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

Raya Contreras, Luca; Rodríguez-Urrutia, Amanda, dir. De la impulsividad a la delincuencia : mito o realidad. El rol del TDAH en las conductas delictivas. 2025. 68 pag. (Grau en Criminologia)

This version is available at <https://ddd.uab.cat/record/322453>

under the terms of the  license



DE LA IMPULSIVIDAD A LA DELINCUENCIA: MITO O REALIDAD

EL ROL DEL TDAH EN LAS CONDUCTAS DELICTIVAS

Trabajo Final de Grado

Criminología

2024-2025

Autor: Luca Raya Contreras

Tutora: Amanda Rodríguez Urrutia

Universidad Autònoma de Barcelona

Total de palabras: 8461

19/05/2025

AGRADECIMIENTOS

Agradecer a todas aquellas personas que han hecho posible no solo la realización de este trabajo sino el apoyo brindado durante los años de universidad. En particular a Gustavo, por ayudarme a avanzar en los momentos que me sentía estancado.

A mis padres por su amor, su apoyo, su paciencia y comprensión en cada momento durante todo este proceso. También quiero agradecer a mi hermana por estar siempre ahí cuando todo se complica, por ser un referente y una inspiración constante.

Especialmente, quiero agradecer profundamente a mis abuelos, Lola y Pedro, que sin ellos no sería la persona que soy hoy en día. Aunque ya no están aquí desde hace poco, sé que me acompañan y me guían. Gracias por cuidarme incondicionalmente, por vuestros consejos y por enseñarme a vivir siempre con una sonrisa. Porque ahí donde estéis sé que estaréis orgullosos de mí. Tanto este trabajo, como cada cosa que hago lleva un pedacito de vosotros.

Para finalizar, no quiero olvidar a Leo, quién llegó a nuestras vidas para poner luz y felicidad. Un compañero leal, un apoyo incondicional en todo momento y un refugio en los peores momentos.

RESUMEN

Resumen: El presente trabajo de fin de grado tiene como objetivo explorar y analizar la potencial relación entre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) y las conductas delictivas. Con esta finalidad, se ha utilizado una metodología mixta, combinando métodos cuantitativos y cualitativos. Para ello, se ha contado con la participación tanto de la población general a través de una encuesta, así como con la colaboración de profesionales clínicos, a partir de entrevistas. Considerando la percepción de la población, así como la opinión y experiencia de los profesionales, los resultados obtenidos muestran que no se puede establecer una correlación directa entre el TDAH y la conducta delictiva sino más bien es debido a una asociación medida por múltiples factores. A pesar de esto se ha de enfatizar en la importancia de una intervención temprana y eficaz basada en un diagnóstico adecuado y un tratamiento combinado (farmacológico y psicosocial), con el objetivo de prevenir posibles riesgos.

Palabras clave: TDAH, conductas delictivas, relación, diagnóstico y tratamiento

ABSTRACT

Abstract: The aim of this thesis is to explore and analyze the potential relationship between Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and criminal behavior. For this purpose, a mixed methodology has been used, combining quantitative and qualitative methods. To this end, the participation of both the general population through a survey, as well as the collaboration of clinical professionals, based on interviews, has been counted on. Considering the perception of the population, as well as the opinion and experience of professionals, the results obtained show that it is not possible to establish a direct correlation between ADHD and criminal behavior, but rather it is due to an association measured by multiple factors. Despite this, the importance of early and effective intervention based on an adequate diagnosis and combined treatment (pharmacological and psychological) must be emphasized in order to prevent possible risks.

Key Words: ADHD, criminal behaviors, relation, diagnosis and treatment

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN.....	4
2. MARCO TEÓRICO	5
2.1. Epidemiología	5
2.2. Etiología	5
2.3. Factores de riesgo.....	6
2.4. Factores de protección.....	7
2.5. Teorías criminológicas.....	7
2.6. Comorbilidad.....	8
2.7. Diagnóstico.....	9
2.8. Tratamiento	10
2.9. TDAH en población penitenciaria.....	12
3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS.....	14
4. METODOLOGÍA	15
4.1. Metodología Cualitativa.....	15
4.2. Metodología Cuantitativa.....	17
5. RESULTADOS.....	19
5.1. Entrevistas	19
5.2. Encuesta	22
6. DISCUSIÓN.....	30
7. CONCLUSIÓN.....	33
7.1. Limitaciones del trabajo	34
7.2. Futuras líneas de investigación.....	35
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	36
9. ANNEXOS	42

1. INTRODUCCIÓN

La temática escogida para desarrollar el trabajo final de grado es el trastorno por déficit de atención e hiperactividad (más adelante como TDAH) y la posible relación que pueda tener con la delincuencia, es decir, investigar si existen patrones que hagan que las personas con este trastorno tengan más incidencia en la criminalidad. Este tema es de especial interés debido a la multiplicidad de implicaciones que conlleva. También, sigue habiendo una invisibilización de la salud mental y cómo esta afecta tanto a nivel individual como colectivo; por esta razón se considera fundamental entender el TDAH y su impacto en la delincuencia.

En cuanto a la relevancia criminológica, el TDAH tiene una potencial relación con las conductas ilícitas, dado que una de las principales características de este trastorno es la impulsividad, llevando a la persona a tomar decisiones precipitadamente, sin pensar en las consecuencias, favoreciendo así las conductas antisociales. El TDAH está estrechamente relacionado con el entorno social y familiar de la persona, pudiendo actuar como factor de riesgo o factor protector en función de las características de este.

Además, entender esta relación favorece en aplicar intervenciones efectivas y adecuadas que ayuden a reducir el riesgo de comportamientos delictivos que puedan estar asociadas al TDAH.

La comorbilidad del TDAH con otros trastornos de salud mental puede aumentar significativamente la probabilidad de que las personas diagnosticadas cometan conductas delictivas. Más adelante, se especificará la potencial comorbilidad entre el TDAH y otros trastornos que afecten a este tipo de comportamientos.

A continuación, se muestra el marco teórico para observar la literatura existente sobre el TDAH y, se detallan los objetivos y las hipótesis planteadas del trabajo. Posteriormente, seguido de la metodología empleada para la investigación y los resultados obtenidos. Finalmente, se llevará a cabo una discusión y se presentarán las conclusiones.

2. MARCO TEÓRICO

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por un patrón persistente de inatención y/o hiperactividad–impulsividad interfiriendo así en el funcionamiento o desarrollo del individuo (American Psychiatric Association [APA], 2013).

Este trastorno se caracteriza por tres elementos fundamentales: la inatención, la hiperactividad y la impulsividad. Según el Manual Diagnóstico Estadístico de los Trastornos Mentales (2013), la inatención hace referencia a aquellas desviaciones en las tareas, la falta de persistencia, la dificultad para mantener la atención... La hiperactividad se centra en la actividad motora excesiva, mientras que la impulsividad son todas aquellas acciones que se realizan sin tener en cuenta las consecuencias.

2.1. Epidemiología

El TDAH es considerado como el trastorno de neurodesarrollo más frecuente de inicio en la infancia (Pineda et al., 1999). La mayoría de los estudios sitúan la incidencia del TDAH entre el 5% y el 10%, siendo más frecuente en hombres que en mujeres (Quintero y Cataño, 2014). Actualmente, se estima que el TDAH afecta entre el 5% y el 7% de los niños y el 2% y el 5% de los adultos (Sordo y Lázaro, 2022). En España, la incidencia del TDAH está alrededor del 6% para niños y adolescentes, superando la media europea que se encuentra en un 5% (Català et al., 2012).

2.2. Etiología

El TDAH es un trastorno de elevada complejidad, el cual no se puede explicar por una única causa, sino que se debe buscar una explicación en la combinación de múltiples factores. Entre esta combinación se encuentra la genética, siendo uno de los principales factores causantes del trastorno. Biederman (2004) citado en Wilma (2013), afirma que la heredabilidad del TDAH se encuentra alrededor del 76%. Según un estudio de Montes et al., (2009) sugiere también este fuerte componente genético, con una heredabilidad del 80%.

Otro de los factores que influyen en el desarrollo del TDAH son los factores ambientales. Se estima que estos representan entre el 20 y el 30% de la variabilidad del TDAH (Ramos, 2009). Entre estas causas ambientales se encuentran el nacimiento prematuro, tabaquismo materno durante el embarazo y/o incluso un nivel socioeconómico familiar bajo (Johnson et al., 2020 citado en Pérez et al., 2024). Aunque cabe recalcar que en el caso del TDAH los factores ambientales tienen un papel desencadenante o modulador de la carga genética (Rusca y Cortez, 2020). Finalmente, se han de mencionar los factores neurológicos. A nivel estructural, según Aguilar (2014), las personas diagnosticadas con TDAH tienden a tener un cerebro de menor tamaño, lo que se relaciona con los síntomas del trastorno y la gravedad con la que se presentan. En personas con TDAH, la función ejecutiva también se ve alterada (Aguilar, 2014).

2.3. Factores de riesgo

El TDAH a lo largo de la historia ha sido asociado con un alto riesgo de cometer conductas antisociales, teniendo la mayor prevalencia en los adolescentes y jóvenes adultos. Entre los factores de riesgo que pueden derivar en que una persona con TDAH acabe cometiendo este tipo de conductas están principalmente la impulsividad y la falta de autocontrol. Estas características pueden llevar a la persona a realizar y tomar decisiones sin pensar en las consecuencias, aumentando así la probabilidad de acabar envueltos en actividades delictivas (Aguilar, 2014).

Como se hablará más adelante, la comorbilidad del TDAH con otros trastornos hace aumentar potencialmente los riesgos de llevar a cabo actos ilícitos, como puede ser el TDAH comórbido con el trastorno de conducta o con el trastorno oposicionista desafiante (Aguilar, 2014). Otro de los factores de riesgo son los entornos tanto familiares como sociales, es decir, estilos parentales como una falta de supervisión, conflictos intrafamiliares o entornos desfavorables económicamente pueden agravar los síntomas del TDAH, propiciando así las conductas delictivas (González, et al., 2014).

Cabe mencionar también el fracaso y absentismo escolar, así como las dificultades en los centros educativos. Estas dificultades son típicas de las personas con TDAH (Alarcón et al., 2023). Si no se lleva a cabo un tratamiento adecuado, puede derivar

en abandono escolar y propiciar la aceptación de grupos antisociales. Finalmente, hay que destacar el consumo de sustancias, es decir, diferentes estudios como el realizado por Fernández (2019) han corroborado que existe una correlación entre el TDAH y el consumo de sustancias en edad temprana, lo que puede derivar este consumo a corto y largo plazo a problemas con la ley.

2.4. Factores de protección

Además de los factores de riesgo, también existen factores de protección que pueden paliar la correlación existente, disminuyendo así la posibilidad de que estos individuos acaben cometiendo conductas delictivas. Algunos de estos factores son las intervenciones psicológicas y terapéuticas, principalmente la terapia cognitivo-conductual, que hace que se produzca una mejora en las habilidades sociales, así como un aumento de autocontrol y autoestima, reduciendo, por otro lado, los comportamientos impulsivos de aquellas personas con TDAH (Villanueva y Ríos, 2018).

También se pueden encontrar factores de protección en el entorno familiar; en este, el estilo parental debe combinarse con disciplina, con un entorno estable en el cual se pongan límites y a la vez haya afecto entre las partes (Paredes y Enrique, 2017).

En referencia al entorno escolar, un elevado grado de apoyo en el aprendizaje, así como una adaptación curricular a aquellos alumnos con TDAH, pueden favorecer a que el alumno se sienta cómodo y pueda centrarse en los estudios y, como consecuencia, se produce una reducción del absentismo escolar, así como de las conductas delictivas (Villanueva y Ríos 2018).

Para finalizar, cabe recalcar que, si el caso lo precisa, un tratamiento farmacológico adecuado puede contribuir a una mejor autorregulación emocional y de esta manera reducir los riesgos, como puede ser la falta de autocontrol, que puedan llevar a cometer actos delictivos.

2.5. Teorías criminológicas

Ciertas teorías criminológicas pueden llegar a explicar una potencial relación entre el TDAH y la delincuencia. Como se ha observado anteriormente, los síntomas

principales de este trastorno (impulsividad, inatención e hiperactividad) pueden hacer aumentar la exposición de los individuos a comportamientos delictivos.

Una de estas teorías explicativas del TDAH y las conductas delictivas es la teoría del autocontrol expuesta en *A General Theory of Crime* por Gottfredson y Hirschi en 1990 (Cid y Larrauri, 2023). Los elementos centrales de esta teoría son que las personas que cometen conductas desviadas son impulsivas, son incapaces de prever las consecuencias y tienen un ego elevado; dos de estas características son trascendentales en las personas diagnosticadas de TDAH, como son la impulsividad y la carencia de prevención de las consecuencias. Según Gottfredson y Hirschi (1990), citado en Cid y Larrauri (2023), las personas delincuentes tienen un bajo nivel de autocontrol. Estas personas tienen una dificultad de posponer la satisfacción, es decir, necesitan de gratificación instantánea, además de ser amantes del riesgo y de la búsqueda de nuevas emociones (Grasmick et al., 1993).

Otra de las teorías explicativas es la teoría general de la tensión de Agnew (1992), la cual explica que aquellas personas que experimentan un sentimiento de frustración como el fracaso escolar e interacciones negativas con iguales pueden recurrir a la delincuencia. Estas personas se encuentran en contextos en los que las consecuencias de cometer delitos son mínimas, mientras que los beneficios son altos, generando así una actitud propensa a la delincuencia. Esta actitud, según McLaughlin y Muncie (2012), es debida a rasgos de personalidad como la impulsividad y la irascibilidad, que son características de las personas con TDAH. Estos individuos, si no son capaces de gestionar la frustración, pueden realizar actos delictivos como una forma de combatir su malestar emocional y social.

2.6. Comorbilidad

Previamente, se ha mencionado la comorbilidad del TDAH junto con otros trastornos como factor de riesgo de las conductas delictivas; en este apartado se detallarán aquellos trastornos que tienen más comorbilidad con el TDAH, haciendo así que se incremente la probabilidad de realizar ilícitos penales. Alrededor de un 66% de las personas diagnosticadas de TDAH tienen asociado otro trastorno (Goldman, 1998; Spencer, 1999; Kadesjo, 2001 y Wilens, 2002 citado en Álvarez

et al., 2013), debido a este elevado porcentaje, se hace una revisión de las principales comorbilidades del TDAH.

Los primeros que mencionar son los trastornos disruptivos, más concretamente, el trastorno negativista desafiante (TND) y el trastorno de conducta (TC); según un estudio realizado por MTA (1999) citado en Álvarez et al., (2013), el 40% de niños con TDAH cumplen criterios de TND y el 14,3% de TC. Una de las principales características son los comportamientos hostiles que conllevan un alto grado de violación de las normas sociales (Hervás y Duran, 2014).

Otro de los grandes trastornos que tiene una elevada comorbilidad con el TDAH es el trastorno por uso de sustancias (TUS), si una persona tiene un diagnóstico de TDAH, es susceptible de que acabe consumiendo algún tipo de sustancia. Por lo tanto, esta relación hace que aumente exponencialmente la probabilidad de verse envuelto en conductas delictivas (Hervás y Duran, 2014).

Los trastornos del estado de ánimo como la depresión y la bipolaridad son frecuentes en personas que tienen TDAH. Alrededor de un 25% de los pacientes con TDAH tiene un trastorno depresivo asociado (Barkley et al., 2008 citado en Hervás y Duran, 2014). La combinación de estos trastornos puede agravar la impulsividad y, como consecuencia, la inestabilidad emocional, llevando a cabo comportamientos antisociales e incluso conductas ilegales.

La comorbilidad entre el TDAH y los trastornos observados hace que el cuadro clínico en ciertas ocasiones sea más complejo, predisponiendo de esta manera al individuo a cometer actos ilícitos. Por lo tanto, es fundamental llevar a cabo un diagnóstico adecuado y multidisciplinar para poder afrontar y reducir todos los factores de riesgo posibles.

2.7. Diagnóstico

Para el diagnóstico del TDAH, el DSM-V establece unos criterios clínicos (Ver Anexo) los cuales han de cumplirse seis o más síntomas durante un período de tiempo prolongado y que afecte significativamente a diferentes ámbitos de la vida de la persona (APA, 2013).

Según Barkley (1997) citado en Franquiz y Ramos (2016) el diagnóstico del TDAH requiere de diferentes métodos de evaluación y diversas fuentes de información para recopilar todos los datos necesarios sobre las áreas de comportamiento del niño, así como su funcionamiento en múltiples circunstancias.

Para un buen diagnóstico es fundamental la entrevista clínica para evaluar así la presencia y la persistencia de los síntomas en diversos contextos de la vida (APA, 2013). Durante esta entrevista, se recopila toda la información sobre la historia clínica, obteniéndola de diferentes fuentes como los familiares, profesores o el propio paciente, garantizando de esta manera una evaluación completa (Willcutt et al., 2005). También será relevante analizar los antecedentes médicos y psiquiátricos, así como los antecedentes familiares (Rusca y Cortez, 2020).

Se debe considerar que, aunque la aplicación de cuestionarios para el diagnóstico del TDAH es fundamental, es de vital importancia no realizar dicho diagnóstico exclusivamente solo con la aplicación de cuestionarios (Vicario y Santos, 2014).

Entre estos cuestionarios se encuentra la *ADHD Rating Scale*, que es la principal escala de evaluación que mide la gravedad de los síntomas tanto en niños como en adolescentes, esta evaluación se basa en los criterios del DSM. Consta de 18 ítems que miden la inatención y la hiperactividad-impulsividad (DuPaul et al., 2016). Es una de las escalas más utilizadas por su alta fiabilidad y validez médica, haciendo que el diagnóstico sea más preciso e implementar así un tratamiento eficaz.

Otro de los elementos para un buen diagnóstico es la evaluación psicológica, cuya función principal es complementar la entrevista clínica, ofreciendo una información relevante sobre el estado a nivel cognitivo del paciente (Vicario y Santos, 2014).

2.8. Tratamiento

Para abordar el tratamiento del TDAH es necesaria una perspectiva integral, combinando estrategias tanto psicosociales como farmacológicas, que estén orientadas a las necesidades individuales de cada paciente (Campayo et al., 2008).

En relación con el tratamiento farmacológico, no es recomendable en niños menores de 6 años, excepto casos puntuales en los cuales las terapias psicosociales

no han sido efectivas (Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía [OIAA], 2018). En España, los tratamientos farmacológicos autorizados incluyen tanto estimulantes como no estimulantes. Entre los fármacos estimulantes se encuentra el metilfenidato, autorizado en nuestro país en niños mayores de 6 años (Pérez y González, 2012) y la lisdexanfetamina (Ron et al., 2015), mientras que los fármacos no estimulantes aprobados son la atomoxetina y la guanfacina (Instituto Aragonés de Ciencias de la Salud, 2018 citado en OIAA, 2018).

En primer lugar, los fármacos estimulantes tienen una estructura y un mecanismo de acción parecido a la dopamina y la noradrenalina, aumentando así la actividad del sistema nervioso central (Esperón y Gómez, 2014). Según Johnston et al., (2015); Dirksen et al., (2002) citado en Ron et al., (2015) entre un 60% y un 75% de los pacientes diagnosticados de TDAH han manifestado una respuesta positiva al tratamiento con metilfenidato, experimentando una mejoría en sus principales síntomas. Por el contrario, entre un 10% y un 15% de aquellos niños que reciben este fármaco presentan efectos secundarios leves, como por ejemplo insomnio, migrañas, pérdida de apetito... (Moreno et al., 2015).

De la misma manera que el metilfenidato, la lisdexanfetamina es otro de los fármacos utilizados para el TDAH. Desde 2014, en España está aprobado su uso en aquellos niños y adolescentes que no han respondido de manera adecuada al metilfenidato (Saiz, 2018; Martín et al., 2017). Según Ramos y Casas (2011) citado en Herreros et al., (2015) los tratamientos basados en lisdexanfetamina mejoran un 70% en la sintomatología clínica, mejorando así la capacidad de concentración y disminuyendo la impulsividad.

Entre un 20% y un 30% de los pacientes no muestran una respuesta favorable a los fármacos estimulantes, o tienen un elevado número de efectos secundarios, cuando esto se produce, se recurre a fármacos no estimulantes, entre los cuales el más utilizado es la atomoxetina (cabe recalcar que no está disponible en España (Campayo et al., 2008)).

Pero no solo existe un tratamiento farmacológico para el TDAH, sino que también es necesaria una aplicación de las terapias psicosociales, debido a que los fármacos, en su mayoría, no logran una mejora significativa de las habilidades sociales y

gestión de las emociones, por lo que es relevante combinar terapias psicosociales junto a fármacos (Ivñez et al., 2015).

La terapia cognitivo-conductual se fundamenta en comprender cómo piensa uno acerca de sí mismo y de su entorno; y cómo sus acciones influyen en sus pensamientos y emociones (SEPSM, 2022). Diversos estudios en los cuales se han aplicado terapias cognitivo-conductuales en pacientes con TDAH han demostrado su elevada eficacia. Entre estos estudios se encuentra el realizado por Arco et al., (2004) citado en Pérez y García (2006) el cual se obtuvo unos resultados de mejoras significativas de ciertas conductas realizadas en el ámbito escolar y familiar. Otro de los estudios que mostraron unos resultados favorables fue el realizado por Orjales y Polaino (2001) mostrando una mejora en el rendimiento académico y las conductas antisociales.

Una intervención adecuada del paciente, a nivel psicosocial, se produce cuando existe una mayor participación de la familia, los docentes, los psicólogos y psicopedagogos (Ivñez et al., 2015).

2.9. TDAH en población penitenciaria

Según Sordo y Lázaro (2022), la prevalencia del TDAH se sitúa entre un 2% y un 5% en edad adulta. Aunque otros autores como Fazel y Favril (2024) estiman que el porcentaje es entre el 3% y el 7%, siendo más frecuente en el género masculino.

Si tenemos en cuenta que el 93% de la población penitenciaria son hombres (CGPJ, s. f.), y considerando que la prevalencia del TDAH es mayor en este grupo, se deduce que este trastorno está presente en la población reclusa. Según el registro nacional sueco de pacientes con TDAH citado en Fundación Cadah (2018), un 36,6% de hombres y un 15% de mujeres con este trastorno habrían sido condenados por algún delito.

En España, Pérez et al., (2015) llevaron a cabo un estudio en la población reclusa, en el cual concluyen que aproximadamente un 25% de los internos tienen TDAH, de los cuales aquellos que no habían sido tratados correctamente en la infancia cometen 7,8 delitos, mientras que los que sí habían recibido tratamiento cometían una media de 3,9 delitos.

Estas cifras evidencian que el TDAH, de la misma manera que está presente en la población general, también tiene prevalencia en las instituciones penitenciarias. Por lo tanto, se han de realizar estudios más exhaustivos y con la mayor cantidad de recursos posibles, para poder hacer una detección precoz y, a su vez, una intervención adecuada y que responda de manera eficaz a las necesidades de los internos, y de esta manera se verá afectada, disminuyendo en este caso tanto la reincidencia como los índices de criminalidad.

3. OBJETIVOS E HIPÓTESIS

3.1. Objetivos

El objetivo general para el siguiente trabajo es el siguiente:

- Analizar la relación entre el TDAH y la delincuencia, a partir del conocimiento de profesionales y la percepción de la población

Los objetivos específicos derivados del objetivo general son:

- Explorar la literatura existente sobre el vínculo entre el TDAH y la delincuencia.
- Contrastar la percepción de la población general y de especialistas respecto a la relación entre TDAH y delincuencia.
- Proponer posibles líneas de investigación futuras acerca del TDAH y las conductas antisociales.

3.2. Hipótesis

Las hipótesis planteadas para este estudio son las siguientes:

H1: Aquellas personas con TDAH tienden a cometer más conductas ilícitas debido a la impulsividad y la dificultad en controlar sus emociones.

H2: Los especialistas en trastornos mentales perciben el TDAH como un factor de riesgo siempre y cuando vaya asociado a otros trastornos.

H3: La población general no asocia el TDAH con la delincuencia.

H4: Existe poca literatura sobre el TDAH en mujeres, lo que hace que haya una brecha de género en el diagnóstico.

4. METODOLOGÍA

En cuanto a la metodología del presente trabajo, se ha extraído la información del tema tratado en las siguientes bases de datos académicas: *PubMed*, *Scopus*, *Elsevier*, *SciELO*, *Google Scholar*, *Dialnet* y *National Library of Medicine*. También se extrajeron artículos del Servicio de Biblioteca de la UAB. Para llevar a cabo esta búsqueda se han utilizado operadores booleanos para tratar de acotar la investigación de artículos y que se ciña lo máximo posible a lo que se quiere investigar.

Se trata de una metodología mixta, es decir, se ha utilizado tanto una metodología cuantitativa como una metodología cualitativa. Esta metodología mixta sirve no solo para saber la opinión de los expertos en el tema de trastorno por TDAH, sino también para poder tantear lo que la población de a pie sabe de este tema y los posibles estereotipos que pueda tener sobre este trastorno.

4.1. Metodología Cualitativa

En cuanto a la metodología cualitativa, se han realizado dos entrevistas a profesionales del TDAH. Estos profesionales son la Dra. Raquel Vidal Estrada y el Dr. José Antonio Ramos Quiroga, ambos del departamento de salud mental del Hospital Universitario Vall Hebrón. El sistema de captación de los profesionales utilizados para la metodología cualitativa es el denominado “sobre el terreno”, es decir, como conocemos a profesionales sobre el TDAH, se ha contactado directamente, a través del correo electrónico, para así poder llevar a cabo la entrevista.

El perfil sociodemográfico de las personas entrevistadas es el siguiente: respecto al Dr. Josep Antoni Ramos Quiroga, este es un médico especialista en psiquiatría de adultos, infantil y adolescente. Se doctoró en Psiquiatría y Psicología Médica en la UAB. Actualmente, es el jefe del servicio de psiquiatría y es el presidente de la Comisión de Innovación del Vall Hebrón Barcelona Hospital Campus. Además, es profesor de psiquiatría en la Facultad de medicina de la UAB. Su trabajo se centra en el estudio de los trastornos del neurodesarrollo a lo largo de la vida,

especialmente en el TDAH, los trastornos de espectro autista y la depresión mayor (Hospital Universitari Vall d'Hebron, s.f).

En cuanto a la doctora Raquel Vidal Estrada, es una psicóloga clínica del Servicio de Psiquiatría del Hospital Universitario Vall Hebrón. De la misma manera que el doctor Ramos Quiroga, ejerce como profesora clínica asociada en la Facultad de Medicina de la UAB. Su trabajo principal es el tratamiento psicológico de trastornos del neurodesarrollo en población infantil y juvenil, más precisamente el síndrome alcohólico fetal y el TDAH, entre otros trastornos cognitivos conductuales que tienen su origen en la genética (Hospital Universitari Vall d'Hebron, s. f). Además, colabora en una asociación llamada SOM Salud Mental 360, para ofrecer información y recursos a la población sobre la salud mental, especialmente todo lo que tenga que ver con el TDAH y el síndrome alcohólico fetal.

Haciendo referencia al contacto y reclutamiento de los entrevistados, en el cuarto curso del grado de Criminología, se impartió la asignatura Delincuencia y Psicopatología, en la cual, cada semana, un especialista en psicología y psiquiatría clínica del Hospital Universitario Vall d'Hebrón acudía a impartir la sesión.

En este contexto, por un lado, el Dr. Ramos Quiroga desarrolló la clase sobre trastornos mentales y demencias, así como del TDAH. Por otro lado, la Dra. Vidal Estrada impartió la sesión sobre evaluación psicológica en sus dimensiones cognitiva, emocional, conductual y de personalidad, sobre todo en el ámbito del TDAH, tanto en jóvenes como en adultos. Derivado de estas sesiones académicas, fue posible conocer a ambos profesionales, y así posteriormente establecer contacto con ellos a través de correo electrónico con el fin de poder llevar a cabo la entrevista.

Se trata de entrevistas estandarizadas, donde existen una serie de preguntas planificadas, por lo tanto, hay un guion previo que el entrevistado debe seguir. Según el enfoque de investigación, se trata de entrevistas especializadas (Gorden, 1969 citado en Sáez, 2024), es decir, se refiere a una entrevista en la cual los entrevistados son expertos y profesionales en la materia.

Por un lado, la entrevista al Dr. Ramos Quiroga se llevó a cabo a través de correo electrónico por razones logísticas, lo que puede conllevar tanto ventajas como ciertas limitaciones. Por otro lado, la segunda entrevista se llevó a cabo telemáticamente, es decir, se realizó la entrevista de manera *online* a través de la plataforma *Google Meets*, la cual permitió la grabación de la entrevista para posteriormente poder transcribirla y realizar el análisis correspondiente.

En cuanto al análisis de los resultados, se ha considerado dividir las preguntas y las respuestas por bloques, el primero de los cuales es una pequeña introducción, para conocer un poco más a los profesionales y saber la definición de lo que es el TDAH; el siguiente bloque es la relación entre el TDAH y la delincuencia; el tercer bloque son los factores de riesgo y los factores de protección de las personas con TDAH y, finalmente, el cuarto bloque es el tratamiento y la prevención. Una vez realizadas las entrevistas, se desglosa y se profundiza en los bloques mencionados para su posterior análisis.

4.2. Metodología Cuantitativa

Con relación a la metodología cuantitativa, se ha empleado un cuestionario, el cual se ha distribuido a la población. Como sistema de captación de los individuos de la metodología cuantitativa, se ha realizado a través del sistema “bola de nieve” o también llamado “muestreo en cadena”, que consiste en que un sujeto le da al investigador el nombre de otro, que a su vez proporciona el nombre de un tercero, y así de manera sucesiva (Atkinson y Flint, 2001 citado en Baltar y Gorjup, 2012), es decir, se han aprovechado los nexos entre las personas para así establecer una red y que un individuo nos lleve a otro y así sucesivamente, para poder llegar a la máxima población posible.

La muestra es exploratoria, no representativa, de la que no se harán inferencias del total de la población, pero permite tener una idea del ámbito escogido. La edad comprendida es de 18 años hasta 65 años, para conocer los pensamientos y los estereotipos dependiendo de la edad y el género, y observar las tendencias según las características de los individuos.

El instrumento que se ha utilizado es una encuesta semiestructurada de catorce preguntas, de las cuales nueve son de respuesta cerrada, dos de opción múltiple y otras dos de escala, es decir, en qué grado están de acuerdo o en desacuerdo con la afirmación propuesta.

Se realiza a través del *Microsoft Forms*, en todo momento se garantiza el anonimato de los participantes y se explica la finalidad de la encuesta, así como la utilización de la información recopilada. Posteriormente, se ha realizado un análisis a partir de *Rstudio*.

5. RESULTADOS

5.1. Entrevistas

Para poder llevar a cabo un correcto análisis temático de los resultados, se ha realizado una división por categorías de las entrevistas, estos son: la descripción del TDAH, la relación entre el TDAH y la delincuencia, los factores de riesgo y los factores de protección; y finalmente, el tratamiento y el diagnóstico.

- Descripción del TDAH

La primera categoría, denominada descripción del TDAH, hace referencia a los conocimientos y experiencia de los profesionales sobre este trastorno. Según el DSM, existen tres tipos de TDAH según sus síntomas predominantes: el inatento, el impulsivo-hiperactivo y, finalmente el combinado. El subtipo combinado es el que más prevalencia presenta, entre un 50-75% (Del río, 2014) encontrando una mayor velocidad de procesamiento en sus acciones (Fenollar, 2015).

“Hay dos subtipos, el TDAH de inatención y el TDAH combinado” (Dra. Vidal) (Traducción propia del catalán original)

“Estos últimos síntomas de hiperactividad son los que más se modifican a lo largo de la vida, cambiando su expresión en la edad adulta y disminuyendo su intensidad. Los más persistentes son los de inatención” (Dr. Ramos)

“...el TDAH inatento, en la práctica también tienen dificultad de gestión de la rabia y la baja tolerancia a la frustración...en el TDAH combinado también hay una parte impulsiva” (Dra. Vidal) (Traducción propia del catalán original)

- Relación entre el TDAH y la delincuencia

La segunda categoría analizada ha sido la relación entre el TDAH y la delincuencia. Revisando los fragmentos de las entrevistas se puede observar que el TDAH por sí solo no es la causa directa de la conducta delictiva, sino que es debido no solo a la comorbilidad de trastornos, sino también a una multiplicidad de factores.

“sí que es verdad que el TDAH por sí solo no tiene por qué asociarse a conductas antisociales, a conductas delictivas como tal” (Dra. Vidal) (Traducción propia del catalán original)

“La evidencia científica sugiere una asociación, pero no una relación de causa y efecto directa, entre el TDAH y un mayor riesgo de desarrollar comportamientos antisociales, especialmente en la adolescencia y la edad adulta” (Dr. Ramos)

“mira es que en metaanálisis que hay, y revisiones, yo lo que he visto más asociado es el tema de trastornos de conducta y tema de consumos” (Dra. Vidal) (Traducción propia del catalán original)

“Es importante destacar que la mayoría de las personas con TDAH no desarrollan comportamientos antisociales” (Dr. Ramos)

- Factores de riesgo y factores de protección

El tercer bloque que analizar es el de los factores de riesgo y los factores de protección de una persona con TDAH. Según los profesionales entrevistados, los principales factores de riesgo son la impulsividad, la falta de empatía y la falta de habilidades sociales.

“Yo pienso que es más la impulsividad y la falta de empatía” (Dra. Vidal) (Traducción propia del catalán original)

“Esta asociación parece estar mediada por varios factores, incluyendo la impulsividad, la dificultad para regular las emociones, el fracaso escolar, las dificultades en las relaciones sociales...” (Dr. Ramos)

“yo sí que veo tres cosas: la impulsividad, la falta de empatía y la falta de habilidades” (Dra. Vidal) (Traducción propia del catalán original)

Como factores de protección, según la Dra. Vidal y el Dr. Ramos, los principales son el entorno familiar y un diagnóstico y tratamiento temprano:

“Yo sí que te diría tema de infancia, un entorno estructurado, afectuoso, un niño que ha estado supervisado...” (Dra. Vidal) (Traducción propia del catalán original)

“los factores que se ha observado que pueden actuar como protectores y que pueden tener un efecto más marcado son el diagnóstico y tratamiento temprano... un ambiente familiar estructurado con normas claras y una comunicación abierta...” (Dr. Ramos)

- Tratamiento y diagnóstico

Finalmente, la última categoría analizada ha sido el tratamiento y el diagnóstico. Para ambos especialistas, el tratamiento más eficaz es el combinado, es decir, un tratamiento farmacológico juntamente con uno psicológico.

“en adultos, sí que es verdad, y también en adolescentes, el tratamiento combinado es el más eficaz. Tratamiento farmacológico y tratamiento psicológico, es verdad que un 80% de los casos con adultos con la medicación ya se estabiliza la inatención, pero una parte de la conducta la medicación no la mejora...hay un punto que si se puede trabajar muy bien a nivel de terapia cognitivo-conductual que es la que se ha visto que tiene más eficacia en pacientes con TDAH” (Dra. Vidal) (Traducción propia del catalán original)

“Un tratamiento multimodal es el más efectivo. Esto implica la combinación de diferentes estrategias adaptadas a las necesidades individuales de cada persona y su entorno” (Dr. Ramos)

“Los medicamentos estimulantes y no estimulantes pueden mejorar significativamente los síntomas centrales del TDAH...también se incluyen los tratamientos psicológicos de tipo cognitivo-conductual, que pueden ayudar a identificar y modificar patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales” (Dr. Ramos)

En cuanto al diagnóstico, la Dra. Vidal considera que actualmente, sobre todo en adultos, se está llevando un infradiagnóstico mientras que en niños y adolescentes se ha llevado a cabo una mejora tanto en el conocimiento como en la sensibilización del trastorno.

“hay un infradiagnóstico sobre todo en adultos, sí que es verdad que en niños y adolescentes ha mejorado, pero pienso que en adultos todavía pasan desapercibidos” (Dra. Vidal) (Traducción propia del catalán original)

Finalmente, según el Dr. Ramos, un diagnóstico en edad temprana es el punto de partida para reducir la probabilidad de las conductas antisociales.

“Nos permite comprender las dificultades, tanto para la persona con TDAH como para su familia, evitando atribuciones erróneas como 'pereza' o 'mala voluntad’” (Dr. Ramos)

“reducir el riesgo de comorbilidades, un tratamiento adecuado puede prevenir o mitigar el desarrollo de otros trastornos asociados a un mayor riesgo de conductas antisociales, como las adicciones (Dr. Ramos)

5.2. Encuesta

Como bien se ha mencionado anteriormente, la muestra de la encuesta es exploratoria, por lo tanto, no se busca realizar inferencias del total de la población. El formulario se ha efectuado a través de *Microsoft Forms*. El sistema de captación de los individuos que se ha implementado ha sido el método “bola de nieve”, más conocido como muestreo en cadena, para así llegar a la máxima población posible. Para analizar los resultados de la encuesta se ha recurrido al análisis de datos a través del programa *RSTUDIO*, para poder llevar a cabo un correcto tratamiento de la información obtenida.

Abordando el análisis sobre los datos sociodemográficos, en primer lugar, se presenta el tamaño total de la muestra, siendo un total de 152 personas, de las cuales 65 son hombres y 87 mujeres.

Tabla 1

Género de la muestra

Género	%
Hombre	42,76%
Mujer	57,24%

Fuente: Elaboración propia

En segundo lugar, en relación con la edad, en la tabla 2 se observa los cinco grupos de edad diferentes analizados: de 16-25 años, con un total de 50 personas; de 26-35 años, con 23 personas; de 36-45 años, con 18 personas; de 46-55 años, con 40 personas; de 56-65 años, con 21 personas. El grupo de más participación ha sido el de los más jóvenes, seguido del grupo de 56-65 años.

Tabla 2

Grupos de edad de la muestra

Edad	%
16-25	32,89%
26-35	15,13%
36-45	11,84%
46-55	26,32%
56-65	13,82%

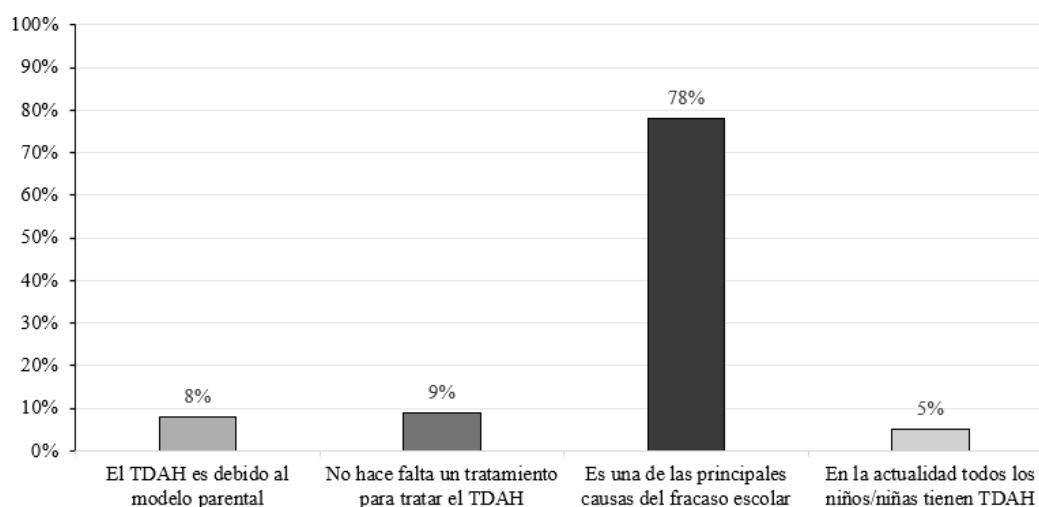
Fuente: Elaboración propia

En lo que se refiere al conocimiento de la muestra sobre el TDAH, el 97% de personas conoce o ha oído hablar en algún momento de dicho trastorno, mientras que el 3% lo desconoce. La misma proporción es observada en el diagnóstico: un 97% de las personas nunca han sido diagnosticadas, mientras que el 3% restante sí ha sido diagnosticado de TDAH.

En el gráfico 1 se pueden observar diferentes afirmaciones acerca del TDAH. Los datos recopilados manifiestan la percepción de las personas encuestadas respecto a diversos mitos y realidades sobre el trastorno estudiado. Teniendo en cuenta la información recopilada, la mayoría, el 78%, considera que el TDAH es una de las principales causas del fracaso escolar. Por otro lado, un 9% de la muestra cree que no es necesario un tratamiento, ni psicológico ni farmacológico. También, un 8% atribuye el TDAH al modelo parental de crianza. Y finalmente, un 5% tiene la creencia de que en la actualidad todos los niños y niñas tienen este trastorno.

Gráfico 1

Creencias y realidades sobre el TDAH



Fuente: Elaboración propia

Continuando con el bloque de la percepción de la gente, el 95% de la muestra considera que no es sólo un trastorno de edad infantil, mientras que un 5% considera que sí que es un trastorno sólo de esta etapa.

Por un lado, ante la afirmación: *El TDAH no es un trastorno real, sino solo una etiqueta*; el 80 % de la muestra tiende a estar en desacuerdo, un 13,1% tomó una posición neutral y, finalmente un 6,9 % está de acuerdo con la afirmación propuesta. En la Tabla 3 podemos observar cómo la media de las votaciones según la edad no presenta diferencias significativas y los cinco grupos de edad tienen una opinión bastante parecida sobre esta afirmación. Donde 0 es en total desacuerdo y 10 de acuerdo. Siendo el grupo de 46-55 años los que más tienden a una posición neutral sobre esta afirmación.

Tabla 3

Opinión media según la edad sobre si el TDAH es una etiqueta

Edad	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65
Media	1,7	1,83	1,44	2,38	1,57

Fuente: Elaboración propia

Se realizó el mismo procedimiento para analizar esta afirmación dependiendo del género del encuestado, obteniendo los siguientes resultados:

Tabla 4

Opinión media según el género sobre si el TDAH es una etiqueta

Género	Hombre	Mujer
Media	2,17	1,61

Fuente: Elaboración propia

Aunque tampoco se vean diferencias significativas entre hombres y mujeres, los hombres sí que tienen una opinión más neutral, más cercana a 5, que las mujeres, las cuales están más en desacuerdo con que el TDAH sea solo una etiqueta.

Por otro lado, se formuló, también, la siguiente afirmación: *Las personas con TDAH, si se esfuerzan, pueden controlar sus impulsos*, y las respuestas son más dispares: un 26,99% no está de acuerdo, un 53,95% se encuentra en una posición intermedia y, un 19,06% está totalmente de acuerdo con la afirmación.

De igual manera que la afirmación anterior, como se puede observar en las tablas 5 y 6, no se encuentran diferencias significativas en la media, ni dependiendo de la edad ni del género de la persona encuestada.

Tabla 5

Puntuación media según la edad si las personas con TDAH pueden controlar sus impulsos

Edad	16-25	26-35	36-45	46-55	56-65
Media	4,78	5,57	5,44	5,03	5,38

Fuente: Elaboración propia

Tabla 6

Puntuación media según el género si las personas con TDAH pueden controlar sus impulsos

Género	Hombre	Mujer
Media	5,32	4,98

Fuente: Elaboración propia

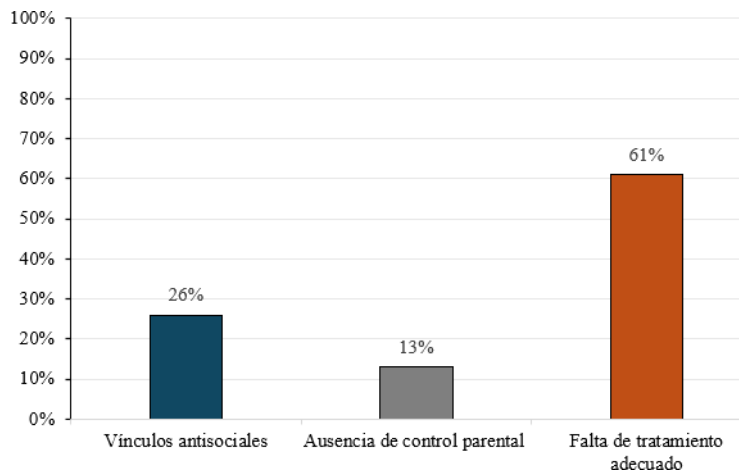
En relación con problemáticas asociadas al TDAH, el 97% de las personas encuestadas considera que este trastorno puede conllevar complicaciones tanto en la escuela como en el puesto de trabajo, mientras que un 3% piensa que este trastorno no implica tener dificultades en estos ámbitos.

Los datos de la muestra indican, por un lado, que la mayoría de los encuestados (69%) creen que el abuso de sustancias puede ser un factor que influya en la comisión de actos delictivos en personas con TDAH, por otro lado, el 31% no considera que exista esta relación. Siguiendo el hilo de la relación entre delincuencia y TDAH, el 66% considera que no existe una relación directa entre ambas variables, mientras que el 34% tiene la percepción de que el TDAH puede estar relacionado con la delincuencia.

Respecto a los datos recopilados que se muestran en el gráfico 2, se puede observar cómo la falta de tratamiento adecuado es el factor de riesgo más destacado, con un 61%; asimismo, el 26% de la muestra considera que los vínculos antisociales es el factor de riesgo que predispone a las personas con TDAH a cometer actos delictivos. Finalmente, la ausencia de control parental es el factor menos indicado, con un 13%.

Gráfico 2

Factores de riesgo del TDAH y la delincuencia



Fuente: Elaboración propia

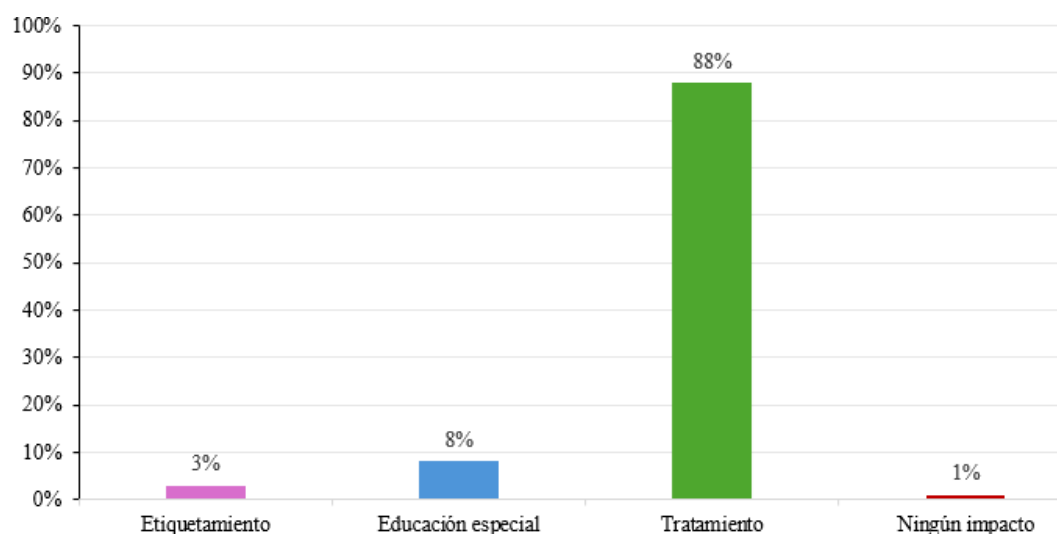
El gráfico 3 muestra los resultados de la encuesta en relación con las ventajas que puede tener un buen diagnóstico en edad temprana en personas con TDAH para la prevención de la delincuencia.

Se observa que la mayoría de la muestra, un 88%, está de acuerdo en que realizar un buen diagnóstico servirá para posteriormente aplicar el tratamiento adecuado para mejorar la regulación emocional y el autocontrol.

Por un lado, el 8% de los participantes consideran que aquellos niños que sean diagnosticados de TDAH deben recibir una educación adaptada, haciendo referencia a la categoría: educación. Por otro lado, un 3% considera que el TDAH es simplemente una etiqueta, mientras que el 1% cree que un buen diagnóstico no tiene ningún impacto en la prevención.

Gráfico 3

Ventajas de un buen diagnóstico en edad temprana



Fuente: Elaboración propia

Finalmente, como se muestra en la tabla 7, aproximadamente un 72% de la muestra opina que, si se trata adecuadamente el TDAH, podría favorecer a reducir los índices de la delincuencia, por el contrario, el 28% considera que el TDAH y los índices delictivos no tienen relación.

Tabla 7

Relación entre los índices delictivos y el TDAH

NO (%)	43 (28,29%)
SI (%)	109 (71,71%)
TOTAL	152 (100%)

Fuente: Elaboración propia

Aunque cabe recalcar que la muestra no es significativamente representativa y que, por lo tanto, no se pueden hacer inferencias al total de la población, a partir de los resultados obtenidos, se ha podido establecer ciertas tendencias en los diferentes grupos de edad y de género. Como se muestra en la tabla 8, las personas más jóvenes no tienen la percepción de que el TDAH esté relacionado con la delincuencia, mientras que las personas entre 56-65 años sí que tienen una opinión más dividida:

un 57,1% considera que estas variables no tienen relación y un 42,9% sí cree que el TDAH y la delincuencia están relacionados.

Tabla 8

Percepción de la relación entre el TDAH y la delincuencia según la edad

EDAD	NO	SI
16-25	72%	28%
26-35	65,2%	34,8%
36-45	72,2%	27,8%
46-55	60%	40%
56-65	57,1%	42,9%

Fuente: Elaboración propia

En lo relativo al género, no se observan diferencias: un 64,6% de hombres y un 66,7% de mujeres opinan que no existe tal relación, mientras que un 35,4% de hombres y un 33,3% de mujeres consideran que el TDAH y la delincuencia están relacionados.

Tabla 9

Percepción de la relación entre el TDAH y la delincuencia según el género

Género	NO	SI
Hombre	64,6%	35,4%
Mujer	66,7%	33,3%

Fuente: Elaboración propia

6. DISCUSIÓN

A partir de los resultados obtenidos, las entrevistas han permitido aclarar la relación entre el TDAH y la delincuencia, así como identificar los factores de protección y los factores de riesgo asociados y, finalmente, el tratamiento y el diagnóstico que se lleva a cabo para este trastorno.

Las encuestas han servido para analizar la percepción de la población participante sobre la relación entre TDAH y la delincuencia. Los resultados han reflejado que hoy en día siguen existiendo mitos, pero también se ha mostrado un cierto conocimiento del trastorno por parte de la muestra.

En primer lugar, un 66% de la muestra no percibe una relación directa entre ambas variables, mientras que el 34% restante considera que sí existe. En las entrevistas realizadas, tanto la Dra. Vidal como el Dr. Ramos aseguran también que no existe tal relación si no hay otros factores de por medio que puedan influir. A pesar de la percepción de la mayoría de la muestra, artículos científicos evidencian una prevalencia significativa en población delincriminal juvenil. Por ejemplo, Young et al., (2015) concluyeron en su estudio que un 30,1% de delincuentes jóvenes tienen TDAH, coincidiendo así con el tercio restante de la muestra.

En relación con los factores de riesgo, el 61% de los encuestados recalcó la falta de tratamiento adecuado como el más relevante, coincidiendo así con Sibley et al., (2011) que llevó a cabo un estudio de adolescentes con TDAH, demostrando la importancia de un tratamiento en edad temprana para reducir así los problemas de conducta y autocontrol. Asimismo, el Dr. Ramos concluye en la entrevista que uno de los principales factores de riesgo es la falta de diagnóstico temprano o abandono del tratamiento. El 26% de los participantes identificó los vínculos antisociales como el principal factor de riesgo, reforzando la idea de que puedan buscar una aceptación en grupos marginales, mientras que solo el 13% mencionó que el factor de riesgo predominante era la ausencia de control parental, lo que coincide con Grau-Sevilla (2007) citado en González et al., (2014) que considera que la ausencia de control parental actuaría más como un factor modulador que como un factor de riesgo para la delincuencia.

De esta manera, la Dra. Vidal en la entrevista menciona que los principales factores de riesgo son la impulsividad, la falta de empatía y la falta de habilidades sociales; remarcando también la importancia de un buen diagnóstico y un tratamiento adecuado.

Otra de las variables observadas es el abuso de sustancias. En referencia a esto, el 69% de la muestra considera que este consumo puede ser fundamental en la relación entre el trastorno estudiado y la delincuencia. Este porcentaje coincide con los estudios realizados por Faraone et al., (2007); Biederman et al., (2010) los cuales han llegado a identificar una mayor incidencia de abuso de sustancias en aquellos individuos diagnosticados con TDAH, lo que podría aumentar la realización de conductas delictivas.

Respecto al diagnóstico, el 88% de los encuestados considera que una detección precoz y adecuada mejora la regulación emocional y el autocontrol, haciendo así que los problemas conductuales se vean reducidos. Esto coincide con Shaw et al., (2014) y con las entrevistas realizadas, donde se enfatiza en un buen diagnóstico en edad temprana, debido a que los pacientes entienden lo que les pasa y de esta manera pueden trabajar sobre ello.

Finalmente, sobre el tratamiento del TDAH, el 72% de la muestra piensa que un enfoque adecuado puede ayudar a reducir los índices de delincuencia. Estando de acuerdo, por un lado, con el Dr. Ramos, que considera que el tratamiento farmacológico es el más importante debido a que estos mejoran los principales síntomas del TDAH, y con Lichtenstein et al., (2012) que realizaron un estudio en el cual obtuvieron que aquellos individuos tratados con fármacos vieron reducido en un 30-40% el riesgo de reincidencia de conductas delictivas de personas con TDAH. Por otro lado, según la especialista entrevistada, el tratamiento más eficaz es el que combina tanto un tratamiento farmacológico como uno psicológico, siendo entre estos últimos la terapia cognitivo-conductual la más adecuada para pacientes con TDAH, concordando con estudios realizados por Arco et al., 2004; Giménez-García, 2014; Ramírez-Pérez, 2015; citados en Nieves (2015) que han demostrado la eficacia de esta terapia.

Teniendo en cuenta los resultados de esta investigación, se evidencia que la relación entre el TDAH y la delincuencia no debe tratarse como una relación directa, sino que es el resultado de una combinación de diferentes factores (genéticos, ambientales, educativos...). Por lo tanto, se debe focalizar en el diagnóstico, permitiendo así una intervención adecuada a las necesidades del paciente, y que permita facilitar la comprensión del trastorno tanto por parte de la persona diagnosticada como de su entorno.

7. CONCLUSIÓN

A partir de la realización del presente trabajo, se ha podido analizar la relación entre el TDAH y la delincuencia a través de una metodología cuantitativa y una cualitativa. Con los resultados obtenidos y analizados anteriormente, se pueden evaluar las hipótesis expuestas inicialmente y de esta manera poder extraer las conclusiones más relevantes.

En relación con la primera hipótesis, que era que aquellas personas con TDAH tienden a cometer más conductas ilícitas debido a la impulsividad y la dificultad en controlar sus emociones, se ha podido observar que tanto la impulsividad como la dificultad en la gestión de las emociones pueden favorecer las conductas delictivas, aunque no haya una relación directa entre ambas variables, si bien, gracias a los resultados obtenidos y la evidencia empírica, se ha observado que el TDAH es más un factor de riesgo que, junto a otros factores, hace que aumente la posibilidad de delinquir.

Respecto a la segunda hipótesis planteada, los especialistas consideran al TDAH como un factor de riesgo siempre y cuando vaya asociado a otros trastornos. Esta hipótesis se ha confirmado a raíz de la información recopilada tanto de la entrevista realizada a la Dra. Vidal como de la realizada al Dr. Ramos. Se ha observado que el TDAH por sí solo no lleva a la delincuencia, sino que es fundamental la comorbilidad (sobre todo los trastornos de conducta y el abuso de sustancias), el entorno, un diagnóstico temprano y tratamiento adecuado como factores clave en la relación entre TDAH y conductas delictivas.

En cuanto a la tercera hipótesis, la cual establece que la población general no asocia el TDAH con la delincuencia, los resultados obtenidos en la encuesta muestran que la mayoría de los participantes no observan una relación directa, por lo tanto, esta hipótesis se confirma. En consecuencia, tanto los profesionales entrevistados como la población encuestada han reflejado que el TDAH por sí solo no conduce a conductas delictivas. Más bien, aseguran que es la combinación de múltiples factores que influyen en la aparición de comportamientos delictivos.

Finalmente, la cuarta hipótesis, que hace referencia a la poca literatura sobre el TDAH en mujeres, haciendo así que haya una brecha de género en el diagnóstico, también es confirmada debido al análisis de la bibliografía y estudios empíricos, se ha observado que la mayoría de los estudios son de la población masculina. Esto puede llevar a que aquellas mujeres que tengan este trastorno sean invisibilizadas, dificultando así la identificación de factores relacionados con el sexo biológico que puedan influir en el diagnóstico de este trastorno.

Por último, tanto los datos recopilados de las entrevistas como de la encuesta, y posteriormente analizados, demuestran que no existe una relación directa entre el TDAH y la delincuencia. Aunque cabe recalcar la presencia de diversos factores que pueden influir entre ambas variables, como por ejemplo el entorno y la comorbilidad con otros trastornos. En consecuencia, se han de centralizar los esfuerzos en una prevención adecuada, realizando de esta manera un buen diagnóstico en edad temprana y un tratamiento adecuado para mitigar al máximo esos factores que puedan hacer que las personas diagnosticadas acaben cometiendo comportamientos delictivos.

7.1. Limitaciones del trabajo

A lo largo de la realización del trabajo, se han encontrado diversas limitaciones que han afectado a los resultados y, posteriormente, a su análisis. En primer lugar, el tamaño de la muestra, el número de personas encuestadas no es representativo, por lo tanto, con los resultados obtenidos no se pueden realizar inferencias al total de la población.

En segundo lugar, se encuentra el acceso a fuentes bibliográficas, durante el proceso de investigación ha habido cierta dificultad para poder acceder a artículos científicos relacionados con el TDAH debido a que no eran de *open access*.

Finalmente, otra de las limitaciones ha sido la metodología utilizada para las entrevistas. Debido al escaso tiempo por ambas partes, las entrevistas se llevaron a cabo de manera virtual (correo y videollamada), permitiendo la recopilación de información necesaria, aunque lo adecuado hubiera sido de manera presencial para poder profundizar en la comunicación no verbal.

7.2. Futuras líneas de investigación

Respecto a la cuarta hipótesis, como se ha mencionado anteriormente, se ha de recalcar la necesidad de estudiar el TDAH en la población femenina, ya que existen diferentes factores que son intrínsecos al sexo biológico, como por ejemplo la testosterona o la búsqueda de riesgo que, según Byrnes et al., (1999) los hombres tienden a asumir riesgos y buscar sensaciones sin importar las consecuencias. Por lo tanto, como futura línea de investigación sería proponer la necesidad de estudiar e investigar el TDAH desde una perspectiva de género, y de esta manera poder establecer los diferentes factores y las diferencias que se puedan hallar entre la conducta en mujeres y hombres con este trastorno.

Otra de las potenciales futuras líneas de investigación sería realizar un análisis e investigación más exhaustiva de las personas encarceladas diagnosticadas con TDAH. De esta manera se podrá profundizar, establecer patrones y perfiles de las personas con este trastorno que llevan a cabo conductas delictivas.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcón, J. S., Téllez Alanís, B., & Rivera Ramírez, E. (2023). *El TDAH asociado a conductas delictivas en adolescentes latinoamericanos y españoles: revisión del estado del arte. Neuropsicología Latinoamericana*, 15(1), 45–55.
- Álvarez Gómez, M.J., Soutullo Esperón, C., Díez Suárez, A & Figueroa Quintana, A. (2013). El TDAH y su comorbilidad psiquiátrica. En M.A Martínez Martín (Ed.), *Todo sobre el TDAH: Guía para la vida diaria* (pp. 81–130). Altaria.
- Agnew, R. (1992). Foundation for a general strain theory of crime and delinquency. *Criminology*, 30(1), 47–88. <https://doi.org/10.1111/j.1745-9125.1992.tb01093.x>
- Aguilar Cárceles, M.M. (2014). *El trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): aspectos jurídico-penales, psicológicos y criminológicos*. Dykinson.
- American Psychiatric Association [APA]. (2013). *Guía de Consulta de los Criterios Diagnósticos del DSM-5*, (5ª ed.). Editorial Médica Panamericana.
- Baltar, F., & Gorjup, M. T. (2012). Online mixed sampling: An application in hidden populations. *Intangible Capital*, 8(1), 131. <https://doi.org/10.3926/ic.294>
- Biederman, J., Petty, C. R., Monuteaux, M. C., Fried, R., Byrne, D., Mirto, T., Spencer, T., Wilens, T. E., & Faraone, S. V. (2010). *Adult Psychiatric Outcomes of Girls With Attention Deficit Hyperactivity Disorder: 11-Year Follow-Up in a Longitudinal Case-Control Study. American Journal Of Psychiatry*, 167(4), 409-417. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2009.09050736>
- Byrnes, J. P., Miller, D. C., & Schafer, W. D. (1999). Gender differences in risk taking: A meta-analysis. *Psychological Bulletin*, 125(3), 367-383. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.125.3.367>
- Campayo, J. G., Germán, M. Á. S., Lanero, C. C., & Díez, M. A. (2008). Tratamiento del trastorno por déficit de atención. *Atención primaria*, 39(12), 671. <https://doi.org/10.1157/13113962>

- Català et al., (2012). Prevalence of attention deficit hyperactivity disorder among children and adolescents in Spain: a systematic review and meta-analysis of epidemiological studies. *BMC psychiatry*, 12(1), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-12-168>
- Cid Moliné, J., & Larrauri Pijoan, E. (2023). *Teorías criminológicas: Explicación y prevención de la delincuencia*. Bosch.
- Consejo General del Poder Judicial (2023). *Estadística de la Población Reclusa* <https://www.poderjudicial.es/cgpj/es/Temas/Estadistica-Judicial/Estadistica-por-temas/Datos-penales--civiles-y-laborales/Cumplimiento-de-penas/Estadistica-de-la-Poblacion-Reclusa/>
- Del Río, J. E. (2014). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Cuadernos del Tomás*, 6, 117-130.
- DuPaul, G. J., Power, T.J., Anastopoulos, A.D., & Reid, R. (2016). *Escala de evaluación TDAH-5 para niños y adolescentes*; traducción María Elena Ortiz Salinas. El Manual Moderno.
- Esperón, C. S., & Gómez, M. Á. (2014). Tratamiento farmacológico del TDAH basado en la evidencia. *Pediatría Integral*, 18(9), 634-642.
- Faraone, S. V., Wilens, T. E., Petty, C., Antshel, K., Spencer, T., & Biederman, J. (2007). Substance Use among ADHD Adults: Implications of Late Onset and Subthreshold Diagnoses. *American Journal On Addictions*, 16(1), 24-34. <https://doi.org/10.1080/10550490601082767>
- Fazel, S., & Favril, L. (2024). Prevalence of attention-deficit hyperactivity disorder in adult prisoners: An updated meta-analysis. *Criminal Behaviour And Mental Health*, 34(3), 339-346. <https://doi.org/10.1002/cbm.2337>
- Fenollar-Cortés, J. (2015). Una aproximación heurística a la heterogeneidad del TDAH: Entre la poiesis y la falacia de reificación. *Revista de Psicología Clínica Con Niños y Adolescentes*, 2(2), 115-120. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5150425.pdf>
- Fundación Cadah (2018). *TDAH, Justicia y conductas delictivas*.

- González, R., Bakker, L., & Rubiales, J. (2014). Estilos parentales en niños y niñas con TDAH. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales Niñez y Juventud*, 12(1), 141-158. <https://doi.org/10.11600/1692715x.1217060413>
- Herreros, Ó., Atienza, F. D., Gastaminza, X., Monzón, J., Rubio, B., & Muñoz, A. (2015). Lisdexanfetamina en niños y adolescentes con trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH): una revisión sistemática global. *Revista de Psiquiatría Infanto-Juvenil*, 32(1), 7-30.
- Hervás Zúñiga, A., & Durán Forteza, O. (2014). El TDAH y su comorbilidad. *Pediatría Integral*, 18(9), 643–654
- Hospital Universitari Vall d'Hebrón (s.f). *Jose Antonio Ramos Quiroga*.
- Hospital Universitari Vall d'Hebrón (s.f). *Raquel Vidal Estrada*.
- Iváñez, F. F., Sánchez, J. G., & 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.
- McLaughlin, E., & Munice, J. (Eds.). (2012). *Diccionario de Criminología*. Gedisa
- Montes, L. G. A., Ricardo-Garcell, J., Alcántara, H. P., & García, R. B. M. (2009). Alteraciones estructurales encefálicas en el trastorno por déficit de atención e hiperactividad: una actualización. Primera parte. *Salud Mental*, 33(1), 503-512.
- Moreno Fontiveros, M., Martínez Vera, M., Tejada González, A., González Igeño, V., & García Resa, O. (2015). Actualización en el tratamiento del trastorno del déficit de atención con/sin hiperactividad (TDAH) en Atención Primaria. *Revista clínica de medicina de familia*, 8(3), 231-239. <https://dx.doi.org/10.4321/S1699-695X2015000300006>
- Fernández, D. L. M. (2019). *La responsabilidad penal de las personas con Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH)*. Dykinson.
- Franquiz Santana, F. I., & Ramos Martínez, S. (2016). *TDAH: Revisión teórica del concepto, diagnóstico, evaluación y tratamiento*. Repositorio Institucional de la Universidad de La Laguna. <https://riull.ull.es/xmlui/handle/915/3184>

- Lichtenstein, P., Halldner, L., Zetterqvist, J., Sjölander, A., Serlachius, E., Fazel, S., Långström, N., & Larsson, H. (2012). Medication for Attention Deficit–Hyperactivity Disorder and Criminality. *New England Journal Of Medicine*, 367(21), 2006-2014. <https://doi.org/10.1056/nejmoa1203241>
- Nieves Fiel, M. I. (2015). Tratamiento cognitivo-conductual de un niño con TDAH no especificado. *Revista de Psicología clínica con niños y adolescentes*, 2(2), 163-168.
- Observatorio de la Infancia y Adolescencia de Andalucía. (2018). Tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Boletín Terapéutico Andaluz*, 33(4).
- Paredes, L., & Enrique, D. (2017). El trastorno por déficit de atención con hiperactividad: una mirada socio-cultural. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría.*, 37(132), 477-496. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352017000200009>
- Pérez, C. R., & García, J. N. (2006). Intervención psico-educativa en el trastorno por déficit de atención con y sin hiperactividad (TDAH). *International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 3(1), 313-322.
- Pérez, M. & González, R. (2012). Metilfenidato en el tratamiento del trastorno por déficit de atención e hiperactividad: Evidencias y controversias. *Anales de Pediatría*, 77 (3), 173-181.
- Pérez-Hernández, S., Macias-Paz, I. U., & Cruz-Rosas, A. (2024). Trastorno por Déficit de Atención/Hiperactividad: persistencia en la adultez. *Vertex Revista Argentina de Psiquiatría*, 35(165), 67-73. <https://doi.org/10.53680/vertex.v35i165.661>
- Pérez, C. R., Pérez, J. C. N., Díaz, F. J. R., Granda, A. P., Molleda, C. B., & Fernández, T. G. (2015). Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH): Prevalencia y Características Sociodemográficas en Población Reclusa. *Psicologia Reflexão E Crítica*, 28(4), 698-707. <https://doi.org/10.1590/1678-7153.201528407>
- Pineda, D., Ardila, A., Rosselli, M., Arias, B. E., Henao, G. C., Gomez, L. F., Mejia, S. E., & Miranda, M. L. (1999). Prevalence of attention-deficit/hyperactivity disorder symptoms in 4- to 17-year-old children in the general population. *Journal Of*

- Abnormal Child Psychology*, 27(6), 455-462.
<https://doi.org/10.1023/a:1021932009936>
- Quintero, J., & Castaño de la Mota, C. (2014). Introducción y etiopatogenia del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Pediatría integral*, 18(9), 600-608.
- Ramos Quiroga, J. A. (2009). *TDAH en adultos: factores genéticos, evaluación y tratamiento farmacológico*. [Tesis de doctorado, Universitat Autònoma de Barcelona]. Dipòsit digital de Documents de la UAB
- Ron, A. G., Blasco-Fontecilla, H., Hernani, B. H., & Chueca, J. S. (2015). Tratamiento farmacológico estimulante del TDAH. *Revista Española de pediatría*, 71(2), 75-81.
- Rusca Jordán, F., & Cortez-Vergara, C. (2020). Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH) en niños y adolescentes. Una revisión clínica. *Revista de Neuro-Psiquiatría*, 83(3), 148-156. <https://doi.org/10.20453/rnp.v83i3.3794>
- Sáez, LL (2024). *Técnica de l'entrevista* [Diapositiva Power Point]. Universitat Autònoma de Bellaterra.
- Saiz, L. C. (2018). Psicoestimulantes para el TDAH: análisis integral para una medicina basada en la prudencia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 38(133), 301-330. <https://dx.doi.org/10.4321/s0211-57352018000100016>
- Sibley, M. H., Pelham, W. E., Molina, B. S. G., Gnagy, E. M., Waschbusch, D. A., Garefino, A. C., Kuriyan, A. B., Babinski, D. E., & Karch, K. M. (2011). Diagnosing ADHD in adolescence. *Journal Of Consulting And Clinical Psychology*, 80(1), 139-150. <https://doi.org/10.1037/a0026577>
- Shaw, P., Stringaris, A., Nigg, J., & Leibenluft, E. (2014). Emotion Dysregulation in Attention Deficit Hyperactivity Disorder. *American Journal Of Psychiatry*, 171(3), 276-293. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.2013.13070966>
- Sociedad Española de Psicología Clínica y de la Salud (SEPSM), (2022). *Terapia cognitivo-conductual: Guía práctica y aplicaciones*. [Archivo PDF]. [TERAPIA COGNITIVO CONDUCTUAL.pdf](#)

- Sordo, S. Á., & Lázaro, J. P. (2022). Intervención en trastorno por déficit de atención e hiperactividad y trastorno negativista desafiante: un estudio de caso. *Clínica Contemporánea*, 13(3). <https://doi.org/10.5093/cc2022a17>
- Vicario, M. H., & Santos, L. S. (2014). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. Manifestaciones clínicas y evolución. Diagnóstico desde la evidencia científica. *Pediatría Integral*, 18(9), 609-23.
- Villanueva Bonilla, C., & Ríos-Gallardo, Á. M. (2018). Factores protectores y de riesgo del trastorno de conducta y del trastorno de déficit de atención e hiperactividad. Una revisión sistemática. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 23(1), 59–74. <https://doi.org/10.5944/rppc.vol.23.num.1.2018.19582>
- Willcutt, E. G., Doyle, A. E., Nigg, J. T., Faraone, S. V., & Pennington, B. F. (2005). Validity of the executive function theory of attention-deficit/hyperactivity disorder: a meta-analytic review. *Biological psychiatry*, 57(11), 1336-1346. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2005.02.006>
- Wilma, R. G. (2013). Etiología del trastorno por déficit de atención e hiperactividad y características asociadas en la infancia y niñez. *Acta de Investigación Psicológica*, 3(2), 1079-1091. [https://doi.org/10.1016/s2007-4719\(13\)70953-0](https://doi.org/10.1016/s2007-4719(13)70953-0)
- Young, S., Moss, D., Sedgwick, O., Fridman, M., & Hodgkins, P. (2015). Un metanálisis de la prevalencia del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en poblaciones encarceladas. *Medicina psicológica*, 45(2), 247–258. <https://doi.org/10.1017/S0033291714000762>

9. ANNEXOS

Trastorno mental: Síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento del individuo que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental (American Psychiatric Association [APA], 2013)

TDAH: Trastorno del neurodesarrollo definido por tres niveles: inatención, desorganización y/o hiperactividad-impulsividad.

Criterios diagnósticos (DSM-V)

A. Patrón persistente de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfiere con el funcionamiento o el desarrollo, que se caracteriza por:

1. **Inatención:** seis o más de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos seis meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales.
 - a) Con frecuencia falla en prestar la debida atención a detalles por descuido, se cometen errores en las tareas escolares o durante otras actividades.
 - b) Con frecuencia tiene dificultades para mantener la atención en tareas o actividades recreativas.
 - c) Con frecuencia parece no escuchar cuando se le habla directamente.
 - d) Con frecuencia no sigue las instrucciones y no termina las tareas escolares, los quehaceres o los deberes laborales.
 - e) Con frecuencia tiene dificultad para organizar tareas y actividades.
 - f) Con frecuencia evita, le disgusta o se muestra poco entusiasta en iniciar tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido.
 - g) Con frecuencia pierde cosas necesarias para tareas o actividades.
 - h) Con frecuencia se distrae con facilidad por estímulos externos.
 - i) Con frecuencia olvida las actividades cotidianas.

2. **Hiperactividad e impulsividad:** seis o más de los siguientes síntomas se han mantenido durante al menos seis meses en un grado que no concuerda con el nivel de desarrollo y que afecta directamente las actividades sociales y académicas/laborales.
- a) Con frecuencia juega con o golpea las manos o los pies o se retuerce en el asiento.
 - b) Con frecuencia se levanta en situaciones en que se espera que permanezca sentado.
 - c) Con frecuencia corretea o trepa en situaciones en las que no resulta apropiado.
 - d) Con frecuencia es incapaz de jugar o de ocuparse tranquilamente en actividades recreativas.
 - e) Con frecuencia esta “ocupado”, actuando como si “lo impulsara un motor”.
 - f) Con frecuencia habla excesivamente.
 - g) Con frecuencia responde inesperadamente antes o de que se haya concluido una pregunta.
 - h) Con frecuencia le es difícil esperar su turno.
 - i) Con frecuencia interrumpe o se inmiscuye con otros.
- B. Algunos síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivo estaban presentes antes de los 12 años.
- C. Varios síntomas de inatención o hiperactivo-impulsivo están presentes en dos o más contextos.
- D. Existen pruebas claras de que los síntomas interfieren con el funcionamiento social, académico o laboral.
- E. Los síntomas no se producen exclusivamente durante el curso de la esquizofrenia o de otro trastorno psicótico y no se explican mejor por otro trastorno mental.

Estructura de las entrevistas

PIC1. ¿Cuál es la percepción de los profesionales sobre el TDAH?

- PG1. ¿Me podría comentar de forma breve su formación y experiencia en el ámbito del TDAH?
- PG2. ¿Cómo definiría el TDAH y cuáles son sus principales síntomas?
- PG3. ¿Desde su punto de vista profesional, considera que el TDAH está bien tratado tanto a nivel médico como a nivel social?

PIC2. ¿Cuál es la relación entre el TDAH y la delincuencia?

- PG4. ¿Cree que el TDAH afecta a la capacidad de un individuo para controlar los impulsos?
- PG5. ¿Existe evidencia que relacione el TDAH con comportamientos antisociales?
- PG6. ¿Qué impacto puede tener la impulsividad en la manera en que una persona se relaciona con el entorno social?
- PG7. ¿Cómo afecta la dificultad para seguir normas y establecer límites en personas diagnosticadas con TDAH?

PIC3. ¿Cuáles son los factores de riesgo y los factores de protección asociados a este trastorno?

- PG8. ¿Cuáles son los principales factores de riesgo que pueden aumentar la probabilidad de que una persona con TDAH se vea involucrada en conductas delictivas?
- PG9. ¿Existen factores de protección que puedan disminuir esta probabilidad?
- PG10. ¿Existe algún otro trastorno que junto al TDAH pueda aumentar los factores de riesgo (conductas delictivas)?

PIC4. ¿Cómo influye un tratamiento adecuado en la prevención de las conductas antisociales?

- PG11. ¿Qué tipo de tratamiento considera más efectivo para prevenir conductas delictivas en personas con TDAH?

- PG12. ¿Qué papel puede jugar el entorno (escuela, amigos y familia) en la prevención?
- PG13. ¿De qué manera un buen diagnóstico (en edad temprana) puede influir en la probabilidad de mitigar los factores de riesgo para acabar cometiendo conductas antisociales?

Estructura de la encuesta

Pregunta 1. Género

- Hombre
- Mujer
- Otro

Pregunta 2. Edad

- 16-25
- 26-35
- 36-45
- 46-55
- 56-65

Pregunta 3. ¿Conoce o ha oído hablar en algún momento del TDAH?

- SI
- NO

Pregunta 4. ¿Recibió diagnóstico de TDAH en algún momento de su vida?

- SI
- NO

Pregunta 5. Marque la opción que considere correcta.

- El TDAH es debido al modelo parental
- No hace falta un tratamiento (psicológico y/o farmacológico) para tratar el TDAH
- Es una de las primeras causas del fracaso escolar
- En la actualidad todos los niños y niñas tienen TDAH

Pregunta 6. ¿Considera que es un trastorno solo de edad infantil?

- SI
- NO

Pregunta 7. Marque según su opinión, en una escala del 0 al 10 (dónde 0 es muy en desacuerdo y 10 muy de acuerdo) la siguiente afirmación:

El TDAH no es un trastorno real, es sólo una etiqueta.

Pregunta 8. ¿Cree que el TDAH puede llevar a problemas en la escuela o en el puesto de trabajo?

- SI
- NO

Pregunta 9. Marque según su opinión, en una escala del 0 al 10 (dónde 0 es muy en desacuerdo y 10 muy de acuerdo) la siguiente afirmación:

Las personas con TDAH, si se esfuerzan, pueden controlar sus impulsos

Pregunta 10. ¿Cree que el abuso de sustancias es un factor que puede llevar a personas con TDAH a cometer actos delictivos?

- SI
- NO

Pregunta 11. Desde su opinión, ¿Considera que el TDAH y la delincuencia pueden estar relacionadas?

- SI
- NO

Pregunta 12. ¿Qué factor se relaciona con una mayor probabilidad de conductas delictivas en personas con TDAH?

- Vínculos antisociales
- Ausencia de control parental
- Falta de tratamiento adecuado

Pregunta 13. ¿Cómo puede ayudar un diagnóstico en edad temprana a prevenir las conductas delictivas?

- El diagnóstico solo sirve para etiquetar a la persona
- Que los niños diagnosticados realicen una educación especial
- Aplicando tratamientos para mejorar la regulación emocional y el autocontrol
- No tiene ningún impacto en la prevención

Pregunta 14. ¿Cree que si se trata adecuadamente el TDAH podría favorecer a reducir los índices de delincuencia?

- SI
- NO

Transcripción Entrevista – Dra. Vidal Estrada

Luca: emm... Bueno, així de primeres em podries explicar una mica la teva formació i la teva experiència en l'àmbit del TDAH?

Raquel: Mira, jo vaig estudiar psicologia després vaig fer l'especialitat en psicologia clínica, que és PIC, que el vaig fer aquí al hospital que són quatre anys i... això ja era... al... fins al, son quatre anys des del 2009 fins al 2013, llavors, a partir d'allà vaig fer la tesis en TDAH... i des de llavors porto treballant aquí l'hospital, llavors vaig començar amb TDAH, però després amb el temps vaig veure que hi havia un perfil de pacients que tenien TDAH però secundari a SAF, vale? llavors emm... jo veg ara a pacients amb TDAH però també pacients amb SAF, que és el síndrome d'alcoholisme fetal que us vaig explicar a classe, que son pacients que delinqueixen, osigui que soc psicòloga clínica, especialista en psicologia clínica.

Luca: vale.. i em pots expli...

Raquel: si vols el currículum el tenim penjat a la web

Luca: si d'allà vaig extreure una mica per fer la metodologia

Raquel: pots mirar, cerca Vall d'Hebron i agafes el que vulguis d'allà

Luca: Vale, perfecte. I em podries definir el TDAH i quins son els seus principals símptomes?

Raquel: Si, el trastorn per dèficit d'atenció amb hiperactivitat ahh... hi han dos subtipus, **el TDAH inatent i el TDAH combinat**, aleshores els pacients amb TDAH in... d'inatenció eee.... són pacients que els hi costa sobretot l'atenció mantinguda, saps osigui de vegades enganya perquè són pacients que els pares et diuen Bueno però quan esta jugant es concentra d'acord? Però quan és més estona amb tasques rutinàries no? Això no vol dir que no tingui dèficit d'atenció perquè pugui jugar una estona no.. o concentrar-se, són pacients que s'obliden, requereixen de molt recordatori, perden coses, tenen moltes dificultats de planificació, posposen no? Aquesta conducta de dir això ja ho faré, ja ho faré emm... si que es cert que el TDAH inatent, en la pràctica també tenen dificultat de maneig de la ràbia i baixa tolerància a la frustració, tot i que en els criteris diagnòstics no surti un TDAH inatent pur no el trobes, sempre hi ha el punt de baixa tolerància a la frustració, en el TDAH combinat també més a més hi ha la part d'impulsivitat, son pacients que interrompen, ee... son pacients impulsius, ee... son pacients que els hi costa parar, no faran una cua, no esperaran, emmm... i després tenen aquest punt, els que són més petits, perquè amb l'edat adulta això disminueix, la..la part d'hiperactivitat, on no poden estar asseguts, sempre en moviment, eee s'aixequen, no? Son aquests adults que amb el temps no són tant hiperactius però els veus amb la cama movent-la tota l'estona, fent així, això amb el temps disminueix, amb adults, l'hiperactivitat no la veus, el que passa que es una hiperactivitat més interna, et diuen jo puc estar assegut, però estaré així amb la cama tota l'estona, no? O estaré inquiet no? I ho viuen més com un motor intern no? Et diuen jo puc estar quiet però per dins tinc com un motor que no para, no? Ho dic perquè en adults de vegades veus més el TDAH inatent perquè la impulsivitat amb el temps disminueix i la inatenció persisteix en el temps per tant, veus més **TDAH inatents en adults** ara bé internament si que et refereixen a vegades aquesta inquietud, o de vegades algun et parla com més com inquietud cognitiva, de dir, es que no paro de pensar en coses, tinc moltes idees, és aquest tipus d'inquiet de super canviar de coses, d'interesos, de feines, tenen un punt inestable, l'inestabilitat emocional, no és un criteri diagnòstic però si aquest punt d'inestabilitat, amb les parelles, amb les feines no?

Vull dir que una cosa són els criteris diagnòstics d'inatenció i impulsivitat que estan en el DSM-V i és qüestió de fer la checklist de si el pacient doncs...ho ho compleix o no, però després hi ha una sèrie de símptomes associats com la baixa tolerància a la frustració, dificultat de maneig de la ràbia i també aquesta inestabilitat emocional que no són criteris diagnòstics però estan associats al TDAH.

Luca: clar, perquè aquests criteris osigui amb el temps es va aprenent no? Com a gestionar-los, o no...

Raquel: A veure, en adults, en adults, si que es veritat, i també amb adolescents, el **tractament combinat és el més eficaç** no? Tractament farmacològic i el tractament psicològic, és veritat que en un 80% dels casos amb adults amb la medicació ja queda molt estabilitzada ja aquesta, aquest.. aquesta inatenció, però si que és veritat que hi ha una part de conducta que la medicació no la millora, és a dir, la medicació no fa que tu planifiquis millor, farà que tu et concentris millor emm... però hi ha un punt de si que es pot treballar molt bé a nivell de **teràpia cognitiu – conductual** que és la que s'ha vist que té més eficàcia en pacients amb TDAH, i sobretot aquests hàbits de més de planificar, no posposar, eeehhh. dividir bé les tasques per parts a vegades lo que els hi costa és per on començo, no? Tenen aquesta tendència aa... a desorganitzar-se diguessim no llavors si que hi ha una.. unes pautes no molt molt molt cognitiu conductuals que els hi funciona per millorar aquestes conductes i al final és compensar el dèficit d'atenció, perquè hi ha molts pacients que el tindran tota la vida, aleshores, emm.. es dir mmolt bé doncs jo tinc aquesta inatenció doncs tinc recursos per compensar-la, si que tinc aquesta tendència però doncs si uu.. utilitzo una agenda, o un mòbil com a agenda i i reviso cada dia doncs Bueno això se que almenys no? Les coses importants no no m'oblidaré no? Si que és veritat que a veure amb el TDAH, si mires amb el temps si que es veritat que el el el a mida que ens fem grans la responsabilitats augmenten, llavors a vegades pacients, dona la sensació que empitjoren però no es que empitjorin, clar el nen quan es petit els pares els supervisen, l'adolescència també, però quan són adults si tenen fills... determinades feines... és més difícil de de de que s'organitzin, perquè clar tenen més tasques a fer, clar un adolescent sense agenda més o menys va fent però un adult amb fills, eee és complicat llavors, hem de tenir mecanismes compensatoris diguéssim.

Luca: Des del teu punt de vista professional consideres que actualment el TDAH s'està sobre diagnosticant? O és una percepció...

Raquel: No, sempre crec que tot el contrari, sempre hi ha hagut un **infradiagnòstic**, si tu parles amb adults amb TDAH, et diran que de petits no, ningú els va tractar, la majoria d'adults que venen a consulta, venen perquè un dels fills té TDAH i quan el porten no? Psiquiatra o psicòleg diuen ostres que això que li passa en el nen... les preguntes que em fèieu per al meu fill és que em sento totalment identificat i llavors es quan consulten no? Pensa que el TDAH en un 75% dels casos és hereditari, per tant, el pacient amb TDAH que té fills, té números de que el nen també el tingui i molts venen aquí arrel de de de... de que se senten identificats amb el que els hi passa als fills no han estat diagnosticats a temps, llavors hi ha **un infradiagnòstic** jo penso... sobretot en adults, potser si que es veritat que en nens i adolescents ha millorat el coneixement i això ha fet doncs que que eeell... la gent... els professionals tinguin més formació amb amb diagnosticar el TDAH, però jo penso que en adults encara ara tot i que s'ha intentat fer molta formació en TDAH adult jo crec que molts passen passen desapercebuts, no s'arriba mai a diagnosticar, o o... si esta en consum de... clar si un TDAH s'ha diagnosticat a temps.. doncs eee... si esta en consums doncs, Bueno potser el TDAH emmmm no s'ha diagnosticat a temps i al final doncs el pacient està dins de.. del cas en temes de consum, clar si ve aquí al vall Hebron segur que el diagnosticaran, perquè aquí tenen molta formació però depèn on vagin si tenen menys formació i veuen un pacient amb consum de tòxics, però la base es un TDAH al final es això de la psicopatologia dual no? Els pacients que consumeixen doncs hi ha una base d'un altre trastorn que fa que vagi consumint no? I el consum, com l'automedicació.

Luca: vale, Bueno és que aquesta te la preguntava perquè també he portat a terme com enquestes a la població i parlant en el dia a dia amb la gent enquestada, i si que tenen aquesta percepció, Bueno és que el nen és mogut no li passa res, el típic com que ara tot es TDAH ho marquen saps?

Raquel: Ostres, doncs això és un problema si tenen aquesta percepció, perquè vol dir que no portaran al nen emm a a la consulta pensant doncs que probablement nooo... Bueno, es un símptoma que no donen importància i el que sol passar en

aquests casos és que, Bueno doncs en la infància doncs més o menys Bueno portaran algun problema en l'escola però no es posaran unes pautes, noo... probablement no es faci una adaptació escolar a temps, emmm... noo.. es mediqui el nen que potser, no dic que tots els nens hagin de requerir de tractament farmacològic però bueno molts si, emmmm clar si no es fa el tractament que toca, que passa, que jo crec que son pacients que t'arriben a la consulta ja en la etapa adolescència que llavors ja vas tard perquè hi ha alguns que estan en consum, potser tenen fracàs acadèmic perquè no se'ls hi adaptat res a l'escola, ja comencen a anar doncs em amb determinades companyies no, en el sentit que clar es sentiran més integrat amb altres nens que també els hi va malament els estudis etc. I set complica bastant, i ja no et dic amb uns pacients que et venen amb 18 anys, quan ja em venen amb 18 es complica molt més, jo crec que si realment hi ha aquesta percepció encara l'hauríem de conscienciar més la població de lo que és la prevenció, de lo que és la prevenció en salut mental en nens emm... ss si un nen diagnosticat a temps amb un entorn estructurat, afectuós, no? Una família que posa les pautes que toquen a temps, que porta el nen a la consulta que el diagnòstic s'ha fet a temps, si pot ser abans dels 6 anys, és difícil, que arribin a l'adolescència amb complicacions no? Per això, sempre dic no? Una cosa és el diagnòstic i una altra són les complicacions secundaries d'aquest diagnòstic, un TDAH tractat a temps, tenen una vida molt normal, sense problemes associats, però si no es diagnostica a temps doncs això, perquè els pares consideren que és un nen mogut i ja se li passarà i realment es un TDAH se't pot complicar, se't pot complicar amb molts altres problemes i que... home, home em preocupa que realment doncs es parli de sobrediagnostic quan jo penso que probablement es al revés i s'ha de fer molt d'èmfasi en la prevenció de salut mental en nens, ja no adolescència sinó quan son nens.

Luca: si, osigui, sobretot més les persones grans, perquè les persones així de vintipico. trenta no tenen aquesta percepció

Raquel: ahhh vale, és més gent a partir de 40?

Luca: si, 45 cap amunt...

Raquel: Clar que aquests tenen edats de tenir fills d'això de 8-9 anys no?

Luca: sisi, són més aquestes franges

Raquel: clar, clar, clar... també seran aquestes franges, també seran els que, osigui, hi ha menys cultura de salut mental, adults que tampoc seran diagnosticats, que potser de petits no s'han diagnosticat, llavors jo penso que hi ha menys coneixement no? De lo que son els diagnòstics no? Del que es aquesta cultura de...

Luca: si que no és només amb el TDAH sinó que amb qualsevol trastorn mental

Raquel: si exacte...

Luca: i quin impacte, creus que pot tenir la impulsivitat en la manera en que una persona es relaciona amb el seu entorn social?

Raquel: si té conseqüències vols dir?

Luca: si, si quin impacte pot tenir la impulsivitat...

Raquel: clar, si que és veritat que les persones amb TDAH el que els hi passa, es que clar, no presten atenció no? A la conversa perquè perden el fil, de vegades, es veritat que dona la sensació que no t'estan escoltant, i com que son impulsius i hi ha alguns que parlen molt a vegades dona la sensació de ser egocentrisme, perquè si estic parlant amb aquesta persona i m'està interrompent i no em deixa parlar, no m'escolta, i de vegades si que se'ls pot malinterpretar saps? En aquest sentit de com de ostres... només parla i no no...em deixa parlar, perquè els torns de paraula els hi costa i interrompen, llavors jo si que penso que hi ha un punt d'impulsivitat que afecta en les habilitats socials, això és l'exemple que et comentava no? De que això amb tractament psicològic, la part d'habilitats socials si que les pots treballar no? De que siguin més conscients no? De les vegades que interrompt no? De respectar el torn de paraula, preguntar per l'altre també no? Aquest punt penso que és treballar més a nivell de conducta...

Luca: clar a nivell psicològic, no tant farmacològic sinó que aquest punt més psicològic...

Raquel: si les habilitats socials és un tema a treballar també, perquè clar, poden fer comentaris que no... comentaris inadequats a vegades, o quan s'enfaden no? Pues

t'ho diran i a lo millor pues fan alguna intervenció mm... que no toca, i després et diu ostres això no ho hagués hagut de dir...

Luca: i... aquesta anava relacionada amb l'entorn social i... la manca d'autocontrol relacionada amb les conductes antisocials com pot afectar a les persones amb TDAH?

Raquel: a veure aquí... si que jo t'ho relacionaria amb el tema de... del teu treball, amb la conducta delictiva, si que és veritat que el **TDAH per si sol no té perquè associar-se a a... a conductes antisocials, a conductes delictives, com a tal** ni tant, ni tant sols al consum, si que son els pacients, els pacients amb TDAH que consumeixen normalment son els que tenen aquest punt de trastorn de conducta, sinó tot, no poden ni consumir, llavors no son ni la majoria tampoc, no son la majoria tampoc, jo ho relacionaria més de vegades amb una mala **evolució del TDAH** si hi ha una mala evolució, si que s'ha vist per exemple en pacients del TDAH que consumeixen, que a vegades si que poden fer conductes més antisocials, doncs més de robar, posar-se en baralles, etc. Però un cop deixen el consum això desapareix, perquè probablement el tema de robar era pel tema del consum... estrictament el TDAH no té perquè anar associat a conductes antisocials perquè hi ha pacients que poden tenir una comorbiditat amb aquests trastorns d'acord? Però no són la majoria i.. i no té perquè sempre tenir aquesta evolució, l'altre cosa és que aquesta es complica amb tema de consum, llavors probablement si, ara els pacients amb TDAH de per si poden ser empàtics no? Lo que al final et diferencia més d'un trastorn antisocial, es sobretot, el tema de l'empatia, perquè a vegades jo sempre he tingut pacients que si que dius Bueno si poses en els criteris DSM... si que s'han posat en baralles, si que han robat, i han falsificat coses de l'escola no? Però mmm... t'adones que és més un tema doncs dee... d'una època, pues la la part d'adolescència, però després veus que hi ha un punt que dius, nahh no és un nano malintencionat, no es un nano d'aquests freds, que no s'arrepenteixen no? O que ee... tenen aquesta conducta malintencionada, sinó que són empàtics, però tenen aquest punt impulsiu no? Llavors això per mi es lo que diferencia bastant el pronòstic eh, hi ha pacients que si que els veus freds, freds em refereixo de que no tenen empatia, i queee aquí si que ja em preocupa més perquè clar si no hi ha res que et mobilitzi a canviar no? O o que et fa sentir malament, que tu puguis

canviar aquella conducta, no però la majoria de pacients amb TDAH que a lo millor tenen una conducta impulsiva o lluita amb els pares de vegades, no? Pues s'han posat agressius, després s'arrepenteixen i demanen perdó i els hi sap greu no? Llavors, per mi es molt diferent el pronòstic també d'això no?

Luca: valee....

Raquel: per mi son dos pronòstics diferents, trastorn antisocial i TDAH, poden tenir comorbiditat d'acord...

Luca: aquesta pregunta va una mica també derivada d'això, si has pogut observar durant la teva carrera professional, osigui, algun cas només de TDAH, que derives a problemes greus de conducta? És a dir, sense cap tipus de comorbiditat, de substancies...

Raquel: No, la veritat és que no, si no hi ha consum o això que et deia, que val té un TDAH però que la base és d'un SAF, llavors ja se't complica més la cosa, però no si no, no, la veritat és que no. Això també tranquil·litza als pares no, perquè a vegades els pares venen molt preocupats, però un TDAH amb tractament, tranquils pot tenir bona evolució, que serà un nano més despitat segur, que determinades feines no les farem no? Perquè dius, escolta un perfil de pacients amb TDAH doncs a lo millor hi ha feines no? Doncs més de no tant d'ordinador d'estar concentrat, et funcionarà millor oblidem-nos no de determinades carreres o... o fins i tot de les carreres directament no? Potser el millor son graus mig no? Però l'evolució es bona, vull dir que en aquest sentit es pot donar un missatge positiu, però quan hi ha comorbiditats ja es complica més.

Luca: i també, Bueno he llegit que també tenen dificultats per eh seguir les normes i com establir límits, clar això com pot afectar també no només per aprofitar-se ells sinó que s'aprofitin d'ells?

Raquel: si, si, si... però jo aquí si que veig, per exemple, els pacients amb TDAH el el el tema de no seguir normes, molts cops és més per per molts cops pel dèficit d'atenció no? És a dir, eee si li dic que es faci A i B com que no ha escoltat pues no ho faig, no? O molts cops perden el fil eh també, si doncs això si li dic fes A i després B, potser A i si no recordes el B doncs no t'ho farà i si no recordes les

instruccions que la memòria de treball els hi falla, de vegades son més les instruccions més simples, de tipus amb feines, el el cole i les altres instruccions més de tipu per la impulsivitat no, de dir doncs Bueno nosé doncs amb adolescents no de no pots sortir del lloc, surten perquè no han pensat tant en la conseqüència, jo aquí si que diferenciu del pacient amb TDAH versus el pacient amb SAF, el pacient amb SAF si que es molt influenciable, però el TDAH no té perquè...

Luca: vale...

Raquel: a no ser que sigui la part més d'adolescència, a veure, son.. molts tenen un punt d'inseguretat, no et dic que no, però jo crec que més que la influenciabilitat es la impulsivitat, si en aquell moment no ho pensen i i fan la conducta, i s'han saltat la norma saps? Això si que pot passar clar una cosa quan pensen en la conseqüència, clar ja ho han fet no?

Luca: valee i quins creus que son els principals factors de risc d'una persona amb TDAH que es vegi involucrada en les conductes antisocials o delictives?

Raquel: Homee... [pensa] jo crec que és més la impulsiv , per mi és la impulsivitat i manca d'empatia, si tu pots valorar en un pacient, pacient que sigui empàtic i poc impulsiu, difícilment se't posi en problemes, si és un pacient amb TDAH que ja l'empatia la té una miqueta més baixa tot i no ser un antisocial saps el que et vull dir, que el que si, clar la infància que hagi tingut per l'entorn que ha tingut pels impuls que hagi rebut i a més a més és impulsiu se't pot posar més en problemes, clar el TDAH inatent en aquest sentit te'l descartaria jo et parlaria més de TDAH combinat i jo crec que aquí també te molt a veure amb, amb la infància ehh. si aquí ja sumes a banda del TDAH ja sumes doncs pacients amb infàncies difícils saps el que et vull dir, certes negligències, ... o o pacients que veiem aquí de baralles de custòdia etc aquí ja se't pot complicar una mica més, però [pensa] però jo diria aquesta part eh?

Luca: Si una combinació de factors no?

Raquel: clar mira i conductes delictives de tipus sexual, jo si que vec tres coses en alguns pacients que alguns els tinc, que tenen denúncies i alguns pues han anat a judici i han dit que ho han fet, he tingut alguns que han anat a la presó i alguns no

però estan en la justícia en aquest sentit, jo tinc pacients que han fet delictes sexuals que no han anat a presó perquè han fet, han acceptat que si que ho han fet i llavors mentre que els hi rebaixen les penes, en tinc algun que no han anat, per això també et dic... però jo si que veig tres coses: el, la impulsivitat, la manca d'empatia i aquest punt com.. de.. de manca de.. d'habilitats socials junt amb la manca d'empatia, saps el que et vull dir? Em refereixo com que et suma, jo et diria que en pacients, si ho penso en els meus que han fet conductes de... de... temes sexuals, d'agressions sexuals, tenen aquest punt... i alguns, en tinc alguns també amb coeficients intel·lectuals bastant baixos eh... que després en confonen, es confonen de.. de.. fins i tot els hi fas preguntes en concret que, del que han fet, que no entenen el concepte de penetració, no entenen el concepte de de fel·lació, no saben, no entenen el context de vegades alguns, osigui de vegades, he vist alguns problemes cognitius també associats eh? De persones així com ja limitades, impulsivaaa limitada cognitivament em refereixo eh?

Luca: D'altra banda els factors de.. de protecció, com poden disminuir aquesta probabilitat?

Raquel: Doncs jo mira, factors de protecció, jo si que et diria tema d'infància eh.. osigui un entorn estructurat, afectuós, un nen doncs que ha estat supervisat. Emm... eh... [pensa] que ha hagut un... com t'ho diria... uns pares molt presents uns pares que prioritzen el nen no? Mmm... jo crec que allà es on realment pots fer la prevenció i en adolescència, les companyies siiii.... si passa l'adolescència amb bones companyies de... de ... doncs en nanus que no tenen problemes de consums... emmm amb famílies doncs també que es preocupen peer per pels nens, que estan allà, pares molt presents etc, ostres jo crec que realment és quan més prevenció pots fer..

Luca: si una bona xarxa de l'entorn...

Raquel: sisi totalment, totalment, ja de petits eh... si son pares inatents, que no consulten quan toca, que no estan allà....que adolescents molt sols no? Per que al final els nens poden tenir una cangur, però un adolescent....no? Si a les tres esta a casa i els pares no arriben fins a les nou, serà més complicat, s'ha d'estar allà, jo penso com ... el missatge és com a pares s'ha d'estar allà, encara que el nen sigui

adolescent i no... no et faci cas [riure] però has d'estar, has d'estar allà, es molt acompanyament.

Luca: Bueno, hem parlat una mica de comorbiditat del TDAH, a part del... del TUS, creus que hi ha un altre trastorn així.. que vagi lligat al TDAH per acabar delinquant?

Raquel: mm.... mira és que en metaanàlisis que hi han, i revisions jo el que he vist més associat és el tema de... de conducta, el tema de trastorns de conducta i i tema de consums... saps? Que.. que et portin a conducta delictiva, em refereixo sobretot en els consums perquè les altres comorbiditats més... a vere.. els pacients amb TDAH també tenen ansietat, depressió, però això no et portarà a problemes d'aquest tipu..

Luca: He llegit en literatura, i he vist que fumar durant l'embaràs també fa que.. que el fill pugui tenir TDAH, el alcohol també és un altre factor?

Raquel: L'alcohol et donarà el SAF, i i més d'un 80% de pacients amb SAF tenen un TDAH, però el tindran secundari a aquest SAF i per tant serà, hi haurà més gravetat, però si que es veritat que el tema de l'embaràs el consum d'alcohol et dona moltes alteracions cognitives, altres drogues donen més alteracions conductuals, i el tabac també et pot portar el tema de.. de.. del TDAH, és el que et dic perquè un 75% dels casos és hereditari, un dels pares, ho tindrà, i l'aa l'altre percent restant és... doncs nens prematurs, problemes al part, aa i després també esta el tema dels consums, si durant l'embaràs és 0 consums, ho dic perquè en això penso que s'ha anat guanyat consciència peròoo potser fa 30 anys, si que desde ginecologia potser s'havia donat el missatge de.. d'un cigarro de tant en tant, una copaaa no passa res i si que passa perquè al final si que son números no? Que que va sumant, de que el pacient, doncs clar al final és un desenvolupament intrauterí que no ha estat com com com seria, pensa que amb el SAF, tu podries dir, Bueno pacients alcohòliques no? Que consumeixen durant l'embaras, però jo a vegades he vist, pacients amb SAF doncs que la mare adolescent, un embaràs no desitjat, no planificat un adolescent que surt els caps de setmana i que s'han adonat que estava embarassada quan estava ja de dos mesos, t'ho diries Bueno no es una pacient amb alcoholisme, però clar has estat bevent cada cap de setmana i estaves embarassada i no ho sabies pues jo tinc una pacient, per exemple, que té SAF per

això, llavors ho dic perquè el SAF no es només de mares amb problemes d'alcohol sinó que... Bueno això que es prenen una cervesa a la setmana diríem que te un TUS no, però si estas embarassada potser un SAF doncs si, no? És allò de dir 0, crec que si que s'ha fet molta molta.. com t'ho diria...

Luca: campanyes no?

Raquel: si molta campanya, molta sensibilització en tema de 0 de consums durant l'embaràs això si que és important eh..

Luca: Parlant una mica de tractament, ehh.. quin tipus de tractament consideres més efectiu, i si es pot dividir, osigui per edats, si per exemple, en l'edat infantil ehh... evitar el farmacològic?

Raquel: mira, amb això hi ha escrits, que ho veuràs, en les línies clíniques del TDAH està descrit, llavors en nens el queee... el que es prioritza és dir iniciem amb tractamennnt... psicològic i si no millora sempre es pot afegir el tractament farmacològic, i en adults si que s'ha vist que el tractament farmacològic és molt efectiu, llavors els que fan tractament psicològic son els que Bueno... no acaba de funcionar el tractament farmacològic, que et queden símptomes residuals... en nens petits ehh... 6-7 anyets fins i tot jo diria 10 fins que arriben a l'adolescència es fa un tractament una mica més indirecte, indirecta em refereixo que molts cops el tractament és treballar pautes amb els pares ja et millora moltes coses del nen, tot i que amb el nen, el nen de la manera que aprenen matemàtiques també poden aprendre a regular les seves emocions, però és més indirecta, amb adolescents ehh... has de continuar veient als pares, tot i que pots fer el tractament directament amb ells emmm... perquè encara son edats que depenen molt de les pautes del pare i de la mare que gestionin al nen, els problemes que puguin tenir, i amb adults si que ja pots fer una intervenció més directa, en adults ja esta no? Si que s'ha vist que el tractament conductual, cognitiu – conductual és el que funciona millor i... i... en adults, doncs que Bueno.. tenim adolescents en inici de fer el tractament, en l'inici del diagnòstic si que és important fer un abordatge més educatiu no? Doncs que el pacient entengui que es un TDAH, quins símptomes comporta, eh.. perquè també guanyes molt en consciència i molts cops els pacients a nivell d'autoestima també els hi va bé perquè és dir, a val tot això que m'ha passat sempre no és perquè sigui

tonto no? No és perquè sigui una persona rara, és perquè tinc un TDAH no? Simplement és com posar un nom a algu que el pacient ja sap, fa anys que ho té, i també alleuja una mica el nivell d'autoestima de dir Bueno doncs si te un nom això no? I és un diagnòstic doncs també tindrà una solució no? I puc fer coses per millorar-ho, i llavors si que s'ha vist que la psicoeducació no? Del tractament cognitiu conductual és el que té més evidència científica.

Luca: Per anar acabant, que també m'he l'has anat responent durant l'entrevista. De quina manera un bon diagnòstic en edat temprana pot influir en la probabilitat de mitigar aquests factors de risc que hem parlat abans com la impulsivitat, la manca d'empatia...?

Raquel: Ostres, es que jo crec que t'ho canvia tot ehh... el fet de poder tenir un diagnòstic en la infància o no tenir-lo... hi ha estudis que al final et diuen... [pensa] els dos factors que fan que... tingui bona evolució o. un pacient és un diagnòstic a la infància i un entorn familiar estructurat i i afectuós, afectuós em refereixo, perquè clar pot haver un entorn estructurat, però que no hi hagi una afectuositat, no només l'estructura sinó que allò funcioni, més funcional, ehhh. això jo penso que si els hi preguntéssim a qualsevol pacient que se'ls hagi diagnosticat en edat adulta el TDAH, t'hagués canviat la teva vida, si t'haguessin diagnosticat de petit? Tots et dirien que si, perquè haguessin pogut entendre el que els hi passava i el feedback negatiu que molts cops han rebut, l'haguessin pogut filtrar més no? Jo. jo recordo els pacients que si que han dit, es que jo de petit, em pensava que era tonto. no , els professors em van dir que no podria fer batxillerat que.. que m'oblides d'això que a casa bronques no? Es com l'ovella negra de família, alguns et diuen, clar entendre que escolta'm no es que jo sigui una persona defectuosa es que a lo millor es que tinc un TDAH, jo crec que canvia bastant la percepció que tens de.. de.. de tu mateix.

Luca: Perquè es diagnostica molt en adults? Em refereixo si l'adult va com per exemple a diagnosticar-se o. ?

Raquel: si, l'adult ve a la... la... la ve ell, com t'ho diria lliurement a visitar-se no? Clar els nens et passa això, sobretot que a vegades amb adolescents, tenen 0 interès, en el tractament, però venen perquè els pares no? clar l'adult en aquest

sentit pss.. emm.. ve motivat per un tractament, llavors amb això ehh... a nivell de tractament psicològic es una mica més... més fàcil no?

Luca: si perquè saps que posarà de la seva part...

Raquel: clar, serà més adherent no? Hi ha unes etapes en que hi ha menys adherència al tractament que sobretot en l'adolescència perquè ja venen cansats d'anar a visita ja de petits, decideixen que ja son grans i que no volen venir i llavors costa més, llavors si venen unes gràfiques que fa una baixada així [fa el gest amb la mà de baixar] que clar Bueno... les consultes no? De pacients amb TDAH no? Baixaven no és perquè desaparegui el TDAH és perquè els adolescents molts decideixen no venir, en canvi en adults si que tens la.. la... ja tens una edat diferent de la vida no? Més conscient de les dificultats, ahh.. s'adonen que aquelles emocions han persistit durant un temps, guanyen consciència, venen motivats, son... son bastant adherents amb el tractament, lo que els hi passa als pacients amb TDAH és que molts cops s'obliden de la visita, et vindran un dia que no és, una hora que no és, arriben tard mm... Bueno has de flexibilitzar una mica, però son bastant adherents ehh?

Luca: I, per exemple, si tu ets diagnosticat de petit, prens tractament tant farmacològic com psicològic i deixes el tractament després hi ha com un efecte rebot d'empitjorar els símptomes?

Raquel: Home, jo he tingut pacients que quan deixen de prendre la medicació, i deixen de venir empitjoren ehh.. i després tornen aquí i et diuen... com esteu? I et diuen fatal... fatal... alguns o reconeixen, tinc alguns adolescents que et diuen, vaig intentar deixar la medicació però... però fatal.. fatal... [somriu] perquè s'han posat en problemes, impulsius, han deixat els estudis... es que clar en etapa escolar, diguéssim si que es veritat que clar, com que baixa el rendiment acadèmic, és com encara més evident... les dificultats, a lo millor, un adult, que en determinada feina, potser no es nota tant la inatenció o la impulsivitat i.. i ... Bueno després madurativament esta en un altre moment l'adult que l'adolescent no ? però mm... si, si és algu així que ho decideix el pacient, que deixa de venirrr... ah... [pensa] home empitjoren saps ? l'altre cosa és doncs pacients que ja han millorat molt i que... ja et pots plantejar un alta o que pots espaiar las visites... llavors és diferent

hi ha pacients eh que han estat sense medicació per exemple no? En un altre moment maduratiu i han millorat però és més aquest punt de dir ja m'he cansat del tractament... deixo de venir, si que empitjoren eh.. però no és tant per un efecte rebot eh..., no tant per un efecte rebot perquè clar no estàs fent el tractament que toca.

Luca: Bueno... ja estaria l'entrevista...

Raquel: Perfecte....

Luca: T'agraeixo molt...

Raquel: Espero haver-te ajudat... i que vagi molt bé el treball.

Luca: Moltes Gràcies, que vagi bé, adeu...

Raquel: Adeu..

Entrevista – Dr. Ramos Quiroga

1. ¿Me podría comentar de forma breve su formación y experiencia en el ámbito del TDAH?

Soy especialista en psiquiatría y también en la nueva especialidad de psiquiatría infantil y de la adolescencia. Realicé el doctorado sobre el TDAH en personas adultas y he completado mi formación con un máster en terapia familiar y otro en salud digital. Mi formación, por tanto, se centra en la psiquiatría, con una especialización y una dedicación extensa al estudio y tratamiento del Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH) a lo largo de más de dos décadas. He participado en numerosas investigaciones clínicas, publicaciones científicas y he tenido la oportunidad de trabajar con miles de pacientes de todas las edades con TDAH, así como de formar a otros profesionales en este campo. Mi experiencia abarca desde el diagnóstico y tratamiento farmacológico hasta las intervenciones psicopedagógicas y el apoyo familiar.

2. ¿Cómo definiría el TDAH y cuáles son sus principales síntomas?

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo caracterizado por patrones persistentes de inatención y/o hiperactividad-impulsividad que interfieren significativamente con el funcionamiento y el desarrollo. Los síntomas principales

de la inatención incluyen dificultades para mantener la atención en tareas o actividades lúdicas, parecer no escuchar cuando se les habla directamente, no seguir instrucciones y no finalizar tareas, tener problemas para organizar tareas y materiales, evitar o mostrarse reacio a participar en tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido, perder objetos necesarios para tareas o actividades, distraerse fácilmente por estímulos externos y ser olvidadizo en las actividades diarias. Por otro lado, los síntomas de hiperactividad e impulsividad se manifiestan como agitación motora (moverse en el asiento, levantarse en situaciones inapropiadas), dificultad para jugar o participar en actividades tranquilamente, estar 'en marcha' o actuar como si estuvieran 'accionados por un motor', hablar en exceso, precipitar respuestas antes de que se hayan completado las preguntas, tener dificultades para esperar su turno e interrumpir o entrometerse en las conversaciones o juegos de otros. Estos últimos síntomas de hiperactividad son los que más se modifican a lo largo de la vida, cambiando su expresión en la edad adulta y disminuyendo su intensidad. Los más persistentes son los de inatención.

3. ¿Desde su punto de vista profesional, considera que el TDAH está bien tratado tanto a nivel médico como a nivel social?

Si bien hemos avanzado significativamente en la comprensión y el tratamiento del TDAH, aún existen desafíos importantes a nivel tanto médico como social. A nivel médico, aunque contamos con tratamientos farmacológicos y no farmacológicos eficaces, el acceso a un diagnóstico y tratamiento especializado no es uniforme. Todavía hay profesionales no suficientemente actualizados y listas de espera que pueden retrasar intervenciones tempranas cruciales. Además, la individualización del tratamiento es fundamental y no siempre se logra de manera óptima. A nivel social, persisten estigmas y una falta de comprensión significativa sobre el TDAH. A menudo se minimiza o se considera simplemente como 'falta de disciplina' o 'mala educación', lo que puede generar frustración, baja autoestima y dificultades en las relaciones para las personas con TDAH. La falta de adaptaciones adecuadas en entornos educativos y laborales también es una preocupación.

4. ¿Existe evidencia que relacione el TDAH con comportamientos antisociales?

La evidencia científica sugiere una asociación, pero no una relación de causa y efecto directa, entre el TDAH y un mayor riesgo de desarrollar comportamientos antisociales, especialmente en la adolescencia y la edad adulta. Esta asociación parece estar mediada por varios factores, incluyendo la impulsividad, la dificultad para regular las emociones, el fracaso escolar, las dificultades en las relaciones sociales y la posible presencia de trastornos comórbidos como el Trastorno de Conducta o el Trastorno Oposicionista Desafiante. Es importante destacar que la mayoría de las personas con TDAH no desarrollan comportamientos antisociales.

5. ¿Qué impacto puede tener la impulsividad en la manera en que una persona interactúa con el entorno social?

La impulsividad, un síntoma central del TDAH, puede tener un impacto significativo y a menudo negativo en las interacciones sociales. Las personas impulsivas pueden: Interrumpir conversaciones (Dificultando la comunicación fluida y generando frustración en los demás), actuar sin pensar en las consecuencias (Llevando a comentarios hirientes, decisiones precipitadas o conductas que pueden dañar relaciones), tener dificultades para esperar turnos (Generando conflictos en juegos o actividades grupales), mostrar reacciones emocionales intensas y desproporcionadas (Dificultando la resolución pacífica de conflictos) o tomar riesgos innecesarios (Buscando emociones fuertes sin considerar las implicaciones sociales o personales).

Estas dificultades pueden llevar al aislamiento social, al rechazo por parte de otras personas y a problemas para mantener relaciones saludables.

6. ¿Cómo afecta la dificultad para seguir normas y establecer límites en personas diagnosticadas con TDAH?

La dificultad para seguir normas y establecer límites en personas con TDAH se deriva principalmente de la inatención, la impulsividad y las dificultades en la función ejecutiva (como la planificación y la organización). Esto puede manifestarse de varias maneras: Olvido de reglas (Debido a problemas de atención y memoria de trabajo), dificultad para inhibir respuestas (Actuando impulsivamente sin considerar las normas), problemas para comprender las consecuencias a largo

plazo (Centrándose en la gratificación inmediata), frustración ante la restricción: (Reaccionando con irritabilidad o desafío ante los límites), dificultad para organizar y planificar el cumplimiento de las normas (No sabiendo por dónde empezar o cómo mantener la consistencia).

Estas dificultades pueden generar conflictos con figuras de autoridad (padres, profesores, figuras legales) y aumentar el riesgo de comportamientos transgresores.

7. ¿Cuáles son los principales factores de riesgo que pueden aumentar la probabilidad de que una persona con TDAH se vea involucrada en conductas delictivas?

Existen diversos factores que pueden interactuar y aumentar el riesgo de conductas delictivas en personas con TDAH. Personalmente, destacaría los siguientes:

- Severidad de los síntomas del TDAH: Especialmente la impulsividad y la inatención.
- Presencia de trastornos comórbidos: Como el Trastorno de Conducta, el Trastorno Oposicionista Desafiante, trastornos de la personalidad antisocial o el abuso de sustancias.
- Factores ambientales adversos: Como la negligencia parental, el abuso infantil, la exposición a violencia, la pobreza y la falta de oportunidades educativas o laborales.
- Mal manejo de los síntomas del TDAH: Falta de diagnóstico temprano, tratamiento inadecuado o abandono del tratamiento. Sabemos que el tratamiento correcto con medicamentos específicos para el TDAH puede reducir el riesgo de criminalidad entre un 40-30% en personas que han cometido actos delictivos y tienen TDAH.
- Dificultades académicas y fracaso escolar: Generando frustración, baja autoestima y posible desvinculación social.
- Influencia de pares con conductas problemáticas: La búsqueda de aceptación en grupos marginales.

- Problemas en la regulación emocional: Llevando a reacciones impulsivas y agresivas en situaciones de estrés.

8. ¿Existen factores de protección que puedan disminuir esta probabilidad?

Absolutamente y son aspectos fundamentales para poder manejar bien el TDAH. Te marco a continuación los factores que se ha observado que pueden actuar como protectores y que pueden tener un efecto más marcado:

- Diagnóstico y tratamiento temprano y adecuado del TDAH: Incluyendo terapia farmacológica y no farmacológica. Este aspecto es esencial ¡!!!.
- Un ambiente familiar de apoyo y estructurado: Con normas claras, límites consistentes y una comunicación abierta.
- Relaciones positivas con figuras de apego: Fomentando la seguridad y la confianza. Muchas veces al no hacer un buen diagnóstico y tratamiento, se afectan mucho las relaciones a nivel afectivo.
- Éxito académico y oportunidades educativas: Promoviendo la autoestima y la integración social.
- Habilidades sociales bien desarrolladas: Facilitando interacciones positivas con los demás.
- Participación en actividades prosociales: Como deportes, voluntariado o grupos con intereses comunes.
- Desarrollo de estrategias de afrontamiento saludables: Para manejar el estrés y la frustración.
- Redes de apoyo social positivas: Amigos y mentores que influyen de manera constructiva.

9. ¿Existe algún otro trastorno que, junto al TDAH pueda, aumentar los factores de riesgo?

Sí, la comorbilidad con otros trastornos mentales es un factor de riesgo significativo. Algunos de los trastornos que, al coexistir con el TDAH, pueden aumentar la probabilidad de conductas problemáticas o delictivas. Uno de los más

importantes es la presencia de un trastorno antisocial de la personalidad, también el trastorno negativista desafiante y la comorbilidad con trastornos por uso de sustancias (adicciones).

10. ¿Qué tipo de tratamiento consideras más efectivo para prevenir conductas delictivas en personas con TDAH?

Un tratamiento multimodal es el más efectivo. Esto implica la combinación de diferentes estrategias adaptadas a las necesidades individuales de cada persona y su entorno. Sin duda, el más importante, es el tratamiento farmacológico: Los medicamentos estimulantes y no estimulantes pueden mejorar significativamente los síntomas centrales del TDAH, como la impulsividad y la inatención, facilitando el control de la conducta. Como ya te he explicado anteriormente, puede reducir entre un 40-30% el riesgo de reincidencia de conductas delictivas, como se demostró en un gran estudio sueco publicado en el 2012 (te adjunto el artículo). Dentro del tratamiento multimodal también se incluyen los tratamientos psicológicos de tipo cognitivo-conductual, que pueden ayudar a identificar y modificar patrones de pensamiento y comportamiento disfuncionales.

11. ¿Qué papel puede jugar el entorno (escuela, amigos y la familia) en la prevención?

El entorno juega un papel importante en la prevención de conductas delictivas en personas con TDAH. Un ambiente familiar cálido, estructurado, con normas claras y consistentes, y una comunicación abierta es fundamental. El apoyo emocional, la comprensión de las dificultades del TDAH y la participación en el tratamiento son esenciales. A nivel de la escuela, un entorno educativo inclusivo que comprenda las necesidades del TDAH, que ofrezca adaptaciones curriculares y metodológicas, y que promueva un clima de respeto y aceptación puede prevenir el fracaso escolar y la desvinculación. Programas de habilidades sociales y de resolución de conflictos también son importantes. Finalmente, los amigos tienen también un rol. Fomentar relaciones con personas de tu edad y supervisar las interacciones sociales puede ayudar a evitar la influencia de grupos con conductas problemáticas. Enseñar habilidades sociales y estrategias para manejar la presión de grupo es crucial

12. ¿De qué manera un buen diagnóstico puede influir en la reducción de la probabilidad de acabar cometiendo conductas antisociales?

Un diagnóstico preciso y temprano es el primer paso fundamental para reducir la probabilidad de conductas antisociales. Nos permite comprender las dificultades, tanto para la persona con TDAH como para su familia y entorno, evitando atribuciones erróneas como 'pereza' o 'mala voluntad'. Así podremos acceder a tratamientos específicos, ya sean farmacológicos y no farmacológicos, que pueden mejorar los síntomas centrales y reducir la impulsividad y la dificultad para seguir normas. Podremos implementar estrategias de intervención tempranas, en el hogar y la escuela, para abordar las dificultades antes de que se conviertan en problemas más graves. Se podrá fomentar la autoestima y la autoeficacia, al comprender que sus dificultades tienen una base neurobiológica y que existen estrategias para manejarlas. También, reducir el riesgo de comorbilidades, ya que un tratamiento adecuado puede prevenir o mitigar el desarrollo de otros trastornos asociados a un mayor riesgo de conductas antisociales, como las adicciones. Además, mejorar las relaciones sociales también tiene un papel destacado, al facilitar la comprensión de las propias dificultades y el desarrollo de habilidades sociales. Por último, disminuir la frustración y el fracaso, en diferentes ámbitos de la vida, reduciendo la probabilidad de recurrir a conductas problemáticas como una forma de afrontamiento.

Es muy importante, que adaptemos los tratamientos a cada persona, con su propias necesidades y realidades sociales e individuales.