

INFORME PSICOLÓGICO PERICIAL: RESPONSABILIDAD CRIMINAL (IMPUTABILIDAD) EN UN CASO DE TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN E HIPERACTIVIDAD (TDAH)

Pedro José Horcajo Gil¹

Psicólogo forense en el ámbito privado. España.

Doctorando en Psicología forense. Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica. Universidad Complutense de Madrid

David González-Trijueque

Doctor en Psicología

Universidad Francisco de Vitoria

*Psicólogo forense en Juzgados de Getafe
Tribunal Superior de Justicia de Madrid*

Resumen

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos que más interés científico ha generado en los últimos años. En ocasiones, las alteraciones comportamentales que el TDAH produce llegan a constituir hechos delictivos. Se desconoce la causa precisa del trastorno, pues aunque se caracterice por una base genética elevada, este hecho no explicaría su manifestación al margen de otros factores externos como ser la historia personal o el contexto de desarrollo. Las manifestaciones clínicas del TDAH se pueden agrupar en tres grandes categorías: déficit de atención, impulsividad (cognitiva y motora) e hiperactividad.

PALABRAS CLAVE: *atenuante, responsabilidad criminal, informe psicológico pericial, evaluación psicológica forense, trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH).*

Abstract

Attention-deficit/hyperactivity disorder (ADHD) has generated the most scientific interest in recent years. Sometimes, the behavioral disturbances that ADHD produces become criminal acts. The precise cause of the disorder is unknown, because although it is characterized by a high genetic base, this fact would not explain its manifestation apart from other external factors such as personal history or the developmental context. The clinical manifestations of the ADHD can be grouped into three broad categories: attention deficit, impulsivity (cognitive and motor) and hyperactivity.

KEYWORDS: *diminished responsibility, criminal responsibility, psychological expert report, expert psychological assessment, attention deficit/hyperactivity disorder (ADHD).*

Introducción

El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) es uno de los trastornos que más interés científico ha generado en los últimos años (Barkley, 2006). Ha sido abordado desde distintas disciplinas, entre ellas la Psicología. La gran mayoría de investigaciones han tratado de buscar

¹ Citar este artículo como: Horcajo-Gil, P.J. (2019). Informe psicológico pericial: responsabilidad criminal (imputabilidad) en un caso de Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Psicopatología Clínica, Legal y Forense*, 19, 1-21. doi:

¹ Correspondencia: Pedro José Horcajo Gil (Horcajo-Gil, P. J.). Psicólogo forense ámbito privado. España. Calle de la Quintana, 28. Madrid. 28008. Madrid.

Correo electrónico: pedrojosehorcajo@psicologia-forense-madrid.es

Fecha de recepción del artículo: 27-04-2019

Fecha de aceptación del artículo: 18-06-2019

explicaciones sobre la etiología o causa de este tipo de alteración; además, muchas investigaciones han tratado de hallar cómo establecer elementos de control sobre los comportamientos asociados, los cuales, en ocasiones pueden incluso derivar en hechos delictivos. Los comportamientos asociados al TDAH pueden derivar en hechos delictivos debido a los problemas sobre el control de la impulsividad que son característicos en este tipo de cuadros (Aguilar, 2014; Collins y White, 2002; Retz y Rosler, 2010).

Históricamente, se puede decir que el TDAH ha sido un tipo de alteración que ha pasado prácticamente desapercibida y que únicamente ha generado explicaciones asociadas a conductas de niños excesivamente inquietos o problemáticos (Morillas y Aguilar, 2014). El primer antecedente de interés hacia este fenómeno lo podemos encontrar en el Dr. Heinrich Hoffman, quien en 1865 mencionó por primera vez que esta significativa inquietud psicomotriz infantil era susceptible de ser considerada como un cuadro clínico; posteriormente, en 1902, Still y Tredgold realizaron una primera descripción sintomatológica de esta alteración, realizando una asociación clara hacia un defecto del control moral (Morillas y Aguilar, 2014). Fue en 1968, cuando en la segunda edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders-second edition*, DSM-II) se introdujo por vez primera la categoría diagnóstica de «reacción hiperkinética de la infancia». Y no fue hasta 1980 cuando el DSM-III reconoció oficial e internacionalmente este cuadro al incluirse en «trastorno por déficit de atención» (Morillas y Aguilar, 2014).

A comienzos del siglo XXI, según la Asociación Americana de Psiquiatría (*American Psychiatric Association*, APA 2001), la prevalencia del trastorno se sitúa entre un 3% y un 5% dentro de la población infantil. Sin embargo, años más tarde, autores como Setlik, Bond y Ho (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 y White, 2002; García-Jiménez y Casas, 2006), así por ejemplo el DSM-5 sitúa la tasa de prevalencia en adultos en un 2,5% (APA, 2014).

Se sabe que el trastorno por déficit de atención con hiperactividad ocurre en distintas culturas, con variaciones en su prevalencia entre distintos países occidentales, probablemente a causa de que las prácticas diagnósticas son distintas, y no a consecuencia de diferencias en la presentación clínica del cuadro (APA, 2001, 2014). Es especialmente difícil establecer este diagnóstico en niños de edad inferior a los cuatro o cinco años, porque su comportamiento característico es mucho más variable que el de los niños de más edad, pudiendo incluir características similares a los síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. Además, ciertos síntomas de desatención en niños pequeños o preescolares no suelen observarse con facilidad, puesto que dichos niños habitualmente experimentan pocas exigencias de atención sostenida.

En lo que respecta a su etiología, el origen concreto del TDAH se desconoce si se atiende a la causa precisa del trastorno, pues aunque se caracterice por una base genética elevada, este hecho no explicaría su manifestación al margen de otros factores externos, como podrían ser la historia personal o el contexto de desarrollo (Morillas y Aguilar, 2014).

En cuanto a las manifestaciones clínicas del trastorno, estas se pueden agrupar en tres grandes aspectos (Barkley, 2006). Por una parte, se aprecia un menoscabo en la capacidad del sujeto para controlar las distracciones externas (déficit de atención), por otra, un menoscabo para controlar su actividad cognitiva y motora (impulsividad) y, por último, un menoscabo o merma en la capacidad para controlar el movimiento y acción constantes (hiperactividad). En este sentido, podemos señalar que el «trastorno por déficit de atención con hiperactividad» 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 y Aguilar, 2014).

Algunos síntomas de hiperactividad e impulsividad o de desatención causantes de problemas pueden haber aparecido antes de los siete años. Sin embargo, bastantes personas son diagnosticadas habiendo estado presentes los síntomas durante varios años. Para diagnosticar TDAH debe producirse algún problema relacionado con los síntomas en dos situaciones por lo menos (p. ej., en casa y en la escuela o en el trabajo), además, debe haber pruebas claras de interferencia en la actividad social, académica o laboral propia del nivel de desarrollo; de hecho, las deficiencias de la atención pueden manifestarse en situaciones académicas, laborales o sociales (APA, 2001, 2014).

Estas personas pueden no prestar atención suficiente a los detalles o cometer errores por descuido en las tareas escolares o en otros trabajos. El trabajo suele ser sucio y descuidado y realizado sin reflexión, asimismo, suelen experimentar dificultades para mantener la atención en actividades laborales o lúdicas, resultándoles difícil persistir en una tarea hasta finalizarla. A menudo parecen tener la mente en otro lugar, como si no escucharan o no oyeran lo que se está diciendo. Pueden proceder a cambios frecuentes de una actividad no finalizada a otra. Las personas diagnosticadas con este trastorno pueden iniciar una tarea, pasar a otra, y después dedicarse a una tercera, sin llegar a completar ninguna de ellas. A menudo no siguen instrucciones ni órdenes, y no llegan a completar tareas escolares, encargos u otros deberes. Para establecer este diagnóstico, la incapacidad para completar tareas solo debe tenerse en cuenta si se debe a problemas de atención y no a otras posibles razones (p. ej., incapacidad para comprender instrucciones).

Las personas con TDAH suelen tener dificultades para organizar tareas y actividades, y por ello, las tareas que exigen un esfuerzo mental sostenido son percibidas como desagradables y sensiblemente aversivas (APA, 2001, 2014). En consecuencia, estos sujetos evitan o experimentan un fuerte rechazo hacia actividades que exigen una dedicación personal y un esfuerzo mental sostenidos o que implican exigencias organizativas o una notable concentración. Por ello, los hábitos de trabajo suelen estar desorganizados y los materiales necesarios para realizar una tarea acostumbran a estar dispersos, perdidos o tratados sin cuidado y deteriorados. Los sujetos que sufren este trastorno se distraen con facilidad ante estímulos irrelevantes e interrumpen frecuentemente las tareas que están realizando para atender a ruidos o hechos triviales que usualmente son ignorados sin problemas por los demás (p. ej., el ruido de un automóvil, una conversación lejana). Suelen ser olvidadizos en lo que concierne a actividades cotidianas.

En situaciones sociales, los déficits de atención pueden expresarse por cambios frecuentes en la conversación, no escuchar a los demás, no atender las conversaciones y no seguir los detalles o normas de juegos o actividades. La hiperactividad puede manifestarse por estar inquieto o no permaneciendo sentado cuando se espera que lo haga así, por un exceso de actividad motora en situaciones en que resulta inadecuado hacerlo, experimentando dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.

La hiperactividad puede variar en función de la edad y el nivel de desarrollo de la persona; el diagnóstico de TDAH debe establecerse con cautela en niños pequeños, ya que estos y los niños en edad preescolar con este trastorno difieren de los niños pequeños normalmente activos, debido a que se encuentran constantemente en movimiento y experimentan dificultades para participar en actividades sedentarias de grupo en las clases preescolares (p. ej., para escuchar un cuento). Los niños de edad escolar despliegan comportamientos similares, pero usualmente con menos frecuencia que los más pequeños; tienen dificultades para permanecer sentados, se levantan a menudo, se retuercen en el asiento o permanecen sentados en su borde (APA, 2001, 2014). A menudo se levantan de la mesa durante las comidas, mientras miran la televisión o durante la realización de tareas escolares, hablan en exceso y producen demasiado ruido durante actividades tranquilas. En los adolescentes y adultos, los síntomas de hiperactividad adoptan la forma de sentimientos de inquietud y dificultades para dedicarse a actividades sedentarias tranquilas (García-Jiménez y Casas, 2006).

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. 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. La impulsividad puede dar lugar a accidentes y a incurrir en actividades potencialmente peligrosas sin considerar sus posibles consecuencias (APA, 2001, 2014).

Las manifestaciones conductuales suelen producirse en múltiples contextos, que incluyen el hogar, la escuela, el trabajo y las situaciones sociales. En todo caso, es muy poco frecuente que una persona despliegue el mismo nivel de disfunción en todas partes o permanentemente en una misma situación. Habitualmente, los síntomas empeoran en las situaciones que exigen una atención o un esfuerzo mental sostenidos o que carecen de atractivo o novedad intrínsecos (p. ej., escuchar al maestro en clase, hacer los deberes, escuchar o leer textos largos, o trabajar en tareas monótonas o repetitivas). Los signos del trastorno pueden ser mínimos o nulos cuando la persona en cuestión se halla bajo un control muy estricto, en una situación nueva, dedicada a actividades especialmente interesantes, en una situación de relación personal de uno a uno (p. ej., en el despacho del clínico) o mientras experimenta gratificaciones frecuentes por el comportamiento adecuado. Sin embargo, los síntomas tienden a producirse con más frecuencia en situaciones de grupo (p. ej., en grupos de juego, clases o ambientes laborales).

Atendiendo a las características clínicas asociadas al TDAH se pueden distinguir varios subtipos, ya que aunque la mayor parte de las personas tienen síntomas tanto de desatención como de hiperactividad e impulsividad, en algunos predomina uno u otro de estos patrones. El subtipo apropiado (para un diagnóstico actual) debe indicarse en función del patrón sintomático que predomine durante los últimos seis meses.

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 solo en la aparición del trastorno, sino también en lo relativo a su persistencia o cronificación posterior. En la tabla 1 se muestran los criterios diagnósticos para el TDAH vigentes en el DSM-5 (APA, 2014).

Por otra parte, 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, Serrano y Delgado, 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 o un trastorno disocial. 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. No es rara la ocurrencia de este trastorno entre personas que presentan el trastorno de Gilles de la Tourette—que se caracteriza por movimientos repetitivos o sonidos indeseados (tics) que no se pueden controlar con facilidad—. Cuando coexisten ambos, el inicio del trastorno por déficit de atención con hiperactividad suele preceder al inicio del trastorno de Gilles de la Tourette.

Tabla 1. Criterios diagnósticos para el TDAH vigentes en el DSM-5 (APA, 2014)

<p>A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por (1) y/o (2):</p>
<p>1. Inatención: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales:</p> <p>Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso en la comprensión de tareas o instrucciones. Para adolescentes mayores y adultos (17 y más años), se requiere un mínimo de cinco síntomas.</p> <ul style="list-style-type: none">a. Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles o por descuido se cometen errores en las tareas escolares, en el trabajo o durante otras actividades (p. ej., se pasan por alto o se pierden detalles, el trabajo no se lleva a cabo con precisión).b. Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas (p. ej., tiene dificultad para mantener la atención en clases, conversaciones o la lectura prolongada).c. Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente (p. ej., parece tener la mente en otras cosas, incluso en ausencia de cualquier distracción aparente).d. Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales (p. ej., inicia tareas pero se distrae rápidamente y se evade con facilidad).e. Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades (p. ej., dificultad para gestionar tareas secuenciales; dificultad para poner los materiales y pertenencias en orden; descuido y desorganización en el trabajo; mala gestión del tiempo; no cumple los plazos).f. Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (p. ej., tareas escolares o quehaceres domésticos; en adolescents mayores y adultos, preparación de informes, completar formularios, revisar artículos largos).g. Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades (p. ej., materiales escolares, lápices, libros, instrumentos, billetero, llaves, papeles del trabajo, gafas, móvil).h. Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos (para adolescents mayores y adultos, puede incluir pensamientos no relacionados).i. Con frecuencia olvida las actividades cotidianas (p. ej., hacer las tareas, hacer las diligencias; en adolescents mayores y adultos, devolver las llamadas, pagar las facturas, acudir a las citas).
<p>2. Hiperactividad e impulsividad: Seis (o más) de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos 6 meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente a las actividades sociales y académicas/laborales:</p>
<p>Nota: Los síntomas no son sólo una manifestación del comportamiento de oposición, desafío, hostilidad o fracaso para comprender tareas o instrucciones. Para adolescents mayores y adultos (a partir de 17 años), se requiere un mínimo de cinco síntomas.</p>
<ul style="list-style-type: none">a. Con frecuencia juguetea con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
<ul style="list-style-type: none">b. Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado (p. ej., se levanta en la clase, en la oficina o en otro lugar de trabajo, o en otras situaciones que requieren mantenerse en su lugar).
<ul style="list-style-type: none">c. Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado. (Nota: En adolescents o adultos, puede limitarse a estar inquieto.)
<ul style="list-style-type: none">d. Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
<p style="text-align: center;">Tabla 1 (continúa)</p>

Tabla 1 (continuación)
<p>e. Con frecuencia está «ocupado» y actuando como si «lo impulsara un motor» (p. ej., es incapaz de estar o se siente incómodo estando quieto durante un tiempo prolongado, como en restaurantes, reuniones; los otros pueden pensar que está intranquilo o que le resulta difícil seguirlos).</p> <p>f. Con frecuencia habla excesivamente.</p>
<p>g. Con frecuencia responde inesperadamente o antes de que se haya concluido una pregunta (p. ej., termina las frases de otros; no respeta el turno de conversación).</p> <p>h. Con frecuencia le es difícil esperar su turno (p. ej., mientras espera en una cola).</p> <p>i. Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros (p. ej., se mete en las conversaciones, juegos o actividades; puede empezar a utilizar las cosas de otras personas sin esperar o recibir permiso; en adolescentes y adultos, puede inmiscuirse o adelantarse a lo que hacen otros).</p>
B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos estaban presentes antes de los 12 años.
C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivos están presentes en dos o más contextos (p. ej., en casa, en la escuela o en el trabajo; con los amigos o parientes; en otras actividades).
D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral, o reducen la calidad de los mismos.
E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo, trastorno de la personalidad, intoxicación o abstinencia de sustancias).
<p><i>Especificar si:</i></p> <p>314.01 (F90.2) Presentación combinada: Si se cumplen el Criterio A1 (inatención) y el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.</p> <p>314.00 (F90.0) Presentación predominante con falta de atención: Si se cumple el Criterio A1 (inatención) pero no se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) durante los últimos 6 meses.</p> <p>314.01 (F90.1) Presentación predominante hiperactiva/impulsiva: Si se cumple el Criterio A2 (hiperactividad-impulsividad) y no se cumple el Criterio A1 (inatención) durante los últimos 6 meses.</p>
<p><i>Especificar si:</i></p> <p>En remisión parcial: Cuando previamente se cumplían todos los criterios, no todos los criterios se han cumplido durante los últimos 6 meses, y los síntomas siguen deteriorando el funcionamiento social, académico o laboral.</p>
<p><i>Especificar la gravedad actual:</i></p> <p>Leve: Pocos o ningún síntoma están presentes más que los necesarios para el diagnóstico, y los síntomas sólo producen deterioro mínimo del funcionamiento social o laboral.</p> <p>Moderado: Síntomas o deterioros funcionales presentes entre «leve» y «grave».</p> <p>Grave: Presencia de muchos síntomas aparte de los necesarios para el diagnóstico o de varios síntomas particularmente graves, o los síntomas producen deterioro notable del funcionamiento social o laboral.</p>

En línea con lo anterior, se considera que, en ausencia de otras alteraciones psicopatológicas que acompañen al TDAH (comórbidas), el pronóstico del cuadro por sí mismo del TDAH será más favorable; es más, dicha favorabilidad será mayor cuanto menor sea la sintomatología externalizante relacionada con la impulsividad que presente la persona. A este respecto, si bien el peor pronóstico alude a la permanencia de los síntomas externalizantes, el síntoma más relevante en relación con el presente trabajo es la impulsividad, que se relaciona con la presencia de comorbilidad, así como con la criminalidad (Aguilar, 2015; Philipsen, 2006).

Repercusiones forenses

El punto de partida es claro, el TDAH configura un trastorno y no es una enfermedad mental, lo que conlleva la presencia de un comportamiento 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. Ahora bien, sus efectos al respecto son muy dispares y así, en primer lugar, habría que verificar exclusivamente si el autor del hecho delictivo era capaz de comprender la ilicitud de su actuación en el momento de comisión del delito; esto es, se trata de un criterio fundado en la potencialidad intelectual del sujeto con base en su situación bio-psicológica; esto es, la facultad de entender el carácter prohibido de la conducta concretamente realizada. 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 conlleva deterioro cognitivo alguno sino modificaciones o alteraciones funcionales o de la capacidad ejecutiva, debiendo negar, de manera rotunda, afectación alguna en este sentido.

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. La facultad volitiva es el aspecto que representa la única opción posible para plantear una modificación en la responsabilidad penal 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.

Para la doctrina jurídica, la presencia de TDAH en la persona conlleva una serie de características propias que pueden apreciarse en el individuo. En este sentido, desde el prisma de las relaciones sociales hasta las connotaciones de este en la esfera delincinencial presentan unas pautas claras y precisas (Morillas, 2018). De este modo, el trastorno conlleva la aparición de determinados comportamientos que quedan perfectamente justificados en su contexto, sobre todo en niveles externos al ámbito doméstico, motivado por la aparición de estímulos que favorecen la ausencia de capacidad de contención, entre dichos comportamientos, se pueden destacar los: 1) rendimiento por debajo de las capacidades a nivel laboral o profesional, 2) inestabilidad para conservar trabajos, 3) falta de capacidad para mantener la concentración por un largo período de tiempo, 4) falta de organización y caos, 5) escasa capacidad para cumplir con lo acordado, 6) incapacidad para establecer una rutina y poder cumplirla, 7) olvidos, pérdidas y descuidos importantes, 8) depresión, daño crónico a la autoestima, 9) confusión y dificultades para pensar y expresarse con claridad, 10) frecuentes discusiones y peleas motivadas por la fuerte impulsividad presentada, 11) inestabilidad afectiva, lo cual puede conllevar múltiples separaciones, 12) tendencia a actuaciones impulsivas, 13) tendencia a interrumpir a otros, dificultades para escuchar y esperar su turno, 14) frecuentes choques automovilísticos a causa de la tendencia a estar distraídos y a una conducción impulsiva, frecuentes multas por exceso de velocidad y conducciones temerarias, 15) frecuente consumo de alcohol y abuso de sustancias (Morillas, 2018). Por otra parte, 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). 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).

Ejemplificando lo anterior y siguiendo a Morillas (2018), el riesgo de comisión de actos delictivos obviamente aumenta en casos de constantes discusiones y peleas, actuaciones impulsivas, dificultad para escuchar y respetar turno, la conducción de vehículos a motor y el consumo de tóxicos ya que, debido a la impulsividad, motivada o no por la falta de atención, va a generar conductas ilícitas que la persona, por la esencia del trastorno, no va a ser capaz de controlar en el momento de los hechos; esto es, un accidente de circulación motivado por su propia falta de atención—conducta muy habitual y característica del trastorno—puede derivar en una agresión por la propia impulsividad de la persona ante el impropio del conductor que sufre el daño o incluso recibir la agresión por no prestar atención a los requerimientos del accidentado, situaciones producidas, como se ha referido, de manera completamente involuntaria pero sin destrezas para actuar de otra forma debido a la presencia del TDAH.

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. 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%), contra la Administración de Justicia (11,8%). 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.

Todo lo referido hasta el momento concede una especial trascendencia al estudio del TDAH y a su vinculación con el comportamiento antisocial y posterior carrera criminal, sobre todo a los efectos de poder contemplar dicha patología como beneficiaria de lo recogido en el apartado primero del artículo 20 CP (Aguilar, 2015), si bien, aunque no se puede ni se deben establecer automatismos entre TDAH y criminalidad, sí que puede afirmarse la mayor probabilidad de riesgo de comisión de ilícitos de las personas que presentan TDAH por las propias manifestaciones del trastorno en los términos descritos anteriormente (Morillas, 2018).

Y ante esta problemática, ¿qué respuesta dan los Tribunales de Justicia a la hora de delimitar si la presencia del citado trastorno presenta o no efectos en la imputabilidad de la persona?. Para ello, no se debe olvidar 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, debe presentar una incidencia directa en el comportamiento criminal (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 (Philipsen, 2006), con el propósito de verificar si existe algún tipo de merma en las facultades psíquicas mínimas requeridas para, o bien valorar y comprender la ilicitud del hecho y actuar en los términos requeridos por el ordenamiento jurídico, o poder ser motivado en sus actos por los mandatos normativos, reiterando que semejante afectación debe provenir exclusivamente del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y no por otros concurrentes (Aguilar, 2014; Morillas, 2018).

En nuestro país, hasta la fecha, el tratamiento otorgado a la imputabilidad de las personas que presentan TDAH ha sido muy heterogéneo. Desde una perspectiva doctrinal no existen grandes referencias ni reflexiones al respecto. El TDAH no conlleva deterioro cognitivo alguno sino modificaciones o alteraciones funcionales o de la capacidad ejecutiva, debiendo negar, de manera rotunda, afectación alguna en este primer sentido. Por el contrario, el elemento nuclear de la cuestión, es delimitar la posible afectación de la facultad volitiva del sujeto, 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 (Morillas, 2018).

Así, como se ha comentado (*vide supra*), de acuerdo con las características identificativas de cada subtipo de TDAH, la posibilidad de apreciar una afectación en la imputabilidad de la persona es mayor si el subtipo es exclusivamente impulsivo frente al inatento o el hiperactivo.

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).

Lo anterior abre la puerta a la aplicación de circunstancias modificativas de la responsabilidad penal y, en concreto, a la atenuante analógica del artículo 21.7ª del Código Penal (Ley Orgánica 10/1995, de 23 de noviembre), sobre las premisas de los párrafos 21.1ª y 20.1º. Esto es, la atenuante analógica vinculada a la anomalía o alteración psíquica, permitiendo una reducción de la pena en su mitad inferior. En todo caso, la afectación de la imputabilidad de las personas diagnosticadas de TDAH debe realizarse a través de un juicio valorativo, caso por caso, vinculado al instante de la presunta comisión del delito pero muy especialmente valorando el cuadro clínico que presenta el presunto autor de los hechos, puesto que el TDAH está ligado a diversas comorbilidades y es necesario verificar en cada supuesto el tipo de merma generado en sus facultades psíquicas.

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 20.1º. 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 1ª del artículo 21 del Código, en relación directa con la eximente por inimputabilidad del artículo 20.1º; si bien la mejor vía aplicativa debiera ser la atenuante analógica 7ª en relación, según los supuestos concretos, con la anomalía o alteración psíquica (1ª) o incluso la de arrebatos (3ª).

No obstante lo anterior, al igual que acontecerá al analizar la jurisprudencia, también hay voces más aperturistas aún a favor de la aplicación de la eximente incompleta, siempre desde la perspectiva del déficit volitivo, para el TDAH.

En cuanto a la jurisprudencia dictada por el Tribunal Supremo al respecto, se debe señalar que este sigue con el posicionamiento defendido desde las diferentes Audiencias Provinciales. Un claro ejemplo de ello puede encontrarse en su Sentencia 804/2017, de 11 de diciembre [RJ\2017\5806], donde el sujeto activo había sido condenado por la Audiencia Provincial, la cual le había aplicado la atenuante analógica por anomalía o alteración psíquica debido al TDAH padecido, solicitándose al Alto Tribunal que considere la afectación a la capacidad volitiva como relevante hasta integrar una atenuación mayor. Sin embargo, el Tribunal Supremo mantiene el criterio de la Audiencia en todos sus extremos completando el razonamiento seguido por aquella con jurisprudencia propia y dejando entrever que para alcanzar la consideración de eximente la afectación debe reunir la consideración de grave—al final del fundamento jurídico décimo—.

La STS 428/2010, de 11 de marzo, viene a reafirmar el razonamiento seguido por la Audiencia Provincial de Valencia quien, en su Sentencia 421/2009, de 29 de junio, aplicó una atenuante analógica por anomalía o alteración psíquica del acusado, quien padecía un trastorno de inestabilidad emocional de la personalidad de tipo impulsivo o trastorno límite de la personalidad, de intensidad moderada, que, sin embargo, no afectaron a la inteligencia y voluntad del acusado. Sin embargo, de manera conjunta con lo anterior, y reconocido por todas las partes implicadas, el imputado presentaba igualmente un trastorno por déficit de atención, trastorno del control de los impulsos, trastorno de ansiedad de alta intensidad y rasgos anómalos de la personalidad, de lo que se desprende una evidente dificultad para controlar sus impulsos, estando en tratamiento.

En cuanto a las Audiencias Provinciales, estas no han otorgado un tratamiento uniforme respecto al grado de afectación de la imputabilidad en el sujeto activo que presenta TDAH, pudiendo distinguir dos fases claramente diferenciadas: 1) Corriente tradicional. Comprende el planteamiento mayoritario de las Audiencias Provinciales españolas y abarcaría su cuasi exclusividad hasta el bienio 2012-2013, instante en el que comienzan a construirse líneas jurisprudenciales que otorgan un análisis científico adecuado del TDAH. Lo habitual en esta etapa es que los órganos judiciales no aborden ni traten el TDAH de manera específica, lo cual denota un escaso nivel de comprensión y un enorme desconocimiento que incide en aplicaciones y razonamientos carentes de sustento empírico, que se basan en equiparaciones erróneas con otros trastornos, resultando muy común su asimilación a los trastornos de la personalidad.

Esto es, negar *per se* la afectación del TDAH en las capacidades cognitiva o volitiva de la persona sin justificación alguna o, directamente, no entrar a su análisis y connotaciones criminales pese a constar acreditada su presencia en el sujeto activo. Este último aspecto es más achacable y criticable a la defensa; y 2) Corriente actual. Abarcaría desde el citado bienio 2012-2013 hasta la actualidad debido principalmente al cambio operado en el tratamiento jurisprudencial que determinadas Audiencias Provinciales otorgan a la relación imputabilidad frente a TDAH, caracterizándose por fundamentos jurídicos y elementos probatorios acordes con la verdadera naturaleza y efectos del trastorno, lo cual lleva a que se planteen adecuadamente reducciones de la responsabilidad penal de los acusados sobre el criterio de la imputabilidad o, cuanto menos, indicios claros para su consideración.

Estas Audiencias Provinciales han llegado a la conclusión de que una vez verificada la incidencia del TDAH, por sí o de manera conjunta con otros trastornos, en el comportamiento criminal desarrollado por la persona, puede generar una ligera afectación a la capacidad volitiva del sujeto, debiendo recurrir a la fórmula de la atenuante analógica (art. 21.7) en relación con los artículos 21.1ª y 20.1º del Código Penal, con los consiguientes efectos penológicos que conlleva (SAP de Murcia

340/2016, de 21 de junio; SAP de Madrid 426/2016, de 7 de junio; SAP de Guipúzcoa 104/2016, de 3 de mayo; SAP de Madrid 433/2018, de 25 de junio).

No obstante lo anterior, alguna Audiencia Provincial incluso ha optado ocasionalmente por la vía de la eximente incompleta, si bien esta opción arroja muchas dudas interpretativas no solo 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?

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 uno y otro, debido a que resulta mínima, a partir de un análisis basado en criterios interpretativos 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.

Así pues, de acuerdo con las manifestaciones expuestas, el tratamiento otorgado por el TS al TDAH, a efectos de imputabilidad, se vincula con la presencia de la circunstancia atenuante analógica del artículo 21.7 en relación con la alteración psíquica del parágrafo 20.1 del Código Penal—CP—, 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. La existencia comórbida de los cuadros psicóticos será precisamente lo que permita, en el caso del TDAH, la subsunción del modelo teórico incluido en el artículo 20.1 CP al caso concreto. Y será la impulsividad el determinante común pero en ningún caso los síntomas delirantes o la presencia de las alucinaciones, lo cual sería un caracterizador exclusivo de las psicosis.

Entre las consideradas personalidades con mayor potencialidad para el comportamiento violento y con un importante vínculo con el TDAH se encuentran la personalidad antisocial (trastorno antisocial de la personalidad o TAP) y la límite (Trastorno límite de la personalidad o TLP). La línea jurisprudencial de apreciación de la eximente completa para los trastornos de la personalidad deriva más en la excepcionalidad de la eximente incompleta y, en mayor medida, de la atenuante analógica, aun a pesar de cuestionarse tajantemente su aplicabilidad como diagnóstico aislado.

Como se puede observar en las siguientes Sentencias del Tribunal Supremo puede observarse como la comorbilidad clínica sería el factor esencial para considerar la existencia de una circunstancia modificativa de responsabilidad criminal, sea bien como eximente o bien como atenuante analógica, en el caso de los trastornos de la personalidad (STS de 12 de julio de 1999 [RJ 1999\6648], STS de 30 de junio de 2000 [RJ 2000\5654], STS de 6 de octubre de 2000 [RJ 2000\1557], STS de 28 de junio de 2001 [RJ 2001\7022], STS de 4 de noviembre de 2002 [RJ 2002\10854], STS de 3 de diciembre de 2003 [RJ2003\174], STS de 26 de febrero de 2004 [RJ 2004\2245], STS de 11 de octubre de 2004 [2004\7319], STS de 25 de marzo de 2004 [RJ 2004\2533], STS de 3 de diciembre de 2009 [RJ 2010\2016], STS de 14 de julio de 2010 [RJ 2010\3511].

Se comprueba a su vez que el TDAH por sí solo tiene muy poca cabida en cuanto a la apreciación de la eximente, incluso en relación con la semiimputabilidad—eximente incompleta—. Por sí solo, el TDAH solo suele dar lugar a la apreciación de una disminución de la responsabilidad en menor intensidad por aplicación de una simple atenuante analógica. Cuando se considera en algún momento su apreciación, según la jurisprudencia, lo es en mayor medida debido a las implicaciones que supone en la faceta volitiva o la capacidad de autodeterminación del comportamiento, y en ningún caso desde la facultad cognoscitiva.

En el informe pericial psicológico expuesto a continuación se presenta un supuesto¹ sobre valoración de las bases psicopatológicas en relación con el concepto jurídico de imputabilidad, en un hipotético caso de lesiones graves ocasionadas con arma blanca.

Objeto pericial solicitado

Valoración psicológica de la persona peritada, interno en el Centro Penitenciario de (Localidad)-(Provincia-Número), y análisis de la contingencia entre su estado mental y personalidad y la presunta comisión del delito en el momento de los presuntos hechos, a solicitud del interesado y de su Letrado D. (...), abogado colegiado (número) ICA (entidad territorial), que representa en el Turno de oficio a la persona peritada.

Los peritos manifiestan

Los autores del presente informe psicológico pericial manifiestan, bajo promesa de decir la verdad, que han actuado, y en caso actuarán, con la mayor objetividad posible tomando en consideración todos los datos recabados, tanto los que puedan favorecer a los solicitantes como los que no. Declaran conocer las sanciones penales en las que podrían incurrir si incumpliesen su deber como peritos.

Todas las presuntas situaciones o conductas realizadas presuntamente por terceras personas provienen de las referencias aportadas por la persona peritada, y así se señala a lo largo de este documento. Cabe discernir entre los apartados descriptivos, que se construyen a partir de las referencias aportadas por la persona peritada y su progenitora materna, y de la información obtenida a partir del análisis de la documentación aportada por la representación procesal y por la progenitora materna peritada.

Metodología

Los datos se obtienen mediante entrevistas y observación, resultados de pruebas de evaluación psicológica y datos relevantes obtenidos a partir del análisis de la documentación aportada.

Las secciones inferenciales de este informe pericial (*Discusión Forense* y *Conclusiones*) se sustentan en el análisis global e interrelacionado de los distintos datos recabados, a través de diversos métodos y fuentes. Estos datos se obtienen mediante entrevistas y observación, resultados de pruebas estandarizadas de evaluación psicológica y datos relevantes obtenidos a partir del examen de la documentación aportada. La interpretación de los resultados obtenidos en las pruebas psicológicas se interpreta siguiendo las indicaciones del manual y teniendo en cuenta características del contexto. Además, los resultados se contrastan con el estado actual del conocimiento según la bibliografía en Psicología, hasta donde estos peritos tienen conocimiento. Las afirmaciones y conclusiones emitidas son probabilísticas y se formulan mediante el método científico basado en la formulación y contraste de hipótesis a partir de los datos recabados, hasta donde estos peritos tienen conocimiento. Se manejan hipótesis alternativas.

A continuación se exponen los instrumentos y pruebas aplicados en el proceso de evaluación psicológica pericial.

▪ **Entrevistas y observaciones realizadas**

- Entrevista presencial semiestructurada, observación y aplicación de pruebas con la persona peritada, en las dependencias de los Juzgados de Guardia de (distrito) de (provincia), con duración aproximada de 240 minutos.
- Entrevista semiestructurada con la progenitora materna de la persona peritada, con D.N.I. (número) , con duración aproximada de 120 minutos.

▪ **Pruebas de evaluación psicológica**

- *MCMI®-IV (Millon® Clinical Multiaxial Inventory-IV)*. Inventario Clínico Multiaxial de Millon. Autores: Millon, Grossman y Millon (2005); adaptación española: Dpto. I+D Pearson Clinical en colaboración con Sánchez y Cardenal (2018).
- *SIMS (Structured Inventory of Malingered Symptomatology)*. Inventario estructurado de simulación de síntomas. Autores: Widows y Smith (2005); adaptación española: Ordi y Santamaría (2009).

▪ **Documentación aportada que se examina:**

- *Informe Clínico de Alta de Urgencias*. Hospital Universitario de (denominación). Tipo de consulta. Agresión. Refiere dolor músculo-esquelético. Juicio clínico: corte con lesión del tendón (denominación) de (miembro) de (extremidad). Plan: férula y reposo. Primera atención el (día) de (mes) de (año).
- *Informe Clínico de Urgencias*. Hospital (denominación). Diagnóstico: hematoma en (miembro) de (extremidad) y en (miembro) de (zona). Primera atención el (día) de (mes) de (año).
- *Informe Clínico de Alta de Urgencias*. Hospital Universitario de (denominación). Juicio clínico: contusiones múltiples. Motivo consulta: traumatismo en (zona corporal), (zona corporal) y (zona corporal). Firmado por don (nombre del profesional) el (día) de (mes) de (año).
- *Atestado policial n.º xxxxx/xx*. *Dependencia:* (distrito de residencia de la persona peritada). Firmado por Instructor xxxxx y Secretario xxxxx. Reintegro al domicilio el (día) de (mes) de (año).
- *Evaluaciones de la escuela infantil*. Presenta problemas para reconocer y representar órdenes sencillas, dificultad para retener información numérica y verbal, y para participar en actividades lúdicas con pares.
- *Evaluaciones de la escuela primaria*. Suspende todas las asignaturas. Aptitudes intelectuales: perfil gráfico Bajo.
- Informe psicopedagógico (Centro privado). Niveles muy bajos en tareas atención, memoria comprensión, y bajo nivel de adaptación. Nivel bajo en lecto-escritura y muy bajo en aritmética. Firmado por don (nombre profesional), col. (número) el (día) de (mes) de (año).
- Centro de atención. Valoración clínica. Rasgos disléxicos. Firmado por don (nombre profesional), col. (número) el (día) de (mes) de (año).
- Informe de consulta. Sección NEUROLOGÍA. Se detecta una importante falta de atención mediante la aplicación del test de inteligencia WISC-III en febrero de 20xx. Diagnóstico: Trastorno por déficit de atención e hiperactividad y alteraciones conductuales. Firmado por el Dr. (profesional).
- Ejecutoria xxx/20xx. Firmado por la fuerza instructora el (día) de (mes) de (año).

Situación actual

El presente informe pericial psicológico se realiza en un contexto penal por un presunto delito de lesiones graves en el que la persona peritada está siendo investigada como presunto autor de los hechos y se encuentra internado preventivamente en el Centro Penitenciario de (Localidad)-(Provincia-Número).

Recorrido psicobiográfico

Nace el 14 de mayo de 1998. Vive con su madre, su padre y tres hermanos mayores. Se ha criado en el barrio (barrio de residencia de la persona peritada) y, tras terminar los estudios, no ha trabajado continuamente en ningún empleo. Tiene un historial de reyertas (véase 4.3. Análisis de la documentación aportada; congruente con el testimonio de la persona peritada y de su madre). Su madre refiere que su hijo siempre ha tenido problemas y que teme porque los tenga en prisión.

Refiere que tiene energía pero no se focaliza. Le gusta coquetear con sus amigas, a ver si hay suerte o no. Piensa que todo el mundo ha tenido sus mismas oportunidades pero hay gente que no lo ve ante tenga la oportunidad delante. Se considera honesto.

Bebe a diario pero no lo considera un problema. Alguna vez ha tomado «Dormidina» sin ser prescrita para dormir. Tiene imágenes y recuerdos persistentes, le intentaron apuñalar un grupo por la espalda, se dio la vuelta y le cortaron los dedos, según refiere (parte médico de lesiones, véase apartado *Documentación aportada que se examina*). Otra vez en el pueblo le tiraron a la piscina su hermano con siete u ocho años y no le dejaba salir, le daba impotencia (o para enseñarme a nadar o para reírse de mí, cogniciones paranoides). Otra vez se le partió el manillar. No entiende el término «altercados». Con los compañeros de clase, con sus hermanos, siempre se ha estado pegando. En las ferias le intentaron robar, refiere que tiene una cicatriz en el costado izquierdo (se la muestra a los peritos). Le intentaron atracar dos marroquíes, en la parte inferior del brazo derecho (una pelea que tuvo, «me folle a la hermana de alguien que se cabreó mucho»; refiere que eran pareja pero el hermano no lo llevó bien. También refiere que le cortaron en la mitad del pecho (lo muestra a los peritos), fue contra una banda, le intentaron atracar, estaba borracho él solo y vinieron a por él, cortándole la camiseta de lado a lado, él les quitó el cuchillo y le dieron en la ceja derecha (el mismo día que el costado). Presenta cicatriz en la ceja.

Siempre se pega solo con gente, le parece más liviano, más tranquilo. Estar solo le da «una fortaleza y una seguridad que acompañado no puedes tenerla». Te hace activar tus sentidos al máximo, justifica la soledad.

No le gusta consumir drogas (cocaína) porque es muy nervioso, consume muchos cigarrillos de cannabis (tanto hachís como marihuana). Le relajan el cannabis pero el alcohol le gusta más, le produce hormigueo en las manos, cansancio (se siente más relajado cuando está cansado, más tranquilo, bebe cantidades elevadas, «que da igual todo, estás más a lo tuyo», piensa que se tiene que ir a casa cuando está rozando el máximo, cuando comienza a beber no tanto eso pero gradualmente, es como un hábito, no piensa). Voy a un chino y lo compro, «son cosas que no se piensan».

Refuerzo negativo: no notaba el efecto de abstinencia porque estaba todo el día ebrio «borracho». Solo se notaba más extrovertido. Cuando no podía beber no lo echaba en falta, refiere que no tenía apego. Es muy sensible a la estimulación (televisión, ruidos de vecinos). Tiene pocos amigos íntimos, según refiere, aunque es contradictorio con el hecho de que salga solo a beber.

Refiere que su padre le pegaba todos los días, no hacía lo que él decía y le pegaba, desde «collejonas» hasta patadas y palizas, de pie y en el suelo, de pie en el estómago y en los brazos (con siete u ocho años). Hasta los 15 o 16 años le estuvo pegando hasta que se defendió, le quitó un palo y le

dio a su padre. Su padre no hizo nada, y la persona peritada le dijo que la próxima vez le mataba, y entonces dejó de golpearle.

Eclosión y desarrollo del conflicto¹

Refiere que solo llevaba la navaja ese día debido a que era la época de ferias y siempre ha tenido problemas en las ferias. Refiere autodefensa, temía por su vida y venían ocho personas. Llevaba la navaja porque ya ha recibido navajazos «en varias ocasiones». A su hermano le han apuñado.

Si pudiera volver atrás no hubiera ido a la llamada, le llamaron para beber juntos. Se lo dijeron los que después vinieron a pegarle, eran totalmente desconocidos. Fue con ellos porque le llamaron («por qué no»). No vio ninguna mala intención. De repente se levantaron todos diciéndole «eres gilipollas», no lo recuerda bien. Refiere que había bebido una botella y media de vodka (es lo normal para él en ferias según refiere).

Refiere que pudo volver andando, aunque refiere que no se acuerda bien.

Se levantaron todos le hicieron un coro (corro), él sacó el cuchillo y todos dieron un paso para atrás primero, él les dijo «o me dejáis irme o pincho alguno», uno se acercó a él (no recuerda quién) y le dijo que no se iba de ahí, y luego le cogió del pecho y le fue a dar un puñetazo, y refiere que le asestó un corte con la navaja. Después le tiraron al suelo, le dieron patadas y uno le intentó dar con la navaja (casi le da en el pulmón izquierdo) y pudo escaparse porque fueron a socorrer al primero. Salió corriendo, otro le siguió (se dijeron «qué! qué! qué!»), la persona peritada se paró y fue a golpearle, el otro corrió y refiere que bebió. Manifiesta que una vez comienza quiere seguir bebiendo. Está convencido de que la gran mayoría de las personas no pueden parar de beber cuando comienzan.

Exploración psicopatológica

Durante la exploración se muestra colaborador, estableciéndose rápidamente un adecuado clima de evaluación. Se encuentra bien orientado en las tres esferas (espacio, tiempo y persona), con un nivel adecuado de consciencia y sin alteraciones atencionales significativos. Tampoco se evidencian alteraciones en la memoria en general (la memoria anterógrada y retrógrada están conservada) ni en la senso-percepción; sin embargo, la memoria en relación con el día de autos se encuentra parcialmente alterada, aunque recuerda el hecho de que clavó un objeto punzante a una persona, no recuerda todos los detalles (por ejemplo, no se describir con claridad cómo comenzaron la interacción ni dónde. No se aprecian alteraciones en sus aptitudes intelectivas pero sí una grave afectación en su esfera volitiva.

El lenguaje utilizado es adecuado al nivel educativo de la persona peritada, hay una ligera dificultad en pronunciar correctamente ciertos términos. No hay alteración del curso del pensamiento (estructurado y guarda cierta coherencia interna) pero sí de contenido. Inteligencia normal en referencia a su grupo normativo con tendencia baja, según apreciación durante la observación. En cuanto a la abstracción, es realista ya que presenta expectativas de futuro realistas, siendo consciente de que puede recibir una condena de varios años de prisión. Reconoce que comprende las cosas pero que las piensa después de hacerlas.

La persona peritada muestra signos de ansiedad motora elevados, compatibles con la situación experimentada, así como con un poso de nerviosismo durante toda la evaluación. Cabe destacar que la exploración se realiza en dependencias de calabozos en un traslado desde prisión.

A nivel cognitivo no se impresiona defensividad o recelo a la hora de verbalizar contenido biográfico, presenta un discurso impregnado de emocionalidad en aquellos temas relativos a las presuntas agresiones por parte de su padre, según las referencias aportadas.

En el momento de la evaluación, la persona peritada refiere miedo ante la posibilidad de tener problemas con compañeros de prisión. Se aprecia sesgo atribucional hostil, compatible con una posible proyección de hostilidad. Se aprecian rasgos antisociales y esquizoides (cultura antisocial y peleas, refiere que sale solo a beber). Se aprecia mucho nerviosismo, especialmente al inicio de la entrevista y cierta apatía.

Resultados de las pruebas de evaluación psicológica

A continuación se muestran los resultados de las pruebas de evaluación psicológica aplicadas con escalas de validez que evalúan la presencia o ausencia de síndromes clínicos, trastornos de personalidad e indicadores de simulación.

▪ **MCMII-IV**

- El *primer* nivel de análisis se centra en el estudio de las escalas de validez:

El estudio de las puntuaciones en sinceridad muestra un estilo de respuesta sincero y congruente con la sintomatología florida. Presenta parámetros dentro de la normalidad en deseabilidad social y en devaluación. El perfil es interpretable.

- El *segundo* nivel de análisis se centra en el estudio de la personalidad:

La única puntuación compatible con trastorno de la personalidad es la Esquizoide (1: TB= 1). Las personas que puntúan alto en Esquizoide son temperamentalmente apáticas, presentan pocas o ninguna necesidad afectiva o sexual, siendo incapaces de sentir las emociones de placer, tristeza o ira; por tanto, pueden no mostrar la necesidad de establecer relaciones estrechas. Dado que la Puntuación se encuentra dentro de «Trastorno», estas tendencias descritas han de ser consideradas en un nivel elevado, lo que significa que probablemente presente un trastorno de personalidad esquizoide, aunque para confirmar el diagnóstico se requeriría una evaluación más extensa. Pero se puede afirmar que presenta unos rasgos esquizoides exacerbados, con una estructura de personalidad en la que predomina la apatía y la ausencia de necesidad de relacionarse. Estos datos son congruentes con la información obtenida en entrevista, donde manifiesta que no siempre sale solo a beber.

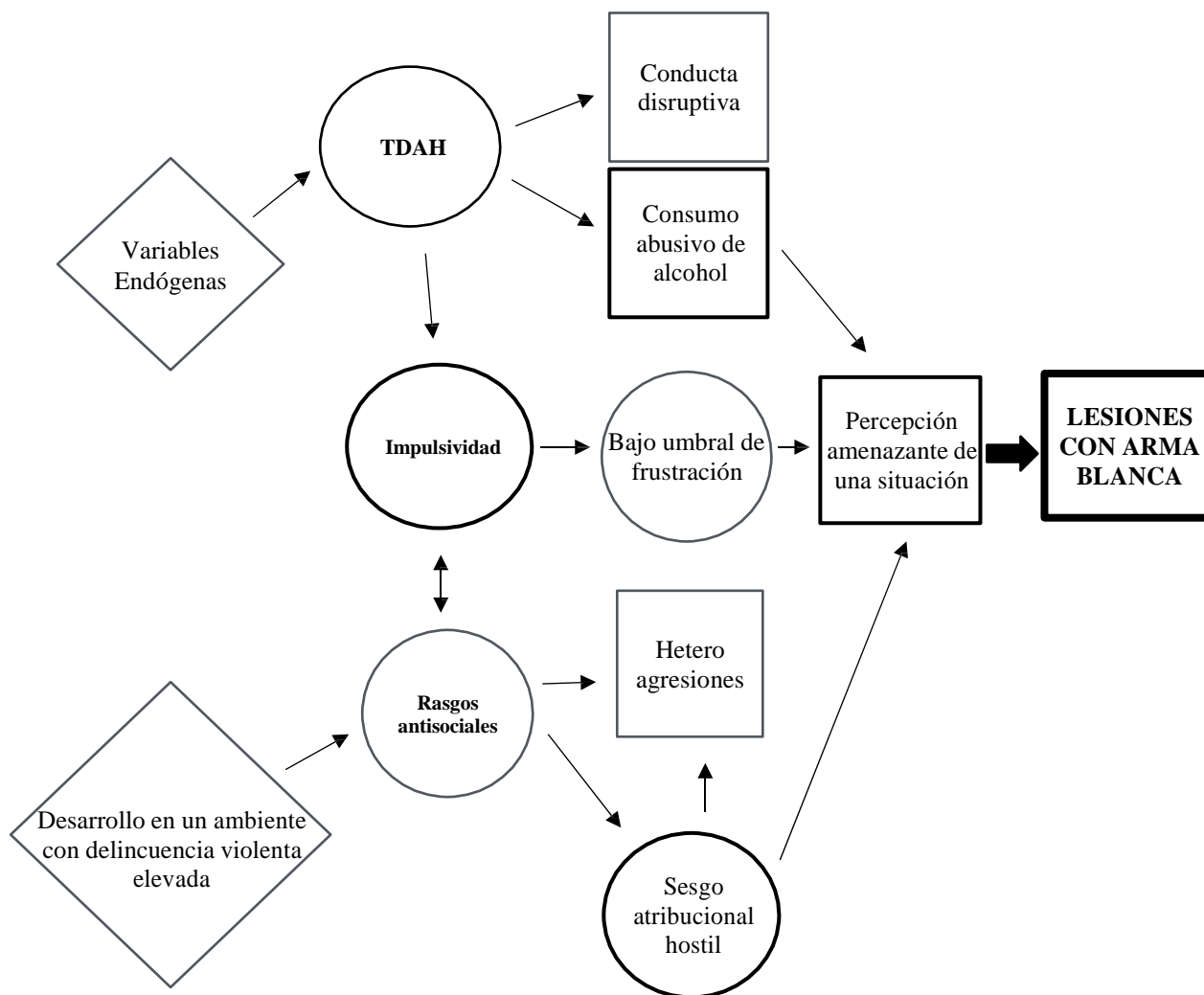
- El *tercer* nivel de análisis se centra en el estudio de los síndromes clínicos.

Existen indicadores significativos en cuanto a estrés postraumático y trastorno por consumo por alcohol. Además, destacan las puntuaciones en Espectro bipolar, Consumo de drogas y Ansiedad generalizada. La ansiedad generalizada podría estar explicada, al menos en parte, por la situación de internamiento. En cuanto a las puntuaciones elevadas en Espectro bipolar, muestran compatibilidad con variabilidad en el cambio de ánimo con posibles fluctuaciones, siendo compatible con la apreciación durante la observación de la presencia de síntomas psicóticos leves.

▪ **SIMS**

- La puntuación de corte descarta indicios de simulación en la escala total.
- Las puntuaciones en las subescalas también descartan indicios de simulación de síntomas específicos.

Modelo psicopatológico



Discusión forense

Acerca del estado psicológico y la personalidad

La persona peritada presenta un **314.01 (F90.1)** Trastorno por déficit de atención/hiperactividad — TDAH— con Presentación predominante hiperactiva/impulsiva **Grave**. Este cuadro se caracteriza por un predominio de la hiperactividad e impulsividad durante los seis meses, con manifestación varios síntomas particularmente graves que le producen un deterioro notable social y laboral.

El especificador «grave» se añade por la manifestación de varios síntomas particularmente graves que le producen un deterioro notable social y laboral.

Según el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales de la Asociación Americana de Psiquiatría (DSM-5®; American Psychiatric Association [APA], 2013), la hiperactividad en adultos puede manifestarse como una inquietud extrema y un nivel de actividad que cansa a las otras personas. La impulsividad se refiere a acciones apresuradas que se producen en el momento, sin reflexión, y que crean un gran riesgo de dañar a la persona. Los comportamientos impulsivos pueden manifestarse como una tendencia a inmiscuirse socialmente o a tomar decisiones importantes sin tener en cuenta las consecuencias a largo plazo.

El TDAH empieza en la infancia. El requisito de que estén presentes varios síntomas antes de los 12 años transmite la importancia de una presentación clínica sustancial durante la infancia. Este requisito se cumple en el presente caso, como muestran los informes clínicos analizados (véase apartado *Documentación aportada que se examina*).

La significación clínica del TDAH podría traducirse en graves consecuencias tanto a corto como a largo plazo, pudiendo llegar a vincular dichos resultados al comportamiento disocial e incluso criminal, comúnmente en presencia de comorbilidad diagnóstica, dotando de gran relevancia a la sintomatología externalizante. El TDAH, un trastorno con base genética, en interacción con una personalidad antisocial y rasgos esquizoides de la personalidad (sufren cuando se sienten molestados por otros), predispone a la comisión de delitos dada la elevada impulsividad y validación de comportamientos fuera de las normas legales y consuetudinarias.

Acerca de la contingencia con la comisión de un presunto delito

Es una persona con un patrón desadaptativo de consumo de etanol en grandes cantidades, con una estructura de personalidad cuyo rasgo central es la impulsividad y la falta de reflexividad, además de ser una persona totalmente solitaria (rasgos esquizoides).

Presenta un deterioro personal, laboral, social y familiar significativo, alcanzando todo lo expuesto su cénit en el presunto hecho delictivo por el que se encuentra en prisión preventiva.

Una de las variables consistentemente estudiadas en el ámbito de las drogodependencias es la impulsividad. El concepto de impulsividad ha sido ampliamente debatido en las últimas décadas (Webster y Jackson, 1997) y los estudios parecen converger en identificar diferentes aspectos que deben ser tenidos en cuenta al analizar sus correlatos y sus consecuencias (Barratt, 1993; Dickman, 1990). Los modelos neurobiológicos apuntan al factor impulsividad como nuclear en el entendimiento del patrón de consumo disfuncional existiendo propuestas que apoyan la idea de que la impulsividad podría ser, al mismo tiempo, determinante y consecuencia del consumo (de Wit, 2009).

Otra de las variables muy relacionada tanto con la impulsividad como con el consumo de sustancias es la búsqueda de sensaciones, un rasgo de personalidad que ha sido sistemáticamente estudiado y sistematizado por Zuckerman (1979, 1994), quien lo ha definido como la búsqueda de experiencias y sensaciones variadas, nuevas, complejas e intensas, y la disposición a asumir riesgos físicos, sociales, legales y financieros a fin de lograr tales experiencias, tal como se pone de manifiesto en su discurso, que relata numerosas peleas en las que, según refiere, ha sido víctima de apuñalamientos. Durante la exploración enseña cicatrices significativas. Se recomienda la valoración médico-forense de esas cicatrices para determinar si son compatibles con heridas inciso-cortantes compatibles con un cuchillo o navaja como agente traumático.

En el supuesto de que efectivamente las cicatrices que muestra a estos peritos hayan sido producidas por cortes intencionados durante reyertas, esto explicaría por qué llevaba un objeto punzante el día de autos. Manifiesta que estaba la feria en su barrio, y que en su barrio son frecuentes las peleas y los apuñalamientos, especialmente en ferias.

Este testimonio es compatible con los datos de personas detenidas por tenencia de armas, según las estadísticas de la Policía Municipal según el Portal de datos abiertos del Ayuntamiento de Madrid.

Según los datos de Policía Municipal, en el año en curso, se han detenido a ocho personas en el distrito de (distrito de residencia de la persona peritada), distrito al que pertenece el barrio de (nombre), siendo esta cifra superada tan solo por (distrito de comparación), con 26 detenidos y (segundo distrito de comparación), con 12 detenidos. La población estimada de (distrito de residencia de la persona peritada) es de xxxxxx habitantes, la de (distrito de comparación) de xxxxxx habitantes y la de (segundo distrito de comparación) de xxxxxx habitantes, por lo que las ratios de personas detenidas por número de habitantes son 5,62, 9,28 y 4,12, respectivamente. Por lo que (distrito de residencia de la persona peritada) se sitúa como el tercer distrito donde más número de personas detenidas por posesión de armas ha habido en proporción al número de habitantes. Estos datos estadísticos son congruentes con el testimonio de la persona peritada de que en su barrio son frecuentes los apuñalamientos, aunque no se produzcan todos los días, no es algo que resulte extraño.

Este hecho descrito en los párrafos anteriores junto con el hecho de que el primo hermano de la persona peritada es víctima de apuñalamiento reconocido judicialmente (véase apartado *Documentación aportada que se examina*, Ejecutoria xxx/20xx del Juzgado de Ejecuciones Penales Nº. xx (ciudad), donde se concede una medida de protección en virtud de la sentencia con el mismo procedimiento de referencia.

Volviendo al análisis de la relación de la impulsividad con el abuso de drogas, esta relación ha sido bien documentada por el propio Zuckerman (1994), quien ha mostrado que la búsqueda de sensaciones se asocia con dependencia crónica a sustancias, vulnerabilidad a uso de drogas, edad de inicio, y trastornos psiquiátricos comórbidos, coincidiendo estos hallazgos de la literatura científica con el caso de la persona peritada, quien presenta TDAH.

Muy relacionado con las variables de corte psicobiológico como la impulsividad está el concepto de autocontrol, al que se le ha prestado especial atención en los últimos años bajo la perspectiva teórica tejida por Gottfredson y Hirschi (1990, 1994), que definen el bajo autocontrol como la tendencia a responder a estímulos del ambiente inmediato, a orientarse hacia el presente más que hacia el futuro, con escasas habilidades de planificación y previsión de consecuencias de sus actos, siendo un «rasgo latente» en sujetos que se involucran en delitos, consumo de drogas y otras conductas problemáticas.

Hay considerable evidencia acumulada sobre los efectos del autocontrol en la conducta antisocial, y algunos estudios relacionan también el autocontrol con el consumo de sustancias y crimen (Romero, Gómez-Fraguela, Luengo y Sobral, 2003; Unnever, Francis y Pratt, 2003).

La impulsividad descrita, junto con un sobredimensionamiento en la percepción de peligro—fundamentado en peleas anteriores en las que presuntamente ha podido ser objeto de apuñalamiento y el hecho probado judicialmente de que su hermano fue víctima de apuñalamiento—, motiva que tenga una percepción fuera de la norma en cuanto a peligros se refiere. O por lo menos fuera de la norma general, pudiendo ser una percepción adaptativa en barrios que, aunque no puedan ser tildados de marginales, el índice de delincuencia es elevado. Tenía la opción de no salir por su barrio pero dentro de la construcción de la realidad que realiza a través del prisma de su personalidad, no conoce otro mundo ni tiene habilidades sociales para relacionarse con nuevas amistades. Aunque tuvo elección de no salir, está condicionado por el medio.

La persona peritada conoce la norma y es capaz de comprenderla pero no es capaz de ajustar su conducta a la comprensión de esta debido a una grave merma en la esfera volitiva, fruto de un déficit significativo en autocontrol propiciado por la impulsividad que tiene su origen en el TDAH que tiene diagnosticado desde temprana edad. Además, el TDAH, unido a una estructura de personalidad antisocial y con rasgos esquizoides, incrementa la merma en la esfera volitiva. En el supuesto de que se comprobara que su testimonio es cierto en relación con que había ingerido grandes cantidades alcohol (vodka) esa noche, la afectación volitiva sería plena, y la cognitiva podría estar parcialmente afectada.

Recomendaciones

Se recomienda encarecidamente que acuda a un tratamiento asistencial integral: médico, psicológico, trabajador social y orientador laboral. El objetivo es recibir psicoeducación acerca de su trastorno y ser informado acerca de si necesita medicación, además de tratar los problemas de personalidad derivados, así como los problemas sociales y que emprenda una búsqueda activa de empleo que le ayude a canalizar la hiperactividad y sea incompatible con conductas desviadas, así como que le ayude a forjarse una identidad en el plano laboral que sería positiva para su desarrollo personal. Debería acudir a un centro especialista para tratar el consumo problemático de alcohol. La recomendación a partir de los datos recabados es que las medidas asistenciales sean impuestas y vigilado su cumplimiento, tanto por su propio beneficio personal como el interés común.

Conclusiones

Los peritos firmantes del presente informe psicológico pericial han redactado el contenido de este con imparcialidad y con arreglo a su leal saber y entender, y a los principios de la Psicología. Con todos los respetos a SS.^a o al Tribunal que conozca del caso, se emiten las siguientes conclusiones:

- PRIMERA. La persona peritada presenta un 314.01 (F90.1) Trastorno por déficit de atención/hiperactividad—TDAH—con Presentación predominante hiperactiva/impulsividad de tipo Grave. Este cuadro se caracteriza por un predominio de la hiperactividad e impulsividad, con manifestación varios síntomas particularmente graves que le producen un deterioro notable social y laboral.
- SEGUNDA. En relación con la comisión delito, conoce la norma y es capaz de comprenderla pero no es capaz de ajustar su conducta a la comprensión de esta debido a una grave merma en la esfera volitiva, resultado de un déficit significativo en autocontrol que es explicado por la impulsividad y que tiene su origen en la afectación ocasionada por la presencia del TDAH que tiene diagnosticado desde temprana edad. Además, el TDAH, unido a una estructura de personalidad antisocial y con rasgos esquizoides, incrementa la merma en la esfera volitiva. En el supuesto de que se comprobara que su testimonio es cierto en relación con el supuesto hecho de que había ingerido grandes cantidades alcohol de alta gradación esa noche, la afectación volitiva sería plena, y la cognitiva podría estar parcialmente afectada.
- TERCERA. Se recomienda que reciba asistencia clínico-sanitaria integral y de ayuda al consumo problemático de alcohol. El pronóstico es favorable si trata los problemas de personalidad y se realiza un tratamiento integral para el TDAH. Se recomienda una medida impuesta.

Es cuanto cumple informar,

En Madrid, a 23 de abril de 2019

Referencias

- Aguilar, M. M. (2014). *El Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): Aspectos jurídico-penales, psicológicos y criminológicos*. Madrid: 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.

- Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2001). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-IV*. Barcelona: Masson.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2014). *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales, DSM-5*. Barcelona: Masson.
- Barkley, R. A. (2006). Primary Symptoms, Diagnostic Criteria, Prevalence, and Gender Differences. En R. A. Barkley (Ed.), *Attention-Deficit Hyperactivity Disorder. A Handbook for Diagnosis and Treatment, 3rd Edition* (pp. 76-121). London: The Guildford Press.
- Collins, P. y White, T. (2002). Forensic implications of attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) in adulthood. *The Journal of Forensic Psychiatry, 13*(2), 263-284.
- García-Jiménez, E. y Casas, M. (2006). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos: caracterización clínica y terapéutica. *Revista de Neurología, 42*(10), 600-606.
- 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>
- López-Villalobos, J. A., Serrano, I. y Delgado, J. (2004). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad: comorbilidad con trastornos depresivos y de ansiedad. *Psicothema, 16*(3), 402-407.
- Mir-Puig, S. (2011). *Derecho Penal. Parte General (9ª Edición)*. Barcelona, Editorial Reppertor.
- 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. y 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). Madrid: Dykinson.
- 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). Madrid: Dykinson.
- Retz, W. y Rosler, M. (2010). Association of ADHD with reactive and proactive violent behavior in a forensic population. *Attention Deficit Hyperactivity Disorders, 2*(4), 195-202.
- Setlik, J., Bond, R. y Ho, M. (2009). Adolescent prescription ADHD medication abuse is rising along with prescriptions for these medications. *Pediatrics, 124*, 875-880.

Notas

¹ Los datos que figuran en este artículo corresponden a un supuesto basado en un hipotético caso en el que el victimario presenta Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y cumple prisión provisional como medida cautelar durante el proceso penal por un presunto delito de lesiones.