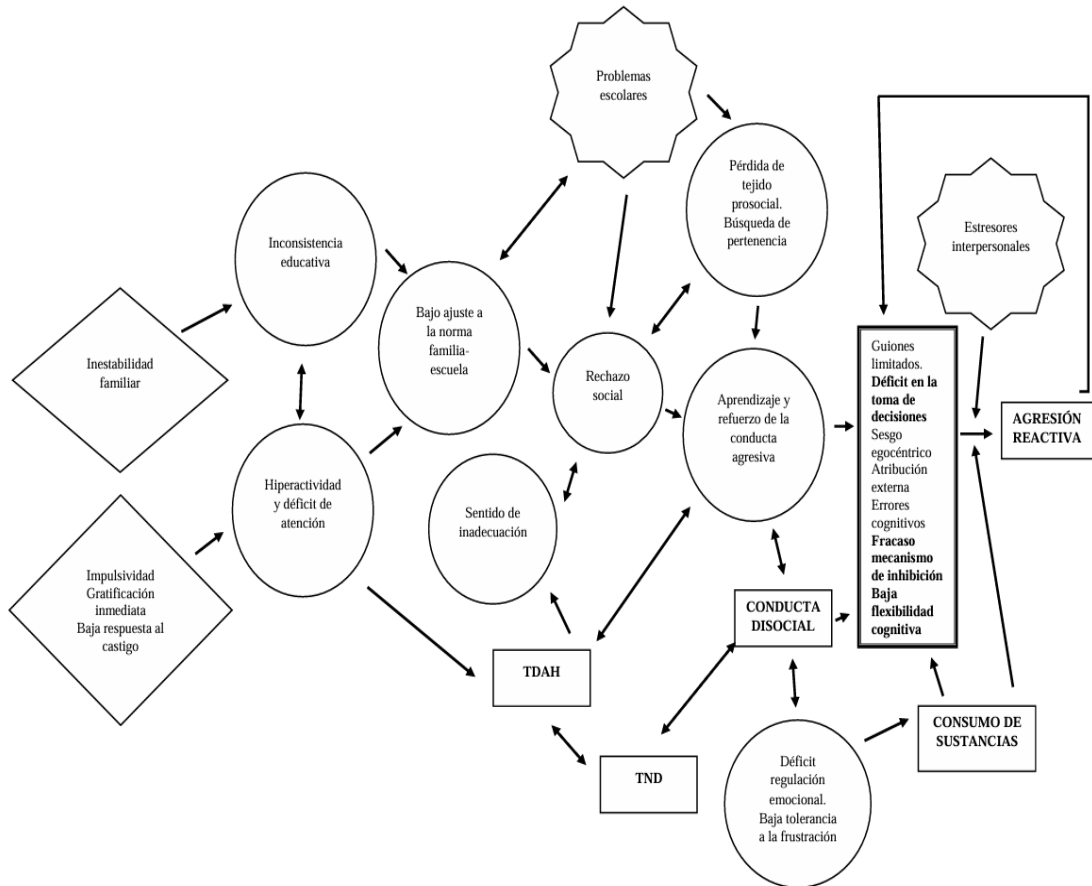
En el momento de la agresión que consta en las diligencias se puede valorar una puesta en escena parecida. Aunque él tenga previamente la idea de agredir (impulsividad cognitiva), la forma en que se produce la agresión se da en “*cortocircuito*” o *acting out*, actuando de manera descontrolado sin tener en cuenta las consecuencias ni pudiendo frenar la respuesta violenta (ni siquiera cuando ha pasado un tiempo). Es decir, el peritado puede tener la idea de pegarse con alguien, pero el cómo lo va a hacer y la intensidad de su respuesta no es controlable, por lo que la conducta siempre es improvisada y puramente impulsiva, pudiendo utilizar una botella, una piedra o todo aquello que en el momento tenga a su alcance.

A todo lo expuesto hay que sumar dos variables muy relevantes: la ausencia de tratamiento (en el momento de la agresión el peritado no está bajo tratamiento) y la más que posible presencia de un patrón de consumo problemático de alcohol y cocaína (grave adicción) (en base a las referencias y el estudio de la documental).

Estas dos variables son muy relevantes porque una persona con los diagnósticos del peritado, que no recibe tratamiento y que además potencialmente consume coca-etanol, se encuentra en un escenario en el que cualquier estresor puede desencadenar una respuesta aún más impulsiva en términos de resortes mentales del sujeto y fracaso en los mecanismo inhibitorios (Figura 3).

**Figura 3**

*Modelo Psicopatológico*



### CONTRASTE DE HIPÓTESIS

#### Hipótesis acerca de la validez de los síntomas

La hipótesis 1 (H1) implicaría que no existe una exageración de síntomas o un intento de simulación, mientras que en la hipótesis 2 (H2) se parte de una exageración y/o simulación. Tras el estudio de la documental, las entrevistas y las pruebas administradas (triangulación del SIMS con las escalas de validez del PAI y MMPI2 RF y observación y análisis documental) se acepta la hipótesis 1. No se han encontrado indicadores compatibles con simulación ni en la observación ni en las entrevistas. Las escalas de validez de las pruebas descartan un intento por exagerar los síntomas. La sintomatología de la persona peritada está objetivada por otros profesionales y guarda consistencia longitudinal. No hay una puesta en escena exageradora.

## **DISCUSIÓN FORENSE**

### **Sobre el estado psicológico del peritado**

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad es una condición de inicio en la infancia (aunque se puede mantener en la edad adulta) que se manifiesta con síntomas de hiperactividad, impulsividad e inatención y que puede afectar en diferentes ámbitos, sobretudo en la cognición, en el ámbito académico, en el comportamiento, en la esfera emocional y en el funcionamiento social (APA, 2014). A la hora de evaluar este tipo de cuadros, deberá tenerse siempre en cuenta que el diagnóstico diferencial del TDAH puede complicarse con elevada frecuencia debido a la elevada comorbilidad que presenta este tipo de alteración con otros cuadros psicopatológicos (López-Villalobos et al., 2004; Philipsen, 2006). Así, por ejemplo, una significativa proporción de niños atendidos en el ámbito asistencial a causa de un TDAH sufren también un trastorno negativista desafiante (como en el caso presente) o un trastorno disocial.

Los trastornos de conducta (TC) y el trastorno oposicionista-desafiante en la infancia están considerados entre los más frecuentemente asociados con el TDAH. Se ha estimado que entre el 30 y el 50% de los delincuentes jóvenes han sido diagnosticados previamente como sujetos que padecen TDAH. Además, los jóvenes que presentan ambos cuadros, TDAH y TC (trastorno de conducta), muestran problemas de comportamiento más graves y persistentes que aquellos que padecen solo TDAH o TC. Sin embargo, los factores de funcionamiento familiar, pautas educativas y de entorno psicosocial durante la infancia y la adolescencia pueden modular la asociación del TDAH con las conductas antisociales (Andreu et al. 2015). Igualmente, se ha estudiado la fuerte relación entre el TDAH y el consumo o abuso de sustancias, elaborando teorías que intentan explicar el mayor riesgo de consumo de drogas de abuso en este grupo de personas. Dichas teorías pasan desde las perspectivas genéticas, biológicas basadas en los neurotransmisores dopamina y serotonina, el propio riesgo por la impulsividad de la condición, el contexto social y familiar predisponente y como una de las más interesantes, la teoría del uso de las drogas como forma de “automedicación”. Los pacientes con TDAH tienen un riesgo significativo para el consumo de sustancias, en particular para la cocaína. En torno a un 40-50% de los TDAH desarrollan consumo de cocaína según algunos estudios. La comorbilidad del TDAH con la cocaína produce efectos aditivos y posiblemente en algunos casos potenciadores de algunos problemas como las alteraciones en las funciones ejecutivas, la impulsividad y los síntomas afectivos (Reguera & Cruz-Ariz, 2018).

### **Bases neuroanatómicas y neuropsicológicas del TDAH y la agresión**

Uno de los elementos clave en el caso presente es el patrón continuado de agresión reactiva documentado en la historia del peritado. La agresión reactiva puede desencadenarse por un estímulo amenazante o frustrante (real o interpretado), por lo que se asocia a repuestas o ataques no planificados (Blair, 2010). La regulación del comportamiento agresivo reposa en un conjunto complejo de circuitos neuronales que involucran diversas áreas corticales y estructuras subcorticales, ocupando el sistema límbico un papel muy relevante en la autorregulación conductual (Tangarife-Calero & Ibáñez-Alfonso, 2020). Esto es especialmente relevante cuando analizamos la conducta social y emocional (Kolb & Whishaw, 2017). En este contexto, la amígdala estaría implicada en el comportamiento motivacional y emocional del sujeto, teniendo un papel muy importante en las respuestas agresivas al desempeñar una función de regulación de las emociones negativas (miedo, amenaza y vivencias de elevada carga emocional como el conflicto interpersonal). Concretamente la agresión reactiva estaría mediada por la vía amígdala-hipotálamo-sustancia gris periacueductal (sistema mediador de respuesta de agresión reactiva, RAR).

Además, en la autorregulación del comportamiento intervendrían la corteza prefrontal dorsolateral, la corteza prefrontal medial y la corteza orbitofrontal. Estas regiones del córtex prefrontal cumplen una función moduladora de los estados emocionales, al ser receptoras de distintas aferencias dopaminérgicas mesolímbicas (Kolb & Whishaw, 2017). Si nos situamos en el córtex prefrontal y analizamos la relación entre agresión, toma de decisiones y mecanismos de inhibición es inevitable poner en valor el papel de las funciones ejecutivas, ya que están especialmente comprometidas en sujetos con diagnóstico de TDAH. Estas son un conjunto de habilidades cognitivas (procesos cognitivos *top-down* de orden superior) que permiten la organización compleja del comportamiento y están involucradas en la programación, la planificación-secuencia, la anticipación de eventos (análisis de las situaciones) y la autorregulación del comportamiento (cambios adaptativos) (Mulas et al., 2006). Esto conlleva que pacientes con TDAH pueden presentar déficits en procesos como la memoria de trabajo, la atención, la regulación emocional, el procesamiento temporal, la motivación (alteración de los mecanismos involucrados en el procesamiento de recompensas), la flexibilidad cognitiva y la inhibición (Sjöwall et al., 2013).

Desde un punto de vista neuroanatómico (y funcional) se han encontrado diferencias entre población neurotípica y sujetos con TDAH. Estrictamente, las funciones ejecutivas se vinculan con circuitos cerebrales que unen, mediante conexiones excitatorias recíprocas, la corteza frontal con el tálamo y los ganglios basales (Rubio et al., 2016). Estas diferencias se hallan en regiones cerebrales y en términos de conectividad que no se limitan al circuito frontoestriado dorsal, sino que abarcan áreas ventrales de la corteza prefrontal, estriada y amígdala, cerebelo y regiones parietales y frontales. Es decir, también se ven comprometidas estructuras asociadas a la atención y las emociones (Albert et al., 2016). En concreto, en el caso que nos ocupa el pobre control inhibitorio es el factor de mayor relevancia, ya que está involucrado en la conducta impulsiva y conecta con la hipótesis de la afectación volitiva del sujeto en el momento de cometer la agresión (criterio psicológico y normativo) (Dujo, 2024). El pobre control inhibitorio es posible que sea la función más estudiada y vinculada a sujetos con TDAH. La inhibición es la supresión de una respuesta inapropiada en base al contexto a favor de una apropiada. La inhibición es un requisito para la flexibilidad cognitiva, el autocontrol y la regulación emocional (Rubio et al., 2016). Este déficit se asocia con un menor volumen de sustancia gris en el giro frontal inferior (Albert et al., 2013), menores volúmenes de la corteza orbitofrontal, ínsula (López-Larson et al., 2012) y cíngulo posterior (He et al., 2015). Asimismo, mayores niveles de impulsividad e hiperactividad se asocian con los volúmenes de los núcleos *accumbens* (estriado ventral) y caudado y menor grosor de las áreas prefrontales (Albert et al., 2013). La agresividad, que no la impulsividad, se explicaría desde el grosor de la corteza orbitofrontal y desde la conectividad de la sustancia blanca que une corteza prefrontal y *accumbens* (Albert et al., 2013).

Otro modelo relevante para el caso que nos ocupa es el de aversión primaria (Sonuga-Barke et al., 1992). Este modelo se asocia con la demora de la gratificación. No solo explica la baja latencia de respuesta ante el discriminativo (impulsividad), sino también el patrón conductual de escape de la situación de espera. En este modelo la impulsividad no se explica desde el déficit en los mecanismos de inhibición, sino desde el rechazo a tener que esperar una recompensa demorada. El modelo actualizado también abarca el control inhibitorio (combinación) y sitúa el correlato neuroanatómico en la vía mesolímbica dopaminérgica y los volúmenes negativos de las regiones orbitales de la corteza prefrontal y estriado ventral (Sonuga-Barke, 2002).

### **Sobre el impacto psicológico de la alteración psíquica en el momento del delito (afectación cognoscitiva y volitiva)**

En base a lo anteriormente expuesto se ha de partir de la premisa de que el impacto psicológico de los diagnósticos explicados es el resultado de la confluencia y comorbilidad, por lo que la intensidad de la impulsividad es significativamente mayor. Parece que la impulsividad/conducta de agresión y todos los mecanismos asociados son las variables más relevantes en el presente caso. Según los conceptos de los distintos autores podemos definir la impulsividad como una conducta en la que prevalece un componente motórico de inmediatez, un comportamiento que también está asociado a factores cognitivos o en el que predominan aspectos emocionales-temperamentales (Villarejo, 2012). A su vez las conductas impulsivas pueden dividirse en impulsividad inmediata e impulsividad diferida (Villarejo, 2012). En la impulsividad inmediata tiene mayor importancia el componente motórico. Son irreflexivas, suponen una respuesta inmediata a estímulos, no tienen una motivación racional clara, resultan imposibles de inhibir y se manifiestan en “*acting-out*”. Prevalece la recompensa inmediata y están dotadas de fuerte carga afectiva, fundamentalmente la ira (Sanz et al., 2006).

En la impulsividad diferida más que el componente motórico inmediato, adquieren relevancia elementos cognitivos y temperamentales-emocionales. Se aprecia un fracaso en resistir el impulso de llevar a cabo una conducta. Hay pérdida de control o pérdida de habilidad para dejar de hacer una conducta. Existe por tanto y, en primer lugar, una decisión precipitada. En el caso presente se observa una impulsividad diferida asociada a la decisión de agredir y una impulsividad inmediata vinculada a aspectos motóricos inmediatos (la forma e intensidad con la que agrede). Como se puede observar el tipo de agresión habitual en la vida del peritado (y en el momento de los hechos) es la agresión reactiva (en la que es habitual la impulsividad inmediata). En la historia psicoeducativa se ve una tendencia muy marcada a la impulsividad y la respuesta violenta ante la norma y la frustración. La violencia reactiva está relacionada con una baja resistencia a la frustración (Hubbard et al., 2001). A este respecto, Díaz-Aguado (2006) plantea que altos niveles de dificultad y frustración pueden generar violencia reactiva cuando no van acompañados de las capacidades necesarias para superar dichas dificultades.

Esta agresión suele relacionarse con la existencia de un sesgo en la interpretación de las relaciones sociales que se basa en la tendencia a realizar atribuciones hostiles al

comportamiento de los demás. Tal atribución va acompañada de una carencia de habilidades para la resolución de conflictos (Hubbard et al. 2002; Crick & Dodge, 1996; Schwartz et al., 1998). Por lo tanto, el patrón agresivo-impulsivo analizado del peritado se caracteriza por (Andreu et al., 2006): a) conductas irreflexivas, no deliberadas, sin planificación cognitiva; b) escaso control de la conducta; c) sin objetivos concretos, ni ganancias secundarias; d) escasa valoración de los riesgos/consecuencias; e) distorsiones cognitivas respecto a las conductas de los demás (atribución de hostilidad sobre la conducta de los otros) y, f) interpretaciones amenazantes y hostiles del entorno personal y social.

Respecto a la vinculación entre TDAH y comportamiento criminal, conviene advertir que no se trata de dos variables que necesariamente tengan que concurrir, todo lo contrario, más bien lo que acontece es que esas especiales características exteriorizadas por parte de la persona que presenta TDAH se encuentran muy próximas al desarrollo de conductas ilícitas o, cuanto menos, antisociales (Morillas, 2018). De hecho, la citada correlación solamente se producirá en un número muy reducido de personas y, en particular, en aquellas en las que concurren características como el atrevimiento, la búsqueda de sensaciones o la concurrencia de otros trastornos como el opositor desafiante, de conducta, trastorno antisocial de la personalidad o relacionado con sustancias (Aguilar, 2014, 2015). Lo relevante no es el diagnóstico en sí (de manera aislada) sino la confluencia de los diagnósticos (Philipsen, 2006) y las variables presentes en el caso: impulsividad, bajo respeto a la normal, tendencia a experimentar ira, ausencia de tratamiento, esquemas antisociales y consumo de sustancias. Estas variables, muy relevantes en el ámbito forense (Esbec & Echeburúa, 2010) son claves para entender el impacto psicológico en el momento de la comisión delictiva.

Por lo tanto, en base al estudio realizado y a las implicaciones de estas variables en contextos forenses (Dujo et al., 2016, 2024) se entiende que los problemas de impulsividad del sujeto se encuentran ampliamente documentados en su historia vital y que se dan elementos suficientes para afirmar que existe una afectación en las funciones ejecutivas (impulsividad, flexibilidad cognitiva, toma de decisiones, control inhibitorio), que comprometen la adecuación de su comportamiento a su conocimiento en relación a los hechos (afectación volitiva).

## CONCLUSIONES

El perito firmante del presente informe pericial psicológico ha redactado el contenido del mismo con imparcialidad y con arreglo a su leal saber y entender y a los principios de la Psicología. Con todos los respetos a Ss. y al Tribunal que corresponda, se emiten las siguientes conclusiones:

**PRIMERA:** En el momento actual el peritado presenta los siguientes diagnósticos: 314.01 (F90.1) Trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Presentación predominante hiperactiva/impulsiva. 313.81 (F91.3) Trastorno negativista desafiante y 304.20 (F14.20) Trastorno grave por consumo de cocaína. La confluencia y comorbilidad de estos diagnósticos implica una elevada impulsividad, problemas de atención, esquemas rígidos y creencias antisociales, baja empatía, atribución externa, oposición a la norma y a la autoridad, bajos recursos cognitivos, bajo *insight* y déficit en la toma de decisiones y planificación. Igualmente, existe una historia acreditada de fracasos terapéuticos y una mala adherencia al tratamiento. En el momento de la agresión el peritado no está en tratamiento.

**SEGUNDA:** En relación con el consumo, partiendo del diagnóstico del CAD (2024) y de la unidad de psiquiatría infantil a la que acude (2020) queda acreditada una grave adicción a la cocaína. Asimismo, entre los años 2020 y 2021 el peritado acude un centro especializado para realizar tratamiento de adicciones. Analizando el patrón y el recorrido del consumo, nada nos hace pensar que en la fecha de la agresión el peritado no presentara ninguna problemática asociada al consumo. Los diagnósticos establecidos ponen en valor patrones duraderos y problemáticos potencialmente presentes en el momento de la agresión. En el caso del peritado, este patrón interfiere negativamente con su impulsividad de base. Esto quiere decir que, aunque no haya consumido en el momento de la agresión, el consumo frecuente afecta a los resortes mentales del sujeto a nivel motivacional y afectivo, facilitando la experimentación de ansiedad, ira y respuestas impulsivas. Mientras que la cocaína tiene un efecto euforizante y potencia la impulsividad, el alcohol tiene un efecto depresor que afecta a los procesos de inhibición, favoreciendo el fracaso de los mecanismos de control conductual (ya afectados en el peritado).

**TERCERA:** En cuanto a la esfera volitiva, los problemas de impulsividad del sujeto se encuentran ampliamente documentados en su historia vital y se dan elementos

suficientes para afirmar que existe una afectación en las funciones ejecutivas (impulsividad, flexibilidad cognitiva, toma de decisiones, control inhibitorio), lo que comprometería la adecuación de su comportamiento a su conocimiento en relación con los hechos descritos, que a su vez se dan en un contexto de elevado estrés.

**CUARTA:** Por lo tanto, en base a todo lo expuesto, se considera que, en el momento de los hechos, el peritado presenta una grave afectación en los mecanismos motivacionales y decisionales, debido a la presencia de un patrón de impulsividad inmediata con la suficiente intensidad como para implicar un fracaso en el control de los impulsos (procesos inhibitorios), aspecto que repercute significativamente en la esfera volitiva.

**QUINTA:** Se recomienda la intervención terapéutica centrada en el consumo, en el control de la ira y los esquemas antisociales para favorecer una mayor adaptación prosocial.

## REFERENCIAS

- Aguilar, M. M. (2014). *El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): Aspectos jurídico-penales, psicológicos y criminológicos*. Dykinson.
- Aguilar, M. M. (2015). ¿Sería comprensible la inclusión del TDAH dentro de las denominadas “anomalías mentales permanentes” descritas por la doctrina penal tras el análisis de la cuestión de imputabilidad-inimputabilidad? *Revista Internacional de Doctrina y Jurisprudencia*, 11, 1-77.
- Albert, J., Fernández-Jaén, A., Martín Fernández-Mayoralas, D., López-Martín, S., Fernández-Perrone, A. L., Calleja-Pérez, B. Jiménez-de la Peña, M. & Recio-Rodríguez, M. (2016). Neuroanatomía del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: correlatos neuropsicológicos y clínicos. *Revista de Neurología*, 63(2), 71-78.
- Albert, J., López-Martín, S., Hinojosa, J. A. & Carretié, L. (2013). Spatiotemporal characterization of response inhibition. *Neuroimage*, 76, 272-281.
- Andreu, C., Letosa, J., López, M. & Mínguez, V. (2015). Implicaciones forenses en adultos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista Española de Medicina Legal*, 41(2), 65-71.

- Andreu, J. M., Peña, M. E. & Graña, J. L. (2002). Adaptación psicométrica de la versión española del Cuestionario de Agresión. *Psicothema*, 14(2), 476-482.
- Andreu, J.M., Peña, M. E. & Ramírez, J. M. (2009). Cuestionario de agresión reactiva y proactiva: un instrumento de medida de la agresión en adolescentes. *Revista de psicopatología y psicología clínica*, 14(1), 37-49.
- Andreu, J. M., Ramírez, J. M. & Raine, A. (2006). Un modelo dicotómico de la agresión: Valoración mediante dos auto-informes. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 6, 103-118.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5*. Masson.
- Barkley, R. A. (1997). *ADHD and the nature of self-control*. Guilford Press.
- Barkley, R. A. (2015). *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder: A Handbook for Diagnosis and Treatment, 4th Edition*. Guildford Press.
- Biederman, J. & Faraone, S. V. (2018). Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. *The Lancet*, 391(10122), 450-462. doi:10.1016/S0140-6736(17)32850-5
- Blair, R. J. R. (2010). Neuroimaging of psychopathy and antisocial behavior: a targeted review. *Current Psychiatry Reports*, 12(1), 76-82.
- Borum, R., Bartel, P. & Forth, A. (2003). Assessing violence risk in individuals with mental illness. *Psychiatric Clinics of North America*, 26(3), 551-570.
- Brickenkamp, R., Schmidt-Atzert, L. & Lipemann, D. (2022). *D2-R. Test de atención-revisado*. TEA Ediciones.
- Collins, P. & White, T. (2002). Forensic implications of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adulthood. *The Journal of Forensic Psychiatry*, 13(2), 263-284.
- Cordero, A., Pamos, A. & Seisdedos, N. (2008). *NEO PI-R. Inventario de personalidad Neo-revisado*. TEA Ediciones.
- Crick, N. R. & Dodge, K. A. (1996). Social Information Processing Mechanisms in Reactive and Proactive Aggression. *Child Development*, 67, 993-1002

- Degenhardt, L., Hall, W. & Lynskey, M. (2010). The relationship between cannabis use and psychosis: A review of the evidence. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 44(2), 105-112.
- Díaz-Aguado, M. J. (2006). *Convivencia escolar y prevención de la violencia*. Centro Nacional de Información y Comunicación Educativa.
- Dujo, V. (2024). Evaluación psicológica forense en un supuesto de delincuencia funcional En E. García-López y D. González-Trijueque. *Psicopatología forense: libros de casos* (pp 95-104). Manual Moderno.
- Dujo, V., Horcajo-Gil, P. J. & González-Trijueque, D. (2016). Informe pericial psicológico: drogadicción y responsabilidad penal. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 16 (1), 114-128.
- DuPaul, G. J. & Stoner, G. (2014). *ADHD in the schools: Assessment and intervention strategies, 3rd Edition*. Guilford Press.
- Esbec, E. & Echeburúa, E. (2010). Violencia y trastornos de la personalidad: implicaciones clínicas y forenses. *Actas Españolas de Psiquiatría*, 38(5), 249-261.
- Faraone, S. V., Biederman, J. & Mick, E. (2000). Molecular genetics of Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Biological Psychiatry*, 57(11), 1313-1323.
- García-Jiménez, E. & Casas, M. (2006). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica. *Revista de Neurología*, 42(10), 600-606.
- Goldstein, R. Z. & Volkow, N. D. (2002). Drug addiction and its underlying neurobiological basis: Neuroimaging evidence for the involvement of the frontal cortex. *The American Journal of Psychiatry*, 159(10), 1642-1652.
- González-Ordi, H. & Santamaría, P. (2009). *SIMS. Inventario Estructurado de Síntomas*. TEA Ediciones.
- He, N., Li, F., Li, Y., Guo, L., Chen, L., Huang, X. & Gong, Q. (2015). Neuroanatomical deficits correlate with executive dysfunction in boys with attention deficit hyperactivity disorder. *Neuroscience letters*, 600, 45-49.

- Horcajo-Gil, P. J. & González-Trijueque, D. (2019). Informe psicológico pericial: responsabilidad criminal (imputabilidad) en un caso de trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Psicopatología Clínica, Legal y Forense, Vol. 19*, 1-21.
- Hubbard, J. A., Dodge, K. A., Cillessen, A. H. N., Coie, J. D. & Schwartz, D. (2001). The Dyadic Nature of Social Information Processing in Boys' Reactive and Proactive Aggression. *Journal of Personality and Social Psychology, 80*, 268-280.
- Hubbard, J. A., Smithmyer, C. M., Ramsden, S. R., Parker, E. H., Flanagan, K. D., Dearing, K. F., Relyea, N. et ál. (2002). Observational, Physiological, and Self-Report Measures of Children's Anger: Relations to Reactive versus Proactive Aggression. *Child Development, 73*, 1101- 1118.
- Kolb, B. & Whishaw, I. Q. (2017). *Neuropsicología humana (7ª edición)*. Panamericana.
- Kollins, S. H., & McClernon, F. J. (2016). The role of impulsivity in the relationship between ADHD and substance use disorders. *Journal of Attention Disorders, 20*(5), 389-397. doi:10.1177/1087054713500460
- Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre del Código Penal. *Boletín Oficial del Estado, 281, de 24 de noviembre de 1995*. Recuperado de: <https://www.boe.es/buscar/pdf/1995/BOE-A-1995-25444-consolidado.pdf>
- Lopez-Larson, M. P., King, J. B., Terry, J., McGlade, E. C. & Yurgelun-Todd, D. (2012). Reduced insular volume in attention deficit hyperactivity disorder. *Psychiatry Research: Neuroimaging, 204*(1), 32-39.
- López-Villalobos, J. A., Serrano, I. & Delgado, J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema, 16*(3), 402-407.
- Mills, J. F. & Tully, J. (2013). The role of mental illness in the criminal justice system: A review of the literature. *International Journal of Law and Psychiatry, 36*(5-6), 455-462
- Mir-Puig, S. (2011). *Derecho Penal. Parte General (9ª Edición)*. Editorial Reppertor.
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M. & Swann, A. C. (2001). Psychiatric aspects of impulsivity. *Journal of Affective Disorders, 61*(1-2), 49-55.

- Moffitt, T. E. (1993). Adolescence-limited and life-course-persistent antisocial behavior: A developmental taxonomy. *Psychological Review*, 100(4), 674-701.
- Morillas, D. L. (2013). Imputabilidad y trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista Internacional de Doctrina y Jurisprudencia*, 3, 1-40.
- Morillas, D. L. (2018). Valoración del grado de imputabilidad de las personas con trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Revista de Derecho, Empresa y Sociedad*, 13, 78-92.
- Morillas, D. L. & Aguilar, M. M. (2014). El inicio de la carrera criminal en menores infractores con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). En F. Miró, J. R. Agustina, J. E. Medina y L. Summers (Eds.), *Crimen, oportunidad y vida diaria*. (pp. 457-492). Dykinson.
- Mulas, F., Etchepareborda, M. C., Abad-Mas, L., Díaz-Lucero, A., Hernández, S., De la Osa, A., Pascuale, M.J. & Ruiz-Andrés, R. (2006). Trastornos neuropsicológicos de los adolescentes afectos de trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Revista de Neurología*, 43(1), 71-81.
- Nigg, J. T. (2017). Annual research review: On the relations among self-regulation, self-control, and executive function in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 58(4), 361-383. doi:10.1111/jcpp.12610.
- Oquendo, M. A., Baca-García, E., Graver, R., Morales, M., Montalvan, V. & Mann, J. J. (2001). Spanish adaptation of the Barratt impulsiveness scale (BIS-11). *The European Journal of Psychiatry*, 15, 147-155.
- Ortiz-tallo, M., Santamaría, P., Cardenal, V. & Sánchez M.P. (2011). *PAI. Inventario de evaluación de la personalidad*. TEA Ediciones
- Parker, D. R. & Houghton, S. (2020). The impact of ADHD on academic performance: A meta-analysis. *Journal of Attention Disorders*, 24(6), 823-834. <https://doi.org/10.1177/1087054716672000>
- Philipsen, A. (2006). Differential diagnosis and comorbidity of attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) and borderline personality disorder (BDP) in adults. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 256(1), 142-149.

- Pintado, A. (2017). Análisis criminológico de la relación TDAH/delincuencia en España. En J. M. Peris (Dir.), *El trastorno por déficit de atención e hiperactividad en la responsabilidad penal* (pp. 157-174). Dykinson.
- Portellano, J.A. & Martínez-Arias, R. (2014). *TESEN. Test de los Senderos para la Evaluación de las Funciones Ejecutivas*. TEA Ediciones.
- Raggi, V. L. & Chronis, A. M. (2018). The impact of ADHD on academic performance: A review of the literature. *Journal of Attention Disorders*, 22(3), 217-227. <https://doi.org/10.1177/1087054713500460>
- Raine, A., Dodge, K., Loeber, R., Gatzke-Kopp, L., Lynam, D., Reynolds, C., Stouthamer-Loeber, M. & Liu, J. (2006). The reactive-proactive aggression questionnaire: Differential correlates of reactive and proactive aggression in adolescent boys. *Aggressive Behavior*, 32, 159–171.
- Reguera, D. y Cruz-Ariz, M. (2018). El efecto y las consecuencias del consumo de cocaína en personas con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y sus características. *Revista NPunto*, 9, 60-74.
- Retz, W. & Rosler, M. (2010). Association of ADHD with reactive and proactive violent behavior in a forensic population. *Attention Deficit Hyperactivity Disorders*, 2(4), 195-202.
- Rubio, B., Castrillo, J., Herreros, O., Gastaminza, X. & Hernández, S. (2016). Perfil y endofenotipos neuropsicológicos en TDAH: Una revisión. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 33(1), 7-20.
- Ruiz-Fernández, B., Luque, T. & Sánchez-Sánchez, F. (2020). *STROOP. Test de Colores y Palabras - Edición Revisada*. TEA ediciones
- Santamaría, P. (2015). *MMPI-2-RF. Inventario Multifásico de Personalidad de Minnesota-2 Reestructurado*. TEA Ediciones.
- Sanz, J., Magán, I. & Vera, M. P. G. (2006). Personalidad y el síndrome AHI (agresión-hostilidad-ira): relación de los Cinco Grandes con ira y hostilidad. *Psicopatología Clínica Legal y Forense*, 6(1), 153-176.

- Schoenfelder, E. N. & Kollins, S. H. (2016). The role of impulsivity in the relationship between ADHD and substance use disorders: A review of the literature. *Journal of Attention Disorders, 20*(5), 389-397. doi: 10.1177/108705471350046
- Schwartz, D., Dodge, K. A., Coie, J. D., Hubbard, J. A., Cillessen, A. H. N., Lemerise, E. A. & Bateman, H. (1998). Social-Cognitive and Behavioral Correlates of Aggression and Victimization in Boy's Play Groups. *Journal of Abnormal Child Psychology, 26*, 431-440.
- Sedó, M. (2007). *FDT. Test de los Cinco Dígitos*. TEA Ediciones
- Setlik, J., Bond, R. & Ho, M. (2009). Adolescent prescription ADHD medication abuse is rising along with prescriptions for these medications. *Pediatrics, 124*, 875-880.
- Sjöwall, D., Roth, L., Lindqvist, S. & Thorell, L. B. (2013). Multiple deficits in ADHD: executive dysfunction, delay aversion, reaction time variability, and emotional deficits. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 54*(6), 619-627.
- Sonuga-Barke, E. J. (2002). Psychological heterogeneity in AD/HD—a dual pathway model of behaviour and cognition. *Behavioural Brain Research, 130*(1-2), 29-36.
- Sonuga-Barke, E. J., Taylor, E., Sembi, S., & Smith, J. (1992). Hyperactivity and delay aversion—I. The effect of delay on choice. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 33*(2), 387-398.
- Steinberg, L. (2009). Adolescent development and juvenile justice. *Annual Review of Clinical Psychology, 5*, 459-485.
- Tangarife-Calero, P. & Ibáñez-Alfonso, J. (2020). Neuropsicología de las conductas agresivas: aportaciones a la criminología. *Revista Iberoamericana de Neuropsicología, 3*(2), 171-183.
- Villarejo, A. (2012). Las bases biopsicológicas de la imputabilidad en la conducta impulsiva. *Cuadernos de Medicina Forense, 18*(2), 63-70.
- Wilens, T. E. & Biederman, J. (2014). Attention-deficit/hyperactivity disorder and the development of substance use disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry, 53*(8), 835-837. doi:10.1016/j.jaac.2014.06.014
- Zhang, J. & Wang, Y. (2020). Impulsivity and substance use: A review of the literature. *Substance Use & Misuse, 55*(3), 367-375. doi:10.1080/10826084.2019.1672040