

adicción cruzada – cross-addiction

Authored by
memjavad

November 28, 2025

RECOMMENDED CITATION

memjavad (2025). *adicción cruzada – cross-addiction*. Spanish Psychological Databases.
Retrieved from <https://spanish.arabpsychology.com/?p=6331>

Adicción Cruzada (Cross-Addiction)

Primary Disciplinary Field(s): Psiquiatría, Psicología Clínica, Medicina de Adicciones, Neurociencia.

1. Definición Central

La adicción cruzada, también denominada transferencia de adicción o adicción sustitutiva, es un fenómeno clínico complejo que describe la vulnerabilidad incrementada de un individuo con un historial de Trastorno por Uso de Sustancias (TUS) o adicción conductual a desarrollar una dependencia a una segunda sustancia o actividad, incluso después de haber logrado la abstinencia de la adicción inicial. Este concepto subraya que la adicción no es primariamente una dependencia a un agente químico específico, sino más bien una disfunción subyacente del sistema de recompensa cerebral y de los mecanismos de afrontamiento emocionales del individuo. El cambio de foco adictivo puede ocurrir entre diferentes clases de drogas (por ejemplo, dejar el alcohol y volverse adicto a los opiáceos), o entre una droga y una conducta (por ejemplo, dejar la cocaína y desarrollar una adicción al juego o a la comida). Lo crucial es la sustitución del mecanismo de gratificación o evasión, buscando el mismo alivio o euforia a través de un nuevo estímulo.

La comprensión moderna de la adicción cruzada se fundamenta en la perspectiva de que la patología reside en el patrón compulsivo de búsqueda de recompensa y no en el objeto de la adicción en sí. Cuando un individuo logra la abstinencia de su droga primaria, el sistema neural que previamente impulsaba esa búsqueda permanece hiperactivo y vulnerable. Esta vulnerabilidad se exagera por el hecho de que muchos adictos carecen de mecanismos de afrontamiento saludables para manejar el estrés, el dolor emocional o el aburrimiento, lo que crea un vacío que la nueva adicción sustituta llena de manera rápida y eficiente. Por lo tanto, la adicción cruzada representa un desafío significativo en el tratamiento a largo plazo, ya que el paciente debe aprender a identificar y evitar no solo su sustancia original, sino también una amplia gama de posibles sustitutos que activan vías cerebrales similares.

Es fundamental distinguir la adicción cruzada de la simple recaída. Mientras que la recaída implica el retorno al uso de la sustancia original, la adicción cruzada implica la adopción de una nueva adicción. Este fenómeno es particularmente prevalente en poblaciones que han sido sometidas a tratamientos de reducción de daños o que han sustituido una adicción ilícita por una legal o socialmente más aceptada, como puede ser el desarrollo de una adicción a los alimentos azucarados, al trabajo excesivo (workaholism) o a la nicotina, después de haber superado una adicción al alcohol o a los opioides. El núcleo del problema sigue siendo la incapacidad de regular el afecto y la búsqueda compulsiva de alteración del estado de ánimo.

2. Etiología y Desarrollo Histórico

Aunque el término "adicción cruzada" puede ser relativamente moderno, la observación clínica de la transferencia de dependencias se remonta a los inicios de los programas de tratamiento de adicciones. Desde la mitad del siglo XX, los clínicos y los programas de recuperación de [Alcohólicos Anónimos](#) (AA) notaron que los individuos que lograban la sobriedad del alcohol a menudo desarrollaban una dependencia excesiva a la cafeína, la nicotina o incluso a ciertas conductas, como el ejercicio extremo o las relaciones codependientes. Esta observación empírica sugirió que existía una "personalidad adictiva" o una predisposición subyacente que simplemente cambiaba de enfoque cuando el estímulo original era eliminado.

El desarrollo histórico del concepto se aceleró con el avance de la neurociencia de la adicción a finales del siglo XX. La investigación comenzó a demostrar que, a nivel cerebral, las adicciones a sustancias (como la cocaína o el alcohol) y las adicciones conductuales (como el juego patológico o la adicción al sexo) comparten vías neurales comunes, específicamente el circuito de recompensa mediado por la dopamina, centrado en el [núcleo accumbens](#). Este descubrimiento proporcionó la base biológica para explicar por qué una persona que ha sensibilizado su sistema de recompensa a una droga específica puede encontrar una gratificación similar y compulsiva en una actividad o sustancia completamente diferente. La adicción cruzada dejó de ser vista como un fallo moral o de voluntad y pasó a ser entendida como la manifestación de una disfunción neuroadaptativa crónica.

Un hito crucial en la formalización de este concepto fue la creciente preocupación por la adicción cruzada iatrogénica, especialmente en el contexto de la cirugía bariátrica. Se observó que pacientes que se sometían a cirugía para tratar la adicción a la comida (obesidad mórbida) mostraban tasas significativamente más altas de desarrollo de adicción al alcohol o a los opiáceos postoperatoriamente. Este fenómeno se atribuyó a factores fisiológicos (cambios en la absorción de sustancias) y psicológicos (la necesidad de reemplazar el mecanismo de afrontamiento que la comida proporcionaba). Este campo de estudio consolidó la adicción cruzada como un riesgo clínico reconocido y un componente esencial en la planificación del tratamiento post-agudo.

3. Mecanismos Neurobiológicos y Psicológicos

Los mecanismos neurobiológicos que subyacen a la adicción cruzada son robustos y se centran en la sensibilización y desregulación del sistema mesolímbico de recompensa. La exposición crónica a cualquier agente adictivo (droga o conducta) provoca una liberación masiva de dopamina en el circuito de recompensa, lo que graba la asociación entre el estímulo y la sensación de placer o alivio. Aunque la abstinencia puede reducir la actividad dopaminérgica basal, el sistema permanece "preparado" o sensibilizado. Esta sensibilización cruzada significa que un nuevo estímulo que también provoque una liberación de dopamina (incluso si es menor

que la droga original) puede ser percibido por el cerebro como un sustituto altamente gratificante, activando rápidamente el patrón de búsqueda compulsiva.

Desde una perspectiva psicológica, la adicción cruzada está íntimamente ligada a las comorbilidades psiquiátricas y a los déficits en la regulación emocional. Muchos individuos con TUS utilizan la sustancia o conducta adictiva como un medio de automedicación para aliviar síntomas de ansiedad, depresión, trauma o Trastorno Límite de la Personalidad. Si la terapia no aborda eficazmente estas condiciones subyacentes, el cese de la adicción primaria deja al individuo sin su principal herramienta de afrontamiento. El vacío resultante, a menudo acompañado de un aumento de la disforia y el [craving](#) (deseo intenso), impulsa la búsqueda de un nuevo estímulo que proporcione una gratificación inmediata y un escape emocional.

Otro mecanismo psicológico clave es la impulsividad, un rasgo de personalidad que a menudo precede y contribuye a la adicción. Los individuos altamente impulsivos tienen dificultades para retrasar la gratificación y son propensos a la toma de riesgos. Esta falta de control inhibitorio no está dirigida a una sustancia específica, sino a la búsqueda general de la recompensa inmediata. Cuando se elimina el objeto de la adicción original, la impulsividad subyacente simplemente redirige la conducta hacia cualquier estímulo que prometa una liberación rápida de tensión. Por lo tanto, el tratamiento efectivo de la adicción cruzada requiere una intervención que mejore la función ejecutiva y la capacidad de regulación emocional, más allá de la mera abstinencia del agente adictivo.

4. Características y Manifestaciones Clínicas

La adicción cruzada se manifiesta clínicamente de diversas maneras, pero una característica definitoria es la sustitución de una dependencia por otra que cumple una función psicológica similar. Un patrón común es el paso de una adicción que implica un efecto sedante (como el alcohol o los opiáceos) a otra que también es sedante (como los benzodiazepinas prescritas), o el cambio de un estimulante (cocaína) a otro (adicción al trabajo o compras compulsivas). La sustancia o conducta sustituta comienza a exhibir los mismos criterios diagnósticos que la adicción original, incluyendo la pérdida de control, el uso continuado a pesar de las consecuencias negativas, el desarrollo de tolerancia y la aparición de síntomas de abstinencia cuando se interrumpe.

Una manifestación particularmente insidiosa es la "adicción a los procesos" (adicciones conductuales) que surgen después de la abstinencia de drogas. El individuo puede reemplazar la euforia química con la adrenalina del juego, la intensidad emocional de las relaciones inestables (adicción al amor), o el control obsesivo sobre la alimentación o el ejercicio. En el caso de la comida, por ejemplo, la adicción cruzada a los carbohidratos refinados o azúcares puede reactivar los circuitos de recompensa de manera similar al alcohol, presentando un riesgo significativo para

la salud física y mental del paciente en recuperación.

En el ámbito médico, la adicción cruzada es un riesgo constante para pacientes en recuperación que requieren manejo del dolor. Un individuo con historial de TUS al alcohol tiene un riesgo exponencialmente mayor de desarrollar una adicción a los analgésicos opiáceos si son prescritos indiscriminadamente. Esta vulnerabilidad exige que los profesionales de la salud realicen cribados exhaustivos del historial adictivo antes de prescribir sustancias con potencial adictivo, y que consideren alternativas no farmacológicas para el manejo del dolor. La prevención de la adicción cruzada es, por lo tanto, una responsabilidad compartida entre el paciente y el sistema de atención médica.

5. Factores de Riesgo y Poblaciones Vulnerables

La vulnerabilidad a la adicción cruzada es multifactorial, combinando predisposiciones genéticas, factores ambientales y la naturaleza de la adicción primaria. Los estudios genéticos sugieren que ciertos alelos que afectan la función de los receptores de dopamina y serotonina pueden predisponer a un individuo no solo a una adicción, sino a la susceptibilidad general a la recompensa desregulada, facilitando la transferencia. Si la adicción es vista como una enfermedad crónica del cerebro, entonces la propensión a la adicción cruzada es una manifestación de la persistencia de esta enfermedad, incluso en abstinencia.

Las poblaciones con trastornos concurrentes (comorbilidad psiquiátrica) son particularmente vulnerables. Un diagnóstico subyacente de TDAH, Trastorno de Ansiedad Generalizada o Trastorno Bipolar aumenta significativamente la probabilidad de que el individuo intente automedicarse con una nueva sustancia o conducta si la adicción primaria es eliminada sin tratar la condición mental subyacente. La falta de habilidades de afrontamiento saludables y la exposición a altos niveles de estrés crónico o trauma no resuelto también actúan como poderosos catalizadores, empujando al individuo a buscar refugio en cualquier conducta que proporcione una disociación o un alivio inmediato de la angustia emocional.

Como se mencionó previamente, los pacientes sometidos a cirugía bariátrica representan una población de alto riesgo. La cirugía a menudo altera la forma en que el cuerpo metaboliza el alcohol, haciendo que los efectos intoxicantes sean más rápidos y potentes. Además, la restricción dietética y los cambios corporales dramáticos pueden desencadenar una búsqueda de sustitución en otras áreas, como el juego, las compras compulsivas o el uso de sustancias. Por lo tanto, el manejo preventivo en estos casos incluye una evaluación psicológica preoperatoria rigurosa y un seguimiento postoperatorio centrado en la prevención de la transferencia de adicción.

6. Implicaciones Terapéuticas

El reconocimiento de la adicción cruzada tiene profundas implicaciones para el diseño y la

implementación de los programas de tratamiento. El enfoque terapéutico debe ser holístico e integrado, reconociendo que el objetivo no es simplemente lograr la abstinencia de una sustancia, sino tratar la [enfermedad adictiva](#) subyacente. Esto requiere una evaluación exhaustiva que identifique todas las posibles adicciones pasadas, presentes y potenciales, incluyendo las adicciones conductuales que a menudo son minimizadas.

Las estrategias de prevención de recaídas deben expandirse para abordar el riesgo de sustitución. Esto incluye la educación del paciente sobre los mecanismos de la adicción cruzada, ayudándoles a identificar las "zonas de riesgo" y los posibles sustitutos (como el azúcar, el exceso de trabajo, el ejercicio compulsivo o el uso inapropiado de medicamentos recetados). La Terapia Cognitivo-Conductual (TCC) es particularmente efectiva, ya que ayuda a los pacientes a identificar los desencadenantes emocionales y cognitivos que previamente llevaron a la adicción, y a desarrollar estrategias de afrontamiento alternativas y saludables que no impliquen la búsqueda de recompensas artificiales.

Finalmente, el tratamiento de la adicción cruzada a menudo requiere el manejo simultáneo de trastornos comórbidos. El tratamiento efectivo de la depresión, la ansiedad o el trauma reduce significativamente la necesidad de automedicación y, por ende, el riesgo de sustitución. Los grupos de apoyo mutuo, como AA o Narcóticos Anónimos (NA), desempeñan un papel vital al proporcionar una red de apoyo social y una estructura que ayuda a llenar el vacío dejado por la adicción, promoviendo la conexión humana en lugar de la gratificación aislada y compulsiva.

7. Debates y Críticas

Aunque el concepto de adicción cruzada es ampliamente aceptado en la práctica clínica, existen debates en torno a su precisión diagnóstica y su aplicación universal. Una crítica se centra en la dificultad de trazar una línea clara entre una adicción cruzada genuina (un patrón compulsivo y destructivo de sustitución) y la simple adopción de una nueva afición o hábito. Por ejemplo, un individuo que deja de beber y comienza a correr maratones puede estar canalizando su energía de manera positiva; sin embargo, si el ejercicio se vuelve compulsivo, destructivo para las relaciones o la salud, y se utiliza para evitar el procesamiento emocional, se cruza el umbral hacia la adicción cruzada. La distinción reside en la funcionalidad y el impacto negativo del nuevo comportamiento.

Otro debate importante se relaciona con la terminología. Algunos académicos prefieren el término "trastorno adictivo" o "vulnerabilidad adictiva" generalizada en lugar de adicción cruzada, argumentando que el énfasis debe estar en la propensión subyacente del individuo a desarrollar dependencias, independientemente del objeto. Esta perspectiva busca unificar el tratamiento, centrándose en la disfunción cerebral y emocional común a todas las adicciones, en lugar de tratar cada manifestación (alcohol, opiáceos, juego) como entidades separadas.

Además, en el contexto de la medicación asistida para el tratamiento de adicciones (MAT), existe preocupación sobre la sustitución de una droga ilícita por un medicamento de mantenimiento (como la metadona o la buprenorfina). Aunque estos tratamientos son esenciales para reducir el daño y estabilizar al paciente, algunos críticos argumentan que simplemente están sustituyendo una dependencia por otra. Sin embargo, la comunidad clínica generalmente sostiene que la MAT es una herramienta de reducción de daños vital que proporciona estabilidad y permite al paciente participar en la terapia psicosocial, lo cual es fundamental para tratar la raíz de la vulnerabilidad a la adicción cruzada.

Lecturas Adicionales

[Trastorno por Uso de Sustancias \(TUS\) - Wikipedia](#)

[La Adicción es una Enfermedad Crónica - NIDA \(Instituto Nacional sobre el Abuso de Drogas\)](#)

[Addiction Research and Clinical Practice - American Psychological Association \(APA\)](#)