

INFORME PERICIAL PSICOLÓGICO: VALORACIÓN DE UN CASO EN EL ÁMBITO PENAL

Pedro V. Mateo-Fernández¹

*Departamento de Personalidad, Evaluación y Psicología Clínica
Facultad de Psicología, Universidad Complutense de Madrid*

Lydia Brea-Montilla

*Psicólogo y Perito Judicial en Psicología Forense
Máster en Psicología Clínica, Legal y Forense
Universidad Complutense de Madrid*

Resumen

El consumo de sustancias psicoactivas de los jóvenes españoles pone de manifiesto un grave problema socio sanitario en nuestra sociedad actual. Las investigaciones al respecto exponen que la búsqueda de sensaciones, la impulsividad y los problemas en el control inhibitorio, en conjunción con psicopatologías previas y el aislamiento provocado por alguna de ellas, como el síndrome de Gilles de la Tourette, serían factores de riesgo para el inicio y/o mantenimiento del consumo de drogas. El campo de la Psicología Forense está contribuyendo al creciente aumento en el asesoramiento en el ámbito judicial, por parte de los peritos, de todos aquellos aspectos de la psicología que pudieran influir en aspectos legales. En el siguiente trabajo se presenta un informe pericial psicológico del caso de un varón de 24 años, en el momento de la evaluación, acusado de un delito grave contra la salud pública y que ha sido diagnosticado de trastorno por déficit de atención/hiperactividad, síndrome de Gilles de la Tourette, trastorno del comportamiento por déficit control de los impulsos y trastornos relacionados con el consumo de cannabis y cocaína de carácter grave.

PALABRAS CLAVE: *Abuso de Sustancias, Ámbito Penal, Delito contra la Salud Pública, Informe Pericial Psicológico, Síndrome de Gilles de la Tourette*

Abstract

The consumption of psychoactive substances by Spanish youth reveals a serious social and health problem in our current society. Research in this regard shows that sensation seeking, impulsivity and inhibitory control problems, in conjunction with previous psychopathologies and isolation caused by some of them, such as Gilles de la Tourette syndrome, would be risk factors for the initiation and / or maintenance of drug use. The field of Forensic Psychology is contributing to the growing increase in legal advice, by experts, of all those aspects of psychology that could influence legal aspects. The following work presents a psychological expert report of the case of a 24-year-old man, at the time of the evaluation, accused of a serious crime against public health and who has been diagnosed with attention deficit / hyperactivity disorder, Gilles de la Tourette syndrome, impulse control deficit behavior disorder and cannabis and cocaine related disorders of a severe nature.

KEYWORDS: *Substance Abuse, Criminal Field, Crime Against Public Health, Psychological Expert Report, Gilles de la Tourette Syndrome.*

El Trastorno o Síndrome de Gilles de la Tourette (SGT), tal y como nos describen los manuales diagnósticos DSM-5 (APA, 2014) y CIE-10 (OMS, 1993), estaría encuadrado dentro de los trastornos de tics. Este síndrome tendría como criterios diagnósticos principales la aparición, antes de los 18 años, de diversos tics motores y vocales que podrían presentarse de

*Correspondencia: Pedro V. Mateo Fernández (Mateo Fernández, P.).

Correo electrónico: pedrovmf@cop.es

Fecha de recepción: 12-agosto-2021

Fecha de aceptación: 01-abril-2022

manera intermitente, pero con una persistencia superior al año de la aparición del primer tic y que no se puedan atribuirse al consumo de sustancias o a otra afección médica.

La comorbilidad que presenta este trastorno es variopinta pero el Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad (TDAH) y el Trastorno Obsesivo Compulsivo (TOC) son los que presentan mayor concomitancia con el SGT (APA, 2014; Cavanna et al., 2009; Cosentino, et al., 1994; Espert et al., 2017; Torres et al., 2010). Es por ello que las consecuencias funcionales del trastorno, en conjunción con una afección concurrente como el TDAH o el TOC, afectarían más al funcionamiento tanto individual como de las actividades cotidianas del sujeto. Estas consecuencias podrían provocar aislamiento social, conflictos interpersonales, victimización por los compañeros, incapacidad para trabajar o ir a la escuela y una peor calidad de vida con un posible malestar psicológico considerable (APA, 2014).

El consumo de sustancias psicoactivas viene determinado por un enfoque dinámico y multidimensional condicionado por diferentes factores y que conlleva una serie de consecuencias tanto para el individuo como para el entorno que le rodea (Gilchrist, et al., 2011; Ramos & Moreno, 2010).

Según el Observatorio Español de la Droga y las Adicciones (OEDA, 2020), las sustancias con mayor consumo en la población de jóvenes (14-18 años) españoles son alcohol, tabaco y cannabis, apareciendo en quinto lugar la cocaína (polvo y/o base). Las características de consumo en cuanto a sexo, en este tramo de edad, vemos que viene reflejada por una ligera prevalencia de las mujeres en el consumo de las drogas legales (alcohol y tabaco) mientras que en las ilegales sólo presentarían esta prevalencia en los hipnosedantes. Si ampliamos el rango de edad, de 15-64 años, aparece que las drogas con mayor consumo en la población española, en los últimos 12 meses, serían el alcohol, el tabaco y los hipnosedantes, seguidos del cannabis y la cocaína. Se aprecia, por otro lado, un cambio de prevalencia en el consumo de las drogas legales por parte de los varones comprendidos en esta franja de edad ya que, únicamente, se mantendrían los hipnosedantes como sustancia con predominio de consumo de las mujeres frente a los hombres (OEDA, 2020).

Diversos estudios presentan que los jóvenes españoles consumidores de cocaína suelen serlo también de alcohol y cannabis (Hernández-Serrano, et al., 2015; Patiño-Masó et al., 2013) por lo que el policonsumo parece ser una dinámica bastante extendida entre este grupo, más aún si cabe en hombres que en mujeres (OEDA, 2020). El progresivo aumento en la variedad y frecuencias de consumo en nuestros jóvenes pone de manifiesto un grave problema sociosanitario tanto por sus implicaciones en la salud pública de éstos como por las repercusiones sociales que conlleva el consumo de estas sustancias (Araujo et al., 2018; Moral, et al., 2010; Ramos & Moreno, 2010).

Está más que comprobado que la búsqueda de sensaciones representaría uno de los principales factores que favorecen el consumo de sustancias, es por ello que esta búsqueda de nuevas emociones y la impulsividad determinarían el inicio en la dinámica de consumo (Díaz & Moral, 2018; Márquez-Arrico & Adan, 2013; Martínez-Loredo et al., 2015; Moral, et al., 2010; Pedrero-Pérez et al., 2011). Además de la impulsividad, parece ser que el estado de ánimo también influiría en el consumo de sustancias al utilizarse éste como principal vía de escape en una estrategia de afrontamiento caracterizada por la huida/evitación (Moral, et al., 2010) y el aislamiento que puede producirse en pacientes con SGT (Betancourt & Becerra, 2018).

Dentro de los factores del SGT, parece que la impulsividad se configura como uno de sus componentes principales (Espert et al., 2017; Valdés & Ayodeji, 2018), así como el deficitario control de impulsos (Miranda & Castiglioni, 2007; Petruo et al., 2019) como patrón conductual.

A tenor de la bibliografía existente, detallada en el presente apartado, podríamos plantear la hipótesis de que la existencia de psicopatologías previas, deficitarias estrategias de afrontamiento, aislamiento social sufrido por las peculiaridades del SGT y la impulsividad, unida al

pobre control de impulsos, podrían ser una condición más que suficiente para iniciar el consumo de sustancias. En cuanto al mantenimiento en el consumo, se confabularía la retroalimentación negativa de los anteriores factores y la influencia del entorno con grupo de iguales con dinámicas de consumo diarias.

En los siguientes apartados se desarrolla la información, obtenida por el perito psicólogo, correspondiente a un caso de delito contra la salud pública (venta de hachís) agravado al producirse la venta de la citada sustancia estupefaciente a un menor de edad en el momento de los hechos. Es por ello que los datos han sido modificados u omitidos para preservar la intimidad de todas aquellas personas implicadas en el presente caso.

Objetivo del informe psicológico

A petición del interesado, a través de su representante legal, se solicita la emisión de un informe pericial psicológico acerca de *“valorar el estado psicológico en el que se encontraba el peritado en la fecha de comisión de los hechos (XX de diciembre de 20XX) y actualmente. Determinar qué repercusión puede tener en su comportamiento el síndrome de Gilles de la Tourette, así como si se encontraba en aquel momento bajo la dependencia de sustancias estupefacientes y su estado actual, si se ha sometido a tratamiento para su recuperación y el resultado del mismo”*.

Método

Para la emisión del presente informe psicológico se analizó la documentación aportada, así como la realización de un proceso de evaluación psicológica al peritado a través de las correspondientes entrevistas clínicas semiestructuradas y pruebas de evaluación psicométrica complementarias. Todo ello pasa a detallarse a continuación.

Análisis documental

- Resumen de historia clínica de atención primaria (03/12/20XX y 19/03/20XX).
- Informe del Hospital Ramón y Cajal (juicio clínico Síndrome de Gilles de la Tourette) del XX de septiembre de 20XX.
- Receta de tratamiento farmacológico emitido por el servicio de pediatría del Hospital Gregorio Marañón (12/11/20XX; 13/11/20XX; 04/06/20XX).
- Informe justificativo de la evaluación de tratamiento para el trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) emitido por Hospital Gregorio Marañón, el XX de febrero de 20XX.
- Informe de análisis de tóxicos solicitado por nº XXX, del Colegio oficial de farmacéuticos y firmado por el departamento de toxicología, el XX de junio de 20XX.
- Extractos bancarios de transferencias recibidas de entidades crediticias a cuenta cuyo titular y beneficiario es el evaluado.
- Documentos destinados al explorado, del departamento de recobros de diversas entidades por los impagos de pequeños créditos solicitados.
- Informe del Hospital Universitario La Paz (consulta de neurología por empeoramiento considerable desde hace unos 10 meses los tics motores) con diagnóstico de “tics motores y fonatorios complejos. Trastorno del comportamiento por déficit control de los impulsos”, con fecha XX de septiembre de 20XX.
- Atestado nº XXXX/XX de las dependencias de Madrid-Hortaleza, del XX de diciembre de 20XX.

- Diligencias Previas nº XXXX/XX del Juzgado de Instrucción nº1 de Madrid. Escrito de acusación (sin fechar).
- Informe del Hospital Universitario La Paz (consulta de neurología) con valoración neuropsicológica y diagnóstico de “probable síndrome de Gilles de la Tourette”, con fecha XX de octubre de 20XX.
- Informe de tratamiento de consultas externas del Hospital Universitario La Paz. Diagnóstico de “tics motores y fonatorios complejos. Probable síndrome de Gilles de la Tourette” y “Trastorno del comportamiento por déficit control de los impulsos”, con fecha XX de enero de 20XX.
- Certificado de tratamiento en el programa ambulatorio de jóvenes, adolescentes y familias de Proyecto hombre, Madrid. XX de septiembre de 20XX.
- Informe del TAVAD (Tratamientos avanzados de la drogadicción) de alta médica por ingreso el XX de noviembre de 20XX, donde se indica “trastorno por consumo de cannabis y cocaína”. Fechado el XX de noviembre de 20XX.
- Informe del TAVAD (Tratamientos avanzados de la drogadicción) de alta médica por ingreso el XX de diciembre de 20XX, donde se indica “dependencia de cocaína en vías de remisión”. Fechado el XX de diciembre de 20XX.
- Informe de tratamiento de consultas externas del Hospital Universitario La Paz. Diagnóstico de “tics motores y fonatorios complejos. Probable síndrome de Gilles de la Tourette” y “Trastorno del comportamiento por déficit control de los impulsos”, “RNM craneal sin alteraciones”, con fecha XX de enero de 20XX.
- Informe del TAVAD (Tratamientos avanzados de la drogadicción) donde se indica la presencia de un trastorno de Adicción a Cocaína y Cannabis, fechado el XX de enero de 20XX.
- Justificante de inscripción en Padel Center School, XX de enero de 20XX.
- Informe del TAVAD (Tratamientos avanzados de la drogadicción) donde se indica la presencia de un trastorno de Adicción a Cocaína y Cannabis, fechado el XX de febrero de 20XX.
- Comunicado del Servicio Médico de TAVAD para nueva pauta de medicación, fechado el XX de marzo de 20XX.
- Informes clínicos del CAD de Hortaleza, Madrid Salud Instituto de adicciones, del XX de abril de 20XX.
- Informe de tratamiento de consultas externas del Hospital Universitario La Paz. Diagnóstico de “tics motores y fonatorios complejos. Probable síndrome de Gilles de la Tourette” y “Trastorno del comportamiento por déficit control de los impulsos”, indicando revisión en XX de junio de 20XX, fechado el XX de mayo de 20XX.
- Informe del TAVAD (Tratamientos avanzados de la drogadicción) donde se indica la presencia de un trastorno de Adicción a Cocaína y Cannabis, fechado el XX de junio de 20XX.
- Revisión del historial académico y vida laboral.

Entrevistas y observaciones

- Entrevista semiestructurada realizada al peritado el día XX de junio de 20XX.
- Entrevista semiestructurada realizada a la madre del peritado el día XX de Junio de 20XX.
- Entrevista semiestructurada y aplicación de pruebas psicométricas realizada al peritado el día XX de Junio de 20XX.
- Entrevista semiestructurada y aplicación de pruebas psicométricas realizada al peritado el día XX de Junio de 20XX.
- Entrevistas semiestructuradas realizadas, por separado, al padre y a la madre del peritado el día XX de Junio de 20XX.

Pruebas Psicométricas

- SCL-90-R. Listado de 90 Síntomas Revisado (Derogatis, L.R., 1994). Adaptado en población española por González de Rivera, J.L. et al. (2002). TEA Ediciones S.A. Prueba de screening que evalúa sintomatología de amplio espectro.
- 16-PF-5. Cuestionario Factorial de Personalidad de Cattell R.B y cols. (1993). Adaptado a población española por Seisdedos Cubero, N. Identifica los principales componentes de la personalidad mediante un análisis factorial de los calificativos que describen la conducta humana.
- PAI. Inventario de Evaluación de la Personalidad (Morey, L.C., 2011). Adaptado a población española por TEA Ediciones, S.A. Emite una evaluación comprensiva de la psicopatología en adultos.

Otras fuentes de información

- Entrevista telefónica con el coordinador de TAVAD SL, realizada el XX de junio de 20XX.
- Coordinación telefónica con el departamento de trabajo social del Centro de Atención a las Adicciones (CAD) de Hortaleza del Ayuntamiento de Madrid, realizada el XX de junio de 20XX.

Análisis descriptivo y exploración psicopatológica

Descripción de los hechos y situación actual

Según constata el documento de Diligencias Previas nºXXXX/XX del Juzgado de Instrucción nº1 de Madrid se relata que sobre las 1X:30 horas del día XX de diciembre de 20XX en la C/ XXXXXX el peritado entregó a XXX una “bolsita” a cambio de 10 €. El contenido de la bolsita resultó ser hachís con un total de 0,734 gramos de resina de cannabis con una composición del 28,6% de Tetrahidrocannabinol (THC) por lo que contenía 0,21 gramos puros con un valor de mercado de 4,534 €. Además de esta bolsita el peritado tenía en su poder otra bolsa con 5,570 gramos de la misma sustancia con una composición del 31,2% de Tetrahidrocannabinol (THC) por lo que contenía 1,74 gramos puros con un valor de mercado de 38,074 €.

Dado que al sujeto al que el peritado le entregó la bolsita a cambio de 10 € resultó ser menor de edad, confiere que además el conjunto de los hechos relatados en el párrafo anterior hace que el peritado sea acusado de un presunto delito grave contra la salud pública tipificado en el art. 368 párrafo primero, último inciso y art. 369.4 del Código Penal siendo el peritado responsable en concepto de autor del art. 28 del Código Penal.

En la actualidad, se encuentra pendiente de los cargos de los que está acusado. Continúa en tratamiento ambulatorio tanto psicológico como médico, sin tratamiento farmacológico. Se señala la buena adherencia al tratamiento y evolución positiva, aunque aún no ha alcanzado su total recuperación.

Aproximación biográfica

El peritado nace en Madrid en 0X de abril de 19XX tras un embarazo eutócico y un parto distócico con el uso de fórceps y una vuelta en el cordón umbilical. Es el mayor de los hijos de una familia compuesta por sus padres, ambos con 5X años, él y su hermana menor, de 2X años. Comenta que actualmente tiene una buena relación con sus padres y con su hermana, no así en el pasado que refiere su relación con los padres como constantes discusiones y una relación

prácticamente inexistente con su hermana "...no me llevaba mal con ella, simplemente no teníamos trato...".

Actualmente prefiere y disfruta realizando actividades en familia, participando en la dinámica familiar y creando un muy buen clima de confianza, siendo su madre y su hermana principalmente las confidentes y consejeras del peritado.

Origen socioeconómico de clase media sin referir ninguna problemática en el ámbito económico al encontrarse ambos progenitores trabajando para en sendas empresas importantes de ámbito nacional. El peritado narra haberse criado en un buen ambiente económico donde sus padres desempeñaban empleos cualificados por lo que la familia, según refiere el evaluado, ha gozado de estabilidad y solvencia económica a lo largo de su trayectoria vital.

Durante su etapa infanto-juvenil describe situaciones de hostigamiento en el colegio (burlas por los tics que presenta, aislamiento porque "parecía raro"), lo que generaba gran preocupación a los padres del peritado al ser conocedores de dicha situación, afrontando ésta minimizando la gravedad y quitando importancia.

Según las referencias proporcionadas por los progenitores, el peritado durante el recreo o bien estaba solo o bien se relacionaba con niños más pequeños que él. Ante esta cuestión, el evaluado informa que durante la etapa escolar únicamente se relacionaba con dos o tres compañeros de clase porque se sentía comprendido y sobre todo, que no se metían o se reían de él. Esta dificultad señalada en cuanto a las relaciones con su grupo de iguales también ha sido apreciada por el perito abajo firmante.

La descriptiva que el peritado efectúa acerca de sus relaciones sociales y de amistad oscila entre afirmaciones dirigidas a mostrarse como una persona con una consistente red social en la que actualmente se siente apoyado en su proceso de deshabitación y las dinámicas relacionales basadas en el consumo del pasado.

El ocio que describe el peritado en el pasado consistía en actividades que giraban siempre alrededor del consumo y no describe intereses culturales, práctica deportiva habitual u otro tipo de ocio saludable antes de los hechos. Actualmente participa en prácticas deportivas periódicas 2 veces por semana (tal y como consta en el documento de inscripción en la Padel Center School) y actividades lúdicas distintas al consumo como ir al cine.

En cuanto a la trayectoria académica y laboral del explorado refiere que consigue acabar bachillerato y selectividad, aunque se produce un gran descenso en la media de sus calificaciones que coincide con la época en la que el peritado comienza la dinámica habitual de consumo. Aunque en julio de 20XX consigue acabar Auxiliar de Clínica Veterinaria, el peritado se muestra frustrado porque refiere frases como "...no acabo nada..." al no ser capaz de continuar con los estudios que comienza, según consta en la documentación aportada en la que se nos muestran las matrículas del 20XX en el Grado en Sistemas de Información, del 20XX en el Grado de Ingeniería de Computadores, del 20XX en el Grado Superior en Laboratorio de Diagnóstico Clínico, en 20XX en el Grado Superior en Dietética y en 20XX en el 1º curso de Técnico en Emergencias Sanitarias, estudios que no consigue acabar y abandona.

En el ámbito laboral, únicamente aparecen cotizados 25 días en el informe de vida laboral aportada por el peritado, en 2 empresas realizando empleos de baja cualificación. Además, argumenta que trabajó 1 mes en un lavado de coches de alta gama pero que no le hicieron contrato.

En cuanto a los antecedentes médicos del peritado, se aportan informes médicos de diferentes hospitales, tal y como ha quedado reflejado anteriormente. La historia de tics motores y fonatorios con evolución hacia el Síndrome de Gilles de la Tourette aparece por primera vez en los informes de 2007 cuando el peritado contaba con 11 años. Posteriormente sigue su tratamiento, desde diciembre del 2007 hasta diciembre del 2014. Según documentación aportada, se refiere que en 2003 comienza con los tics y guiños, congruente con el Síndrome de Gilles de la Tourette pero añadiendo en este informe un Trastorno por Déficit de Atención con

Hiperactividad (TDAH) comórbido. Para finalizar, se aportan informes del Hospital donde el peritado continúa en tratamiento actualmente y donde también se le diagnostica un probable Síndrome de Gilles de la Tourette con trastornos del comportamiento por déficit del control de los impulsos con la inclusión, en este informe, del consumo diario de marihuana.

En cuanto a los antecedentes psicológicos del informado, destacar que en los diferentes informes médicos se hace referencia a la impulsividad del peritado y a la aparición de un Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) comórbido con el Síndrome de Gilles de la Tourette y trastornos del comportamiento por déficit del control de los impulsos.

En relación con el ámbito de las relaciones de pareja/sexual, el peritado informa haber tenido únicamente una relación con una chica 5 años mayor que él y que conoció a través de un compañero de la facultad en la que estudiaba el Grado de Ingeniería de Computadores.

Comenzó la relación a los 20 años y duró aproximadamente 2 años y medio. Según informa, la novia también consumía pero no tanto como él y este fue uno de los principales motivos de discusión y a la postre su ruptura además de que, según refiere el peritado, él era muy joven mientras que ella "...tenía la vida más o menos resuelta y yo no..." porque él acababa de empezar los estudios y ella ya estaba "...buscándose la vida...", así que esas circunstancias (consumo excesivo y diferentes trayectorias vitales) hacen que la relación se termine sin que el peritado muestre en la actualidad ningún tipo de emoción negativa al respecto.

En cuanto a los antecedentes delictivos, el informado niega antecedentes penales previos a los hechos de Autos. Llega incluso a normalizar la venta de droga para sufragar los gastos ocasionados por su elevado consumo.

Según consta en autos, el peritado está acusado de un presunto delito grave contra la salud pública tipificado en el art. 368 párrafo primero, último inciso y art. 369.4 del Código Penal siendo el peritado responsable en concepto de autor del art. 28 del Código Penal.

El peritado informa que, en el momento actual, ha abandonado el consumo de sustancias gracias a su convencimiento para abandonarlo y principalmente señala la ayuda que está recibiendo, tanto profesional como familiar y de su grupo de iguales.

En relación con los antecedentes familiares se destacan antecedentes psicopatológicos en la madre, quien refiere presentar depresión (con intento de suicidio) incluso llegando a tener que ser hospitalizada en psiquiatría de marzo a mayo del 20XX. Por otro lado, la hermana del peritado presentó, según informan los progenitores, un trastorno de "pica" supuestamente relacionado por una falta de hierro en el organismo.

Factores de predisposición y/o vulnerabilidad

Una vez estudiados los antecedentes del peritado podemos enumerar los siguientes factores de vulnerabilidad que pudiera presentar en su trayectoria vital atendiendo a los siguientes entornos:

Familiar: En el entorno familiar no se aprecian factores de vulnerabilidad más allá de la primera negación por incredulidad paterna acerca del consumo y las posteriores discusiones por dicho consumo que fomentaban en el peritado el abandono de la situación conflictiva para consumir porque así se tranquilizaba y se encontraba mejor denotando una falta en las estrategias de afrontamiento.

Personal: El peritado ha experimentado, a lo largo de su trayectoria vital, una serie de circunstancias que han afectado al desarrollo de sus habilidades sociales, así como a las estrategias de afrontamiento que pone en marcha, las cuáles pueden llegar a ser disfuncionales, al igual que han generado una marcada inestabilidad emocional y conductual, retroalimentada con el historial de consumo.

Social: El hecho de que presentara una sintomatología congruente con el Síndrome de Gilles de la Tourette, hizo que la relación con sus iguales fuera deficitaria y hostigadora, con la aparición de risas y burlas por parte de los otros niños, lo que generaría situaciones de búsqueda de aceptación por sus iguales.

Exploración psicopatológica

El peritado está orientado en tiempo, espacio y persona. Presenta apariencia y vestimenta adecuada con un bajo tono de voz y postura encogida acompañada de mirada decaída y cabizbaja en ocasiones. Propio de una conducta algo inhibida, en relación probablemente al momento vital en el que se encuentra durante el proceso de evaluación. Lenguaje apropiado y coherente, sin bloqueos ni resistencia a la hora de verbalizar cualquiera de los acontecimientos referidos por lo que tampoco manifiesta respuestas evasivas con tendencia a la minimización ni justificación de los sucesos relatados.

No se observaron alteraciones sensorio-perceptivas ni mnésicas, al igual que tampoco se aprecian alteraciones en el curso y el contenido del pensamiento, de la misma manera no se observa pobreza del habla o del contenido, con una inteligencia normal tras la apreciación clínica.

El evaluado muestra un estado de ánimo eufórico, aunque acompañado de un gran número de tics motores múltiples, principalmente faciales, y fonatorios con carraspeos y sonidos guturales apreciándose que intenta controlar para el buen desarrollo de las entrevistas. Se observa un aumento de tics en presencia de sus padres durante las sesiones. El peritado informa que aprendió a controlar más los tics en presencia de extraños, mientras que afloran cuando se relaja en presencia de personas de su entorno cercano.

Se detectan rasgos de personalidad impulsivos que concuerdan con la sintomatología que presenta el peritado y que fomentan la retroalimentación de los altos niveles de frustración y patrones comportamentales que se describirán con mayor profundidad en los siguientes apartados.

Historia toxicológica

El peritado refiere el inicio del consumo de cannabis por vía pulmonar (fumada) a los 16 años en entornos lúdicos al comprobar que su mejor amigo también consume, aunque es a los 17 años cuando empieza a comprar para su propio consumo por la misma vía de administración en todo tipo de ambientes. En muy poco tiempo, a partir de los 18 años, pasa a consumir 10 “porros” diarios hasta el día de los hechos, momento tras el cual reduce su consumo a unos 5-6 “porros” diarios, pero, según refiere el peritado y lo que se observa en los informes del TAVAD, aumenta progresivamente el consumo en cocaína y continua con un menor consumo de cannabis 1-2 “porros” diarios.

Según la información que nos aporta el peritado, el inicio del consumo esporádico en ambientes lúdicos de cannabis por vía pulmonar (fumada) a los 16 años, degenera a los 17 años, cuando este consumo se incrementa de manera considerable como para que comience el Programa Soporte para la desintoxicación de cannabis cuando el explorado contaba con 20 años, siendo el intento por abandonar el consumo de esta sustancia fallido. Al igual que ocurrió con su primer tratamiento en el Instituto XXXXX por su adicción al cannabis, también cuando el peritado contaba con 20 años.

El evaluado continúa la dinámica de consumo con un aumento progresivo en el consumo de cannabis e iniciando el consumo de cocaína de manera esporádica en ambientes lúdicos por vía intranasal (esnifada) desde los 21 años y de forma puntual por vía pulmonar (fumada). A

partir de los 22 años, el nivel de consumo de esta sustancia aumenta exponencialmente en probable relación con la disminución del consumo de cannabis, coincidiendo esta disminución del consumo de cannabis tras la comisión del presunto delito cometido por el peritado, y llegando a consumir 1 gr. de cocaína dos veces en semana, tal y como se refiere en el informe aportado por el Centro de Tratamientos XXXX del XX de junio de 20XX.

Tal y conforme es referido por el peritado, según se hace constar también en los informes proporcionados por los centros de desintoxicación, el periodo de mayor consumo de cannabis coincide con la época en la que el peritado refiere haber cometido el delito por el que se emite el presente informe para sufragar el excesivo gasto de su elevado consumo.

Como ya se ha comentado, el consumo de cocaína aumenta exponencialmente tras la comisión del delito que se le imputa al peritado hasta consumir aproximadamente 1 gr. de cocaína dos veces en semana por lo que para sufragar sus gastos por este elevado consumo comienza a pedir pequeños créditos de concesión rápida para este fin (según documentación aportada) en vez de la acción por el que el peritado es imputado del delito grave contra la salud pública. La gran cantidad de pequeños créditos hacen que aflore toda la problemática que el peritado ha estado sufriendo a lo largo de este tiempo y la familia se hace consciente de esta problemática por lo que aúnan esfuerzos para incluir al peritado en un programa multidisciplinar de deshabituación desde noviembre del 20XX hasta la actualidad.

En la actualidad acude periódicamente a las citas de los diferentes dispositivos donde recibe tratamiento, presentando una buena adherencia además de una evolución positiva pese a que todavía no ha concluido la intervención. Actualmente se muestra abstinente de las sustancias problema (cannabis y cocaína) por las que tuvo que ser ingresado (según documentación aportada y entrevista mantenida con el perito firmante) contando con apoyos, principalmente familiares. El informado refiere tener proyectos de futuro como la decisión de retomar sus estudios.

Resultados

Cuestionario de 90 síntomas revisado (SCL-90-R) (Derogatis, 1994). Adaptado en población española por González de Rivera, J.L. et al. (2002). TEA Ediciones S.A. Consiste en una escala estructurada que evalúa la coincidencia entre los síntomas del sujeto con determinados trastornos psiquiátricos. Consta de 90 ítems en escala tipo Likert de cinco opciones acotada por los términos "*Nada*", "*Muy poco*", "*Poco*", "*Bastante*" y "*Mucho*", que en la corrección es valorada en un rango de 0 a 4 puntos. Una vez puntuadas las respuestas es posible caracterizar la sintomatología del evaluado en un perfil compuesto por nueve dimensiones primarias de síntomas (Somatización, Obsesiones, Sensibilidad Interpersonal, Depresión, Ansiedad, Hostilidad, Ansiedad Fóbica, Ideación Paranoide y Psicoticismo) y tres índices globales de psicopatología: el índice de Gravedad Global (GSI) que indica el sufrimiento psicológico global del sujeto al combinar información sobre el número de síntomas y la intensidad del distrés; el índice de Malestar Positivo (PSDI) que representa la media pura de intensidad sintomática; y por último, el Total de Síntomas Positivos (PST) que revela el número de síntomas que la evaluada dice experimentar en algún grado, informa de sobre la "amplitud" sintomática del distrés en el individuo. Los resultados obtenidos son:

Escalas Clínicas	PD	Percentil *
Somatización	0,25	45
Obsesión-Compulsión	1,00	85
Sensibilidad Interpersonal	0,67	75
Depresión	1,00	80
Ansiedad	0,60	75

Hostilidad	0,83	80
Ansiedad Fóbica	0,00	5
Ideación Paranoide	0,33	40
Psicoticismo	0,20	60
Índice Sintomático General (GSI)	0,63	80
Total Síntomas Positivos (PST)	41	85
Índice de Diestrés de Síntomas Positivos (PSDI)	1,39	45

*: Puntuaciones basadas en de los baremos de la versión TEA Ediciones, S.A. Muestra de varones de población no clínica.

Cuestionario de personalidad de 16 factores (16PF-5) (Cattell R.B et al., 1993). Adaptado a población española por Seisdedos Cubero, N. TEA Ediciones S.A. Se trata de una prueba en la que identifican 16 rasgos o factores primarios de la conducta para explicar el espectro total de la personalidad. Estos rasgos o factores fueron considerados por el autor para elaborar 16 escalas primarias y 5 factores de segundo orden o dimensiones globales. Por último, y a fin de otorgar validez a las repuestas de los sujetos, el 16 PF-5 cuenta con 3 escalas de validez o estilos de respuesta. Estas escalas evalúan las distorsiones producidas por la actitud del examinado ante la prueba: (MI) Manipulación de la imagen, (IN) Infrecuencia, (AQ) Aquiescencia.

A continuación, pasa a analizarse los resultados de la prueba 16PF-5 aplicada al peritado durante el proceso de evaluación.

Las tres escalas de control del cuestionario 16 PF-5 (MI, IN y AQ) ponen de manifiesto la relevancia de los datos aportados por el cuestionario. MI (manipulación de la imagen) destapa el intento de la persona de ofrecer una imagen distorsionada de sí misma; IN (infrecuencia) se basa en la tasa de respuestas infrecuentes dadas por el sujeto; AQ (aquiescencia) informa sobre la tendencia del sujeto a asentir sistemáticamente a la mayoría de las frases del cuestionario.

El peritado ha respondido de manera congruente, con sinceridad y cierta indecisión, aspectos que se tienen en cuenta a la hora de exponer las conclusiones de la prueba. Pasamos a reseñar aquellas escalas en las que se han obtenido unas puntuaciones más significativas:

Factor A. Afabilidad. Señala la tendencia que desde ser una persona social e interpersonalmente reservada hasta estar cálidamente implicada con las demás. El peritado se destaca en la escala por ser reservado y cauro en sus implicaciones y contactos.

Factor C. Estabilidad. La estabilidad que evalúa el 16 PF-5 hace referencia a la capacidad de adaptación de las personas a las demandas del entorno, problemas cotidianos y sus retos. En su polo alto se sitúan aquellas personas emocionalmente estables, maduras y tranquilas; en el polo bajo se hallan las afectables por sentimientos y que se perturban con facilidad. El evaluado se define a sí mismo en los términos de inseguro, impresionable y con ánimo voluble. Es inconstante, de conducta discontinua, cambia con frecuencia de intereses o actitudes. Se perturba y emociona fácilmente y las críticas le hacen mella.

Factor E. Dominancia. El concepto de Dominancia que evalúa esta escala es entendido como el deseo de control sobre otros, o bien el que percibe que se ejerce sobre él. En su polo bajo se encuentran aquellas personas más sumisas, dependientes o conformistas, mientras su polo alto contiene a las personas más firmes e independientes. Su puntuación en la escala E (inferior a la media) describe a una persona que se guía por un fuerte deseo de evitar conflictos y por un intento de agradar y obtener aprobación.

Factor H. Atrevimiento. Esta escala ofrece información acerca de la autoestima, siendo la dimensión con mayor relación a la hora de predecir la autoestima. Una puntuación alta indica que la persona es aventurera y atrevida, sin temor en las situaciones sociales. Una puntuación baja, apunta a una tendencia a ser socialmente tímido, cauto y vergonzoso. Los resultados indican que el informado es muy temeroso y cohibido, además de señalar una baja autoestima (según la validez criterial).

Factor M. Abstracción. La escala de abstracción apunta al tipo de tema y cosas a las que una persona dirige su atención y pensamiento. Una persona con puntuaciones altas (M+) está orientada a los procesos mentales e ideas que a los aspectos prácticos. En el otro extremo (M-) se orienta hacia las sensaciones y la realidad ambiental para formar sus percepciones. Los resultados del peritado, apuntan a una persona muy abstraída, con dificultades de atención.

Factor N. Privacidad. La escala aprecia tendencia a la naturalidad en su extremo negativo, y una postura privada y de no apretura en su polo positivo. El informante se describe como una persona que prefiere guardar sus problemas para sí mismo antes ya que le resulta muy difícil hablar sobre temas personales, lo que propicia una dificultad para intimar con él.

Los factores Q1 y Q3 (por debajo de la media) describen al peritado como una persona apegada a lo familiar y que prefiere lo predecible, aunque no sea lo ideal, y desordenada y con falta de preparación. Por otro lado, las puntuaciones resultantes en Q2 y Q4 (por encima de la media), informan de alguien orientado hacia el grupo, impaciente y tenso.

Dimensiones globales

Extraversión Esta dimensión sitúa a las personas en el continuo introversión-extraversión. Su cálculo se obtiene a partir de las escalas principales A, F, H, N y Q2. El peritado obtiene aquí una puntuación baja, lo que le presenta como alguien muy tímido y reprimido.

Ansiedad Esta dimensión informa del nivel de activación y preocupación que acompaña al sujeto en todas sus actividades. Se calcula a partir de las puntuaciones obtenidas en las escalas principales siguientes: C, O, Q4, y L. El evaluado sufre unos niveles elevados de ansiedad. Obtiene una puntuación alta. Es muy probable que se acompañe de ciertas alteraciones fisiológicas, siendo así que, posiblemente le cueste centrarse y mantener la atención sobre un mismo estímulo.

Dureza Esta dimensión, denominada Dureza, informa de la disposición del individuo a considerar otras razones y motivos diferentes a los suyos. En el polo positivo están las personas más receptivas, intuitivas y de mente abierta, mientras en el negativo parecen frías, cerradas y poco empáticas. La escala se calcula con las puntuaciones obtenidas en A, I, M y Q1. El explorado parece ser una persona tosca en el trato con los demás. También se describe como intolerante y poco receptivo a los puntos de vista ajenos.

Independencia Esta dimensión hace referencia a la tendencia a ser activo y energicamente determinado en los pensamientos y conductas. La persona independiente le gusta intentar cosas nuevas, expresar curiosidad intelectual mientras que en el polo opuesto, está la persona deferente, tímida, confiada y tradicional. Se calcula con las puntuaciones que se obtienen en E, H, L y Q1. El peritado actúa de manera acomodativa y tímida. Valora la agradabilidad más que la autodeterminación o el salirse con la suya. Tanto la situación como las demás personas suelen influirle, tanto en la formación de sus opiniones como en la estructuración de su conducta.

Puede resultar ineficaz cuando la situación exija asertividad o persuasión. Esta tendencia a ser acomodativo puede estar relacionada con el deseo de evitar el daño o con la ansiedad.

Autocontrol Esta dimensión evalúa el control que se autoimpone la persona en sus relaciones sociales. A medida que aumentan las puntuaciones se incrementa el control que la persona ejerce sobre sus actuaciones. La escala se calcula con las puntuaciones obtenidas en G, M, Q3, y F. El explorado actúa de manera impulsiva, indulgente o irresponsable. En situaciones que exijan autocontrol, puede encontrar dificultades para reprimirse.

Inventario de Evaluación de la Personalidad (PAI) (Morey, L.C., 2011). Adaptado a población española por TEA Ediciones, S.A. Emite una evaluación comprehensiva de la psicopatología en adultos mediante 22 escalas: 4 escalas de validez (Inconsistencia, Infrecuencia, Impresión negativa e Impresión positiva), 11 escalas clínicas (Quejas somáticas, Ansiedad, Trastornos relacionados con la ansiedad, Depresión, Manía, Paranoia, Esquizofrenia, Rasgos límites, Rasgos antisociales, Problemas con el alcohol y Problemas con las drogas), 5 escalas de consideraciones para el tratamiento (Agresión, Ideaciones suicidas, Estrés, Falta de apoyo social y Rechazo al tratamiento) y dos escalas de relaciones interpersonales (Dominancia y Afabilidad). Además, incluye 30 subescalas que proporcionan una información más pormenorizada.

Se emplea en ámbito clínico y forense, proporcionando información de aquellos ítems críticos que requieren la atención inmediata del profesional. Es un inventario excelente para la evaluación de la psicopatología de adultos en múltiples contextos. De los resultados se desprende que las puntuaciones obtenidas son válidas y reflejan la realidad del peritado.

En relación con la sintomatología actual, el informado presenta cierta preocupación por la salud (SOM: 61; SOM-H: 77), así como cierto pesimismo y dudas de sí mismo (DEP: 60), siente que le faltan habilidades para tratar con las exigencias de su entorno (DEP: 63) llegando a presentar síntomas vegetativos de depresión como problemas de sueño y de apetito (DEP-65). Presenta rasgos de inestabilidad emocional junto con elevados niveles de impulsividad (LIM: 68; LIM-A: 88). También se reflejan los aspectos antisociales (ANT: 68), relacionadas con la historia de dificultades con la autoridad, conductas disruptivas y autodestructivas (ANT-A: 76) congruentes con el trastorno por dependencia grave al cannabis y cocaína y los hechos de los que está acusado. Presenta una baja empatía (ANT-E: 67).

Por último, en relación a las escalas clínicas, la elevada puntuación (DRG: 95) informa acerca de las consecuencias debidas al consumo de drogas y su dependencia a éstas.

El evaluado presenta un estilo relacional marcado por una baja confianza en sus interacciones sociales (DOM=22) con tendencia a mantener las distancias (AFA=37), llegando a subordinar sus propias necesidades a las de otros. Esta dificultad puede favorecer un trato abusivo por parte de otros.

En cuanto a la interpretación relacionada con el tratamiento, refleja aspectos relacionados con el trastorno clínico relacionado con la falta de control de impulsos y una tendencia al enfado (AGR=68; AGR-A=70; AGR-F=65). Este aspecto queda reflejado en los informes y contrastado en las entrevistas mantenidas por los peritos firmantes. En cuanto al tratamiento, percibe un buen apoyo de personas significativas y reconoce grandes dificultades en su día a día y percibe una clara necesidad de ayuda para tratar su problemática (RTR=25).

Ítems críticos

- RIESGO DE AGRESIÓN: 61. A veces exploto y pierdo completamente el control sobre mí. (BV)

- ABUSO DE SUSTANCIAS: 103. Soy incapaz de controlar mi consumo de drogas. (BV)
- ESTRESORES TRAUMÁTICOS: 194. He tenido algunas experiencias terribles que hacen que me sienta culpable. (CV)
- {*FALTADEINTEGRIDAD*}: 311. Cuando hago una promesa no siento la necesidad de cumplirla. (BV)
- RESPUESTA IDIOSINCRÁSICA: 80. A veces recibo por correo anuncios que no me interesan en absoluto. (F)

Formulación forense

En el consumo de sustancias ilegales intervienen factores sociales, ambientales, individuales, etc. Aquí, la personalidad juega un papel importante en la predisposición al consumo de drogas. Variables como búsqueda de sensaciones, trastornos de la conducta, impulsividad o la no socialización, son predictoras del consumo de sustancias ilegales.

El peritado se ha desarrollado en un entorno psicosocial en el que se han podido detectar factores de riesgo y/o de vulnerabilidad para el desarrollo de alguna psicopatología desde su infancia y que profundizaremos más en ello a continuación.

El explorado nace en Madrid dentro del seno de una familia estructurada en el que se refieren unos estilos de crianza adecuados para el correcto desarrollo psicosocial, pero a pesar de ello a muy pronta edad (7 años) aparecen una serie de tics motores y fonatorios por los que debe iniciar tratamiento neurológico al ser este tipo de sintomatología congruente con el Síndrome de Gilles de la Tourette. Esta gran variedad de tics que presenta el peritado hace que sea objeto de numerosas bromas, insultos y cierto aislamiento por parte de los otros niños de su edad por lo que el peritado desarrollará un marcado déficit de habilidades sociales con una constante búsqueda de aceptación idealizando las relaciones de amistad y apreciándose un estilo sumiso retroalimentado precisamente por esta búsqueda de aceptación y la idealización de los iguales que el peritado refiere como aquellos con los que se sentía comprendido y sobre todo, que no se metían o se reían de él.

Además del tratamiento neurológico por un probable F95.2 Síndrome de Gilles de la Tourette [307.23], el peritado ha estado siendo tratado desde la infancia por un F90.1 Trastorno de Déficit de Atención por Hiperactividad (TDAH) [314.01] y por un F91.9 Trastorno del Comportamiento por Déficit de Control de los Impulsos [312.9] no especificado. Este tipo de trastornos propician que, a la postre, el peritado inicie el consumo de cannabis al hacerlo su grupo de referencia y principalmente el que él considera su mejor amigo.

Esta dinámica de consumo, junto con sus trastornos descritos en el apartado anterior, hacen que rápidamente el peritado incremente considerablemente el consumo con un aumento de gastos significativo apareciendo conductas de “*craving*” con la venta de objetos personales y familiares para sufragar esos gastos. Todo este tipo de circunstancias generarían un F12.20 Trastorno por Consumo de Cannabis [304.20] de carácter grave hacen que afloren aún más sus rasgos agresivos, irascibles e impulsivos que hacen, en última instancia, que el peritado presuntamente cometa el delito por el que se emite el presente informe. El abusivo consumo de cannabis concuerda con episodios descritos por el peritado que son congruentes con una F12.229 Intoxicación por Cannabis [292.89] cuando describe la sintomatología y las verbaliza como “...algún amarillo me ha dado, pero después no...”.

El delito se produce en el momento en que más elevado era el consumo de cannabis por parte del peritado, para intentar sufragar los gastos de su elevado consumo en esa sustancia. A partir de ese momento desciende el consumo de hachís, pero la pertenencia al mismo grupo junto a la presencia de aspectos personales como impulsividad y los trastornos, hacen que el

peritado aumente rápidamente el consumo en cocaína, produciendo un incremento considerable en los gastos y, por tanto, las deudas del peritado por lo que comienza a solicitar préstamos bancarios rápidos creando un círculo vicioso entre deudas y préstamos. Esta dinámica de consumo juntamente con sus rasgos impulsivos generará una problemática significativa principalmente en las áreas relacionales, laborales, familiares y legales generando un F14.10 Trastorno por Consumo de Cocaína [305.60].

La contracción de las deudas parece ser el detonante para que los progenitores tomen conciencia de la problemática y la intensidad de ésta, por lo que constituye el desencadenante para que el peritado comience un tratamiento disciplinar, tanto en el Instituto de Adicciones de Madrid Salud (CAD Hortaleza) y en el Centro de Tratamientos Avanzados de la Adicción (TA-VAD), que han favorecido la abstinencia total de todo tipo de sustancias ilegales hasta la fecha, dato corroborado por las analíticas realizadas en los centros de deshabitación y los profesionales con los que el perito abajo firmante se ha entrevistado (Figura 1; Modelo psicopatológico del caso).

Discusión forense

Sobre la dependencia a sustancias del peritado

Tal como se indicaba anteriormente, el peritado presenta un F12.20 Trastorno por Consumo de Cannabis [304.20] de carácter grave. Según los trabajos de Sutherland *“la drogodependencia viene determinada por la influencia del grupo de iguales y el apego familiar”*. El inicio del problema de drogodependencia tuvo su origen en la presencia durante la vida del peritado de varios factores predisponentes con carácter principalmente social e individual. Dichos factores determinaron el inicio y mantenimiento del consumo a través de variables moduladoras como el refuerzo dentro del contexto social, los efectos anticipatorios de las sustancias, los efectos propios de dichas sustancias además de aspectos personales como la dificultad de gestión emocional e impulsividad.

Por sus características evolutivas, como la búsqueda de identidad personal e independencia, el alejamiento de los valores familiares y el énfasis en la necesidad de aceptación por el grupo de iguales, la adolescencia se convierte en facilitador de inicio del consumo de alcohol y drogas (García-Couceiro et al., 2020; González-Yubero, et al., 2021; Moreta-Herrera et al., 2018; Sussman, et al., 2004).

Un factor de riesgo es una característica interna y/o externa al individuo cuya presencia aumenta la probabilidad o la predisposición de que se produzca un determinado fenómeno (Luengo et al., 1999; Morello et al., 2017). Estas características personales, sociales y familiares permitirían predecir el desarrollo de la conducta de consumo de drogas y situarían a la persona en una posición de vulnerabilidad hacia ese tipo de comportamiento.

Sobre la repercusión de los trastornos relacionados con el control de impulsos que presenta el peritado

El Síndrome de Gilles de la Tourette es un trastorno neurológico caracterizado por múltiples tics motores y vocales (Betancourt & Becerra, 2018; García Cruz & González Lajas, 2020; Gatica-Ferrero, 2018; Petruo et al., 2019; Valdés, 2018). Dicho trastorno presenta comorbilidad con diferentes cuadros y trastornos, siendo de los más comunes son el Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH) y el trastorno obsesivo compulsivo (TOC) (Cavanna et al., 2009; García Cruz & González Lajas, 2020; Gatica-Ferrero, 2018; Torres et al., 2010).

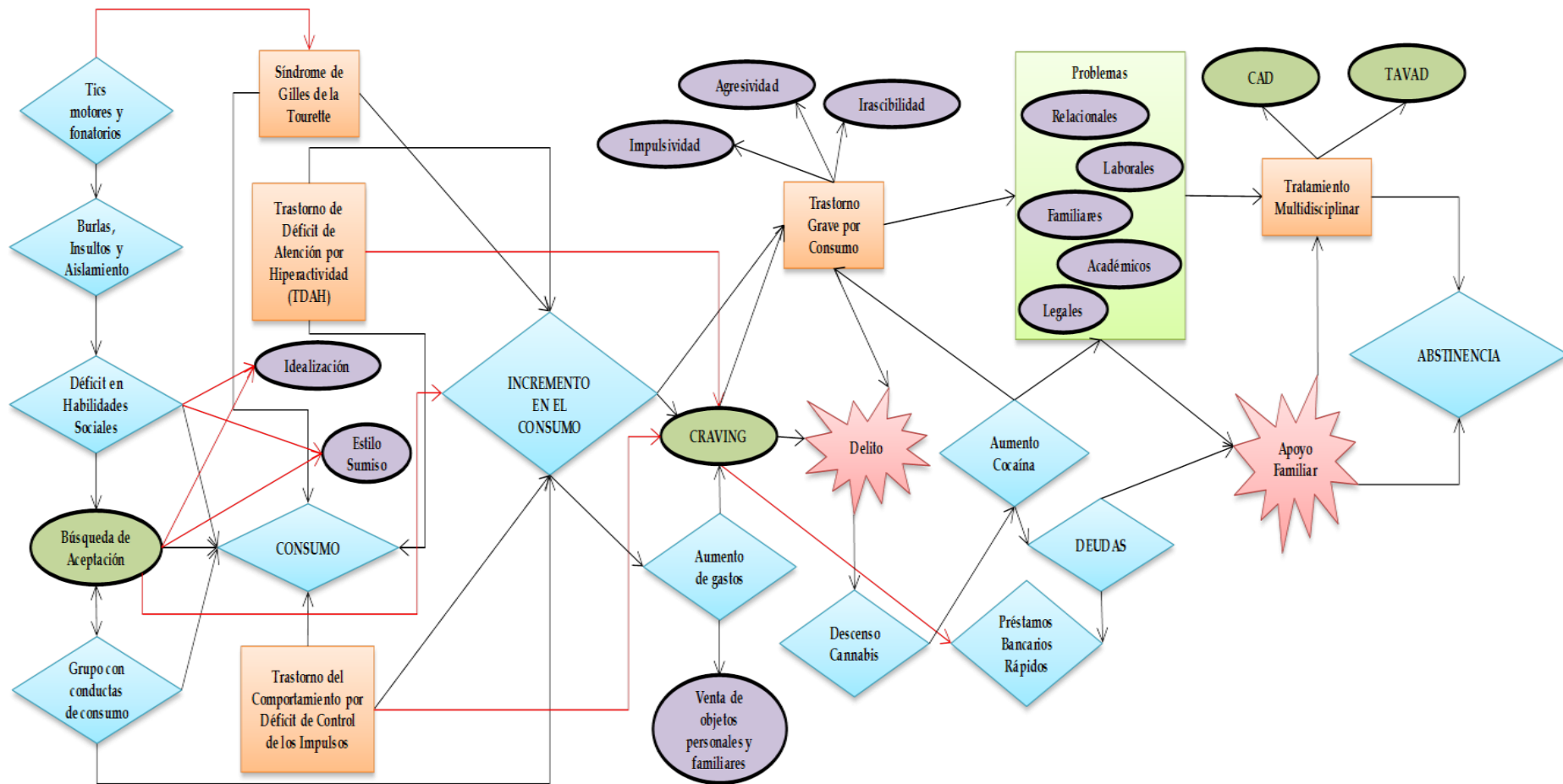


Figura 1 Modelo psicopatológico del caso

La impulsividad, la búsqueda de sensaciones, el autoconcepto y la conducta antisocial se encuentran entre los factores de riesgo para el uso de sustancias adictivas en los adolescentes (Arbaiza, 2017; Ernst, et al., 2006; Eslava, López-Crespo & Espinoza, 2019; Flecher, et al., 2020; Llorens et al., 2005; López Larrosa & Rodríguez-Arias, 2012; Mirón et al., 1997; Pérez de Albéniz, et al., 2019)

El rasgo impulsividad está muy presente en determinados trastornos de personalidad y, al mismo tiempo, en el consumo de drogas (Aragonés, 2013; Arbaiza, 2017; Flecher et al., 2020; Martínez-Loredo et al., 2015; Pedrero-Pérez et al., 2011; Pérez de Albéniz, et al., 2019). En la actualidad, existen evidencias científicas que sostienen cómo rasgos patológicos de personalidad sí contribuyen y predisponen al desarrollo de un trastorno por uso de sustancias (Arbaiza, 2017; Oviedo, 2017; Pedrero-Pérez et al., 2003; 2011; Prado, 2007; Rodríguez & Salgado, 2018). La presencia de rasgos de personalidad desadaptativos, como la impulsividad, se asocia a mayor riesgo de adicción (Arbaiza, 2017; Erazo & Torres, 2020; Flecher, et al., 2020; Martínez-Loredo et al., 2015; Pedrero-Pérez et al., 2011).

En el caso del peritado, la adicción puede caracterizarse por un aumento en la fuerza del impulso que lleva hacia el consumo de la sustancia y por una disminución en la capacidad de inhibir cognitivamente dicho impulso (Erazo & Torres, 2020; Márquez-Arrico & Adan, 2013; Pedrero-Pérez et al., 2011; Petruo et al., 2019). Además, la existencia de alta impulsividad se ha asociado a mayores complicaciones psicopatológicas en pacientes adictos (Arbaiza, 2017; Pedrero & Rojo, 2008; Roncero et al. 2013; Szerman, 2017).

Conclusiones

El perito psicólogo ha redactado el contenido del presente informe con imparcialidad y con arreglo a su leal saber y entender, y según los principios de la Psicología. Con todos los respetos a SS^a y al Tribunal que corresponda, a tenor de la exploración practicada, se emiten las siguientes conclusiones:

PRIMERA: El peritado presenta una historia toxicológica de inicio en la etapa adolescente (17 años) que ha derivado en un Trastorno relacionado con el consumo de cannabis y cocaína de carácter grave, además de un Trastorno del comportamiento por déficit control de los impulsos y probable Síndrome de Gilles de la Tourette, presentes en el momento de la comisión de los hechos de que se le acusa.

SEGUNDA: El peritado presenta una afectación en las áreas familiar, social, de pareja y académica a consecuencia de su dependencia a sustancias (cannabis y cocaína).

TERCERA: El peritado ha desarrollado una buena adherencia al tratamiento de deshabitación, acudiendo regularmente a las citas programadas y actualmente presenta apoyos tanto en el ámbito familiar como en su grupo de iguales. Refiere proyectos de futuro una vez haya finalizado su proceso de deshabitación principalmente encaminados al área académica por su intención de continuar estudiando y a la familiar para afianzar la mejoría obtenida hasta el momento. Este avance y abstinencia puede verse seriamente afectado en caso de ser interrumpido el tratamiento que está llevando en la actualidad, debido al momento en que se encuentra de dicha intervención y a características presentes relacionadas con el control de impulsos.

CUARTA: Atendiendo a la información detallada en el presente informe, se considera necesario recomendar al peritado que continúe con el programa de tratamiento multidisciplinar de deshabitación de tóxicos en régimen ambulatorio.

QUINTA: De la misma manera, se recomienda que el peritado reciba un tratamiento psicológico integral de corte cognitivo conductual para desarrollar fortalezas en lo referido a las estrategias de afrontamiento, una correcta gestión emocional, fomentar el estilo de comunicación asertivo y, para finalizar, desarrollar estrategias eficaces y funcionales para la resolución de conflictos.

SEXTA: El citado tratamiento debe incluir diversas técnicas como la psicoeducación para el conocimiento de las distintas emociones en general y de la ansiedad en particular, reestructuración cognitiva para eliminar distorsiones cognitivas e ideas irracionales, detención del pensamiento junto con técnicas de relajación y respiración en las situaciones que generen un aumento significativo de ansiedad en el peritado, una evaluación de conductas para mantener las adecuadas a la vez que se eliminan todas aquellas que se consideren disruptivas y finalizar con una fase de prevención de recaídas planteando posibles situaciones en las que la problemática pudiera reaparecer.

Referencias

- Aragonés, E., Salvador-Carulla, L., López-Muntaner, J., Ferrer, M. & Piñol, J.L. (2013). Registered prevalence of borderline personality disorder in primary care databases. *Gaceta sanitaria*, 27(2), 171-174.
- Araujo, M., Golpe, S., Braña, T., Varela, J. y Rial, A. (2018). Validación psicométrica del PO-SIT para el cribado del consumo de riesgo de alcohol y otras drogas entre adolescentes. *Adicciones*, 30(2), 130-139.
- Arbaiza, I., Coullaut-Valera, R., Correas, Á., Coullaut-Valera, J. y Bajo, R. (2017). Diferencias de personalidad y síndromes clínicos en el drogodependiente: variables relevantes con el tipo de consumo y la adherencia al tratamiento Personality differences and clinical syndromes in drug addicts: relevant variables with type of consumption and. *Revista Española de drogodependencia*, 57-69.
- Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2014). “Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales-DSM 5”. Médica Panamericana.
- Betancourt-Plaza, J.D. y Becerra-Hernández, L.V. (2018). Síndrome de Tourette. *Salutem Scientia Spiritus*, 4(1).
- Burgess, R.L., y Akers, R.L. (1966). A differential association-reinforcement theory of criminal behavior. *Social problems*, 14(2), 128-147.
- Cattell, R.B. et al. (1995). *Cuestionario Factorial de Personalidad 16PF-5*. Madrid: TEA. (Original de 1993). (Adaptación española de Seisdedos, N.).
- Cavanna, A.E., Servo, S., Monaco, F. y Robertson, M.M. (2009). The behavioral spectrum of Gilles de la Tourette syndrome. *The Journal of neuropsychiatry and clinical neurosciences*, 21(1), 13-23.
- Cosentino, C., Torres, L. y Cuba, J.M. (1994). Síndrome de Gilles de la Tourette: discusión a propósito de una casuística. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 57(4), 236-242.
- Derogatis, L.R. (2002). SCL-90 R: *Cuestionario de 90 síntomas*. Madrid: TEA. (Original de 1994). (Adaptación española de González de Rivera, J.L. et al.).
- Díaz García, N. y Moral Jiménez, M.V. (2018). Consumo de alcohol y conducta antisocial e Impulsividad en adolescentes Españoles. *Acta colombiana de Psicología*, 21(2), 110-120.
- Ernst, M., Pine, D. S. y Hardin, M. (2006). Triadic model of the neurobiology of motivated behavior in adolescence. *Psychological medicine*, 36(3), 299.
- Erazo Santander, O. A. y Torres Zambrano, J. N. (2020). *Inicio en el consumo de drogas en adolescentes: una comprensión desde las funciones cognitivas y la intencionalidad*. Cali: Editorial Universidad Santiago de Cali y Fundación Universitaria de Popayán.
- Eslava Pérez, D., López-Crespo, G. y Espinoza Freire, E. (2019). Relación entre la búsqueda de sensaciones y conductas de riesgo en adolescentes ecuatorianos desde una perspectiva de género. *Información psicológica*, (117), 32-46.
- Espert, R., Gadea, M., Aliño, M. y Oltra-Cucarella, J. (2017). Neuropsicología del trastorno de Tourette: cognición, neuroimagen y creatividad. *Revista Neurología*, 64(10), S1-S8.

- Flecher Miras, Y., Rodríguez-Góngora, J., y Rodríguez-Rodríguez, J. A. (2020). Modelo teórico de cambio: Propuesta para un caso con patología dual. *Know and Share Psychology*, 1(3).
- García-Couceiro N, Isorna Folgar M, Varela Mallou J, Gandoy-Crego M, Braña Tobío T, Rial Boubeta A. (2020). El fenómeno del botellón. Análisis descriptivo y posibles implicaciones a partir de una muestra de adolescentes gallegos. *Revista Española de Salud Pública*; 94, 1-15.
- García Cruz, J.M. y González Lajas, J.J. (2020). *Trastornos de tics. En: Guía de Algoritmos en Pediatría de Atención Primaria* [en línea]. <https://algoritmos.aepap.org/algoritmo/74/trastornos-de-tics>
- Gatica-Ferrero (2018). Caracterización Cognitiva del Trastorno de Tourette con Comorbilidad TDAH: Un estudio de caso. *Revista Chilena de Neuropsicología*. 13(2): 58-62, 2018.
- Gilchrist, G., Fonseca, F., y Torrens, M. (2011). Accesibilidad a tratamiento en personas con problemas de Alcohol y otras Sustancias de abuso. *Adicciones*, 23(4), 343-348.
- González-Yubero, S., Lázaro-Visa, S. y Palomera, R. (2021). ¿Qué aporta la inteligencia emocional al estudio de los factores protectores personales del consumo de alcohol en la adolescencia? *Psicología Educativa*, 27(1), 27-36
- Hernández-Serrano, O., Font-Mayolas, S., y Gras, M.E. (2015). Policonsumo de drogas y su relación con el contexto familiar y social en jóvenes universitarios. *Adicciones*, 27(3), 205-213.
- Jankovic, J. (2002). *Síndrome de Gilles de la Tourette*. *Lancet (Oncol)*, 3, 111-117.
- Llorens, M., Hernández, N., Jaramillo, U., Romero, M. y Souto, J. (2005). *Niños con experiencia de vida en la calle*. Una aproximación psicológica. Buenos Aires: Editorial Paidós.
- López Larrosa, S. y Rodríguez-Arias Palomo, J.L. (2012). Factores de riesgo y de protección en el consumo de drogas y la conducta antisocial en adolescentes y jóvenes españoles. *International Journal of Psychological Research*, 5(1), 25-33.
- Luengo, M.A., Otero, J.M., Romero, E., Gómez-Fraguela, J.A., y Tavares, E.T. (1999). Análisis de ítems para la evaluación de la conducta antisocial: Un estudio transcultural. *Revista iberoamericana de diagnóstico y evaluación psicológica*, 1, 21-36.
- Marquez-Arrico, J E., y Adan, A. (2013). Patología dual y rasgos de personalidad: situación actual y líneas futuras de trabajo. *Adicciones*, 25(3), 195-202.
- Martínez-Loredo, V., Fernández-Hermida, J. R., Fernández-Artamendi, S., Carballo, J. L., & García-Rodríguez, O. (2015). Spanish adaptation and validation of the Barratt Impulsiveness Scale for early adolescents (BIS-11-A). *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 15(3), 274-282.
- Miranda, M. (2000). Tics, Obsesiones y Síndrome de Gilles de la Tourette: Actualización Clínica. *Revista chilena de neuropsiquiatría*, 38(2), 112-121.
- Miranda, M. y Castiglioni, C. (2007). Aripiprazole en el tratamiento sintomático del síndrome de Gilles de la Tourette (enfermedad de los tics). *Revista médica de Chile*, 135(6), 773-776.
- Miranda, M., Menéndez, P., David, P., Troncoso, M., Hernández, M., y Chaná, P. (1999). Enfermedad de los tics (síndrome de Gilles de la Tourette): características clínicas de 70 pacientes. *Revista médica de Chile*, 127(12), 1480-1486.
- Mirón Redondo, L., Serrano, G., Godas, A., y Rodríguez, D. (1997). Conducta antisocial y consumo de drogas en adolescentes españoles. *Análisis y modificación de conducta*, 23(88), 255-282.
- Moral, M.V., Rodríguez, F.J. y Ovejero, A. (2010). Correlatos psicosociales del consumo de sustancias psicoactivas en adolescentes españoles. *Salud Publica Mex* 2010; 52:406-415.
- Morello, P., Pérez, A., Peña, L., Braun, S.N., Kollath-Cattano, C., Thrasher, J.F., Sargent, J. y Mejía, A. (2017) Factores de riesgo asociados al consumo de tabaco, alcohol y otras

- drogas en adolescentes escolarizados de tres ciudades de Argentina. *Archivos Argentina en Pediatría*, 115(2):155-159.
- Moreta-Herrera, R., Mayorga-Lascano, M., León-Tamayo, L., e Ilaja-Verdesoto, B. (2018). Consumo de sustancias legales, ilegales y fármacos en adolescentes y factores de riesgo asociados a la exposición reciente. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 18(1).
- Morey, L.C. (2011). *Inventario de evaluación de la personalidad (PAI)*. Madrid: TEA. (Original de 1991). (Adaptación española de Ortiz-Tallo, M. et al.).
- Observatorio Español de la Droga y las Adicciones (OEDA) (2020). *Informe 2020: Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Madrid: Ministerio de Sanidad. <https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2020OEDA-INFORME.pdf>
- Oviedo Marín, L. (2017). Patología dual. *Revista Ciencia y Salud Integrando conocimientos*, 1(4), 5-8.
- Patiño-Masó, J., Gras-Pérez, E., Font-Mayolas, S. y Baltasar-Bagué, A. (2013). Consumo de cocaína y policonsumo de sustancias psicoactivas en jóvenes universitarios. *Enfermería Clínica*, 23, 62-67.
- Pedrero Pérez, E. J., Puerta García, C., Lagares Roibas, A., y Sáez Maldonado, A. (2003). Prevalencia e intensidad de trastornos de la personalidad en adictos a sustancias en tratamiento en un Centro de Atención a las Drogodependencias. *Trastornos adictivos*, 5(3), 241-255.
- Pedrero Pérez, E. J., Puerta García, C., Rojo Mota, G., Ruiz Sánchez de León, J. M., Llanero Luque, M., y Olivar Arroyo, Á. (2009). Déficit de atención e hiperactividad en adultos con adicción a sustancias: ¿TDAH o síndrome secundario al abuso de sustancias? *Revista española de drogodependencias* 34(1), 32-45.
- Pedrero Pérez, E.J., y Rojo Mota, G. (2008). Diferencias de personalidad entre adictos a sustancias y población general. Estudio con el TCI-R de casos clínicos con controles emparejados. *Adicciones*, 20(3), 251-262.
- Pedrero-Pérez, E.J., Ruiz, J.M., Rojo, G., Llanero, M. y Puerta, C. (2011). Caracterización neuropsicológica de la impulsividad funcional y disfuncional en adictos a sustancias: implicaciones clínicas. *Adicciones*, 24(1), 51-58.
- Pérez de Albéniz-Garrote, G., Medina Gómez, B. y Rubio Rubio, L. (2019). Influencia de la impulsividad y de la búsqueda de sensaciones en el consumo precoz de cannabis. Diferencias de género y orientaciones para la prevención. *Revista Española de Orientación y Psicopedagogía*, 30(1), 27-40.
- Petruo, V., Bodmer, B., Brandt, V.C., Baumung, L., Roessner, V., Münchau, A. & Beste, C. (2019). Altered perception-action binding modulates inhibitory control in Gilles de la Tourette syndrome. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 60(9), 953-962.
- Prado, V., Crespo, J.M., Brenilla, J. y Páramo, M. (2007). Relación entre consumo de alcohol y rasgos patológicos de personalidad en una muestra de alumnos universitarios. *Trastornos Adictivos*, 9(2), 126-131.
- OMS (1993). *Clasificación Internacional de las enfermedades: Trastornos Mentales y del Comportamiento (CIE-10)*. Madrid: Meditor.
- Ramos Valverde, P. y Moreno Rodríguez, C. (2010). Situación actual del consumo de sustancias en los adolescentes españoles: tabaco, alcohol, cannabis y otras drogas ilegales. *Salud y Drogas*, 10 (2), 13-36.
- Rodríguez Sáez, J.L., y Salgado Ruiz, A. (2018). Patrones de personalidad y otros trastornos psicopatológicos asociados en drogodependientes en tratamiento. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 18(1).

- Roncero, C., Daigre, C., Gonzalvo, B., Valero, S., Castells, X., Grau-López, L., Eiroa-Orosa, F.J. & Casas, M. (2013). Risk factors for cocaine-induced psychosis in cocaine-dependent patients. *European Psychiatry*, 28(3), 141-146.
- Sutherland, E.H. (1939). *Principles of Criminology*, Third Edition. Lippincott.
- Sutherland, E.H. (1942). *Development of the Theory*. In *The Sutherland Papers*, edited by Albert K. Cohen, Alfred Lindesmith, and Karl F. Schuessler. Indiana University Press.
- Sutherland, E.H. (1944). *Critique of the Theory*. In *The Sutherland Papers*, edited by Albert K. Cohen, Alfred Lindesmith, and Karl F. Schuessler. Indiana University Press.
- Sutherland, E.H., & Cressey, D.R. (1978). *Criminology*, Tenth Edition. Lippincott.
- Sussman, S., Unger, J.B. y Dent, C.W. (2004). Peer group self-identification among alternative high school youth: A predictor of their psychosocial functioning five years later. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(1), 9-25.
- Szerman, N., Basurte-Villamor, I., Martínez-Raga, J., Roncero, C., Ros-Cucurull, E., Vega Astudillo, P. y Casas, M. (2017). *Trastornos relacionados con sustancias y trastornos adictivos*. En A. Polaino Lorente, C. Chiclana Actis, F. López Cánovas y G. Hernández Torrado, (Eds.), *Fundamentos de Psicopatología* [epub]. ISBN 978-84-15998-50-1.
- Tittle, C.R., Burke, M.J. y Jackson, E.F. (1986). Modeling Sutherland's Theory of Differential Association: Toward an Empirical Clarification. *Social Forces*, 65 (2), 405-432.
- Torres, E.E., Pereira, M.C., Benítez, N.A. y Scromeda, M. D. (2010). Síndrome de Gilles de la Tourette en pediatría. *Revista de Posgrado de la VI Catedrática de Medicina*, 201, 18-23.
- Valdés King, M., y Ayodeji Uwagboe, O. (2018). Síndrome de Gilles de la Tourette. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 34(1), 63-70.