



ICAI

ICADE

CIHS

FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES

Impulsividad en adolescentes y adultos jóvenes con TDAH como factor de riesgo de conductas adictivas

Autora: Jimena Hualde Yebra

Director: Luis Torres Cardona

Madrid

2025/2026

Índice

1.	<i>Introducción y justificación</i>	3
2.	<i>Objetivos</i>	5
3.	<i>Metodología</i>	5
4.	<i>Desarrollo</i>	6
4.1.	Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad	6
4.1.1.	Definición y criterios diagnósticos	6
4.2.	Impulsividad en el TDAH	6
4.2.1.	Definición y características de la impulsividad	6
4.2.2.	Explicación de la impulsividad en el TDAH	8
4.3.	Conductas adictivas	10
4.3.1.	Concepto, desarrollo y clasificación de las conductas adictivas	10
4.3.2.	Factores de riesgo para la aparición de conductas adictivas	14
4.4.	Impulsividad y TDAH como variables implicadas en las conductas adictivas ..	16
4.4.1.	Implicación de la impulsividad en el consumo de sustancias	16
4.4.2.	Comorbilidad entre el TDAH y el consumo de sustancias	18
4.5.	Estrategias de prevención e intervención	19
4.5.1.	Intervenciones y tratamiento farmacológico para la impulsividad	19
5.	<i>Conclusiones y discusión</i>	21
6.	<i>Bibliografía</i>	21

1. Introducción y justificación

La adolescencia constituye la etapa del ciclo vital que se sitúa entre la infancia y la edad adulta, aproximadamente desde los 10 hasta los 19 años. Se trata de un momento vital de gran importancia, en el que se experimentan grandes cambios físicos, cognitivos y psicosociales. Todo esto influye mucho en su forma de pensar, tomar decisiones e interactuar con el entorno (OMS, s.f.).

Por ello, la adolescencia es una etapa del desarrollo muy importante desde el punto de vista de la salud mental. Es el momento vital en el que se consolidan los procesos emocionales, sociales y conductuales esenciales para el bienestar psicológico a lo largo de la vida. En la actualidad se estima que aproximadamente uno de cada siete adolescentes de entre 10 y 19 años padece algún trastorno mental (OMS, 2023).

En concreto, los trastornos del comportamiento son especialmente frecuentes en la adolescencia temprana, destacando el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH), cuya prevalencia se sitúa en torno al 2,7% en adolescentes de 10 a 14 años y al 2,2% en aquellos de entre 15 y 19 años (OMS, 2023).

A pesar de que es uno de los trastornos más comunes en la infancia y siempre comienza en esa etapa vital, también hay adultos con TDAH. Alrededor de un 50% de las personas diagnosticadas TDAH en la infancia continúan padeciendo altos niveles de sintomatología en las etapas tempranas de la adultez. A pesar de que en muchos los síntomas pueden disminuir con la edad, las dificultades asociadas al trastorno suelen mantenerse o incluso incrementar en gran parte de las personas (Eme, 2017).

El TDAH es un trastorno del neurodesarrollo que implica niveles significativos de inatención, desorganización y/o hiperactividad-impulsividad. Existen tres presentaciones diferentes de TDAH: de predominio inatento, de predominio hiperactivo-impulsivo y combinada (American Psychiatric Association, 2022). Se considera el trastorno neurobiológico más común entre los menores y su desarrollo tiene gran influencia genética. Además, es habitual que el TDAH se presente junto a otros trastornos, incluyendo los trastornos externalizantes e internalizantes (Hernández et al., 2025).

La sintomatología de este trastorno en los niños y adolescentes son muchos como por ejemplo dificultades para escuchar, movimientos constantes de manos o pies o problemas para seguir instrucciones. (Sulkes, 2024). En cambio, la sintomatología en los adultos puede manifestarse de forma diferente a la observada en la infancia. Suelen predominar las dificultades para concentrarse, cambios en estado de ánimo o poca paciencia. Por lo que el TDAH no es un trastorno temporal que con el paso del tiempo desaparezca (Esperón & Suárez, 2007, p.48).

El tratamiento para el TDAH dependerá de la edad del niño. Suele haber dos formas: la terapia conductista y la farmacoterapia. En edades muy tempranas se comienza con un tratamiento conductual, solo se incluiría la vía farmacológica si no responde bien a la terapia. En edades más avanzadas, a partir de la edad escolar, se suele hacer una combinación de ambos métodos. En los adultos con TDAH el procedimiento para su tratamiento es parecido al de los niños (Sulkes, 2024).

Del mismo modo, durante la adolescencia se produce un aumento en la asunción de riesgos y búsqueda de sensaciones, esto se asocia a una mayor impulsividad y atracción por los estímulos novedosos y gratificantes (Spear, 2000). Por ello, en esta etapa del desarrollo se inician las conductas de riesgo que pueden repercutir en la salud biopsicosocial, además, estos comportamientos en muchos casos persistirán en la adultez generando efectos muy negativos (Corona & Peralta, 2011).

Dentro de estas conductas se incluyen el uso de sustancias adictivas, actividades sexuales de riesgo o consumo de tabaco entre otras. Este tipo de comportamientos pueden conllevar consecuencias adversas en el futuro como, por ejemplo, el desarrollo de adicciones (Valenzuela Mujica, 2013). Las conductas adictivas pueden entenderse como comportamientos que llegan a inferir de manera significativa en la vida de una persona y que se asocian a dificultades en el control de la conducta (Engs, 2014).

Especialmente aquellos adolescentes con mayor impulsividad y no reciben tratamiento, tiene mayor probabilidad de realizar conductas de riesgo como experimentar con sustancias nocivas como el tabaco, drogas o alcohol. Esto se produce debido a que no tienden a pensar en las consecuencias de sus actos (Esperón & Suárez, 2007, p.73). La impulsividad se define como una predisposición a respuestas rápidas, no planificadas,

ante estímulos externos o internos, sin tener en cuenta las posibles consecuencias negativas (Moeller et al., 2001)

En este sentido, este trabajo tiene como finalidad analizar la impulsividad asociada al TDAH como factor de riesgo para el desarrollo de conductas adictivas durante la adolescencia y la adultez temprana. Comprender esta relación es fundamental para una identificación temprana y el diseño de estrategias de prevención e intervención acordes a las necesidades de esta población.

2. Objetivos

El presente trabajo tiene como objetivo analizar la relación entre la impulsividad asociada al Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH) y el desarrollo de conductas adictivas durante la adolescencia y adultez temprana. Para ello se plantean los siguientes objetivos:

1. Definir el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad con especial atención a la impulsividad y su evolución desde la infancia hasta la adultez temprana.
2. Analizar cómo la impulsividad en adolescentes y adultos jóvenes con TDAH influye en el desarrollo de conductas adictivas y de riesgo.
3. Explorar estrategias de intervención para disminuir el riesgo de conductas adictivas en adolescentes y adultos jóvenes con TDAH

3. Metodología

El presente Trabajo de Fin de Grado se ha realizado a través de una revisión bibliográfica, con el objetivo de analizar la relación entre el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad (TDAH), la impulsividad y su implicación en el desarrollo de conductas adictivas.

Para ello se llevó a cabo una búsqueda de la información en distintas bases de datos científicas como PubMed, PsycINFO, Scielo y Dialnet, complementando con Google Scholar. Las palabras clave utilizadas fueron: TDAH (ADHD), impulsividad (impulsivity), control de impulsos, conductas adictivas, consumo de sustancias, adicciones comportamentales, factores de riesgo.

4. Desarrollo

4.1. Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad

4.1.1. Definición y criterios diagnósticos

El TDAH se define como un trastorno del neurodesarrollo que se caracteriza por niveles clínicamente significativos de inatención, desorganización y/o hiperactividad-impulsividad que no son acordes al nivel de desarrollo del individuo. (American Psychiatric Association [APA], 2022). Los trastornos del neurodesarrollo comienzan a manifestarse en la primera infancia e influyen en el funcionamiento personal, social y/o académico. Esto puede dar lugar a problemas en diferentes funciones cognitivas como la atención, memoria o lenguaje. También producen efectos a nivel social, pudiendo interferir en las interacciones sociales (Sulkes, 2024).

Desde el punto de vista diagnóstico, el TDAH se caracteriza por la presencia de un patrón de síntomas que duran al menos 6 meses y que se manifiestan antes de los 12 años. Para establecer el diagnóstico, la sintomatología debe presentarse en más de un contexto vital, como el familiar, académico o laboral. Asimismo, es necesario descartar que las manifestaciones observadas se expliquen mejor por otros trastornos mentales o condiciones médicas (APA, 2022).

En función de la predominancia de los síntomas, el TDAH puede presentarse de tres formas: de predominio inatento, de predominio hiperactivo-impulsivo y combinada. En primer lugar, la presentación principalmente inatenta que se caracteriza por dificultades para seguir tareas, para atender a indicaciones y pérdida frecuente de materiales que excede lo esperable a su edad evolutiva. La hiperactividad-impulsividad implica una falta de reflexión y exceso de energía constante donde surgen muchas ideas que no se filtran de forma adecuada. (APA, 2022). La presentación combinada exige al menos seis o más signos y síntomas ambos tipos, es decir, de inatención e hiperactividad-impulsividad (Sulkes, 2024).

4.2. Impulsividad en el TDAH

4.2.1. Definición y características de la impulsividad

La impulsividad se conceptualiza como la predisposición a reaccionar de manera precipitada ante estímulos internos o externos, sin una adecuada consideración de las

posibles consecuencias negativas que dichas conductas puedan tener para la propia persona o para los demás. Se entiende la impulsividad como una predisposición estable, es decir, como un patrón conductual y no como un acto aislado. Por otro lado, la impulsividad implica la emisión de conductas rápidas y no planificadas que se ejecutan antes de que exista la posibilidad de valorar de forma consciente las consecuencias. Por lo tanto, la impulsividad supone actuar sin considerar adecuadamente las consecuencias derivadas de la conducta (Moeller et al., 2001).

La búsqueda de sensaciones está estrechamente relacionada con la impulsividad, y se concibe como la urgencia de experimentar sensaciones o situaciones novedosas con el deseo de asumir riesgos tanto físicos como sociales con el objetivo de realizarlas. Se trata de un patrón de conducta caracterizado por una baja planificación y poca reflexión de las consecuencias de sus actos con una tendencia a experimentar situaciones estimulantes y atrevidas. Esta formada por cuatro dimensiones, en primer lugar, la búsqueda de emociones, que se entiende como la inclinación a involucrarse en actividades de riesgo. La búsqueda de experiencias se refiere al interés por vivir situaciones novedosas a través de los sentidos. La desinhibición, que implica la tendencia a experimentar sensaciones intensas a través de conductas sociales. Y, por último, la susceptibilidad al aburrimiento que hace referencia a una baja tolerancia frente a tareas rutinarias o repetitivas (Gil-Olarte Márquez et al., 2017). Cuando la impulsividad se junta con la búsqueda de sensaciones puede actuar como factor previo al desarrollo de conductas adictivas (De Sola Gutiérrez et al., 2013).

El modelo UPPS concibe la impulsividad como un constructo multidimensional compuesto inicialmente por cuatro rasgos diferenciados. En primer lugar, la urgencia negativa, que hace referencia a la tendencia a actuar de manera precipitada ante emociones negativas intensas. En segundo lugar, la falta de premeditación, entendida como la dificultad para considerar las consecuencias antes de actuar. Después, la falta de perseverancia, relacionada con problemas para mantener el esfuerzo en tareas exigentes. En cuarto lugar, la búsqueda de sensaciones, definida como la inclinación hacia experiencias novedosas o arriesgadas. Posteriormente, en su revisión, el modelo UPPS-P, se añadió una dimensión más, la urgencia positiva, la cual se refiere a la tendencia a actuar de forma precipitada ante estímulos emocionales positivos. Se

observó que estas cuatro dimensiones se asociaban a diferentes perfiles clínicos. En particular, la falta de premeditación se relacionaba al consumo de sustancias y con los síntomas de la impulsividad e hiperactividad propios del TDAH (Whiteside & Lynam, 2001; Whiteside et al., 2005).

Además de este modelo, otras propuestas como la Barrat Impulsiveness Scale que concibe la impulsividad no como un constructo unitario, sino que estaría integrada por tres factores. Entre los que se distingue la impulsividad motora, relacionada con actuar sin reflexionar, la impulsividad cognitiva, vinculada a la toma de decisiones rápidas, y la impulsividad no planificada, caracterizada por una orientación en el presente y poca reflexión hacia el futuro (Barratt, 1985, 1993, como se citó en Chahín Pinzón, 2013).

4.2.2. Explicación de la impulsividad en el TDAH

La impulsividad puede resultar adaptativa al permitir tomar decisiones rápidas en aquellos contextos que lo requiera. No obstante, este constructo incluye aspectos como la dificultad para inhibir respuestas, la escasa atención, valoración inadecuada de las consecuencias y la preferencia por recompensas inmediatas. La toma de decisiones implica un proceso reflexivo en el que la atención se dirige a las posibles alternativas para valorar sus consecuencias antes de actuar. Este proceso depende de las funciones ejecutivas, las cuales permiten integrar la información sensorial, experiencias previas y metas actuales para guiar la conducta de manera planificada. Con la repetición las decisiones pueden volverse automáticas y rápidas, sin que ello implique necesariamente impulsividad. Las funciones ejecutivas, ubicadas en los lóbulos frontales, desempeñan un papel esencial en la regulación de la conducta debido a que permiten inhibir respuestas automáticas y resistir a estímulos del entorno, por lo que un adecuado funcionamiento ejecutivo permite bloquear la respuesta impulsiva. En este sentido, mientras la impulsividad favorece respuestas rápidas y poco reflexivas, las funciones ejecutivas actúan como un sistema de control que las contrarresta (Dalley & Robbins, 2010).

En el ámbito neuropsicológico, uno de los modelos explicativos más influyentes es el propuesto por Barkley (1997), quien plantea que el núcleo del TDAH no reside en un déficit atencional, sino en una alteración de la inhibición conductual. Según el autor, la

inhibición conductual constituye el proceso central a partir del cual se organizan el resto de las funciones ejecutivas.

Barkley (1997), define la inhibición conductual como un constructo compuesto por tres procesos interrelacionados. En primer lugar, la inhibición de la respuesta automática inicial ante un estímulo. En segundo lugar, la capacidad de detener una respuesta ya iniciada, y, por último, el control de la interferencia, es decir, la capacidad de mantener el tiempo de reflexión sin que estímulos interfieran en la respuesta. Este modelo sostiene que la inhibición conductual no actúa de forma aislada, sino que posibilita el adecuado funcionamiento de cuatro funciones ejecutivas: la memoria de trabajo, la autorregulación del afecto-motivación-arousal, la internalización del habla y la reconstitución. Estas funciones permiten que la conducta este guiada por información representada internamente en lugar de depender exclusivamente de estímulos inmediatos

En cuanto a la memoria de trabajo, Barkley (1997), señala que esta permite mantener la información relevante en ausencia de estímulos externos y utilizarla para guiar la conducta futura. De este modo, la inhibición proporciona el tiempo necesario para que el individuo puede reflexionar sobre experiencias pasadas y anticipar consecuencias futuras, favoreciendo una conducta más planificada.

Por otra parte, la autorregulación del afecto-motivación-arousal implica la capacidad para modular las respuestas emocionales y mantener la activación necesaria para alcanzar objetivos a largo plazo. Cuando este sistema falla la conducta tiende a guiarse por estados emocionales, lo que aumenta la probabilidad de respuestas impulsivas (Barkley, 1997).

Asimismo, la internalización del habla permite que el individuo utilice el lenguaje como herramienta de autocontrol, formulando reglas y autoinstrucciones que orientan la conducta. Finalmente, la reconstrucción hace referencia a la capacidad de analizar u reorganizar secuencias conductuales, facilitando la generación de respuestas novedosas y adaptativas (Barkley, 1997).

Por lo tanto, este modelo propone que una alteración en la inhibición conductual provoca consecuencias encadenadas sobre las funciones ejecutivas, lo que explica las

dificultades de planificación, la regulación emocional y el control motor observadas en el TDAH (Barkley, 1997).

4.3. Conductas adictivas

4.3.1. Concepto, desarrollo y clasificación de las conductas adictivas

Las conductas adictivas se entienden como cualquier actividad, sustancia, objeto o comportamiento que se vuelve el centro de la vida de una persona provocando que se dejen de lado otro tipo de actividades o que influya de forma negativa al propio individuo y a otros, ya sea de forma física, mental, social o laboral/escolar. Estos comportamientos suelen estar vinculadas a dificultades en el control inhibitorio (Engs, 2014).

A pesar de que existen criterios diagnósticos para patologías como la dependencia a sustancias psicoactivas o la adicción al juego, todas las conductas adictivas tienen aspectos similares. Este tipo de comportamientos se basa principalmente en la ausencia de control, es decir, el individuo no controla su propio comportamiento. La adicción se convierte en lo que controla las conductas de la persona, especialmente cuando aparece el deseo de consumir. Si esta necesidad aparece y no se cumple, pueden llegar a surgir mecanismos fisiológicos y psicológicos similares a un estado ansioso (Federació Salut Mental Comunitat Valenciana, 2017, pp. 4-5).

Por otro lado, se genera una obsesión hacia la sustancia o actividad central de la adicción. Las personas con conductas adictivas ocupan gran parte de su tiempo pensando en ello, en las formas de conseguirlo, evitar ser pillado o conseguir los medios. Las adicciones suelen comenzar por la búsqueda de emociones satisfactorias, pero poco después se convierten en un alivio del malestar si no se alcanza la realización de la conducta. Este pensamiento obsesivo suele interferir en el día a día de las personas. Además, se produce una conducta compulsiva ya que la adicción provoca efectos negativos en diversas áreas de la vida de la persona como, por ejemplo, dificultades en el entorno familiar, social o laboral, pérdida de interés o problemas emocionales (Federació Salut Mental Comunitat Valenciana, 2017, pp. 4-5).

La negación suele aparecer principalmente en las primeras fases de la adicción ya que es cuando tratan de justificar sus conductas y restar importancia al problema. Al mismo tiempo, se genera una “ilusión de control” que provoca en el sujeto la falsa creencia de que “controla” la situación. Todo esto obstaculiza que el individuo afectado pida ayuda ya que no es consciente de su propia adicción. El síndrome de abstinencia se da tanto en adicciones a sustancias como comportamentales. Por último, existe alta comorbilidad con otros trastornos psicológicos ya que muchas personas con adicciones sufren trastornos psicológicos, en muchas ocasiones las conductas adictivas se generan para controlar síntomas trastornos como la depresión o ansiedad (Federació Salut Mental Comunitat Valenciana, 2017, pp. 4-5).

El desarrollo de las adicciones suele comenzar con consumos iniciales de baja intensidad, que incrementan la probabilidad de continuar consumiendo a través del efecto priming y la aparición del craving. Cuando este patrón se cronifica, se producen procesos de neuroadaptación cerebral que dan lugar a fenómenos de tolerancia y abstinencia, configurándose así el estado de dependencia (Becoña Iglesias & Cortés Tomás, s. f.). El priming se entiende como la activación del deseo de seguir consumiendo tras la ingesta de una pequeña cantidad de sustancia, mientras el craving se caracteriza como un deseo intenso e imperioso de consumo, así como una falta de control sobre el mismo. Esto genera la tolerancia, es decir, una reducción progresiva de los efectos obtenidos con una dosis que previamente era eficaz. Esto conlleva una necesidad de aumentar la cantidad consumida para lograr el mismo efecto (Becoña Iglesias & Cortés Tomás, s. f.; Gibert Rahola, s.f.) Por otro lado, la abstinencia consiste en síntomas fisiológicos y psicológicos que aparecen tras un periodo de tiempo sin el consumo o realización de la conducta adictiva (Federació Salut Mental Comunitat Valenciana, 2017, pp. 4-5).

Este fenómeno se explica, en gran medida, por la activación de los sistemas neurobiológicos implicados en la motivación y recompensa. En condiciones normales, la sensación de placer permite identificar y reforzar conductas beneficiosas, como la alimentación, interacción social o actividad sexual. En este proceso interviene de forma significativa la dopamina, neurotransmisor esencial en el sistema de recompensa. Cada vez que experimentamos algo placentero este sistema se activa y libera dopamina, lo

que favorece cambios en la conectividad neuronal, esto provoca que la conducta se repita de forma automática y se convierta en un hábito. Por lo tanto, las drogas activan estos mismos circuitos, pero de manera más intensa, provocando liberaciones muy grandes de dopamina. Esta estimulación excesiva refuerza la asociación entre el consumo, el placer y el contexto de la experiencia, por lo que se prioriza el consumo a otras actividades (NIDA, 2020). A pesar de que las distintas sustancias tienen composiciones químicas diferentes y actúan sobre diversos sistemas, todas acaban involucrando el sistema de recompensa mediante la neuromodulación y la interacción entre los distintos sistemas (Becoña Iglesias & Cortés Tomás, s. f). El incremento de los niveles de dopamina no se produce únicamente a través del consumo de sustancias, sino que también por determinadas conductas como el juego problemático, la actividad sexual compulsiva o las compras compulsivas (Cíe, 2014).

Como se ha señalado, las adicciones suelen iniciarse con consumos ocasionales. No obstante, la transición hacia la dependencia no se produce de manera inmediata, sino que se trata de un proceso gradual que se compone de diversas fases. En primer lugar, la fase previa o de predisposición engloba el conjunto de factores de riesgo y de protección que incrementan o reducen la probabilidad de iniciar el consumo de sustancias. Estos se pueden agrupar en dimensiones biológicas, psicológicas y socioculturales (Becoña Iglesias, 2022; Becoña Iglesias & Cortés Tomás, s. f).

En segundo lugar, la fase de conocimiento, esta se relaciona con la disponibilidad de las sustancias en el entorno del individuo e implica tanto el contacto con ella como la información acerca de sus efectos psicoactivos. Posteriormente, el sujeto puede optar por experimentar e iniciar el consumo, o abstenerse. Esta decisión está influenciada por diversos factores de protección y riesgo especialmente relevantes durante la adolescencia y adultez temprana (Becoña Iglesias, 2022; Becoña Iglesias & Cortés Tomás, s. f).

En tercer lugar, la fase de consolidación supone la transición del uso al abuso y eventualmente a la dependencia. Este proceso dependerá en gran medida del balance entre las consecuencias percibidas como positivas y negativas del consumo, así como de las influencias del grupo de iguales, la familia y las características personales del individuo. En esta etapa, se aumenta el consumo e incluso se puede dar el paso a

sustancias de mayor riesgo. Cuando la dependencia se prolonga en el tiempo, se puede hablar de una adicción consolidada (Becoña Iglesias, 2022; Becoña Iglesias & Cortés Tomás, s. f)

Posteriormente, la fase de abandono o mantenimiento depende de que el individuo tome consciencia de que las consecuencias negativas superan las positivas. El abandono suele producirse por motivos internos o factores externos, como la presión familiar o legal. Es en esta fase cuando los tratamientos para el abandono se vuelven esenciales para lograr la abstinencia a largo plazo. Por último, la recaída es una fase frecuente en el proceso de abandono que puede aparecer incluso años después del último consumo (Becoña Iglesias, 2022; Becoña Iglesias & Cortés Tomás, s. f)

Existen múltiples maneras de clasificar las adicciones, pero una de las más utilizadas diferencia entre aquellas relacionadas con sustancias químicas y las que se originan en comportamiento específicos de la persona. En el primer grupo se engloban las adicciones más conocidas y estudiadas, como el alcoholismo, el tabaquismo o el consumo de drogas ilegales (Echeburúa & de Corral, 1994). Dentro de las sustancias psicoactivas, el alcohol es la más consumida entre la población española, seguida por el tabaco. En cuanto a las sustancias ilegales más consumidas, el cannabis se sitúa en tercera posición y los hipnosedantes, con o sin receta, en cuarto lugar. Actualmente, la edad media de inicio en el consumo de alcohol y tabaco se sitúa en torno a los 16 años, mientras el cannabis ronda los 18 años y para la cocaína en polvo se sitúa en torno a los 21 años (Ministerio de Sanidad, 2025).

El segundo grupo se refiere a las conductas que no implican sustancias, como el juego patológico, la compulsión por el sexo o las compras, denominadas adicciones de tipo conductual. Esta división también se conoce como adicciones clásicas y adicciones nuevas (Echeburúa & de Corral, 1994). Por lo tanto, el concepto de adicción no se restringe exclusivamente al consumo de sustancias, sino que abarca también determinadas conductas que pueden adquirir un carácter adictivo y llegar a afectar de manera significativa al funcionamiento diario de la persona (Cía, 2013). Por lo que, actividades cotidianas inicialmente placenteras pueden transformarse en conductas adictivas cuando se pierde el control sobre ellas y se mantienen a pesar de las

consecuencias negativas que generan. Lo importante de este tipo de adicciones no es el tipo de conducta sino la relación que establece el sujeto con ella (Echeburúa & de Corral, 1994). Este tipo de adicciones comparte síntomas similares a las adicciones a sustancias, como la presencia de malestar emocional, síntomas de abstinencia y mecanismo de negación. Asimismo, se reconoce que también existen semejanzas en su expresión clínica y fenomenológica, en su curso y evolución y en los patrones de comorbilidad asociados. Del mismo modo, comparten factores genéticos, la implicación de circuitos neurológicos comunes y respuestas terapéuticas comparables (Cía, 2013).

4.3.2. Factores de riesgo para la aparición de conductas adictivas

Los factores de riesgo individuales asociados a conductas adictivas pueden organizarse en factores biológicos, rasgos de personalidad y psicológicos y conductuales. Dentro de los factores biológicos, el sexo y edad son variables especialmente relevantes, ya que la prevalencia del consumo de sustancias ilegales es mayor en los varones, particularmente desde los de 15 a 34 años. La probabilidad de consumo a los 16 años es alta, esto coincide con la etapa de la adolescencia (Becoña Iglesias, 2002).

Dentro de los factores psicológicos y conductuales, existen ciertas características psicológicas que se relacionan con mayor susceptibilidad a desarrollar conductas adictivas. Entre ellas destacan las dificultades de afrontamiento de problemas, una menor autoestima y la escasa tolerancia al malestar físico o emocional (Becoña Iglesias, 2002; Cía, 2013).

Además, dentro de las funciones neuropsicológicas, las funciones ejecutivas tienen gran influencia sobre este tipo de conductas. Por ejemplo, la capacidad de planear o anticipar, inhibir los impulsos o poder valorar adecuadamente las consecuencias de la propia conducta. Sufrir alguna alteración en estas funciones aumenta la probabilidad de iniciar alguna conducta adictiva. El estrés también está vinculado con el desarrollo de las adicciones, dado que existe relación entre las hormonas del estrés y los circuitos cerebrales implicados en los procesos adictivos, está especialmente relacionado con los trastornos de ansiedad o de estrés postraumático (Aguilar Bustos, 2012).

Asimismo, la calidad del sueño tiene un papel significativo tanto en el consumo como en la abstinencia, ya que altera los patrones de sueño. En cuanto a la comorbilidad psiquiátrica, en muchas ocasiones se debe a la existencia de experiencias compartidas, como, por ejemplo, situaciones altamente estresantes, contextos familiares disfuncionales o la presencia previa de trastornos ansiosos, depresivos o el trastorno por déficit de atención (Aguilar Bustos, 2012).

Es frecuente que adolescentes que presentan criterios para el TDAH también lo hagan para algún trastorno de sustancias. Asimismo, estos individuos suelen iniciarse antes en el consumo, suelen abusar de las sustancias de forma mas severa y aumenta la probabilidad de presentar un trastorno de conducta (Becoña Iglesias, 2002).

En cuanto a los rasgos de la personalidad, la impulsividad también está estrechamente vinculada a las conductas adictivas y se puede dividir en dos dimensiones principales. Por un lado, la dificultad de retrasar la gratificación y el reforzamiento inmediato, esto suele estar más implicado en el inicio del consumo y en la consolidación de la conducta adictiva. Por otro lado, la impulsividad no planeada, caracterizada por respuestas rápidas, espontánea y, en ocasiones, arriesgadas, que se relaciona principalmente con el mantenimiento del consumo y con la posible presencia de psicopatología. La impulsividad también se vincula con una mayor propensión a la asunción de riesgos, lo que incrementa la probabilidad de experimentar situaciones estresantes. Además, el consumo de un mayor número de sustancias parece asociarse tanto a un aumento de la impulsividad como con una disminución en la percepción del riesgo, lo que puede favorecer las conductas adictivas (Becoña Iglesias & Cortés Tomás, s. f). La búsqueda de sensaciones también favorece la predisposición hacia el consumo de sustancias al incentivar, la necesidad de vivir experiencias sociales intensas y novedosas, así como la tendencia a desafinar normas y límites establecidos. Por lo tanto, cuando la impulsividad se asocia a un elevado nivel de búsqueda de sensaciones, aumenta la probabilidad de tener conductas de riesgo (Gil-Olarte Márquez et al., 2017).

Además de los factores individuales, el contexto en el que se desarrolla la persona desempeña un papel relevante en la aparición de conductas adictivas. En el ámbito familiar, la normalización del consumo o el consumo dentro del núcleo familiar pueden

favorecer el inicio y mantenimiento de estas conductas. De igual modo, si en el grupo de iguales está presente el consumo, la probabilidad también aumenta. En el contexto escolar, variables como el absentismo, las dificultades de integración social y el abandono escolar se han asociado con un mayor riesgo de desarrollar conductas adictivas (Aguilar Bustos, 2012).

También es relevante conocer los factores de protección frente al desarrollo de conductas adictivas. En cuanto al ámbito familiar, crecer en un entorno sin conflictos, con un apego adecuado y actitudes contrarias al consumo actúan como un factor de protección. Asimismo, la resiliencia y el estilo de crianza influyen de manera significativa. Un estilo educativo adecuado y con límites claros favorece un desarrollo saludable y el desarrollo de la autonomía, mientras estilos autoritarios, indiferentes o excesivamente permisivos pueden incrementar la vulnerabilidad al consumo. Asimismo, actúan como factores de protección lograr mantener una relación positiva con la escuela y la comunidad, presentar alta motivación académica y un buen rendimiento académico (Aguilar Bustos, 2012; Becoña Iglesias, 2002).

Aunque existen numerosos factores relacionados con las adicciones, ninguno es determinante por sí mismo, es la interacción entre ellos la que favorece su desarrollo. Por ello, la prevención debe ir encaminada a disminuir estos factores y potenciar los protectores a través de estrategias que reduzca su impacto a nivel individual y social (Aguilar Bustos, 2012).

4.4. Adolescencia, impulsividad y TDAH como variables implicadas en las conductas adictivas

4.4.1. Implicación de la impulsividad en el consumo de sustancias en la adolescencia

Las conductas adictivas se basan en dos aspectos, por un lado, una dificultad para controlar los impulsos, y, por otro lado, la aparición de patrones compulsivos de conducta. El comportamiento desinhibido se caracteriza por una activación o tensión previa al acto y una sensación de gratificación posterior, lo que mantiene la conducta mediante mecanismos de refuerzo positivo. En cambio, la conducta compulsiva suele ir precedida por sensaciones de tensión o malestar que se reducen tras la realización de la conducta. Es decir, no está orientado a la gratificación sino a una reducción del

malestar interno. Por ello, la compulsión se mantiene principalmente por mecanismos de refuerzo negativo (Koob & Volkow, 2010).

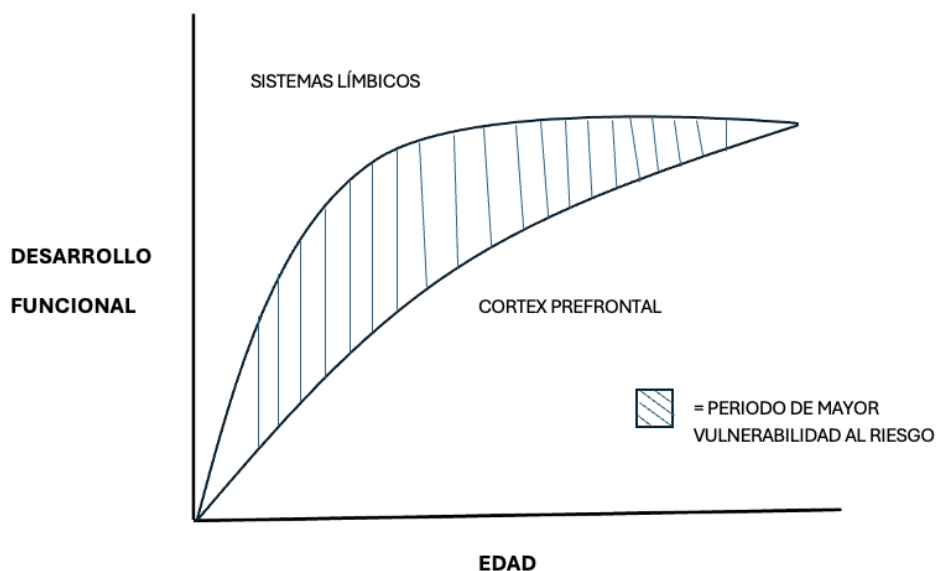
Por lo tanto, se entiende la adicción como un proceso que evoluciona desde la impulsividad hacia la compulsión a través de tres fases: consumo, abstinencia y preocupación. En las primeras etapas predomina la impulsividad, ya que se basa en la búsqueda de placer. Sin embargo, a medida que se repite, comienza la compulsión. En las fases posteriores, el consumo ya no se orienta hacia la búsqueda de placer sino hacia la reducción del malestar asociado a la abstinencia. En definitiva, la evolución desde la impulsividad hacia la compulsión comienza por conseguir una recompensa positiva hasta hacerlo para aliviar estados emocionales negativos, dando lugar a la transición de un consumo ocasional a una adicción (Koob & Volkow, 2010).

Existe evidencia recopilada en diferentes estudios que indica que las personas con comportamientos impulsivos muestran mayores tasas de abuso y dependencia de sustancias que la población general. Así mismo, los individuos con dependencia a varias sustancias muestran niveles más elevados de impulsividad. Además, estudios muestran que personas con consumo de sustancias problemático tienden a preferir recompensas inmediatas, lo que se podría relacionar con la dificultad de retrasar la gratificación (Moeller et al., 2001).

En relación con la adolescencia, según el modelo neurobiológico propuesto por Cassey et al. (2008), durante esta etapa vital existe un desequilibrio en la maduración cerebral, ya que los sistemas implicados en la emoción y recompensa, como el núcleo de accumbens y la amígdala, se desarrollan antes que las áreas prefrontales responsables del control inhibitorio y toma de decisiones. Esto genera una mayor influencia de los sistemas límbicos sobre la conducta. Como consecuencia, en situaciones emocionalmente intensas o en presencia de iguales, la búsqueda de gratificación inmediata puede prevalecer sobre la autorregulación. No obstante, esto no significa que los adolescentes no tengan la capacidad de tomar decisiones racionales, sino que en situaciones particularmente emocionales aumenta la probabilidad de que prioricen las recompensas a las decisiones racionales. Por lo tanto, esta combinación de alta sensibilidad a la recompensa y escaso control inhibitorio puede explicar el aumento de

conductas impulsivas y mayor propensión a las conductas de riesgo (Cassey et al., 2008; Konrad et al., 2013).

Figura 1. Desarrollo diferencial de sistemas límbicos y corteza prefrontal



Nota. Fuente: Elaboración propia a partir del modelo propuesto por Cassey et al. (2008).

Asimismo, otros autores han propuesto que el sistema dopaminérgico mesolímbico está implicado en el proceso de recompensa, por lo que desempeña un papel fundamental en el desarrollo de conductas de riesgo. Existen estudios que muestran un incremento de la actividad del núcleo de accumbens ante la toma de decisiones arriesgadas, lo que sugiere su implicación en la anticipación de recompensas. Del mismo modo, otras investigaciones indican que los adolescentes muestran más activación en estas regiones ante recompensas en comparación con niños o adultos, lo que podría contribuir a una mayor tendencia a asumir riesgos durante esta etapa (Cassey et al., 2008).

4.4.2. Comorbilidad entre el TDAH y el consumo de sustancias

La comorbilidad en el TDAH es muy frecuente tanto en la población infantil como en adultos. Por lo tanto, la presencia de otros trastornos asociados es frecuente y forma parte de la evolución del trastorno. Entre las comorbilidades más relevantes en la edad adulta destacan los trastornos por uso de sustancias, con una elevada prevalencia en

esta población. Por lo tanto, el TDAH incrementa el riesgo de desarrollar problemas relacionado con el consumo de sustancias (Ramos-Quiroga et al., 2009).

En concreto, en la adolescencia, los jóvenes diagnosticados con TDAH presentan mayores tasas de abuso y dependencia al alcohol y otras sustancias en comparación con sus iguales sin este trastorno. Asimismo, el TDAH se identificado como un factor predictor de inicio más temprano en el consumo de sustancias, así como de una progresión más rápida desde el primer contacto con la sustancia hacia la dependencia o abuso (Ramos-Quiroga et al., 2009).

En muchas ocasiones, la comorbilidad del TDAH con otros trastornos puede generar que su manifestación clínica sea mayor que el propio TDAH, lo que afecta de forma significativa en la presentación de los síntomas, pronóstico y estrategias terapéuticas (Rodríguez Hernández et al., 2025).

4.5. Estrategias de prevención e intervención

4.5.1. Intervenciones y tratamiento farmacológico para la impulsividad y TDAH

En el ámbito de las terapias operantes, el manejo de contingencias ha recibido especial relevancia en el tratamiento de la impulsividad. Este método consiste establecer previamente consecuencias positivas o negativas para reforzar o castigar una conducta en concreto. En este sentido, para reducir la impulsividad se podrían establecer consecuencias orientadas a la elección de conductas menos inmediatas y más planificadas, en lugar de aquellas más impulsivas o precipitadas. Esta aplicación suele ser frecuente en el trastorno por consumo de sustancias, donde la conducta objeto es la abstinencia. Esta técnica es también utilizada en niños para reducir conductas impulsivas, por ejemplo, en el ámbito escolar los sistemas de economía de fichas suelen resultar efectivos para disminuir conductas disruptivas. Este tipo de intervenciones suelen ser más beneficiosas en menores en comparación con los tratamientos farmacológicos estimulantes (Moeller et al., 2001). Además, diversos estudios han mostrado que las terapias de tercera generación o terapias contextuales son eficaces en la disminución de la impulsividad en aquellos pacientes con consumo problemático de sustancias (Aguilar-Yamuza et al., 2024).

En cuanto al TDAH, la intervención conductual es a menudo utilizada especialmente el empleo de estrategias dirigidas a modificar el comportamiento mediante la gestión de los antecedentes y consecuencias. Entre las más utilizadas se encuentran el refuerzo positivo o sistemas de recompensa como la economía de fichas. En ocasiones se hace uso de intervenciones complementarias, como el mindfulness, beneficiosas para mejorar la atención, la regulación emocional y el control de la impulsividad (Rodríguez Hernández et al., 2025).

Asimismo, en otros diversos métodos para el tratamiento del TDAH como el neurofeedback. Este consiste en un entramiento que permite modificar la actividad cerebral mediante tecnología electroencefálica, facilitando la autorregulación de las ondas cerebrales. Esto es eficaz ya que diversos estudios han señalado que las personas con TDAH presentan una disminución de la onda alfa, relacionadas con la atención sostenida, y ondas theta, asociados a estados de baja activación (Rodríguez Hernández et al., 2025).

5. Conclusiones y discusión

6. Bibliografía

- Aguilar Bustos, O. E., (2012). Algunos factores relacionados con las adicciones. *Revista de Especialidades Médico-Quirúrgicas*, 17(2), 69-70. <https://www.redalyc.org/pdf/473/47323278001.pdf>
- Aguilar-Yamuza, B., Trenados, Y., Herruzo, C., Pino, M. J., & Herruzo, J. (2024). A *systematic review of treatment for impulsivity and compulsivity*. *Frontiers in Psychiatry*, 15, 1430409. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1430409>
- American Psychiatric Association. (2022). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders: DSM-5-TR* (5.^a ed.).
- Barkley, R. A. (1997). Behavioral inhibition, sustained attention, and executive functions: Constructing a unifying theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121(1), 65–94. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.121.1.65>
- Becoña Iglesias, E. (2002). *Bases científicas de la prevención de las drogodependencias*. Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/publicaciones/catalogo/catalogoPNSD/publicaciones/pdf/Bases_cientificas.pdf
- Becoña Iglesias, E., & Cortés Tomás, M. (Eds.). (s. f.). *Manual de adicciones para psicólogos especialistas en psicología clínica en formación* [PDF]. ResearchGate. https://www.researchgate.net/profile/Maria-Cortes-5/publication/266630773_Manual_de_adicciones_para_Psicologos_Especialistas_en_Psicologia_Clinica_en_formacion/links/543654c70cf2643ab986c540/Manual_de_adicciones_para_Psicologos_Especialistas_en_Psicologia_Clinica_en_formacion.pdf

[nual-de-adicciones-para-Psicologos-Especialistas-en-Psicologia-Clinica-en-formacion.pdf](#)

Casey, B. J., Jones, R. M., & Hare, T. A. (2008). *The adolescent brain*. **Annals of the New York Academy of Sciences**, 1124, 111–

126. <https://doi.org/10.1196/annals.1440.010>

Cía, A.H. Las adicciones no relacionadas a sustancias (DSM-5, APA, 2013): un primer paso hacia la inclusión de las Adicciones Conductuales en las clasificaciones categoriales vigentes. *Rev Neuropsiquiatr* [Internet]. 11 de febrero de 2014 [citado 6 de febrero de 2026];76(4):210. Disponible en:

<https://revistas.upch.edu.pe/index.php/RNP/article/view/1169>

Chahín Pinzón, N. (2013). *Adaptación de dos instrumentos para niños colombianos: La escala Barratt de Impulsividad (BIS-11c) y el cuestionario de agresividad de Buss y Perry (AQ)* (Tesis doctoral, Universitat Rovira i Virgili).

Corona, H. F., & Peralta, V. E. (2011). Prevención de conductas de riesgo. *Revista*

Médica Clínica las Condes, 22(1), 68-75. <https://doi.org/10.1016/s0716->

[8640\(11\)70394-7](https://doi.org/10.1016/s0716-8640(11)70394-7)

Dalley, J. W., & Robbins, T. W. (2010). *Impulsivity, frontal lobes and risk for addiction*. *Philosophical Transactions of the Royal Society B: Biological Sciences*, 365(1538), 3167–3180. <https://doi.org/10.1098/rstb.2010.0149>

De Sola Gutiérrez, J., Rubio Valladolid, G., & Rodríguez de Fonseca, F. (2013). *La impulsividad: ¿Antesala de las adicciones comportamentales?* *Health and Addictions*, 13(2), 145–155.

Engs, R. C. (2014). *WHAT ARE ADDICTIVE*

BEHAVIORS? <https://hdl.handle.net/2022/17620>

- Echeburúa, E., & de Corral, P. (1994). *Adicciones psicológicas: más allá de la metáfora*. *Clínica y Salud*, 5(3), 251–258.
- Esperón, C. S., & Suárez, A. D. (2007). *Manual de diagnóstico y tratamiento del TDAH*. Ed. Médica Panamericana.
- Faraone, S. V., Biederman, J., & Mick, E. (2005). The age-dependent decline of attention deficit hyperactivity disorder: a meta-analysis of follow-up studies. *Psychological Medicine*, 36(2), 159-165. <https://doi.org/10.1017/s003329170500471x>
- Federació Salut Mental Comunitat Valenciana. (2024). *Guía en conductas adictivas*. Salud Mental España. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Guia-Conductas-Adictivas.pdf>
- Gibert Rahola, J. (s. f.). *Craving, priming e impulsividad*. Curso de Actualización en Psiquiatría. <https://www.cursoactualizacionpsiquiatria.com/wp-content/uploads/2021/03/craving-priming-e-impulsividad.pdf>
- Hernández, P. R., Torres, C. D., & Benito, J. G. (2025). Trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Pediatría Integral*, 412-419. <https://doi.org/10.63149/j.pedint.67>
- Konrad, K., Firk, C., & Uhlhaas, P. J. (2013). *Brain development during adolescence: Neuroscientific insights into this developmental period*. *Deutsches Ärzteblatt International*, 110(25), 425–431. <https://doi.org/10.3238/arztebl.2013.0425>
- Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 217–238. <https://doi.org/10.1038/npp.2009.110>

- Ministerio de Sanidad. (2025). *ESTUDES 2025: Encuesta sobre uso de drogas en enseñanzas secundarias en España (Resumen ejecutivo)*. Gobierno de España. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/sistemaInformacion/pdf/2025/ESTUDES_2025_Resumen_Ejecutivo_es.pdf
- Ministerio de Sanidad. (2025). *Informe 2025. Alcohol, tabaco y drogas ilegales en España*. Gobierno de España. https://pnsd.sanidad.gob.es/profesionales/sistemasInformacion/informesEstadisticas/pdf/2025_OEDA-Informe.pdf
- Moeller, F. G., Barratt, E. S., Dougherty, D. M., Schmitz, J. M., & Swann, A. C. (2001). Psychiatric Aspects of Impulsivity. *American Journal Of Psychiatry*, 158(11), 1783-1793. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.158.11.1783>
- NIDA. 2020, Agosto 31. Las drogas y el cerebro. Obtenido de <https://nida.nih.gov/es/publicaciones/las-drogas-el-cerebro-y-la-conducta-la-ciencia-de-la-adiccion/las-drogas-y-el-cerebro-en-2026>
- Pedrero Pérez, E. J., Morales Alonso, S., Gallardo Arriero, V., Blázquez Rollón, L., Folguera Expósito, I., & Ruiz Sánchez de León, J. M. (2022). *El modelo UPPS de impulsividad en el abuso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC)*. *Adicciones*, 34(3), 197–207. <https://docta.ucm.es/rest/api/core/bitstreams/75f5ad31-2a7c-4195-93f7-06fa74d6314e/content>
- Ramos-Quiroga, J. A., Daigre, C., Bosch, R., Roncero, C., Nogueira, M., Gonzalvo, B., Sáez, N., & Casas, M. (2009). *Conductas adictivas y trastorno por déficit de atención con hiperactividad en adultos*. *Revista Española de*

Drogodependencias, 34(2), 135–150. https://red.aesed.com/upload/files/vol-34/n-2/v34n2_2.pdf

Rodríguez Hernández, P. J., Delgado Torres, C., & González Benito, J. (2025). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. *Pediatría Integral*, 29(6), 412–419.

Sulkes, S. B. (2024, 9 septiembre). *Trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH)*. Manual Merck Versión Para

Profesionales. https://www.merckmanuals.com/es-us/professional/pediatr%C3%ADa/trastornos-del-aprendizaje-y-del-desarrollo/trastorno-por-d%C3%A9ficit-de-atenci%C3%B3n-hiperactividad-tdah?utm_source=chatgpt.com#Tratamiento_v1104664_es

Whiteside, S. P., & Lynam, D. R. (2001). The Five Factor Model and impulsivity: Using a structural model of personality to understand impulsivity. *Personality and Individual Differences*, 30(4), 669–689. [https://doi.org/10.1016/S0191-8869\(00\)00064-7](https://doi.org/10.1016/S0191-8869(00)00064-7)

Whiteside, S. P., Lynam, D. R., Miller, J. D., & Reynolds, S. K. (2005). Validation of the UPPS impulsive behaviour scale: A four-factor model of impulsivity. *European Journal of Personality*, 19(7), 559–574. <https://doi.org/10.1002/per.556>