
This is the **published version** of the bachelor thesis:

Rozalén Alcaide, Paula; Pardo Cladellas, Yolanda, dir. Associació entre simptomatologia del TDAH i conducta antisocial : estudi en població general adulta. 2025. 79 pag. (Grau en Criminologia)

This version is available at <https://ddd.uab.cat/record/322449>

under the terms of the  license

ASSOCIACIÓ ENTRE SIMPTOMATOLOGIA DEL TDAH I CONDUCTA ANTISOCIAL: ESTUDI EN POBLACIÓ GENERAL ADULTA

Autora: Paula Rozalén Alcaide
Treball Final de Grau
4t de Criminologia

Tutora: Yolanda Pardo Cladellas
Data d'entrega: 19 de Maig del 2025

AGRAÏMENTS

Voldria agrair la meva tutora Yolanda Pardo Cladellas per tota la seva ajuda i orientació al llarg de la realització del treball. També, als meus familiars i amics que m'han donat suport durant tota l'etapa universitària fins a arribar al final.

RESUM

Diversos estudis han mostrat l'associació entre el Trastorn per dèficit d'atenció i/o hiperactivitat (TDAH) i la realització de conductes antisocials, però la majoria s'han centrat en persones amb diagnòstic confirmat. No obstant això, la simple presència de simptomatologia pot tenir també impacte en el comportament, raó per la qual, el present treball té per objectiu analitzar l'associació entre la simptomatologia del TDAH i la realització de conductes antisocials en població general adulta. S'ha realitzat un estudi observacional transversal retrospectiu, on s'han valorat aquests símptomes amb l'escala ADHD-RS (Richarte et al., 2017) i les conductes antisocials amb el Cuestionario de Conductas antisociales (Luengo et al., 1999). Amb proves *t* per mostres independents i ANOVA, s'ha analitzat el grau d'associació amb el gènere, l'edat, el nivell educatiu, la gravetat dels símptomes i la conducta antisocial. A més, s'han portat a terme correlacions i una regressió múltiple per estudiar l'associació entre les variables principals, de tipus quantitatiu, un cop controlat l'efecte de les variables sociodemogràfiques. Els resultats mostren que existeix una associació entre la presència de símptomes de TDAH (d'impulsivitat principalment) i la realització de conductes antisocials, tot i controlar l'efecte de variables sociodemogràfiques. Aquest resultat reforça la necessitat d'una detecció i intervenció primerenca en persones susceptibles de presentar símptomes de TDAH per reduir els aspectes conductuals.

Conceptes clau: *simptomatologia del TDAH, conductes antisocials.*

ABSTRACT

Several studies have shown the association between Attention Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD) and the performance of antisocial behaviors, but most have focused on people with a confirmed diagnosis. However, the simple presence of symptoms can also have an impact on behavior, which is why the present work aims to analyze the association between ADHD symptoms and the performance of antisocial behaviors in the general adult population. A retrospective cross-sectional observational study has been carried out, where these symptoms have been assessed with the ADHD-RS scale (Richarte et al., 2017) and antisocial behaviors with the Antisocial Behavior Questionnaire (Luengo et al., 1999). With independent samples t-tests and ANOVA, the degree of association with gender, age, educational level, severity of symptoms and antisocial behavior has been analyzed. In addition, correlations and multiple regression have been done to analyze the association between the main variables, of a quantitative type, once the effect of sociodemographic variables is controlled. The results show that there is an association between the presence of ADHD symptoms (mainly impulsivity) and the performance of antisocial behaviors, even when controlling the effect of sociodemographic variables. These results reinforce the need for early detection and intervention in people susceptible to presenting ADHD symptoms to reduce behavioral aspects.

Keywords: *ADHD symptoms, antisocial behaviors.*

ÍNDEX

1. INTRODUCCIÓ.....	7
1.1. Justificació.....	8
2. MARC TEÒRIC.....	10
2.1. TDAH.....	10
2.2. Conducta antisocial.....	11
2.3. Dades epidemiològiques.....	13
2.4. Tractaments farmacològics i no farmacològics en el TDAH.....	14
2.5. Influència de la simptomatologia del TDAH en la conducta antisocial....	15
2.6. Models explicatius.....	17
3. OBJECTIUS I HIPÒTESIS.....	20
3.1. Objectiu general.....	20
3.2. Objectius específics.....	20
3.3. Hipòtesi general.....	20
3.4. Hipòtesis específiques.....	20
4. METODOLOGIA.....	22
4.1. Disseny de l'estudi.....	22
4.2. Participants.....	22
4.3. Càlcul de la mida mostral.....	22
4.4. Variables recollides.....	23
4.4.1. Variables sociodemogràfiques.....	23
4.4.2. Variables clíniques sobre tractaments.....	23
4.4.3. Instruments d'avaluació: conducta antisocial i simptomatologia del TDAH.....	23
4.5. Procediment.....	24
4.6. Protecció de dades.....	25
4.7. Anàlisi de dades.....	25
5. RESULTATS.....	27

5.1. Anàlisi descriptiva de variables.....	27
5.1.1. Variables sociodemogràfiques.....	27
5.1.2. Escales d'avaluació autoadministrades.....	29
5.1.3. Variables de tractament del TDAH.....	30
5.2. Anàlisi bivariat.....	31
5.2.1. Associació entre escales d'avaluació autoadministrades i variables sociodemogràfiques.....	31
5.3. Correlació entre símptomes de TDAH i realització de conductes antisocials.....	38
5.4. Regressió múltiple.....	39
6. DISCUSSIÓ.....	42
7. CONCLUSIONS.....	46
REFERÈNCIES.....	48
ANNEXOS.....	54
Annex 1. Símptomes del TDAH segons el DSM-V-TR.....	54
Annex 2. Full d'informació al participant.....	57
Annex 3. Consentiment informat.....	59
Annex 4. Quadern de recollida de dades.....	60

1. INTRODUCCIÓ

El Trastorn per Dèficit d'Atenció i/o Hiperactivitat (TDAH), segons el Consejo General de Colegios Farmacéuticos (2024), és un trastorn del neurodesenvolupament caracteritzat per una tendència contínua d'inatenció, hiperactivitat i/o impulsivitat que afecta la manera de funcionar i desenvolupar-se dels individus que el presenten. A nivell epidemiològic, cal destacar que és un trastorn que té una prevalença d'entre un 7% i un 10% en els nens en edat escolar i d'un 3% en els adults, sent més habitual en homes que en dones (proporció de 2:1) (Consejo General de Colegios Farmacéuticos, 2024). És important remarcar que pot afectar negativament en l'àmbit acadèmic i social, per tant, és essencial realitzar les intervencions professionals adients des d'edats primerenques. (Soteras et al, 2022).

La conducta antisocial s'entén com la realització de comportaments que trenquen amb normes socialment acceptades, allò que la societat ha decidit que és adequat per una bona convivència (Binder, 1988; Buttler i Higgins, 1982, citat a Esteban Hernández, 2016). A més, per valorar un comportament entren en acció: com el grup afectat reaccionarà a aquest, el context relacionat amb l'espai i el temps i com és la persona que es comporta d'aquesta manera (Esteban Hernández, 2016).

Alguns estudis com el de Retz et al. (2021) evidència que el TDAH pot tenir un impacte en la manifestació i la gravetat de conductes antisocials. Tot i això, gran part dels estudis s'han centrat en persones diagnosticades i cal considerar que el fet de presentar símptomes també podria tenir un impacte rellevant.

Per tant, per portar a terme aquest estudi, s'ha escollit la realització d'un treball de camp per valorar la relació entre la simptomatologia del TDAH i les conductes antisocials. D'aquesta manera, l'estudi observacional prospectiu transversal realitzat, permetrà disposar de dades actuals que podran servir per a accions posteriors.

1.1. Justificació

El trastorn per dèficit d'atenció i/o hiperactivitat (TDAH) es relaciona amb dificultats en l'àmbit funcional, social i relacional del dia a dia de les persones que el presenten i sovint, s'associa a problemes de conducta i una elevada probabilitat d'incomplir normes. Diversos estudis apunten, fins i tot, a una correlació significativa entre aquest trastorn i episodis d'arrest o empresonament (Retz et al., 2021).

La simptomatologia del TDAH pot derivar en problemàtiques com vincles socials febles, dificultats d'adaptació social, familiar i educativa, entre d'altres (Luna et al., 2020). A escala mundial es calcula una prevalença d'entre un 5,9% d'infants i adolescents, persistent en l'edat adulta en molt d'aquests casos (2,5% aproximadament) (Faraone et al., 2021). Davant d'això, és fonamental intervenir en els individus de manera primerenca per gestionar aquests factors de risc, pel fet que poden predisposar-los a la comissió de conductes antisocials. Una detecció i un abordatge correcte permet, no només millorar la qualitat de vida dels individus, sinó també prevenir conductes que poden esdevenir socialment problemàtiques.

Altrament, en el cas que es confirmés una relació indiscutible entre la simptomatologia del TDAH i algunes conductes antisocials, podria suposar un canvi en l'àmbit legislatiu. En casos concrets, es podria considerar si determinades accions, conseqüència dels símptomes del trastorn, són inevitables, podent arribar a considerar la simptomatologia del TDAH com una circumstància modificativa de la responsabilitat penal, com ara un atenuant. D'entre la població reclusa, entre un 26% i un 30% presenten simptomatologia compatible amb el trastorn esmentat, un percentatge elevat tenint en compte que en la població general és d'un 5% (Young et al., 2015). Per tant, tot i que aquest treball no se centra en la delinqüència, queda palesa la necessitat de fer un abordatge preventiu en els individus que presenten el trastorn, per tal d'evitar aquest comportament antisocial.

En conclusió, donada la simptomatologia pròpia del TDAH i la seva possible vinculació amb la comissió de conductes antisocials, doncs resulta criminològicament rellevant tractar i estudiar en profunditat aquesta relació. Això permetria poder intervenir a temps en els factors de risc i prevenir així la futura comissió d'actes antisocials o delictius.

2. MARC TEÒRIC

2.1. TDAH

El TDAH (Trastorn per Dèficit d'Atenció i/o Hiperactivitat) és “un trastorn del neurodesenvolupament, amb una base genètica en la qual es veu afectada la codificació dels receptors i transportadors de dopamina (DA) i noradrenalina (NA), sobretot al còrtex prefrontal, però també en altres àrees cerebrals implicades en les funcions executives”. A més, la serotonina també està relacionada amb els símptomes d'inatenció, impulsivitat i hiperactivitat per la interacció que té amb el sistema dopaminèrgic (Consejo General de Colegios Farmacéuticos, 2024). Per tant, els receptors i transportadors encarregats de la dopamina i noradrenalina al còrtex prefrontal, es veuen afectats en els individus que presenten aquest trastorn, dificultant el seu correcte funcionament, suposant afectacions del neurodesenvolupament.

Segons el DSM-V-TR (American Psychiatric Association, 2022), pel diagnòstic de TDAH (Trastorn per Dèficit d'Atenció i Hiperactivitat), és necessari que, tant si es té la simptomatologia d'atenció com la d'hiperactivitat, de tots els símptomes presentats¹ es compleixin un mínim de sis durant sis mesos. A més, és fonamental que no presentin un nivell normal de desenvolupament, amb afectacions en activitats socials, acadèmiques i/o laborals de l'individu. Es diferencia el TDAH del TDA, essent aquest segon quan només es presenta la simptomatologia d'inatenció, però tenint en compte que aquest treball no es centra en diagnòstics, sinó que es valoren els símptomes, es parlarà conjuntament de TDAH. A més, cal esmentar que segons quina simptomatologia es presenti durant els últims sis mesos, es poden donar les següents especificacions en el diagnòstic: Presentació combinada, presentació predominant amb falta d'atenció, presentació predominant hiperactiva/impulsiva. També, es diferencien tres nivells de gravetat segons el nombre de símptomes i la seva afectació al nivell de vida: Lleu, Moderat i Greu.

¹ Llistat de símptomes a l'Annex 1.

Els casos on es presenta simptomatologia amb un deteriorament significatiu en algun/s àmbit/s de la vida de la persona, però no es compleixen criteris suficients pel diagnòstic de TDAH, si el professional exposa les raons d'aquest incompliment, s'anomena "Altres trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat especificat", contràriament, si no s'especifiquen les raons, s'anomena "Trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat no especificat" (American Psychiatric Association, 2022).

Altrament, és important destacar com la simptomatologia del TDAH influeix a nivell personal i social. D'una banda, segons Luna et al. (2020), aquest trastorn dificulta la gestió de quatre factors: la conducta, la cognició, l'emoció i l'adaptació social. Els individus presenten poca sensibilitat als reforçaments positius i negatius i complicacions en l'àmbit escolar per dificultats d'aprenentatge, resultat d'una manca d'habilitats instrumentals (ús correcte del llenguatge i discàlculia). Per tant, un dels punts que es vol treballar i acostuma a indicar avenços en els infants amb TDAH és la millora en l'àmbit acadèmic, la qual incrementa l'autoestima de l'individu, afectant positivament l'aprenentatge. D'altra banda, segons Retz et al. (2021), les persones amb aquest trastorn, també acostumen a presentar problemes per organitzar les seves tasques diàries, en la regulació emocional i tenen riscos respecte al seu funcionament diari i l'adaptació social, essent comú que tinguin relacions complicades amb la família i el grup d'iguals. Per tant, és necessari treballar també aquests nivells socials de gestió d'emocions i comunicació amb les persones properes.

2.2. Conducta antisocial

La conducta antisocial s'entén com a un conjunt de comportaments socialment transgressors que van contra totes aquelles normes que ha establert la societat, els quals no tenen per què ser delictius, però afecten negativament la societat i són previsors de delinqüència futura (Morizot i Kazemian, 2014; Luengo et al., 1999; Garaigordobil i Maganto, 2016). Aquest tipus de conducta és un dels objectes d'estudi de la Criminologia, per tant, tot i que existeixen diferents perspectives del

terme “conducta antisocial” segons diferents disciplines, en aquest treball s'utilitzarà aquest concepte en sentit ampli, incloent les accions antinormatives siguin o no delictives.

Els individus, a partir dels diferents processos de socialització que experimenten al llarg de la vida, aprenen i interioritzen la manera de ser, pensar i actuar, formant la seva identitat personal. Tot i això, la seva conducta estarà guiada per les diferents actituds a les quals estiguin exposats. (Jiménez, 2021). Tenint en compte que les persones i els col·lectius viuen i es relacionen en societat, De la Peña Fernández (2011), presenta una gran varietat de factors de risc que poden explicar la conducta antisocial. D'una banda, exposa els següents factors ambientals/contextuals: els mitjans de comunicació, els quals s'ha demostrat que poden influir sobre la conducta (com conductes agressives arrel d'alguns programes televisius), barris amb característiques específiques (subcultures, nivell econòmic baix, desorganització...) que influeixen en un augment de la violència, l'atur, per equilibrar la mancança d'economia i produint-se un trencament de vincles amb la societat i, per últim, la pobresa o una situació social desfavorable (infants afectats per situacions familiars com l'arrest d'un referent o l'absència d'ingressos mensuals). D'altra banda, es presenten factors individuals com trastorns mentals, característiques bioquímiques (hormones...), neurofisiològiques, cromosòmiques i transmissions familiars (influència genètica, pares delinqüents...).

Finalment, per tal d'evitar aquest tipus de conducta, existeix el control social, que pot ser exercit, o bé per part dels agents formals, que es recolzen en el sistema de càstig i recompensa i és un control institucionalitzat, o bé dels agents informals, centrats en una acció directa mitjançant la socialització, donada de manera espontània, per assegurar que els individus segueixen el rol social pertinent (Fanjul i Morales, 2017).

2.3. Dades epidemiològiques

En primer lloc, el TDAH és l'alteració de comportament més freqüent en la infància i l'adolescència, sent la prevalença aproximada d'aquest a Espanya, 6,8% entre els infants i joves, amb més freqüència entre els homes que en el cas de les dones (4:3) (Valentín Herrera, 2024). La OMS (Organització Mundial de la Salut, 2024), exposa que dels adolescents compresos entre els 10 i els 14 anys, el 3,1% presenten un trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat, i un 2,4% d'aquells entre 15 i 19 anys. En el cas d'adults, segons el Sistema Nacional de Salud (Borrego Hernando, 2010), hi ha una prevalença d'entre 2 i 6%.

A escala mundial hi ha una prevalença d'entre un 7% i un 10% en el cas d'infants en edat escolar i d'un 3% en el cas dels adults, sent més habitual en homes que en dones en una proporció de 2:1 (Consejo General de Colegios Farmacéuticos, 2024). En el cas d'Europa, la prevalença del trastorn és d'1 cada 20 nens o adolescents (Hidalgo Vicario, 2022). En relació als adults, és d'entre el 2,8% i el 7,3% (Brod et al., 2012). Per tant, es pot dir que aquest trastorn és més comú entre els homes i a edats més inferiors.

Altrament, segons un estudi portat a terme a Castilla i Lleó, més del 70% dels casos en què es presentava aquest trastorn, hi havia comorbiditat amb d'altres, sent els més freqüents els trastorns per ansietat, els trastorns per consum de substàncies i els trastorns de personalitat (Valentín Herrera, 2024).

En relació amb la prevalença de conducta antisocial, segons Garaigordobil i Maganto (2016), un estudi del País Basc centrat en adolescents d'entre 12 i 18 anys va concloure que el 16,6% presentava un nivell alt de conductes d'aquest tipus, que augmentaven amb l'edat sobretot en el cas dels nois de 16 a 18 anys. A més, segons el IV Barómetro Juvenil 2023 (Fundación Mutua Madrileña i Fad Juventud, 2023), els joves de 15 a 29 anys acostumen a portar a terme conductes de risc, per exemple, un 40,9% diu haver participat en alguna baralla, un 26,6% ha

conduït després de la ingesta d'alcohol i un 21,1% havent consumit cànnabis. Per tant, es tracta d'una problemàtica sobretot en el cas dels infants i els joves. En termes de gènere, diversos estudis han demostrat un major nombre d'aquestes conductes per part dels homes (en els casos en què se segueixen els rols socials de gènere), pel fet que els aspectes que constitueixen el concepte de la masculinitat augmenten la probabilitat de desviació (Moreira i Mirón, 2013, citat a Garaigordobil, 2017).

Respecte al tractament, un 11% dels adults amb TDAH reben tractament farmacològic, i molts ho deixen a causa dels efectes secundaris que provoquen els medicaments, com la pèrdua de la gana i de pes, alteracions del somni, entre d'altres (Valentín Herrera, 2024).

2.4. Tractaments farmacològics i no farmacològics en el TDAH

Com a tractaments principals per les persones que presenten TDAH, hi ha el tractament farmacològic i el tractament conductual segons l'AAP (American Academy of Pediatrics) (Wolraich et al., 2019) .

El tractament farmacològic, segons Iváñez et al. (2015), és el que més eficàcia presenta per reduir la simptomatologia principal de TDAH, especialment quan la teràpia psicopedagògica, psicosocial i cognitiu-conductual són insuficients. Els medicaments més utilitzats són els psicoestimulants derivats de l'amfetamina, (augmenten la presència de dopamina i noradrenalina al còrtex prefrontal) i fàrmacs no psicoestimulants que incideixen en la noradrenalina (Consejo General de Colegios Farmacéuticos, 2024, p.3). A Espanya, només es comercialitzen el metilfenidat i l'atomoxetina (Sánchez Martínez i Guillén Pérez, 2018). Si bé, a curta durada té un efecte beneficiós, s'està estudiant si a llarga durada pot arribar a ajudar, no només a la hiperactivitat i la impulsivitat, sinó també en el rendiment acadèmic, les relacions amb els iguals, l'agressió i la delinqüència (Miranda Casas et al., 2012). El 20% i el 25% dels adults en tractament farmacològic continuen presentant símptomes que afecten la seva qualitat de vida, causant una baixa

adherència pels seus efectes secundaris. Això ha fet que la comunitat científica plantegi també un altre tipus de tractament com la psicoteràpia (Valentín Herrera, 2024).

Les psicoteràpies són beneficioses, ja que aborden els factors socials, emocionals i acadèmics, amb estratègies i tècniques de millora individualitzades, especialment la teràpia conductual (TC) i cognitiu-conductual (TCC) (Iváñez et al., 2015). El tractament conductual, se centra a analitzar funcionalment la conducta de l'individu amb tècniques que fomenten l'aprenentatge, enfocant-se en el reforçament positiu i el càstig, potenciant conductes positives i disminuint les més problemàtiques. El tractament cognitiu-conductual se centra en les distorsions cognitives que poden estar provocant el desenvolupament o manteniment dels símptomes psicopatològics de l'individu. Es busca l'assertivitat a l'hora d'afrontar i resoldre els problemes treballant l'autocontrol i aprenentatge de conductes socials (Iváñez et al., 2015).

El tractament idoni per les persones que presenten TDAH és una combinació entre el subministrament de fàrmacs, el tractament psicològic i un suport social, individual, familiar i escolar. (Esperón i Suárez, 2007). Sostenint aquesta idea, les guies de pràctica clínica acostumen a defensar la realització d'un tractament multimodal incloent conjuntament el consum de fàrmacs amb l'abordatge psicosocial. (Sánchez Martínez i Guillén Pérez, 2018).

2.5. Influència de la simptomatologia del TDAH en la conducta antisocial

En primer lloc, Farrington (1998, citat a De la Peña Fernández, 2011), exposa que hi havia relació entre la impulsivitat, els problemes de concentració (ambdós simptomatologia de TDAH) i conductes de risc en infants, suposant un augment de la violència en l'adolescència i l'adulthood. Cal tenir en compte que una de les conseqüències principals de la simptomatologia del TDAH és el dèficit d'habilitats socials, derivant en dificultats per relacionar-se en qualsevol context

social (Luna et al., 2020). A més, tenen més tendència a socialitzar a través d'una conducta interpretada per la resta com a negativa (agressions verbals, físiques, incompliment de normes, entre d'altres), amb menys habilitats per adaptar adequadament la seva comunicació al context, augmentant la percepció negativa del seu comportament.

Segons Gentschel i McLaughlin (2000, citat a Diago, 2013) no tenen les habilitats socials per entendre correctament el context i les regles d'autoregulació, normalment sobreestimant les seves capacitats per fer-ho. A més, presenten un alt grau d'egocentrisme i una alteració dels seus sentiments i emocions, a causa de les àrees neurològiques que es veuen afectades pel trastorn. Altrament, degut a la seva conducta, un 50% dels nens amb TDAH són rebutjats pels seus companys d'escola (Diago, 2013). Tenint en compte com es construeixen en aquests casos les relacions socials i les dificultats d'adaptació, es poden identificar diverses raons que explicarien una conducta antisocial. Segons De León Valladares (2021), la impulsivitat innata que presenten facilita que sovint es trobin en situacions arriscades, per la qual cosa, són etiquetats com a "nens dolents". Aquest és un clar exemple de l'etiquetatge negatiu que al que els individus amb el trastorn estan exposats a causa de les seves dificultats en la conducta i adaptació. Un rebuig per part dels companys, si és continuat, pot provocar en l'individu que acabi actuant de la manera que els altres esperen que ho facin, com exposa la Teoria de l'Etiquetatge (Barrios, 2018).

Des d'un enfocament més biològic, el fet que el TDAH suposa tenir baixos nivells de dopamina, provoca que l'individu no es trobi prou estimulat amb les activitats que realitza i necessiti més estímuls, provocant una recerca constant d'activitats que augmentin aquesta estimulació, per exemple amb conductes arriscades com les antisocials. Altrament, aquests subjectes presenten una possibilitat més alta de presentar aquesta conducta i comportaments impulsius, ja que un altre dèficit neurobiològic que presenten, és de serotonina, encarregada de regular la conducta i inhibir-la. Per tant, les persones amb aquest trastorn tenen menys capacitat

d'inhibir el seu propi comportament, la qual cosa pot suposar un baix autocontrol. Per tant, la falta de vincles socials que poden tenir per l'absència d'habilitats socials i capacitat d'adaptació, les dificultats en autoregulació, el rebuig social, la necessitat de recerca d'activitats que els estimulin i el control erroni que usualment exerceixen els pares de persones amb TDAH, els fa més susceptibles de presentar una conducta antisocial. (López-Pinar, 2016)

2.6. Models explicatius

Són diverses les teories criminològiques que poden d'explicar l'associació entre el TDAH i la conducta antisocial, però s'han escollit aquelles que s'han considerat més adequades per explicar aquesta relació.

En primer lloc, la Teoria de l'Autocontrol de Gottfredson i Hirschi (1990) sosté que les persones que presenten un nivell baix d'autocontrol no valoren correctament les conseqüències a llarg termini de les seves accions, guiant-se principalment per la gratificació immediata. Aquests individus, tot i conèixer els riscos, en fer un càlcul de costos i beneficis, valoren més les recompenses (Burt, 2020). En el cas dels individus amb TDAH, una de les característiques principals és la recerca d'estímul, donada per la falta de dopamina, noradrenalina i serotonina, que juntament amb la simptomatologia d'impulsivitat que els caracteritza, suposaria un nivell baix d'autocontrol (Consejo General de Colegios Farmacéuticos, 2024). Per tant, una valoració incorrecta de les conseqüències de les seves accions guiada per la satisfacció, conjuntament amb un baix autocontrol, portaria a la comissió de conductes antisocials.

En segon lloc, la Teoria del Triple Risc Delictiu (TRD) de Santiago Redondo (2008), exposa que hi ha risc de cometre un delictes quan es presenten tres factors: riscos personals, carències psicosocials i oportunitats infractores (Illescas, 2008). Un individu amb TDAH presenta, en primer lloc, riscos personals a causa dels seus dèficits neurològics, la impulsivitat i problemàtiques en la gestió de la seva conducta. En segon lloc, acostuma a tenir dificultats en la creació de vincles

socials, per la carència d'habilitats socials i de comunicació i una desvinculació en l'àmbit educatiu. Això, juntament amb la probabilitat que es relacionin amb un grup d'iguals també exclosos socialment, crearia l'oportunitat de presentar conductes antisocials o inclús delictives per fer front a aquest rebuig.

En tercer lloc, la Teoria de l'Etiquetatge, desenvolupada per diversos sociòlegs a la dècada dels seixanta, podria explicar la relació de la conducta antisocial amb el TDAH. Aquesta teoria es basa en el fet que la societat estableix com a desviats uns comportaments específics, la persona que els realitza interioritza aquesta idea i actua tal i com la resta esperaria que ho fes. Si a una persona se l'etiqueta constantment com a delinqüent per una gran majoria, al final podria assumir aquesta imatge que tenen sobre ell i actuar com a tal (Barrios, 2018). En aquest cas, tal com s'ha esmentat anteriorment, les persones amb TDAH tenen tendència a ser rebutjats per part dels companys d'escola, en presentar ocasionalment conductes percebudes com a negatives, com violència física o psicològica. Per tant, hi ha risc d'exclusió social per part de la resta en percebre'ls com a persones perilloses o mal influents, culminant en aquest rebuig. Doncs, si una persona sent que tot el seu voltant l'etiqueta de manera negativa, pot arribar a assumir que és la realitat i consegüentment actuar com aquests esperarien, incitant la realització i desenvolupament futur de conductes antisocials.

Altrament, la Teoria de la Frustració d'Agnew (1992, citada a Cid i Larrauri, 2001) se centra en el fet que les persones senten frustració quan no assoleixen els objectius que s'han proposat ni reben el que creuen que es mereixen segons els seus esforços. La manera en la qual alliberen aquest sentiment, en moltes ocasions és a partir de conductes antisocials. En aquest context, els elements generadors de frustració són associables a les conseqüències que les persones amb TDAH presenten a causa de les seves dificultats en l'àmbit acadèmic i relacional. Així doncs, situacions d'exclusió social, estigmatització, manca de certes habilitats (com les competències matemàtiques), generarien frustració en no poder

mantenir-se al mateix nivell que la resta i en percebre's aïllades i infravalorades, fomentant realitzar conductes antisocials.

Per acabar, la Teoria de la Taxonomia de Moffitt (1993, citada a De la Peña Fernández, 2011), explica la relació entre edat i delinqüència, però pot arribar a explicar la conducta antisocial. Exposa dos tipus de delinqüents per tal de desenvolupar la seva teoria: els delinqüents persistents i persones amb delinqüència limitada a l'adolescència. En aquest cas, el primer tipus és el que explicaria la conducta antisocial, ja que aquest se centra en individus que actuen de manera antinormativa des d'edats primerenques quan es dona una combinació de característiques personals, com serien dèficits neuropsicològics d'irritabilitat, hiperactivitat i impulsivitat o factors genètics, juntament amb el context educatiu. En el cas de la simptomatologia del TDAH, coincideix amb els aspectes individuals mencionats i, si es donés qualsevol situació social i educativa desfavorable en l'individu (comú tal com s'ha mencionat anteriorment), podria explicar la presentació de conductes antisocials.

Aquestes són diverses teories que podrien explicar com el fet de presentar TDAH, pot derivar en conductes antisocials i, possiblement delictives, amb baix autocontrol, factors personals i socials desfavorables i un etiquetatge negatiu per part de l'entorn.

3. OBJECTIUS I HIPÒTESIS

3.1. Objectiu general

Analitzar l'associació entre la presentació de símptomes del TDAH i la realització de conductes antisocials en població general adulta.

3.2. Objectius específics

1. Comparar les diferències de gènere, edat i nivells d'estudis, així com d'altres variables sociodemogràfiques, en la comissió de conductes antisocials i símptomes del TDAH.
2. Avaluar si les persones amb tractament de la simptomatologia del TDAH i presenten diferències en la simptomatologia i la realització de conductes antisocials.
3. Correlacionar els símptomes de TDAH amb el nombre i tipus de conducta antisocial.
4. Analitzar si un cop controlat l'efecte de les variables sociodemogràfiques, la simptomatologia del TDAH s'associa a la conducta antisocial.

3.3. Hipòtesi general

Com més simptomatologia del TDAH es presenta, més conductes antisocials es porten a terme.

3.4. Hipòtesis específiques

1. Els homes de menys edat i amb menys nivell d'estudis cometen més conductes antisocials i presenten més simptomatologia del TDAH.
2. Aquells que presenten més símptomes de TDAH, tindran més probabilitats de rebre tractament per tal de gestionar-los i mostraran més conductes antisocials.
3. Hi ha una relació entre els símptomes més greus de TDAH i la comissió de més conductes antisocials, sobretot d'agressivitat i contra les normes.

4. Sense l'efecte de les variables sociodemogràfiques, la simptomatologia del TDAH influeix en la comissió de conductes antisocials.

4. METODOLOGIA

4.1. Disseny de l'estudi

El disseny de l'estudi és observacional de tipus transversal retrospectiu amb l'objectiu de descriure i analitzar la simptomatologia del TDAH i les conductes antisocials en una mostra de la població general adulta. Per a la recollida de dades s'ha dissenyat un formulari que inclou el full d'informació al participant, el consentiment informat, els criteris d'inclusió i exclusió, preguntes sobre variables sociodemogràfiques i d'ús de serveis sanitaris i dos instruments autoadministrats.

4.2. Participants

El perfil de participants per aquest estudi, es tracta de persones adultes (divuit anys o més) de la població general que han acceptat respondre el formulari de recollida de dades. No és requisit presentar símptomes de TDAH perquè s'avaluaran, com a variables principals de l'estudi, el grau de simptomatologia i la realització de conductes antisocials, respecte a variables sociodemogràfiques.

4.3. Càlcul de la mida mostral

Pel càlcul de la mida mostral, considerant que la prevalença estimada a Espanya d'adults amb TDAH és d'un 3,3% aproximadament, per un nivell de confiança del 95% ($\alpha = 0,05$) amb un marge d'error del 5% i ajustant per pèrdues de seguiment, la mida mostral mínima hauria de ser de 50 persones, però per assegurar una major precisió i representativitat, es va decidir intentar arribar a una mostra de 100 persones.

4.4. Variables recollides

4.4.1. Variables sociodemogràfiques.

En primer lloc, per poder conèixer factors personals dels participants de l'estudi, s'han realitzat un conjunt de preguntes sociodemogràfiques, extretes de qüestionaris oficials, per tal de fer la mostra comparable a la població general.

D'una banda, s'ha utilitzat el qüestionari d'EDADES (2024) per definir les variables que recopilen la informació següent: Edat, identitat de gènere, nacionalitat, lloc de naixement, estat civil, nivell d'estudis i situació laboral.

D'altra banda, s'han inclòs també del qüestionari ESCA (2023) les variables relatives a la cobertura sanitària i beneficis sanitaris.

(Vegeu Annex 4 amb les categories de resposta de cada variable).

4.4.2. Variables clíniques sobre tractaments.

En el cas del tractament farmacològic, s'ha utilitzat un estudi de Nácher i Corral (2021) per poder conèixer les diverses opcions de medicació en els casos de presentar TDAH, separant també segons si es tracta de substàncies psicoestimulants o no psicoestimulants.

En relació amb el tractament no farmacològic, per a una bona comprensió dels enquestats, s'ha preguntat respecte haver rebut tractament psicològic o psiquiàtric, aquest últim referint-se a teràpies que no involucrin fàrmacs.

En ambdós casos, s'ha volgut saber la cobertura sanitària amb el que s'ha rebut i el moment d'inici dels tractaments.

(Vegeu Annex 4 amb les categories de resposta de cada variable).

4.4.3. Instruments d'avaluació: conducta antisocial i simptomatologia del TDAH.

Com a instrument d'avaluació de la conducta antisocial, s'ha utilitzat el "Cuestionario de Conductas Antisociales" (CCA), una escala d'avaluació validada de Luengo et al. (1999), en la seva versió reduïda de 21 ítems, on es plantegen preguntes relacionades amb 4 dimensions diferents, els robatoris (6 ítems),

vandalisme (5 ítems), conducta contra les normes (5 ítems) i agressions (5 ítems). A més, estan establertes 4 opcions de freqüència com a resposta (“Mai”, “Poques vegades”, “Força vegades”, “Amb freqüència”), fent ús de l’escala Likert. Per tal de crear les dimensions, es realitza un sumatori dels ítems de cada dimensió.

Per a l’avaluació de la simptomatologia del TDAH, s’ha fet ús de l’escala ADHD-RS de 18 ítems realitzada a partir dels criteris diagnòstics del DSM-V validada per Richarte et al. (2017). Consta de 9 ítems que avaluen la inatenció i 9 ítems que avaluen la hiperactivitat/impulsivitat. Cadascun d’aquests es puntua del 0 al 3, segons la intensitat amb la qual es donen les característiques i situacions plantejades, resultant en dues puntuacions totals, una per cada dimensió.

4.5. Procediment

En primer lloc, s’ha dissenyat el full d’informació al participant i el consentiment informat, per garantir que els participants tenen tota la informació necessària per decidir voluntàriament participar en l’estudi. (Vegeu Annex 2 i Annex 3).

A continuació, s’han establert els criteris d’inclusió per participar, sent població adulta que poden o no presentar simptomatologia del TDAH. Posteriorment, s’ha fet recerca d’enquestes oficials dirigides a la població general, per tal de formular correctament les preguntes sociodemogràfiques. Un cop establertes, s’ha acudit a dues escales d’avaluació, una per la conducta antisocial i l’altra per la simptomatologia del trastorn, i s’han creat preguntes de tractament farmacològic i no farmacològic segons la informació que es vol obtenir.

En haver finalitzat la creació del formulari de recollida de dades en Google Forms, s’ha compartit un enllaç per mitjà de l’aplicació WhatsApp a través del fenomen de bola de neu (“demaneu als participants que enviïn el formulari a persones que compleixin els criteris d’inclusió”).

4.6. Protecció de dades

A través del full d'informació al pacient i el consentiment informat, s'ha transmès l'anonimat i la protecció de les dades que s'obtindran amb l'enquesta per a l'anàlisi posterior d'aquestes. D'aquesta manera, es respecta el Reglament (UE) núm. 2016/679 del Parlament Europeu i del Consell, del 27 d'abril de 2016, relatiu a la protecció de les persones físiques pel que fa al tractament de dades personals i a la lliure circulació d'aquestes dades, a escala nacional, la Llei Orgànica 3/2018, de 5 de desembre, de protecció de dades personals i garantia dels drets digitals. (Generalitat de Catalunya. Agència Catalana del Consum, s.d.)

4.7. Anàlisi de dades

Un cop administrat el quadern de recollida de dades, havent obtingut 102 respostes, s'ha portat a terme l'anàlisi de les variables a partir del programa IBM SPSS Statistics. Per tal de fer-ho, s'han convertit totes les variables a numèriques i s'han definit les categories de resposta, requerint en alguns casos, recodificacions per agrupar aquelles amb taxes de resposta molt baixes, per posteriorment poder realitzar els càlculs pertinents.

En primer lloc, s'han realitzat estadístics descriptius de cadascuna de les variables, construint les taules de freqüència amb la informació de la freqüència i els percentatges. Els ítems del qüestionari de conductes antisocials i de l'escala de simptomatologia del TDAH s'han agrupat segons el tipus de conducta (agressió, robatori, contra les normes i vandalisme) i el tipus de simptomatologia (atenció i impulsivitat). A continuació, s'han portat a terme anàlisis bivariats de les conductes i de la simptomatologia amb les variables sociodemogràfiques i el tractament, per poder conèixer les diferències significatives. Per tal de fer-ho, s'ha utilitzat la prova ANOVA (anàlisi de variància) per les variables amb més de dues categories i la prova *t* per mostres independents per aquelles amb únicament dues categories. També s'ha dut a terme un anàlisi de correlació de Spearman (prova no paramètrica), donat que hi ha una mostra reduïda i que aquesta no pot seguir la

distribució normal, per avaluar l'associació entre les variables contínues, en aquest cas la conducta antisocial i la simptomatologia del TDAH. (Elorza i Medina Sandoval, 1999, citat a Barrera, 2014).

Tot i que un grup mostrat de 102 persones és reduït per realitzar anàlisis multivariats, s'ha decidit per una anàlisi exploratòria amb regressió múltiple per passes, per avaluar fins a quin punt la conducta antisocial està associada a la simptomatologia del TDAH un cop controlat l'efecte de les principals variables sociodemogràfiques que han sorgit com a significatives.

5. RESULTATS

5.1. Anàlisi descriptiva de variables

5.1.1. Variables sociodemogràfiques.

La mostra de 102 subjectes d'adults de la població general, ha estat compresa majoritàriament per persones d'entre 18 i 24 anys (56,3%), dones (69,9%), i espanyoles (98,1%), de les quals la gran majoria van néixer a Catalunya (77,7%). A més, un 71,8% dels participants indiquen estar solters/es i no conviuen amb la parella (70,9%).

En relació amb els estudis finalitzats, la majoria tenen estudis secundaris (53,4%) i, de la situació laboral, s'extreu que principalment treballen (48,5%). Per acabar, respecte al dret a assistència sanitària, la majoria té dret al Servei Català de la Salut (78,6%).

(Vegeu la Taula 1)

Taula 1

Taula descriptiva de freqüències de les variables sociodemogràfiques

Edat (Grups)	Freqüència	Percentatge
18 i 24	58	56,3%
25 i 34	14	13,6%
35 a 44	4	3,9%
45 a 54	11	10,8%
55 o més	15	14,6%
Gènere		
Home	29	28,2%
Dona	72	69,9%
No binària	1	1%
Nacionalitat		
Espanyola	101	98,1%

Taula 1 (Continuació)

Europea	1	1%
Estat civil		
Solter/a	74	71,8%
Casat/da	20	19,4%
Separat/da-divorciat/da	6	5,8%
Vidu/ua	2	1,9%
Convivència amb la parella		
Sí	29	28,2
No	73	70,9
Estudis finalitzats		
Sense estudis/estudis primaris	4	3,9%
Estudis secundaris	55	53,4%
Estudis universitaris	43	41,7%
Situació laboral		
Estudiant	41	39,8%
Treballa	50	48,5%
Treballa, però té baixa de tres mesos	3	2,9%
Incapacitat/da o amb invalidesa permanent	2	1,9%
Jubilat/da per edat	3	2,9%
Aturat/da sense subsidi/prestació	1	1,0%
Una altra situació	2	1,9%
Dret a assistència sanitària		
Servei Català de la Salut	81	78,6%
Mútua d'afiliació obligatòria amb prestació sanitària del Servei Català de Salut	2	1,9%
Mútua d'afiliació obligatòria amb prestació sanitària d'una assegurança privada	7	6,8%
Una altra situació	12	11,7%

Font: Elaboració pròpia arrel de les dades de l'enquesta.

5.1.2. Escales d'avaluació autoadministrades.

Respecte al “Cuestionario de Conductas Antisociales” (CCA), les conductes més realitzades són: “Barallar-se amb una altra persona” (61,2%), “Viatjar indegudament sense bitllet o havent pagat una tarifa inferior” (51,4%) i “Iniciar una baralla” (34%). En relació amb l'agrupació segons el tipus de conducta, les conductes d'agressió són les que més s'han portat a terme, seguida dels robatoris, aquelles contra les normes i el vandalisme.

Altrament, amb l'escala validada “ADHD-RS”, s'ha pogut extreure que els símptomes més freqüents d'entre els enquestats han estat: “Parlo en excés” (77,6%), “Em distrec fàcilment” (67,9%), “Moc les mans o els peus o em moc constantment al meu seient” (66%). En relació, a l'agrupació de la simptomatologia, les accions que més es donen són les relacionades amb la impulsivitat.

(Vegeu la Taula 2).

Taula 2

Taula descriptiva de les freqüències de les conductes antisocials i la simptomatologia del TDAH agrupades

Conductes antisocials	Mitjana	Desviació estàndard	Mínim	Màxim
Agressió	1,77	(1,984)	0	8
Robatori	1,05	(1,631)	0	7
Contra les normes	1,02	(1,654)	0	8
Vandalisme	0,98	(1,299)	0	6
CCA total	4,82	(5,546)	0	29
Simptomatologia de TDAH				
Atenció	5,36	(4,929)	0	23
Impulsivitat	5,88	(5,080)	0	21
TDAH total	11,24	(9,391)	0	39

Font: Elaboració pròpia arrel de les dades de l'enquesta

5.1.3. Variables de tractament del TDAH.

Tot i l'escàs nombre de persones que han contestat que estan en tractament pel TDAH, cal destacar que un 3,9% reben tractament per la simptomatologia del TDAH, dels quals un 2,9% rep tractament farmacològic del tipus psicoestimulant, específicament metilfenidat, i la majoria iniciant aquest en els últims 3 anys. Contràriament, un 1% rep tractament farmacològic no psicoestimulant, sent aquest l'atomoxetina, i la cobertura sanitària dels subjectes per la qual reben aquest tractament, és majoritàriament el Servei Català de Salut (15,5%).

Respecte al tractament no farmacològic, un 18,4% reben de tipus psicològic i un 1% combina el psicològic amb el psiquiàtric. Les dates d'inici són variades, però

la majoria indica haver començat en els darrers 5 anys, a través del Servei Català de Salut (14,6%).

5.2. Anàlisi bivariat

5.2.1. Associació entre escales d'avaluació autoadministrades i variables sociodemogràfiques.

Conductes antisocials i edat. En relació amb la realització de conductes antisocials segons l'edat, ha quedat palès que hi ha diferències significatives ($p < 0.05$) en robatori, contra les normes, vandalisme i en el total, sent majoritàriament l'interval de 25 a 34 anys els que més les han portat a terme i amb una disminució quan hi ha un increment d'edat, com es pot veure a la Taula 3.

Taula 3

Comparació de mitjanes en la puntuació del qüestionari de conductes antisocials segons l'edat

Variable	Mitjana grup 25-34 (n=57)	Mitjana grup 35-44 (n=13)	Mitjana grup 45-54 (n=4)	Mitjana grup 55-64 (n=10)	Mitjana grup 65 o + (n=15)	F	Sig (p-valor)
Agressió	2,05 (2,22)	1,85 (1,99)	1,25 (1,89)	1,10 (1,2)	1,20 (1,32)	0,735	0,570
Robatori	1,54 (1,86)	0,85 (1,40)	0,25 (0,50)	0,10 (0,32)	0,20 (0,56)	4,079	0,004*
Contra les normes	1,42 (1,98)	0,85 (0,99)	0 (0,00)	0,50 (0,97)	0,27 (0,46)	2,554	0,044*
Vandalisme	1,28 (1,32)	1,31 (1,38)	0,25 (0,50)	0,40 (0,52)	0,13 (0,35)	4,106	0,004*
CCA Total	6,30 (6,38)	4,85 (1,32)	1,75 (2,06)	2,10 (1,73)	1,80 (1,86)	3,347	0,013*

Nota: Es fa ús d'un asterisc per indicar les diferències significatives en la conducta antisocial segons l'edat a partir de la prova ANOVA.

Font: Elaboració pròpia arrel de les dades de l'enquesta.

Simptomatologia del TDAH i edat. Respecte a les diferències entre l'atenció i la impulsivitat segons l'edat, hi ha diferències significatives, ja que presenta un p -valor de 0,029 ($p < 0,05$) en les conductes relacionades amb l'atenció, on el grup més jove és el que presenta més dificultats atencionals, disminuint amb l'augment de l'edat. En el cas de la impulsivitat ($p = 0,331$) i la simptomatologia conjunta ($p = 0,090$), la variable de l'edat no influeix (Taula 4).

Taula 4

Comparació de mitjanes en la puntuació de l'escala de TDAH segons l'edat

Variable	Mitjana grup 25-34 (n=58)	Mitjana grup 35-44 (n=13)	Mitjana grup 45-54 (n=4)	Mitjana grup 55-64 (n=10)	Mitjana grup 65 o + (n=15)	F	Sig (p-valor)
Atenció	6,67 (5,29)	4,08 (3,59)	1,75 (0,50)	3,90 (3,00)	3,33 (4,75)	2,834	0,029*
Impulsivitat	6,76 (5,51)	5,38 (3,64)	5,00 (3,16)	4,50 (3,69)	4,07 (5,30)	1,165	0,331
TDAH Total	13,43 (10,14)	9,46 (6,11)	6,75 (3,50)	8,40 (6,08)	7,40 (9,81)	2,077	0,090

Nota: Es fa ús d'un asterisc per indicar les diferències significatives en la simptomatologia del TDAH segons l'edat a partir de la prova ANOVA.

Font: Elaboració pròpia arrel de les dades de l'enquesta.

Conductes antisocials i el gènere. Es pot observar que hi ha diferències significatives en algunes de les conductes antisocials segons el gènere, essent els homes els que més en realitzen en robatori ($p = 0,003$) i vandalisme ($p = 0,005$).

No obstant això, en les d'agressió i contra les normes, no arriben a ser significatives, però s'observa la mateixa tendència (Taula 5)

Taula 5

Comparació de mitjanes en la puntuació del qüestionari de conductes antisocials segons el gènere

Variable	Mitjana homes (n=29)	Mitjana dones (n=69)	F	Sig (p-valor)
Agressió	1,86 (2,37)	1,72 (1,83)	2,793	0,098
Robatori	1,34 (2,18)	0,94 (1,35)	8,980	0,003*
Contra les normes	1,28 (2,07)	0,88 (1,44)	2,825	0,096
Vandalisme	1,21 (1,63)	0,88 (1,02)	8,238	0,005*
CCA Total	5,69 (7,34)	4,43 (4,65)	4,356	0,040*

Nota: Es fa ús d'un asterisc per indicar les diferències significatives en la conducta antisocial segons el gènere a partir de la prova T per mostres independents.

Font: Elaboració pròpia arrel de les dades de l'enquesta.

Simptomatologia del TDAH i el gènere. En el cas de la simptomatologia del TDAH i el gènere, no es donen diferències significatives, per la qual cosa, tot i que en el cas de les dones la mitjana és més alta en els tres casos, no arriba a la significació estadística, possiblement degut a la mida mostral (Taula 6)

Taula 6

Comparació de mitjanes en la puntuació de l'escala de TDAH segons el gènere

Variable	Mitjana homes (n=29)	Mitjana dones (n=69)	F	Sig (p-valor)
Atenció	4,48 (4,25)	5,53 (4,95)	0,571	0,452
Impulsivitat	5,41 (5,19)	5,89 (4,85)	0,272	0,603
TDAH Total	9,90 (8,60)	11,41 (9,24)	0,115	0,735

Font: Elaboració pròpia arrel de les dades de l'enquesta.

Conductes antisocials i la convivència amb la parella. A la Taula 7 es pot observar com hi ha diferències significatives de les conductes antisocials contra les normes segons la convivència amb la parella ($p = 0,044$). S'observa que les persones que no conviuen tenen tendència a haver comès més conductes antisocials d'aquest tipus i, en general, de la resta.

Taula 7

Comparació de mitjanes en la puntuació del qüestionari de conductes antisocials segons la convivència amb la parella

Variable	Mitjana SÍ convivència (n=28)	Mitjana NO convivència (n=71)	F	Sig (p-valor)
Agressió	1,39 (1,81)	1,92 (2,04)	1,532	0,219
Robatori	0,54 (1,53)	1,25 (1,64)	2,518	0,116
Contra les normes	0,54 (1,53)	1,21 (1,67)	4,169	0,044*
Vandalisme	0,61 (1,23)	1,13 (1,21)	0,561	0,456
CCA Total	3,07 (5,47)	5,51 (5,46)	3,459	0,066

Nota: Es fa ús d'un asterisc per indicar les diferències significatives en la conducta antisocial segons la convivència amb la parella a partir de la prova T per mostres independents.

Font: Elaboració pròpia arrel de les dades de l'enquesta.

Simptomatologia del TDAH i la convivència amb la parella. En el cas de la convivència en parella relacionada amb la simptomatologia del TDAH, no hi ha cap p -valor $< 0,05$, com es pot veure en la Taula 8. Tot i que no arriben a la significació estadística, cal destacar la tendència a presentar més símptomes en les persones que no conviuen amb la parella, especialment d'atenció.

Taula 8

Comparació de mitjanes en la puntuació de l'escala de TDAH segons la convivència amb la parella

Variable	Mitjana SÍ convivència (n=28)	Mitjana NO convivència (n=71)	F	Sig (p-valor)
Atenció	3,46 (4,14)	6,10 (5,05)	1,902	0,171
Impulsivitat	4,46 (4,83)	6,43 (5,10)	0,403	0,527
TDAH Total	7,93 (8,63)	12,53 (9,42)	0,494	0,484

Font: Elaboració pròpia arrel de les dades de l'enquesta.

Conductes antisocials i nivell d'estudis. El nivell d'estudis s'ha mostrat associat a la conducta antisocial de robatori, per tant, hi ha diferències significatives en el cas d'aquesta variable, sent els que han cursat estudis secundaris, els que presenten les mitjanes de conductes antisocials més altes (Taula 9). Cal destacar que la categoria "sense estudis/estudis primaris" està representada per una part de la mostra molt reduïda.

Taula 9

Comparació de mitjanes en la puntuació del qüestionari de conductes antisocials segons el nivell d'estudis.

Variable	Mitjana sense estudis / estudis primaris (n=4)	Mitjana estudis secundaris (n=54)	Mitjana estudis universitaris (n=41)	F	Sig (p-valor)
Agressió	1,50 (1,73)	1,85 (2,20)	1,68 (1,72)	0,120	0,887
Robatori	0 (0,00)	1,52 (1,94)	0,54 (0,93)	5,561	0,005*
Contra les normes	0 (0,00)	1,28 (1,83)	0,78 (1,42)	1,880	0,158
Vandalisme	0,25 (0,50)	1,04 (1,30)	0,98 (1,17)	0,761	0,470
CCA Total	1,75 (1,71)	5,69 (6,43)	3,98 (4,22)	1,772	0,175

Nota: Es fa ús d'un asterisc per indicar les diferències significatives en la simptomatologia del TDAH segons els estudis a partir de la prova ANOVA.

Font: Elaboració pròpia arrel de les dades de l'enquesta.

Simptomatologia del TDAH i nivell d'estudis. Tot i que no hi ha diferències significatives en la simptomatologia del TDAH segons el nivell d'estudis, les persones sense estudis o amb estudis primaris, presenten les mitjanes més altes, seguides de les que tenen estudis secundaris (Taula 10).

Taula 10

Comparació de mitjanes en la puntuació de l'escala de TDAH segons el nivell d'estudis

Variable	Mitjana sense estudis / estudis primaris (n=4)	Mitjana estudis secundaris (n=54)	Mitjana estudis universitaris (n=41)	F	Sig (p-valor)
Atenció	7,75 (7,50)	6,13 (5,06)	4,10 (4,29)	2,560	0,83
Impulsivitat	7,25 (9,18)	6,51 (5,45)	4,90 (3,97)	1,335	0,268
TDAH Total	15 (16,27)	12,64 (9,84)	9 (7,64)	2,144	0,123

Font: Elaboració pròpia arrel de les dades de l'enquesta.

Conductes antisocials i tractament. No hi ha diferències significatives en veure la relació entre rebre tractament i portar a terme conductes antisocials, tot i que els que en reben mostren mitjanes més elevades (Taula 11).

Taula 11

Comparació de mitjanes en la puntuació del qüestionari de conductes antisocials segons el fet de rebre tractament

Variable	Mitjana SÍ reben tractament (n=18)	Mitjana NO reben tractament (n=75)	F	Sig (p-valor)
Agressió	2,72 (2,35)	1,53 (1,80)	3,492	0,065
Robatori	1,72 (1,74)	0,89 (1,59)	2,159	0,145
Contra les normes	1,33 (1,50)	0,96 (1,70)	0,093	0,761
Vandalisme	1,61 (1,29)	0,84 (1,21)	1,651	0,202
CCA Total	7,39 (5,92)	4,23 (5,30)	3,018	0,086

Font: Elaboració pròpia arrel de les dades de l'enquesta.

Simptomatologia del TDAH i tractament. Tot i no presentar diferències significatives, s'observa una clara tendència en la gravetat dels símptomes de TDAH i el fet de rebre tractament per a la simptomatologia d'aquest trastorn, sent el grup que més en presenta els que han rebut amb major mesura algun tipus de tractament (Taula 12).

Taula 12

Comparació de mitjanes en la puntuació de l'escala de TDAH segons el fet de rebre tractament

Variable	Mitjana SÍ reben tractament (n=18)	Mitjana NO reben tractament (n=75)	F	Sig (p-valor)
Atenció	7,22 (6,26)	4,92 (4,50)	2,481	0,119
Impulsivitat	7,44 (5,99)	5,55 (4,75)	1,597	0,210
TDAH Total	14,67 (11,18)	10,47 (8,75)	1,588	0,211

Font: Elaboració pròpia arrel de les dades de l'enquesta.

5.3. Correlació entre símptomes de TDAH i realització de conductes antisocials

S'ha portat a terme una correlació de Spearman entre les escales de conductes antisocials i simptomatologia del TDAH.

A la Taula 13 es pot observar que tant els símptomes d'inatenció com la impulsivitat estan relacionades a la realització de conductes antisocials. D'una banda, l'atenció es correlaciona de manera positiva i significativa amb totes les conductes menys amb l'agressió. D'altra banda, la impulsivitat es relaciona també de manera positiva i significativa amb totes les conductes antisocials i, de manera més intensa que amb l'atenció, excepte en el vandalisme. En agrupar la simptomatologia, també es troben correlacionades amb totes les conductes, amb una relació menys intensa amb l'agressió. Per tant, el fet de presentar més

síntomes d'atenció i, sobretot d'impulsivitat, s'associa amb la comissió de més conductes antisocials.

Taula 13

Correlació entre simptomatologia del TDAH i conductes antisocials

		Agressió	Robatori	Contra les normes	Vandalisme	CCA Total
Síntomes d'atenció	Rho Spearman	0,179	0,268*	0,344*	0,308*	0,342*
	Sig. (bilateral)	0,076	0,007	<,0001	0,002	<0,001
	N	99	99	99	99	99
Síntomes d'impulsivitat	Rho Spearman	0,344*	0,377*	0,455*	0,314*	0,478*
	Sig. (bilateral)	<0,001	<0,001	<0,001	0,002	<0,001
	N	99	99	99	99	99
Puntuació total TDAH	Rho Spearman	0,269*	0,349*	0,425*	0,343*	0,436*
	Sig. (bilateral)	0,007	<0,001	<0,001	<0,001	<0,001
	N	99	99	99	99	99

Nota: Es fa ús d'un asterisc per indicar les diferències significatives en la simptomatologia del TDAH segons el tractament a partir de la correlació de Spearman.

Font: Elaboració pròpia arrel de les dades de l'enquesta.

5.4. Regressió múltiple

S'ha dut a terme una anàlisi multivariada on la variable dependent ha estat la puntuació total en el CCA i les variables independents s'han inclòs per blocs:

- Variables sociodemogràfiques més significatives: gènere, edat i nivell d'estudis.
- Síntomes de TDAH.

A la Taula 14 es pot observar el valor de la R quadrat dels models, que mostra la capacitat explicativa sobre la conducta antisocial. El Model 1 (només variables sociodemogràfiques) explica un 10,5% de la conducta antisocial. Aquest percentatge s'incrementa fins al 28,4% quan s'inclouen els símptomes de TDAH al Model 2 de l'anàlisi.

Taula 14

Resum del model de regressió múltiple

Model	R	R quadrat	R quadrat ajustat	Error estàndard de l'estimació
1	0,364 ^a	0,132	0,105	5,248
2	0,566 ^b	0,321	0,284	4,693

Nota:

- a. Predictors: (Constant), Estudis finalitzats, Edat, Gènere.
- b. Predictors (Constant), Estudis finalitzats, Edat, Gènere, Impulsivitat, Atenció

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades extretes de l'enquesta.

Altrament, es pot observar a la Taula 15 de coeficients, que el Model 1, considerant les tres variables més significatives segons les anàlisis bivariades, mostra una relació significativa amb la variable d'Edat, amb un p -valor inferior a 0,001, per tant, amb l'augment d'edat, les conductes antisocials disminueixen. Respecte al Model 2, que inclou les tres variables esmentades juntament amb les de simptomatologia del TDAH (atenció i impulsivitat), s'ha detectat que l'Edat continua tenint significació estadística ($p = 0,004$), així com la impulsivitat ($p < 0,001$), que destaca per ser la més significativa. Per concloure, es pot dir que el Model 2 és més complet i explicatiu, ja que dues de les variables implicades han estat significatives, al contrari que en el Model 1, on només ho ha estat una.

Taula 15

Coefficients del model de regressió

		Coefficients no estandaritzats		Coefficients estandaritzats		
Model		B	Desv. error	Beta	t	Sig.
1	(Constant)	9,221	1,705		5,408	<0,001
	Edat	-1,247	0,343	-0,348	-3,633	<0,001
	Gènere	-0,994	1,142	-0,085	-870	0,386
	Estudis finalitzats	-0,76	0,963	-0,077	-0,789	0,432
	(Constant)	5,418	1,828		2,963	0,004
2	Edat	-0,964	0,324	-0,269	-2,976	0,004
	Gènere	-1,578	1,054	-0,135	-1,497	0,138
	Estudis finalitzats	-0,055	0,905	-0,006	-0,061	0,951
	Atenció	-0,143	0,158	-0,127	-0,902	0,37
	Impulsivitat	584	145	537	4,035	<0,001

Nota: a. Variable dependent: CCA Total

Font: Elaboració pròpia a partir de les dades extretes de l'enquesta.

6. DISCUSSIÓ

En primer lloc, tal com confirmava López-Pinar (2016), on el context biològic, relacional i familiar d'individus amb TDAH pot comportar una alta probabilitat de realitzar conductes antisocials, amb l'anàlisi de correlació de la mostra recollida, queda palès que hi ha una connexió entre aquests dos fenòmens. Amb el Model 2 de la regressió, també s'ha pogut conèixer que, en afegir diverses variables simultàniament (Edat, Gènere, Nivell d'estudis, Atenció i Impulsivitat), la impulsivitat principalment és significativa, mostrant una relació entre la simptomatologia del TDAH i la comissió de conductes antisocials. Tal com s'ha descrit a Luna et al. (2020), la sensibilitat a reforçaments i la manca d'habilitats socials, sovint provoquen una exclusió social i dificultats en la creació de vincles i en l'àmbit acadèmic. Això facilita la comissió d'aquest tipus d'actes en ser en moltes ocasions menyspreats i etiquetats com a "dolents", creant així una frustració i una soledat que els pot fer reaccionar d'aquesta manera, complint les expectatives de la resta, conseqüentment perdent el vincle amb la societat.

Altrament, en observar si les variables sociodemogràfiques es relacionen amb la simptomatologia del TDAH i amb la comissió de conductes antisocials, s'ha observat que a mesura que augmenta l'edat, menys conductes antisocials del tipus robatori, contra les normes i vandalisme es donen, i els joves en presenten més que els adults. A més, en el Model 1 de l'anàlisi de regressió, s'ha comprovat que en donar-se les variables "Edat", "Gènere" i "Nivell d'estudis", la primera és la que ha estat significativa amb una correlació negativa. Per tant, l'edat s'associa amb la realització de conductes antisocials, tal com exposa la Fundación Mutua Madrileña i Fad Juventud (2023). Això es podria explicar per la maduresa que acompanya l'edat, juntament amb responsabilitats laborals, que suposen ingressos econòmics, noves amistats i compromisos futurs (matrimoni, per exemple), que actuarien com a factor de protecció, evitant aquestes conductes. També s'ha extret que una influència d'aquesta variable en la simptomatologia d'atenció del trastorn, seguint el que diuen Sánchez Martínez i Guillén Pérez (2018) respecte a la disminució de la prevalença d'aquesta amb l'edat.

En relació amb el gènere, ha sorgit significatiu en el cas de les conductes antisocials de robatori, vandalisme i el conjunt de les quatre, essent més comeses per part dels homes. Això podria ser per les diferents expectatives socials que existeixen entre ambdós gèneres, tal com Garaigordobil (2017) exposa, en els individus que segueixen els rols de gènere establerts per la societat, la masculinitat incita a cometre conductes antisocials, contràriament a la feminitat. Per tant, moltes vegades persisteix l'estereotip d'home fort i el de dona fràgil, donant peu a què els de gènere masculí se sentin més inclinats a comportar-se de manera antisocial, per tal de demostrar superioritat o valentia. Respecte a la relació d'aquesta variable amb la simptomatologia del TDAH, tot i que no ha sortit significativa, les dones presenten valors més alts, al contrari del que exposa Valentín Herrera (2024). Aquesta diferència podria explicar-se per la predominança de les dones dins la mostra.

Considerant el nivell d'estudis, s'ha trobat una relació amb la conducta antisocial de robatori principalment amb aquells que el seu màxim d'estudis assolits són els secundaris, seguits d'aquells que presenten estudis universitaris. Respecte al grup que no té estudis o només estudis primaris, cal destacar que està representat per quatre individus, per tant, no és representatiu. Aquest fet podria explicar-se pel fet que els treballs on el sou és més alt, acostumen a requerir estudis superiors, que els d'estudis secundaris no presenten. En conseqüència, aquests últims és més probable que trobin menys oportunitats laborals o que obtinguin feines on el guany econòmic és menor. Com a resultat, es pot arribar a donar una situació econòmica desfavorable, que crearia una frustració i, tal com exposa la Teoria de la Frustració d'Agnew (1992, citada a Cid i Larrauri, 2001), aquesta s'alliberaria amb la comissió de conductes antisocials, com en aquest cas el robatori, que a la vegada, compensaria aquesta absència d'ingressos. En relació amb la simptomatologia, la variable no ha sortit significativa. Per tant, tot i que els individus amb TDAH presentin dificultats acadèmiques, com exposa Luna et al. (2020), no significa que pels símptomes s'assoleixin menys nivell d'estudis.

També s'ha comprovat la relació amb la variable de convivència amb parella, on s'ha obtingut que les persones que no hi conviuen amb aquesta, cometes més conductes antisocials del tipus "contra les normes". Això podria donar-se pel fet que l'altra persona, si actua com a reforç prosocial, es converteixi en un factor de protecció, exercint cert control. A més, en tenir expectatives de futur amb la parella, pot motivar a seguir les normes socials, tenint quelcom a perdre si no es compleixen, tal com exposa la Teoria del control de Hirschi (2003). Una altra explicació, seria el desequilibri de respostes, ja que, bona part de la mostra són joves, sent menys probable que aquests visquin amb la seva parella en no posseir suficient suport econòmic o trobar-se poc temps en la relació.

Per acabar, s'ha comprovat que no hi ha relació entre la variable de tractament amb la conducta antisocial, i tot i que amb la simptomatologia tampoc ha sortit significativa, aquells que presenten més símptomes d'atenció i impulsivitat, són els que reben tractament. Això podria ser per la necessitat de rebre acompanyament professional en la gestió de les dificultats originades per la simptomatologia, en l'àrea escolar, social, emocional, entre d'altres, com identifica Retz et al. (2021).

Finalment, s'ha volgut observar la correlació entre els tipus de conducta antisocial i la simptomatologia del TDAH, i s'ha extret que hi ha relació entre els símptomes atencionals amb totes les conductes antisocials, a excepció de les d'agressió. En el cas dels individus amb símptomes d'impulsivitat, s'ha trobat també relació, però en aquest cas amb totes les conductes antisocials, sent més elevada que amb l'atenció. En els dos símptomes valorats de manera conjunta, també hi ha associació amb totes les conductes antisocials. Per tant, aquelles persones que presenten simptomatologia del TDAH, cometes més conductes antisocials, tal com Farrington (1998, citat a De la Peña Fernández, 2011), exposa en relació amb aquests tipus de símptomes.

En relació a les limitacions d'aquest treball, en primer lloc, es tracta de persones sense diagnòstic de TDAH, per la qual cosa els resultats no haurien de per què coincidir en persones diagnosticades, que possiblement reben tractament. Tot i això, estudis anteriors ja han apuntat aquesta associació amb persones amb diagnòstic confirmat.

En segon lloc, la mostra ha estat limitada en la mida que, tot i ser representativa estadísticament, dista molt de ser considerada extrapolable a la població general perquè alguns grups etaris estan poc representats. Tenint tot això en compte, una possible nova línia d'investigació seria la repetició en la realització d'aquest estudi però amb una mostra poblacional molt més àmplia i representativa. A més, això permetria realitzar una comparació dels dos tipus de tractaments, valorant l'eficàcia i la seva relació amb les conductes antisocials.

7. CONCLUSIONS

D'acord amb l'anàlisi i interpretació de les dades obtingudes a partir de la mostra de població general i, atenent l'objectiu general del treball, es pot confirmar la hipòtesi principal: la gravetat en la simptomatologia del TDAH s'associa a més conductes antisocials.

Pel que fa a les hipòtesis específiques, les conclusions extretes es poden sintetitzar de la següent manera:

1) Els resultats mostren que els homes i els d'edat més jove cometen més conductes antisocials que les dones i els més grans. En relació amb el nivell d'estudis, aquells que presenten un nivell baix d'estudis, realitzen més conductes de robatori.

2) Aquelles persones que presenten més símptomes, són les que més tractament del tipus psicològic reben. No obstant això, no ha estat possible establir una conclusió respecte al tractament farmacològic a causa de la mancança de respostes i de participants amb el trastorn diagnosticat clínicament. A més, rebre tractament no afecta envers la realització de conductes antisocials.

3) Les persones que presenten més símptomes, porten a terme més conductes antisocials, sobretot del tipus "agressivitat" i "contra les normes". En el cas de la simptomatologia atencional, es cometen més de les dues tipologies mencionades anteriorment, però també de "vandalisme". Tot i això, és la simptomatologia impulsiva la que està relacionada amb les quatre formes de conducta antisocial. Per tant, es confirma l'hipòtesis, tot i que l'"agressivitat" i "contra les normes" no són únicament les dues més concorregudes.

4) Un cop controlat l'efecte de les variables sociodemogràfiques, la simptomatologia del TDAH continua influint en la comissió de conductes antisocials, especialment els símptomes d'impulsivitat.

Com a conclusió final, cal destacar que és important que es faci un abordatge precoç en persones que presentin simptomatologia associada al TDAH, ja que com s'ha comprovat, aquests individus són més propensos a realitzar conductes antisocials. Per tant, una intervenció adequada contribuiria a evitar la comissió d'aquest tipus de conductes i prevenir l'aparició de possibles conductes delictives en un futur.

REFERÈNCIES

- American Psychological Association [APA]. (2022). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5th ed., text rev.). <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- Barrera, M. A. M. (2014). Uso de la correlación de Spearman en un estudio de intervención en fisioterapia. *Movimiento científico*, 8(1), 98-104.
- Barrios, L. (2018). Teorías criminológicas sobre la delincuencia juvenil. *Revista Aequitas: Estudios sobre historia, derecho e instituciones*, (11), 27-48.
- Borrego Hernando, O. (2010). Actualización terapéutica del trastorno por déficit de atención e hiperactividad en el adulto. [Publicació a Internet]. Madrid: Sistema Nacional de Salud.
- Brod, M., Pohlman, B., Lasser, R., i Hodgkins, P. (2012). Comparison of the burden of illness for adults with ADHD across seven countries: a qualitative study. *Health and quality of life outcomes*, 10, 47. <https://doi.org/10.1186/1477-7525-10-47>
- Burt, C. H. (2020). Self-control and crime: beyond Gottfredson i Hirschi's theory. *Annual Review of Criminology*, 3(1), 43-73.
- Cid, J., i Larrauri, E. (2001). *Teorías criminológicas*. Bosch.
- Consejo General de Colegios Farmacéuticos (2024). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Punto farmacológico.

De la Peña Fernández, M. E. (2011). *Conducta antisocial en adolescentes: factores de riesgo y de protección*. [Tesi doctoral inèdita, Universitat Complutense de Madrid].
<https://docta.ucm.es/entities/publication/da0a0760-1767-4efe-882d-df24e5deab54>

De León Valladares, D. (2021). La conducta en el alumnado con TDAH.

Diago, C. C. (2013). *Factores familiares y neuropsicológicos: implicaciones en los problemas de conducta y sociales de niños con TDAH* (Doctoral dissertation, Universitat de València).

EDADES (2024). Encuesta sobre alcohol y otras drogas en España. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.

ESCA (2023). Enquesta de salut de Catalunya. Departament de Salut.

Esperón, C. S., i Suárez, A. D. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Ed. Médica Panamericana.

Esteban Hernández, M. Á. (2016). El perfil sociopsicológico de la conducta desviada en la adolescencia. Un análisis multinivel de las características sociopsicológicas relacionadas con la conducta desviada.

Fanjul, M. L., i Morales, R. (2017). Introducción al comportamiento criminal: la conducta desviada. *Una guía para entender la sociología de la desviación*.

Fundación Mutua Madrileña i Fad Juventud. (2023). *IV Barómetro Juvenil 2023*.

Salud

y

Bienestar. <https://fad.es/wp-content/uploads/2023/10/IV-Barometro-Juvenil-Salud-y-Bienestar-2023.pdf>

Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., ... i Wang, Y. (2021). The world federation of ADHD international consensus statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder. *Neuroscience i biobehavioral reviews*, 128, 789-818.

Garaigordobil, M i Maganto, C. (2016). *Conducta antisocial en adolescentes y jóvenes: Prevalencia en el País Vasco y diferencias en función de variables socio-demográficas*. *Acción Psicológica*, 13(2), 57–68. <https://doi.org/10.5944/ap.13.2.17826>

Garaigordobil, M. (2017). Conducta prosocial: el papel de la cultura, la familia, la escuela y la personalidad. *Revista Mexicana de investigación en Psicología*, 6(2), 146-157.

Generalitat de Catalunya. Agència Catalana del Consum. (s.d.). *Normativa sobre protecció de dades*. Generalitat de Catalunya. Recuperat el 23 de febrer de 2025, de <https://consum.gencat.cat/ca/lagencia/proteccio-de-dades/normativa/index.html>

Hidalgo Vicario, M.I. (2022). Situación en España del trastorno por déficit de atención e hiperactividad | Pediatría integral. *Pediatría integral*.

<https://www.pediatruiintegral.es/publicacion-2014-11/situacion-en-espana-del-trastorno-por-deficit-de-atencion-e-hiperactividad/>

Hirschi, T. (2003). Una teoría del control de la delincuencia. *Capítulo criminológico*, 31(4).

Illescas, S. R. (2008). Individuos, sociedades y oportunidades en la explicación y prevención del delito: Modelo del Triple Riesgo Delictivo (TRD). *Revista española de investigación criminológica*, 6, 1-53.

Ivárez, F. F., Sánchez, J. G., i Ruiz, A. M. (2015). Tratamiento no farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y su abordaje en el entorno escolar. *Rev. Española Pediatría*, 71(2), 90-97.

Jiménez, C. R. (2021). Dossier II: delincuencia juvenil: Teoría criminológica y factores psicosociales hacia una conducta desviada. *Quadernos de criminología: revista de criminología y ciencias forenses*, (54), 26-32.

López-Pinar, C. (2016). TDAH en adultos y delincuencia: Una revisión de la literatura científica. In *Arce Fernández R, Amado BG, Vilariño Vázquez M. Sociedad española de psicología jurídica y forense. IX Congreso Internacional de Psicología Jurídica y Forense. Libro de actas: resúmenes. España* (pp. 236-238).

Luengo, M. A., Otero, J. M., Romero, E., Gómez-Fraguela, J. A., i Tavares-Filho, 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.
- Luna, N. I. S., Vines, Z. M. M., i Guzmán, E. V. S. (2020). Terapia cognitivo conductual (TCC) en el trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. *Recimundo*, 4(4), 173-187.
- Miranda Casas, A., Fernández Andrés, M. I., Roselló Miranda, B., i Colomer Diago, C. (2012). Evolución de los síntomas del TDAH y problemas asociados: efectos del tratamiento farmacológico. *International Journal of Developmental and Educational Psychology*.
- Morizot, J., i Kazemian, L. (2014). *The development of criminal and antisocial behavior*. Cham: Springer.
- Nácher, E. F., i Corral, M. P. (2021). Tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Actualidad en farmacología y terapéutica*, 19(3), 178-181.
- Retz, W., Ginsberg, Y., Turner, D., Barra, S., Retz-Junginger, P., Larsson, H., i Asherson, P. (2021). Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder (ADHD), antisociality and delinquent behavior over the lifespan. *Neuroscience i Biobehavioral Reviews*, 120, 236-248.
- Richarte, V., Corrales, M., Pozuelo, M., Serra-Pla, J., Ibáñez, P., Calvo, E., ... i Ramos-Quiroga, J. A. (2017). Validación al español de la ADHD Rating

Scale (ADHD-RS) en adultos: relevancia de los subtipos clínicos. *Revista de Psiquiatría y Salud Mental*, 10(4), 185-191.

Sánchez Martínez, D. P., i Guillén Pérez, J. J. (2018). Epidemiología del tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) en la Región de Murcia: diferencias por sexo, edad y lugar de residencia. *An. pediater.(2003. Ed. impr.)*, 183-190.

Soteras, C. E., Fernández, M. A. F., Fenoy, C. T., del Valle, F. M., Cervera, G. R., i Casas, I. S. M. (2022). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Protoc diagn ter pediater*, 1(1), 85-92.

Valentín Herrera, C. (2024). Impacto del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) en la Calidad de Vida de Adultos: una revisión sistemática.

Wolraich, M. L., Hagan, J. F., Allan, C., Chan, E., Davison, D., Earls, M., ... i Zuhellen, W. (2019). Clinical practice guideline for the diagnosis, evaluation, and treatment of attention-deficit/hyperactivity disorder in children and adolescents. *Pediatrics*, 144(4).

Young, S., Sedgwick, O., Fridman, M., Gudjonsson, G., Hodgkins, P., Lantigua, M., i González, R. (2015). Co-morbid psychiatric disorders among incarcerated ADHD populations: a meta-analysis. *Psychological Medicine*, 45(12), 2499-2510.

ANNEXOS

Annex 1. Síntomes del TDAH segons el DSM-V-TR

Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder

Diagnostic Criteria

A. A persistent pattern of inattention and/or hyperactivity-impulsivity that interferes with functioning or development, as characterized by (1) and/or (2):

- 1. Inattention:** Six (or more) of the following symptoms have persisted for at least 6 months to a degree that is inconsistent with developmental level and that negatively impacts directly on social and academic/occupational activities:

Note: The symptoms are not solely a manifestation of oppositional behavior, defiance, hostility, or failure to understand tasks or instructions. For older adolescents and adults (age 17 and older), at least five symptoms are required.

- a. Often fails to give close attention to details or makes careless mistakes in schoolwork, at work, or during other activities (e.g., overlooks or misses details, work is inaccurate).
- b. Often has difficulty sustaining attention in tasks or play activities (e.g., has difficulty remaining focused during lectures, conversations, or lengthy reading).
- c. Often does not seem to listen when spoken to directly (e.g., mind seems elsewhere, even in the absence of any obvious distraction).
- d. Often does not follow through on instructions and fails to finish schoolwork, chores, or duties in the workplace (e.g., Starts tasks but quickly loses focus and is easily sidetracked).
- e. Often has difficulty organizing tasks and activities (e.g., difficulty managing sequential tasks; difficulty keeping materials and belongings in order; messy, disorganized work; has poor time management; fails to meet deadlines).

- f. Often avoids, dislikes, or is reluctant to engage in tasks that require sustained mental effort (e.g., schoolwork or homework; for older adolescents and adults, preparing reports, completing forms, reviewing lengthy papers).
- g. Often loses things necessary for tasks or activities (e.g., school materials, pencils, books, tools, wallets, keys, paperwork, eyeglasses, mobile telephones)
- h. Is often easily distracted by extraneous stimuli (for older adolescents and adults, may include unrelated thoughts).
- i. Is often forgetful in daily activities (e.g., doing chores, running errands; for older adolescents and adults, returning calls, paying bills, keeping appointments).

2. Hyperactivity and impulsivity: Six (or more) of the following symptoms have persisted for at least 6 months to a degree that is inconsistent with developmental level and that negatively impacts directly on social and academic/occupational activities:

Note: The symptoms are not solely a manifestation of Oppositional behavior, defiance, hostility, or a failure to understand tasks or instructions. For older adolescents and adults (age 17 and older), at least five symptoms are required.

- a. Often fidgets with or taps hands or feet or squirms in seat.
- b. Often leaves seat in situations when remaining seated is expected (e.g., leaves his or her place in the classroom, in the office or other workplace, or in other situations that require remaining in place).
- c. Often runs about or climbs in situations where it is inappropriate. (Note: In adolescents or adults, may be limited to feeling restless.)
- d. Often unable to play or engage in leisure activities quietly.
- e. Is often “on the go,” acting as if “driven by a motor” (e.g., is unable to be or uncomfortable being still for extended time, as in restaurants, meetings; may be experienced by others as being restless or difficult to keep up with).

- f. Often talks excessively.
- g. Often blurts out an answer before a question has been completed (e.g., completes people's sentences; cannot wait for turn in conversation).
- h. Often has difficulty waiting his or her turn (e.g., while waiting in line).
- i. Often interrupts or intrudes on others (e.g., butts into conversations, games, or activities; may start using other people's things without asking or receiving permission; for adolescents and adults, may intrude into or take over what others are doing).

B. Several inattentive or hyperactive-impulsive symptoms were present prior to age 12 years.

C. Several inattentive or hyperactive-impulsive symptoms are present in two or more settings (e.g., at home, school, or work; with friends or relatives; in other activities).

D. There is clear evidence that the symptoms interfere with, or reduce the quality of, social, academic, or occupational functioning.

E. The symptoms do not occur exclusively during the course of schizophrenia or another psychotic disorder and are not better explained by another mental disorder (e.g., mood disorder, anxiety disorder, dissociative disorder, personality disorder, substance intoxication or withdrawal).

Annex 2. Full d'informació al participant

Hoja de información al participante

Me dirijo a usted para informarle sobre un estudio en el que se le da la opción de participar voluntariamente. La investigación trata sobre la relación del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y la conducta como parte de un trabajo de fin de grado de la Universitat Autònoma de Barcelona. Además, evalúa si ha habido tratamiento farmacológico y psicológico.

Mi intención es que usted sea informado correctamente de todo lo que engloba el estudio para así decidir libremente participar. Por ello, le invito a leer atentamente esta hoja que contiene toda la información relevante, y si es necesario, le responderé cualquier duda que presente.

Participación voluntaria

Se le invita a participar en este estudio sobre los síntomas asociados al TDAH y su manejo.

Debe saber que la participación en este estudio es voluntaria y es libre de decidir participar en él o NO. En el caso de que decida participar en un inicio, podrá abandonar si así lo desea en cualquier momento y retirar su consentimiento, y NO tendrá ninguna repercusión si así decide hacerlo.

Objetivo del estudio

Este estudio es de mi interés debido a que, como estudiante de criminología, trastornos del neurodesarrollo como los síntomas asociados al TDAH, presentan características que pueden influir en la conducta. Por ello, he considerado interesante estudiar qué aspectos son relevantes. Además, también valorar su manejo y tratamientos si ha habido, para así investigar qué intervenciones son más eficaces.

Descripción y actividades del estudio

El estudio va dirigido a personas mayores de 18 años con síntomas de TDAH, y que en algunos casos reciban o hayan recibido algún tipo de tratamiento o recomendación.

Se trata de un estudio con una única evaluación que consta de una encuesta en la que se preguntan datos personales en relación al estilo de vida y la conducta a estudiar. Para ello, se ha hecho uso de escalas de análisis en ambos casos, para presentar preguntas adecuadas y significativas para el estudio.

Posibles beneficios

La participación en este estudio no le supondrá ningún beneficio personal, sino la mera oportunidad de exponer su experiencia y aportar datos importantes para el estudio.

Contacto en caso de dudas

En el caso de que presente dudas sobre el estudio o sobre alguno de los apartados en la realización del cuestionario, sepa que puede contactar conmigo para resolver estas cuestiones a través del gmail @paularozalenalcaide.

Protección de datos

El trato de la información recolectada es sin ánimo de lucro, por lo que sus datos, ANÓNIMOS en todo momento, serán tratados específica y únicamente para el estudio.

Annex 3. Consentiment informat

Yo, _____

☐ He leído la hoja de información que se me ha entregado sobre el estudio.

☐ He podido hacer preguntas sobre el estudio.

☐ He recibido suficiente información sobre el estudio.

☐ Comprendo que mi participación es voluntaria.

☐ Comprendo que mi participación es anónima.

☐ Comprendo que puedo retirarme del estudio:

- Cuando quiera.

- Sin tener que dar explicaciones.

- Sin que esto repercuta en mis tratamientos médicos.

Recibiré una copia firmada y fechada de esta hoja de información y consentimiento informado.

Presto libremente mi conformidad para participar en el estudio, confirmo que he leído la hoja de información al paciente y estoy conforme con su contenido.

Firma del participante

Firma del investigador

Fecha: ____/____/____

Fecha: ____/____/____

Annex 4. Quadern de recollida de dades

Secció 1 de 6

Síntomas del TDAH, conducta y tratamientos

Este estudio tiene como objetivo recopilar información sobre la asociación entre las características del trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH) y la conducta, comparándola con los que no los presentan. Los datos obtenidos serán analizados y estudiados en el marco de un Trabajo de Fin de Grado de la Universitat Autònoma de Barcelona y permanecerá en el anonimato. Además se trata de una participación voluntaria que puede abandonar en cualquier momento sin tener repercusión alguna. Con el fin de informarle correctamente del estudio, se le invita a leer atentamente esta hoja que contiene toda la información relevante, y si es necesario, se le responderá cualquier duda que presente.

Puede realizar una lectura completa de la hoja de información al participante a través del siguiente enlace:

<https://docs.google.com/document/d/150990J-LHbiKwMIjl-um9ilDcL1828dAKUnj5f4dwV4/edit?tab=t.0>

Muchas gracias por su participación.

¿Confirma que ha leído la información del estudio?

Sí

No

¿Confirma que ante cualquier duda puede contactar con (paularozalencalde@gmail.com)?

Sí
No

¿Confirma que ha recibido suficiente información sobre el estudio?
Sí
No

¿Comprende que su participación es voluntaria?
Sí
No

¿Comprende que su participación es anónima?
Sí
No

¿Comprende que puede abandonar la encuesta cuando quiera si lo desea sin dar explicaciones?
Sí
No

Sección 2 de 6

Criterios de inclusión

¿Es usted mayor de 18 años? (Incluido si tiene 18)
Sí
No

¿Ha sido diagnosticado clínicamente o presenta síntomas asociados con un trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH)?
Sí
No

Sección 3 de 6

Información sociodemográfica

Edad
18-24
25-34
35-44
45-54
55-64
65 o +

Identidad de género
Hombre
Mujer
No binario

¿Cuál es su nacionalidad?
Española
Española y otra extranjera

Extranjera
No contesta

Especifique el país en caso de nacionalidad extranjera
Text d'una resposta breu

¿Dónde nació usted?
Cataluña
Otra comunidad de España
Otro país de Europa
Otros

Si ha respondido "Otros" en la pregunta anterior, especifique dónde
Text d'una resposta breu

¿Cuál es su estado civil?
Soltero/a
Casado/a
Separado/a - Divorciado/a
Viudo/a

¿Cuántas personas viven en esta casa de manera habitual? (incluyéndose a usted)
Text d'una resposta breu

¿Vive con su pareja?

Sí
No

¿Vive con sus hijos/as?
Sí
No

Si ha respondido que sí en la pregunta anterior, indique el número de hijos/as
Text d'una resposta breu

¿Vive con otros familiares?
Sí
No

¿Vive con personas externas a la familia?
Sí
No

¿Cuál es su nivel máximo de estudios finalizados?
Sin estudios/estudios primarios
Estudios secundarios
Estudios universitarios

¿Cuál es su situación laboral principal actual?
--

Trabaja
Trabaja, pero tiene una baja laboral de más de 3 meses
Parado/a con subsidio/prestación
Parado/a sin subsidio/prestación
Tareas del hogar (amo/a de casa)
Estudiante
Incapacitado/a o con invalidez permanente
Jubilado/a por edad
Jubilado/a de forma anticipada
Otra situación
No contesta

¿Tiene derecho a la asistencia sanitaria mediante alguna de las entidades que se presentan a continuación? No se incluyen las mutuas obligatorias de accidentes, los seguros escolares o los de federaciones deportivas, seguros dentales o seguros de viaje.
Servicio Catalán de la Salud (tiene la Tarjeta Sanitaria Individual o TSI)
Mutua de afiliación obligatoria (MUFACE, ISFAS, MUGEJU, PAMEM o similar) con prestación sanitaria del Servicio Catalán de la Salud
Mutua de afiliación obligatoria (MUFACE, ISFAS, MUGEJU, PAMEM o similar) con prestación sanitaria de un seguro privado
Otra situación

Y además, ¿dispone o es beneficiario de....?
--

Seguro sanitario privado, concertado individualmente. Debe ser un seguro sanitario global, p.ej. Adeslas, Sanitas, Asisa, Axa, etc. No tenga en cuenta los seguros parciales, como pueden ser los seguros dentales, mutuas obligatorias de accidentes de trabajo, seguros escolares o de federaciones deportivas o seguros de viaje.
Seguro sanitario privado, pagado por su empresa. Debe ser un seguro sanitario global, p.ej. Adeslas, Sanitas, Asisa, Axa, etc. No tenga en cuenta los seguros parciales, como pueden ser los seguros dentales, mutuas obligatorias de accidentes de trabajo, seguros escolares o de federaciones deportivas o seguros de viaje.
No tiene ningún seguro sanitario
Otra situación

Sección 4 de 6

Conducta
Responda a las siguientes acciones descritas según la frecuencia en la que las haya llevado a cabo al largo de su vida.

¿Alguna vez se ha peleado con otra persona?
Nunca (0 veces)
Pocas veces (1 a 5 veces)
Bastantes veces (6 a 10 veces)
Con frecuencia (más de 10 veces)

¿Alguna vez ha amenazado a ha asustado a alguien para conseguir algo?
--

Nunca (0 veces)
Pocas veces (1 a 5 veces)
Bastantes veces (6 a 10 veces)
Con frecuencia (más de 10 veces)

¿Alguna vez ha iniciado una pelea?
Nunca (0 veces)
Pocas veces (1 a 5 veces)
Bastantes veces (6 a 10 veces)
Con frecuencia (más de 10 veces)

¿Alguna vez ha actuado violentamente contra el profesor?
Nunca (0 veces)
Pocas veces (1 a 5 veces)
Bastantes veces (6 a 10 veces)
Con frecuencia (más de 10 veces)

¿Alguna vez ha usado algún tipo de arma (navaja o porra) en una pelea?
Nunca (0 veces)
Pocas veces (1 a 5 veces)
Bastantes veces (6 a 10 veces)
Con frecuencia (más de 10 veces)

¿Alguna vez ha cogido cosas de la ropa que se deja colgada en los percheros?
Nunca (0 veces)

Pocas veces (1 a 5 veces)
Bastantes veces (6 a 10 veces)
Con frecuencia (más de 10 veces)

¿Alguna vez ha robado algo del interior de un coche?
Nunca (0 veces)
Pocas veces (1 a 5 veces)
Bastantes veces (6 a 10 veces)
Con frecuencia (más de 10 veces)

¿Alguna vez ha tomado parte en un robo que implicó el uso de la fuerza física?
Nunca (0 veces)
Pocas veces (1 a 5 veces)
Bastantes veces (6 a 10 veces)
Con frecuencia (más de 10 veces)

¿Alguna vez ha robado cosas de grandes almacenes, supermercados, etc?
Nunca (0 veces)
Pocas veces (1 a 5 veces)
Bastantes veces (6 a 10 veces)
Con frecuencia (más de 10 veces)

¿Alguna vez ha cogido algo de un pupitre o casillero sin permiso y con la intención de robarlo?
Nunca (0 veces)
Pocas veces (1 a 5 veces)

Bastantes veces (6 a 10 veces)
Con frecuencia (más de 10 veces)

¿Alguna vez ha cogido la bicicleta de un desconocido y se la ha quedado?
Nunca (0 veces)
Pocas veces (1 a 5 veces)
Bastantes veces (6 a 10 veces)
Con frecuencia (más de 10 veces)

¿Alguna vez ha convencido a otro para que haga algo prohibido ?
Nunca (0 veces)
Pocas veces (1 a 5 veces)
Bastantes veces (6 a 10 veces)
Con frecuencia (más de 10 veces)

¿Alguna vez ha andado con gente que se mete habitualmente en problemas?
Nunca (0 veces)
Pocas veces (1 a 5 veces)
Bastantes veces (6 a 10 veces)
Con frecuencia (más de 10 veces)

¿Alguna vez ha sido expulsado del colegio?
Nunca (0 veces)
Pocas veces (1 a 5 veces)
Bastantes veces (6 a 10 veces)

Con frecuencia (más de 10 veces)

¿Alguna vez se ha escapado y ha dormido fuera de casa?
Nunca (0 veces)
Pocas veces (1 a 5 veces)
Bastantes veces (6 a 10 veces)
Con frecuencia (más de 10 veces)

¿Alguna vez ha viajado indebidamente sin billete o habiendo pagado una tarifa inferior ?
Nunca (0 veces)
Pocas veces (1 a 5 veces)
Bastantes veces (6 a 10 veces)
Con frecuencia (más de 10 veces)

¿Alguna vez ha andado en pandilla armando jaleo o provocando disturbios?
Nunca (0 veces)
Pocas veces (1 a 5 veces)
Bastantes veces (6 a 10 veces)
Con frecuencia (más de 10 veces)

¿Alguna vez ha destrozado las instalaciones del colegio?
Nunca (0 veces)
Pocas veces (1 a 5 veces)
Bastantes veces (6 a 10 veces)
Con frecuencia (más de 10 veces)

¿Alguna vez ha hecho destrozos en una tienda pequeña o pequeños comercios?
Nunca (0 veces)
Pocas veces (1 a 5 veces)
Bastantes veces (6 a 10 veces)
Con frecuencia (más de 10 veces)

¿Alguna vez ha roto cristales de casas vacías?
Nunca (0 veces)
Pocas veces (1 a 5 veces)
Bastantes veces (6 a 10 veces)
Con frecuencia (más de 10 veces)

¿Alguna vez ha roto el teléfono de las cabinas?
Nunca (0 veces)
Pocas veces (1 a 5 veces)
Bastantes veces (6 a 10 veces)
Con frecuencia (más de 10 veces)

¿Alguna vez ha deseado algo que pertenece a otra persona?
Nunca (0 veces)
Pocas veces (1 a 5 veces)
Bastantes veces (6 a 10 veces)
Con frecuencia (más de 10 veces)

¿Alguna vez ha tenido deseos de no ir a clase?
Nunca (0 veces)
Pocas veces (1 a 5 veces)
Bastantes veces (6 a 10 veces)
Con frecuencia (más de 10 veces)

Sección 5 de 6

Trastorno de déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) Por favor, escoja el número en cada ítem que mejor describa su comportamiento durante los pasados 6 meses
--

Al hacer mi trabajo no logro fijar mi atención en los detalles o cometo errores por no tener cuidado
Nunca o casi nunca
Algunas veces
Frecuentemente
Muy frecuentemente

Meneo las manos o los pies o me muevo constantemente en mi asiento
Nunca o casi nunca
Algunas veces
Frecuentemente
Muy frecuentemente

Tengo dificultad para sostener mi atención en las tareas o en las actividades de diversión
Nunca o casi nunca

Algunas veces
Frecuentemente
Muy frecuentemente

Me levanto del asiento en situaciones en donde se espera que permanezca sentado
Nunca o casi nunca
Algunas veces
Frecuentemente
Muy frecuentemente

No presto atención cuando se me habla directamente
Nunca o casi nunca
Algunas veces
Frecuentemente
Muy frecuentemente

Me siento inquieto
Nunca o casi nunca
Algunas veces
Frecuentemente
Muy frecuentemente

No sigo instrucciones de principio a fin y no termino el trabajo asignado
Nunca o casi nunca
Algunas veces

Frecuentemente
Muy frecuentemente

Tengo dificultades para llevar a cabo actividades en mi tiempo libre de manera calmada o para hacer cosas divertidas tranquilamente
Nunca o casi nunca
Algunas veces
Frecuentemente
Muy frecuentemente

Tengo dificultad para organizar las tareas y actividades
Nunca o casi nunca
Algunas veces
Frecuentemente
Muy frecuentemente

Me siento como si tuviese que «moverme continuamente» o «como si me empujara un motor»
Nunca o casi nunca
Algunas veces
Frecuentemente
Muy frecuentemente

Me disgusta, evito o estoy reticente a llevar a cabo trabajo que requiera esfuerzo mental sostenido
Nunca o casi nunca
Algunas veces

Frecuentemente
Muy frecuentemente

Hablo en exceso
Nunca o casi nunca
Algunas veces
Frecuentemente
Muy frecuentemente

Pierdo cosas que son necesarias para llevar a cabo tareas o actividades
Nunca o casi nunca
Algunas veces
Frecuentemente
Muy frecuentemente

Contesto abruptamente antes de que otros terminen de hacerme la pregunta
Nunca o casi nunca
Algunas veces
Frecuentemente
Muy frecuentemente

Me distraigo fácilmente
Nunca o casi nunca
Algunas veces
Frecuentemente

Muy frecuentemente

Tengo dificultad para esperar mi turno
Nunca o casi nunca
Algunas veces
Frecuentemente
Muy frecuentemente

Soy olvidadizo en las actividades diarias
Nunca o casi nunca
Algunas veces
Frecuentemente
Muy frecuentemente

Interrumpo a los demás o soy entrometido
Nunca o casi nunca
Algunas veces
Frecuentemente
Muy frecuentemente

Sección 6 de 6

Tratamientos
Relacionados con los síntomas de TDAH

¿Recibe o ha recibido algún tipo de tratamiento para los síntomas de hiperactividad y de atención?

Sí
No

¿Recibe o ha recibido tratamiento farmacológico psicoestimulante? indique cuál de los siguientes
No
Sí, metilfenidato (Rubifen, Medicebran, Medikinet, Equasym, Concerta o Rubicrono)
Sí, anfetaminas (Elvanse)
Sí, modafinilo (Modiodal)
Sí, los 2 primeros
Sí, el 1o y el 3o
Sí, el 2o y el 3o
Otros

Si ha marcado "Otros" en la pregunta anterior, especifique cuál
Text d'una resposta llarga

¿Desde qué fecha recibe el tratamiento farmacológico psicoestimulante?
Mes, día, any

¿Recibe o ha recibido tratamiento farmacológico no psicoestimulante? indique cuál de los siguientes
No
Sí, atomoxetina (Strattera)
Sí, clonidina (Catapresan)

Sí, guanfacina (Modiodal)
Sí, los 2 primeros
Sí, el 1o y el 3o
Sí, el 2o y el 3o
Otros

Si ha marcado "Otros" en la pregunta anterior, especifique cuál
Text d'una resposta llarga

¿Desde qué fecha recibe el tratamiento farmacológico psicoestimulante?
Mes, dia, any

¿Con qué cobertura sanitaria recibe el tratamiento farmacológico?
Servicio Catalán de la Salud (tiene la Tarjeta Sanitaria Individual o TSI)
Mutua de afiliación obligatoria (MUFACE, ISFAS, MUGEJU, PAMEM o similar) con prestación sanitaria del Servicio Catalán de la Salud
Mutua de afiliación obligatoria (MUFACE, ISFAS, MUGEJU, PAMEM o similar) con prestación sanitaria de un seguro privado
Otra situación

¿Recibe o ha recibido un tratamiento NO farmacológico? Indique cuál de los siguientes
No
Sí, tratamiento psicológico
Sí, tratamiento psiquiátrico (no farmacológico)

Los dos
Otros

Si ha marcado "Otros" en la pregunta anterior, especifique cuál
Text d'una resposta llarga

¿Desde qué fecha recibe el tratamiento NO farmacológico?
Mes, día, any

¿Con qué cobertura sanitaria recibe el tratamiento NO farmacológico?
Servicio Catalán de la Salud (tiene la Tarjeta Sanitaria Individual o TSI)
Mutua de afiliación obligatoria (MUFACE, ISFAS, MUGEJU, PAMEM o similar) con prestación sanitaria del Servicio Catalán de la Salud
Mutua de afiliación obligatoria (MUFACE, ISFAS, MUGEJU, PAMEM o similar) con prestación sanitaria de un seguro privado
Otra situación