



**COMILLAS**  
UNIVERSIDAD PONTIFICIA

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

<b>1.</b>	<b><i>Introducción y justificación</i></b> .....	<b>4</b>
<b>2.</b>	<b><i>Objetivos</i></b> .....	<b>6</b>
<b>3.</b>	<b><i>Metodología</i></b> .....	<b>6</b>
<b>4.</b>	<b><i>Desarrollo</i></b> .....	<b>7</b>
<b>4.1.</b>	<b>Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad</b> .....	<b>7</b>
4.1.1.	Definición y criterios diagnósticos.....	7
<b>4.2.</b>	<b>Impulsividad en el TDAH</b> .....	<b>8</b>
4.2.1.	Definición y características de la impulsividad.....	8
4.2.2.	Explicación de la impulsividad en el TDAH .....	9
<b>4.3.</b>	<b>Conductas adictivas</b> .....	<b>12</b>
4.3.1.	Concepto, desarrollo y clasificación de las conductas adictivas .....	12
4.3.2.	Factores de riesgo para la aparición de conductas adictivas .....	16
<b>4.4.</b>	<b>Adolescencia, impulsividad y TDAH como variables implicadas en las conductas adictivas</b> .....	<b>19</b>
4.4.1.	Implicación de la impulsividad en el consumo de sustancias en la adolescencia .....	19
4.4.2.	Comorbilidad entre el TDAH y el consumo de sustancias.....	22
<b>4.5.</b>	<b>Estrategias de intervención en la impulsividad asociada al TDAH</b> .....	<b>24</b>
4.5.1.	Intervención farmacológica y no farmacológica para la impulsividad .... en TDAH.....	24
<b>5.</b>	<b><i>Discusión y conclusión</i></b> .....	<b>30</b>
<b>6.</b>	<b><i>Bibliografía</i></b> .....	<b>33</b>

## **Resumen**

El presente trabajo analiza 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. A partir de la revisión bibliográfica realizada, se observa que la impulsividad incrementa la vulnerabilidad hacia la realización de conductas de riesgo, especialmente el consumo de sustancias. Asimismo, se destaca el papel de la adolescencia como una etapa de especial vulnerabilidad, caracterizada por una mayor búsqueda de sensaciones y dificultades en el control de la conducta. En este contexto, los individuos con TDAH presentan una mayor probabilidad de desarrollar conductas adictivas. Por último, se resalta la importancia de la intervención, tanto farmacológica como no farmacológica. En conjunto, todo ello muestra la importancia de una detección e intervención tempranas para prevenir la aparición de conductas adictivas.

*Palabras clave:* TDAH, impulsividad, adolescencia, conductas adictivas

## **Abstract**

The present study analyzes the relationship between impulsivity associated with Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD) and the development of addictive behaviors during adolescence and early adulthood. Based on the literature review carried out, it is observed that impulsivity increases vulnerability to the performance of risk behaviors, especially substance use. Likewise, the role of adolescence is highlighted as a stage of special vulnerability, characterized by greater sensation seeking and difficulties in behavioral control. In this context, individuals with ADHD present a higher probability of developing addictive behaviors. Finally, the importance of intervention, both pharmacological and non-pharmacological, is highlighted. As a whole, all this shows the importance of early detection and intervention to prevent the emergence of addictive behaviors.

*Keywords:* ADHD, impulsivity, adolescence, addictive behaviors

## **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 con TDAH en la infancia continuarán padeciendo altos niveles de sintomatología en las etapas tempranas de la adultez. A pesar de que en muchos casos 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 es variada, incluyendo 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 el 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 conductual 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 interferir de manera significativa en la vida de la 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, tienen mayor probabilidad de realizar conductas de riesgo como experimentar con sustancias nocivas como el tabaco, drogas o alcohol. Esto se debe 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.
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, tratamiento farmacológico, psicoterapia y comorbilidad.

Tras la búsqueda inicial, se realizó una selección de los artículos mediante la lectura de títulos y resúmenes, seguida de una revisión más profunda del texto completo. Finalmente, se seleccionaron cuarenta y dos fuentes relevantes que han sido utilizadas para el desarrollo del trabajo.

## **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 de 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. Está 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, 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 requieran. 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 esté 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 o 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, regulación emocional y el control motor observadas en el TDAH (Barkley, 1997).

Existen otros modelos explicativos de la impulsividad en el TDAH. Por ejemplo, el modelo expuesto por Sonuga-Barke (2003) plantea que el TDAH puede explicarse a partir de dos mecanismos diferenciados, lo que implica que no puede explicarse a partir de un único déficit.

Por un lado, se describe una vía relacionada con el funcionamiento ejecutivo, en la que se incluyen alteraciones en los procesos de control cognitivo. Estas dificultades afectan a la capacidad para regular la conducta, los pensamientos y las emociones, lo que se relaciona con problemas en la inhibición de respuestas y en la adaptación del comportamiento (Sonuga-Barke, 2003).

Por otro lado, el modelo plantea una segunda vía vinculada a los procesos motivacionales, conocida como aversión a la demora. Esta se caracteriza por una tendencia a evitar o huir de situaciones que implican espera, así como por una preferencia por recompensas inmediatas frente a aquellas que se obtienen tras un retraso (Sonuga-Barke, 2003).

### **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 en el propio individuo y a otros, ya sea de forma física, mental, social o laboral/escolar. Estos comportamientos suelen estar vinculados 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 de 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 conciencia 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 comportamientos 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 mecanismos 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 más 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, espontáneas, 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 desafiar 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).

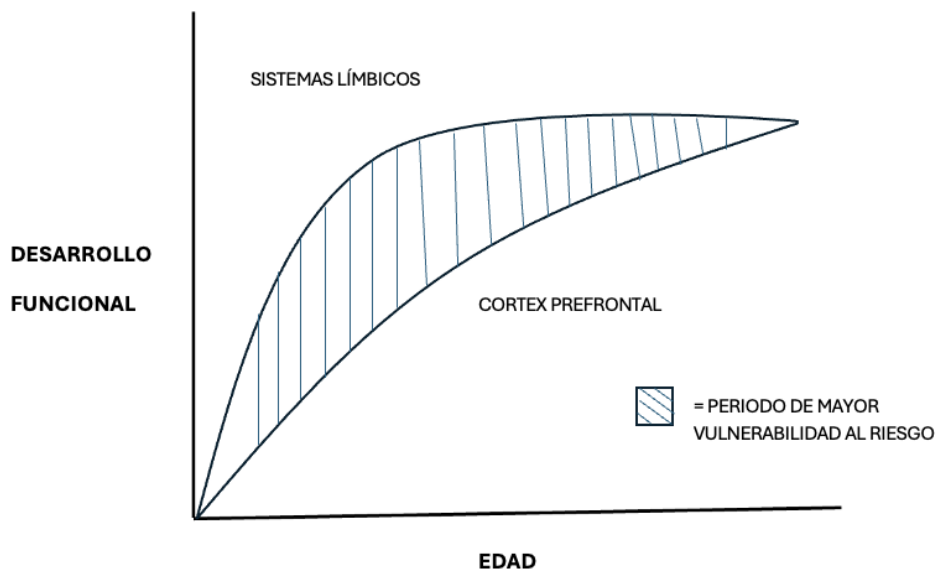
Según la teoría propuesta por Bickel et al. (2011), propone que la conducta adictiva se produce por la interacción de dos sistemas diferenciados. Por un lado, el sistema

impulsivo, asociado a la búsqueda de recompensas inmediatas, y por otro, el sistema ejecutivo, encargado del control, la planificación y la valoración de consecuencias a largo plazo. Este modelo plantea que las personas con adicción sufren un desequilibrio entre ambos sistemas, de manera que el sistema impulsivo adquiere más peso facilitando la continuidad del consumo, mientras que el sistema ejecutivo presenta un funcionamiento menos eficaz, dificultando considerar las consecuencias negativas del futuro.

Asimismo, esta teoría explica la especial vulnerabilidad a este tipo de conductas durante la adolescencia. Durante esta etapa el sistema impulsivo se desarrolla antes que el sistema ejecutivo. Este desajuste favorece una mayor tendencia a decisiones inmediatas y aumenta la probabilidad de iniciar el consumo de sustancia. El desarrollo progresivo del sistema ejecutivo mejora la regulación de la conducta, lo que podría explicar la disminución del consumo a lo largo que pasa el tiempo (Bickel et al., 2011).

En esta misma línea, el modelo neurobiológico propuesto por Casey et al. (2008), aporta una explicación complementaria desde el desarrollo cerebral. Según esta teoría, durante la adolescencia 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 (Casey 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 Casey 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 (Casey et al., 2008).

Por otro lado, la adolescencia se caracteriza por una mayor sensibilidad a los estímulos sociales, lo que es clave para entender la toma de decisiones en esta etapa. A diferencia de los adultos, los adolescentes tienden a llevar a cabo más conductas de riesgo cuando están en grupo. En este sentido, el comportamiento de los iguales es uno de los principales factores que influyen en la conducta del adolescente (Steinberg, 2008).

Esto puede explicarse tanto por factores sociales como neurobiológicos. Por un lado, los adolescentes pasan la mayor parte de su tiempo con sus iguales, lo que claramente

aumenta su influencia. Por otro lado, la presencia de sus iguales puede activar los sistemas cerebrales relacionados con la recompensa, haciendo que determinadas conductas, a pesar del riesgo que puedan suponer, parezcan más atractivas (Steinberg, 2008).

Todo esto da especial relevancia a la influencia que grupo de iguales ejerce durante la adolescencia, aumentando la probabilidad de emitir conductas impulsivas y por tanto de riesgo, como es el consumo de sustancias (Steinberg, 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. En muchas ocasiones, esta comorbilidad puede generar que la manifestación clínica del otro trastorno sea mayor que el propio TDAH. Esto genera un impacto significativo en la presentación de los síntomas, pronóstico y estrategias terapéuticas (Ramos-Quiroga et al., 2009; Rodríguez Hernández et al., 2025).

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). No obstante, es relevante mencionar que suele ser improbable que el TDAH aparezca en consecuencia al consumo de sustancias ya que tiende a desarrollarse antes que los consumos iniciales de sustancias o alcohol (Özgen et al., 2021).

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). Además, la presencia conjunta de ambos trastornos se asocia con un curso más complejo y severo del consumo, lo que dificulta su intervención (Wilens, 2007).

Diversos estudios indican que la presencia de TDAH y trastornos por consumo de sustancias puede entenderse por factores de riesgo compartidos como la predisposición genética y las alteraciones en los sistemas cerebrales implicados en el control inhibitorio y procesamiento de la recompensa (Özgen et al., 2021).

En este sentido, las características del TDAH pueden favorecer el desarrollo de conductas adictivas especialmente si el trastorno se presenta junto con otras alteraciones como el trastorno negativista desafiante o el trastorno de conducta (Özgen et al., 2021). Por lo tanto, el riesgo no es homogéneo, sino que el TDAH junto a otras comorbilidades incrementa especialmente el riesgo del consumo (Wilens, 2007).

## **4.5. Estrategias de intervención en la impulsividad asociada al TDAH**

### ***4.5.1. Intervención farmacológica y no farmacológica para la impulsividad en TDAH***

El tratamiento del TDAH ha demostrado reducir la impulsividad junto a otros síntomas nucleares del trastorno, especialmente mediante el uso de fármacos estimulantes (Connor, 2006). El abordaje del TDAH debe basarse en un enfoque integral que combine intervenciones farmacológicas y no farmacológicas, adaptadas a las necesidades individuales del paciente (National Institute for Health and Care Excellence [NICE], 2018).

En relación con el tratamiento farmacológico, se diferencian dos grandes grupos de fármacos, los estimulantes y los no estimulantes. Por un lado, los estimulantes actúan principalmente inhibiendo la recaptación presináptica de dopamina, lo que incrementa su disponibilidad en el sistema nervioso central. Por otro lado, los fármacos no estimulantes intervienen sobre el sistema noradrenérgico, regulando el metabolismo de la noradrenalina (Escofet Soteras et al., 2022).

En cuanto a los estimulantes, principalmente se usan dos grupos de fármacos, por un lado, el metilfenidato, y, por otro lado, las anfetaminas. El metilfenidato actúa aumentando los niveles de dopamina en el cerebro, ya que se une de forma selectiva al transportador de dopamina en el sistema nervioso central. Además, también bloquea el transportador de noradrenalina, por ello mejora la atención y el control de la conducta. Las anfetaminas tienen el mismo mecanismo de acción que el fármaco anterior, pero, además, permite la liberación de dopamina desde el interior de las neuronas. La dopamina contribuye a incrementar la motivación y favorece la activación cerebral durante la realización de tareas (García et al., 2007; Greydanus, 2003; NICE, 2018).

El metilfenidato es el tratamiento de primera línea en niños, adolescentes y también una de las principales opciones en adultos con TDAH. Este fármaco proporciona numerosos beneficios a los sujetos con TDAH, por ejemplo, mejora la concentración, reduce la impulsividad, así como los niveles altos de activación, mejora la realización de tareas y disminuye las conductas antisociales o agresivas (Greydanus, 2003). Existen diferentes tipos de metilfenidato variando su tiempo de acción, presentación o forma

de liberación, esto posibilita individualizar los tratamientos a cada paciente según sus necesidades y variables personales como la edad (Escofet Soteras et al., 2022).

Es importante tener en cuenta que este tipo de fármacos estimulantes tiene algunos efectos secundarios. Entre ellos destacan la disminución de apetito y por tanto pérdida de peso. Asimismo, pueden aparecer alteraciones del sueño, especialmente si se administra medicación al final de día. Durante los primeros días es común que aparezcan dolores de cabeza o molestias abdominales. Además, en algunos casos pueden sufrir cambios emocionales con mayor irritabilidad o nerviosismo, así como aumento de la presión arterial (Escofet Soteras et al., 2022).

La medicación estimulante es la más usada en el tratamiento del TDAH en menores debido a que son seguros y efectivos en la disminución de la sintomatología de este trastorno. A pesar de que esta medicación tiene algunos efectos secundarios, estos suelen ser predecibles y bien tolerados. Se trata de medicación que tiene que administrarse de forma muy frecuente y existe riesgo de un uso indebido, por lo que también se contempla el uso de medicación no estimulante en el TDAH (Findling & Dogin, 1998).

Dentro de los fármacos no estimulantes, se pueden distinguir principalmente dos grupos, la atomoxetina y los antidepresivos. Existen otros fármacos como la guanfacina o los agonistas nicotínicos, pero la evidencia científica que respalda su utilización es limitada (García et al., 2007).

La atomoxetina al no ser un fármaco estimulante no genera abuso. Su mecanismo de acción no genera efectos sobre la dopamina, sino que inhibe la recaptación de noradrenalina. Tiene ciertos beneficios, por ejemplo, su acción es más prolongada y, además, no produce irritabilidad, insomnio o ansiedad. En cuanto a los efectos secundarios, principalmente son somnolencia y dolores estomacales (García et al., 2007).

Los antidepresivos, concretamente los antidepresivos tricíclicos, también son usados para el tratamiento del TDAH. Este tipo de medicamentos actúan impidiendo la recaptación de serotonina y noradrenalina, lo que aumenta la disponibilidad de estos neurotransmisores. El uso de este tipo de fármacos es útil sobre todo en casos de

hiperactividad e impulsividad, pero no en aquellos que presentan mayor déficit de atención. Suelen ser usados en pacientes con TDAH y trastornos del estado de ánimo (García et al., 2007; Greydanus, 2003; Findling & Dogin, 1998).

El tratamiento no farmacológico incluye tanto la psicoeducación como la psicoterapia, siendo esta la primera opción para pacientes con TDAH menores de seis años (Escofet Soteras et al., 2022).

En cuanto a la psicoterapia, los tratamientos conductuales para el TDAH son variados y presentan diferencias en el contenido según la edad del paciente. En el caso de niños en edad preescolar y escolar, las intervenciones suelen centrarse en la formación de los padres con el objetivo de mejorar las estrategias y la disciplina en la interacción con sus hijos. En adolescentes y adultos, por el contrario, las intervenciones terapéuticas se orientan hacia el desarrollo de habilidades organizativas y de planificación. Además, ciertas intervenciones se enfocan en el desarrollo de habilidades sociales y competencias prácticas que faciliten el funcionamiento diario. El objetivo del tratamiento no siempre está dirigido a reducir los síntomas, sino que también se orienta a otros ámbitos relevantes del funcionamiento del individuo (Faraone et al., 2021).

En esta línea, la intervención conductual es a menudo utilizada en el tratamiento del TDAH 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).

Por otro lado, las terapias operantes, en concreto el manejo de contingencias ha recibido especial relevancia en el tratamiento de la impulsividad. Este método consiste en 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).

Dentro del tratamiento para reducir la impulsividad también se encuentra el entrenamiento en autoinstrucciones. Este método se basa en utilizar el lenguaje como guía de su conducta. Los niños impulsivos presentan un menor control verbal sobre su comportamiento, por lo que se propone entrenarlos para que se hablen a sí mismos para que puedan regular sus acciones. Este proceso consiste en pasar de verbalizaciones externas a un lenguaje interno, siguiendo una secuencia en la que primero un adulto modela la tarea hablando en voz alta, después el niño realiza la tarea con ayuda, luego se da las instrucciones a sí mismo en voz alta, y, finalmente, estas se interiorizan (Meichenbaum & Goodman, 1971).

Durante este entrenamiento, las autoinstrucciones incluyen diferentes tipos de verbalizaciones, como plantearse que hay que hacer, planificar la tarea, guiar la ejecución paso a paso, afrontar errores y reforzarse a uno mismo. De esta manera, el niño aprende a sustituir respuestas impulsivas por una secuencia de pensamientos más organizada que le permite actuar de forma más controlada (Meichenbaum & Goodman, 1971).

Este entrenamiento se realiza de forma progresiva, iniciando con conductas fáciles y aumentando la dificultad, lo que permite que el niño vaya adquiriendo estas habilidades de forma gradual y pueda utilizarlas en diferentes situaciones (Meichenbaum & Goodman, 1971).

En este sentido, enseñar a los niños con impulsividad a hablarse a sí mismo, primero de forma externa y después de manera interna, favorece que pase a un estilo más reflexivo y mejora su autocontrol. Así, a través de las autoinstrucciones, es posible entrenar distintas habilidades cognitivas y promover una mejora regulación de la conducta (Meichenbaum & Goodman, 1971).

Además, existen otros métodos para el tratamiento del TDAH como el neurofeedback. Este consiste en un entrenamiento que permite modificar la actividad cerebral mediante tecnología electroencefálica, facilitando la autorregulación de las 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, asociadas a estados de baja activación (Rodríguez Hernández et al., 2025).

Como se ha mencionado anteriormente, es conveniente realizar intervenciones de psicoeducación a las familias de manera individual o grupal. En el ámbito escolar también es beneficioso implementar intervenciones psicopedagógicas orientadas a mejorar el rendimiento del alumno, como el refuerzo educativo, realizar adaptaciones en la metodología, aprendizaje en técnicas y hábitos de estudio, así como el desarrollo de la autonomía y autoestima, junto con estrategias que favorezcan las relaciones interpersonales (Escofet Soteras et al., 2022).

En casos de pacientes con TDAH y con consumo de sustancias activo, se evidencia que la intervención farmacológica presenta una eficacia limitada para el tratamiento de ambas problemáticas. En este sentido, se plantea como prioridad estabilizar el consumo antes de iniciar el tratamiento farmacológico. Además, en casos con riesgo alto de uso indebido de medicación, se aconseja optar por no estimulantes o medicación de liberación prolongada. En este tipo de casos un enfoque multimodal orientado tanto a la salud mental como al consumo de sustancias es adecuado. Además, diversos estudios plantean que la terapia cognitivo-conductual puede resultar efectiva en el tratamiento de ambos trastornos (Wilens & Morrison, 2012).

Del mismo modo, 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).

Según Bickel et al. (2011), el tratamiento para la adicción debería enfocarse en restablecer el equilibrio entre el sistema impulsivo y el sistema ejecutivo. En este sentido, algunas investigaciones han señalado que el entrenamiento cognitivo, especialmente dirigido a fortalecer la memoria de trabajo, puede reducir la tendencia a priorizar recompensas inmediatas frente a beneficios a largo plazo. Esto quiere decir

que fortalecer las funciones ejecutivas puede ser eficaz para reducir la impulsividad y por tanto controlar el consumo.

## **5. Discusión y conclusión**

El presente trabajo ha tenido como objetivo analizar la relación entre la impulsividad en el TDAH y el desarrollo de conductas adictivas, especialmente en la adolescencia y adultez temprana. A partir de la revisión bibliográfica realizada, se ha observado que la impulsividad es un factor que explica, en gran medida, la mayor vulnerabilidad de estos individuos hacia el desarrollo de conductas de riesgo, en especial el consumo de sustancias y otras adicciones comportamentales.

En este sentido, la impulsividad implica dificultades en la capacidad de planificar, anticipar consecuencias, inhibir respuestas y valorar adecuadamente la propia conducta. Todo esto constituye un factor de riesgo en la probabilidad de iniciar conductas adictivas. No obstante, es importante señalar que la aparición de estas conductas depende de diversos factores como variables individuales o contextuales, como el entorno social o la normalización del consumo.

Además, la adolescencia es una etapa de especial vulnerabilidad para la aparición de conductas de riesgo. Este fenómeno puede explicarse por el desequilibrio neurobiológico característico de este periodo evolutivo, en ellos los sistemas de recompensa se desarrollan antes que las áreas responsables del control inhibitorio y la regulación de la conducta. Como consecuencia, se incrementa la búsqueda de sensaciones y tendencia a la toma de decisiones impulsivas, lo que incrementa significativamente la probabilidad de desarrollar conductas adictivas.

Asimismo, la evidencia muestra que el TDAH se asocia con una elevada comorbilidad, especialmente con los trastornos por consumo de sustancias. Este riesgo incrementa cuando TDAH coexiste con otros trastornos como el trastorno negativista desafiante o el trastorno de conducta. En este sentido, la presencia conjunta de TDAH y consumo de sustancias se asocia con un peor pronóstico y una evolución más desfavorable del propio consumo.

Con relación a las estrategias de intervención, el tratamiento del TDAH, tanto farmacológico como psicológico, contribuye a la mejora de distintos aspectos del funcionamiento del individuo, entre ellos la impulsividad. En el ámbito farmacológico, el metilfenidato se considera el fármaco de primera línea. Por otra parte, las

intervenciones psicológicas desempeñan un papel fundamental en la reducción de la impulsividad. En concreto, las terapias conductuales y el entrenamiento en autoinstrucciones son eficaces en mejorar la autorregulación y el control conductual.

A partir del análisis realizado puede entenderse que la impulsividad no actúa únicamente como un síntoma del TDAH, sino como un elemento que influye en la forma en la que el individuo se relaciona con su entorno y toma decisiones. En este sentido, más que ser una causa directa del desarrollo de conductas adictivas, la impulsividad parece funcionar como un factor que incrementa la vulnerabilidad facilitando que, en determinadas situaciones, se produzcan este tipo de comportamientos. Esto permite entender que el riesgo no depende exclusivamente del trastorno en sí, sino de la interacción entre características individuales y factores contextuales.

En este sentido, resulta razonable considerar que la reducción de la impulsividad en el TDAH podría contribuir a disminuir el riesgo de desarrollar conductas adictivas. Desde esta perspectiva, la impulsividad adquiere especial relevancia como punto de intervención. De este modo, mejorar la autorregulación y el control conductual no solo tiene implicaciones en la sintomatología del TDAH, sino que puede modificar la forma en la que el individuo afronta situaciones de riesgo. Esto refuerza la idea de que la intervención no debe centrarse únicamente en la reducción de síntomas, sino en el desarrollo de habilidades que permitan una mejor adaptación al entorno.

Además, resulta especialmente relevante considerar la importancia de intervenir de forma temprana, ya que actuar sobre la impulsividad en la adolescencia puede tener un impacto significativo en cómo se desarrollan estas conductas a lo largo del tiempo.

Por otro lado, el hecho de que el TDAH y los trastornos por consumo de sustancias aparezcan con frecuencia de forma conjunta pone de manifiesto que no se trata de problemáticas independientes, sino de fenómenos que, si coexisten, se influyen mutuamente. Esta relación sugiere que abordar cada uno de ellos de forma aislada puede ser insuficiente, siendo necesario un enfoque que tenga en cuenta la complejidad de ambos trastornos. En este sentido, la impulsividad puede entenderse como un punto de conexión entre ambas problemáticas, lo que refuerza su importancia tanto a nivel explicativo como en la intervención.

En conjunto, todo ello permite plantear que trabajar sobre la impulsividad no implica únicamente tratar una manifestación del TDAH, sino actuar sobre un proceso que influye en la forma en la que se desarrollan determinadas conductas a lo largo del tiempo. Por lo tanto, centrar la intervención en este aspecto puede contribuir no solo a mejorar el funcionamiento del individuo en el presente, sino también reducir la probabilidad de que aparezcan dificultades más complejas en el futuro.

## 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/fpsyt.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](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](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)

- Bickel, W. K., Jarmolowicz, D. P., Mueller, E. T., & Gatchalian, K. M. (2011). *The behavioral economics and neuroeconomics of reinforcer pathologies: Implications for etiology and treatment of addiction*. *Current Psychiatry Reports*, 13(5), 406–415. <https://doi.org/10.1007/s11920-011-0215-1>
- 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).
- Connor, D. F. (2006). Stimulants. En R. A. Barkley (Ed.), *Attention-deficit hyperactivity disorder: A handbook for diagnosis and treatment* (3.ª ed., pp. 608–647). Guilford Press.
- 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?* and *Addictions*, 13(2), 145–155.
- Echeburúa, E., & de Corral, P. (1994). *Adicciones psicológicas: más allá de la metáfora. Clínica y Salud*, 5(3), 251–258.
- Escofet Soteras, C., Fernández Fernández, M. A., Torrents Fenoy, C., Martín del Valle, F., Ros Cervera, G., & Machado Casas, I. S. (2022). *Trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH). Protocolos diagnóstico-terapéuticos de Pediatría*. Asociación Española de Pediatría.
- Engs, R. C. (2014). *WHAT ARE ADDICTIVE BEHAVIORS?* <https://hdl.handle.net/2022/17620>
- 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>
- Faraone, S. V., Banaschewski, T., Coghill, D., Zheng, Y., Biederman, J., Bellgrove, M. A., Newcorn, J. H., Gignac, M., Al Saud, N. M., Manor, I., Rohde, L. A., Yang, L., Cortese, S., Almagor, D., Stein, M. A., Albatti, T. H., Aljoudi, H. F., Alqahtani, M. M. J., Asherson, P., ... Wang, Y. (2021). *The World Federation of ADHD International Consensus Statement: 208 evidence-based conclusions about the disorder*. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 128, 789-818. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2021.01.022>

- Federació Salut Mental Comunitat Valenciana. (2024). *Guía en conductas adictivas*. Salud Mental España. <https://www.consaludmental.org/publicaciones/Guia-Conductas-Adictivas.pdf>
- Findling, R. L., & Dogin, J. W. (1998). *Psychopharmacology of ADHD: Children and adolescents*. *Journal of Clinical Psychiatry*, 59(Suppl. 7), 42–49.
- García, T., González, C., Rodríguez, C., Cueli, M., Álvarez, D., & Álvarez, L. (2007). *Trastorno por déficit de atención con hiperactividad*. *Atención Primaria*, 39(10), 521–527. <https://doi.org/10.1157/13113962>
- 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>
- Greydanus, D. E. (2003). *Psychopharmacology for ADHD in adolescents: Quo vadis?* *Psychiatric Times*. <https://www.psychiatrictimes.com/view/psychopharmacology-adhd-adolescents-quo-vadis?utm>
- 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>

- Meichenbaum, D. H., & Goodman, J. (1971). *Training impulsive children to talk to themselves: A means of developing self-control*. University of Waterloo
- 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](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](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>
- National Institute for Health and Care Excellence. (2018). *Attention deficit hyperactivity disorder: Diagnosis and management (NICE Guideline No. NG87)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/ng87/resources/attention-deficit-hyperactivity-disorder-diagnosis-and-management-pdf-1837699732933>
- 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](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.

Sonuga-Barke, E. J. S. (2003). The dual pathway model of AD/HD: An elaboration of neuro-developmental characteristics. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 27(7), 593–604. <https://doi.org/10.1016/j.neubiorev.2003.08.005>

Steinberg, L. (2008). *A social neuroscience perspective on adolescent risk-taking*. *Developmental Review*, 28(1), 78–106. <https://doi.org/10.1016/j.dr.2007.08.002>

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](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>

Wilens, T. E., & Morrison, N. R. (2012). *Attention-deficit/hyperactivity disorder and substance use disorders: The nature of the relationship, subtypes at risk, and treatment issues*. *Psychiatric Clinics of North America, 35*(2), 283–301. <https://doi.org/10.1016/j.psc.2012.03.002>