

Informe analítico: cocaína vs. masturbación compulsiva (conducta sexual compulsiva)

Resumen ejecutivo: La adicción a la cocaína (trastorno por consumo de cocaína, TCC) y el trastorno por comportamientos sexuales compulsivos (CSBD, hipersexualidad) comparten bases neurobiológicas (sistema dopaminérgico de recompensa) y factores de riesgo (impulsividad, trauma, dificultades de regulación emocional). Ambos trastornos pueden coexistir con alta frecuencia en entornos clínicos: p. ej., en pacientes con trastornos por uso de sustancias (TUS), el 25% exhibe conductas sexuales compulsivas. Aunque el DSM-5 no incluyó el “trastorno hipersexual”, la CIE-11 reconoce el CSBD como trastorno de control de impulsos. La exposición repetida a cocaína induce sobrecargas dopaminérgicas seguidas de anhedonia (la “economía dopaminérgica” colapsada). Esto condiciona que la estimulación sexual –otro potente disparador dopaminérgico– se asocie con el placer inducido por la droga, generando un bucle reforzado («solo funciona el sexo bajo el efecto de la cocaína»). Clínicamente, se recomienda evaluar ambas condiciones de forma integrada: *screening* sistemático de CSBD en pacientes con CUD (y viceversa), abordaje conjunto (CBT combinado, manejo farmacológico dual) y educación sobre el riesgo de “sustitución” adictiva. Hay vacíos de investigación en pruebas longitudinales y ensayos clínicos sobre el craving cruzado y la prevención específica.

Definiciones y criterios diagnósticos

- **Trastorno por consumo de cocaína (TCC):** Según el DSM-5, se diagnostica si aparecen ≥ 2 de 11 criterios (en 12 meses) de consumo compulsivo de cocaína (pérdida de control, craving, tolerancia/abstinencia, consecuencias negativas). Se clasifica en leve/moderado/grave según el sostenido n.º de criterios. El DSM-5 incluye craving (deseo intenso) y define remisiones tempranas/sostenidas tras meses sin síntomas (excepto craving). En la práctica clínica, se enfatiza que el TCC es crónico, relapsante y requiere tratamiento multimodal.
- **Trastorno por comportamientos sexuales compulsivos (CSBD):** La CIE-11 lo define como un patrón persistente de incapacidad para controlar impulsos sexuales intensos que provoca conductas repetitivas con marcado sufrimiento o deterioro. Deben existir malestar subjetivo y perjuicios funcionales (laboral, social, personal) asociados. Es esencial que la persona sea **egodistónica** (quiere parar, pero no puede), distinguiéndolo de un alto deseo sexual sin disfunción. Puede manifestarse como masturbación

compulsiva, uso excesivo de pornografía u otras actividades sexuales. En la CIE-11 se clasifica como trastorno de control de impulsos (no como adicción). El DSM-5 no reconoce formalmente el “trastorno hipersexual”; un campo de pruebas fue rechazado por la APA】 , aunque la OMS incluyó el CSBD en la CIE-11 (trastorno de impulsos, no adictivo).

- **Términos relacionados:** A menudo se usan “hipersexualidad” o “adicción al sexo” (no diagnósticos oficiales). El foco es el patrón compulsivo y no el contenido sexual per se. En la literatura española se ha llamado “adicción sexual” de forma coloquial, pero la tendencia actual es reconocerlo como CSBD (evitando patologizar deseos sexuales saludables) Prevalencia y comorbilidad
- **Cocaína:** Globalmente, la prevalencia de uso regular se estima en decenas de millones (0,4% población global). En EE.UU. unos 2,2 millones la usan habitualmente y ~1,5 millones cumplen criterios de TCCEn 2017 la cocaína estuvo involucrada en ~20% de las muertes por sobredosis en EE.UU. El TCC es más prevalente en hombres (~3% vs 1.8% en mujeres) y su inicio suele ser temprano (pico ~20 años). Presenta alta comorbilidad: depresiones, ansiedad (45% y 31% de los usuarios respectivamente), psicosis inducida, trastornos de personalidad, TUS simultáneos (>70% tienen otro SUD)
- **CSBD (masturbación compulsiva, etc.):** Estimaciones poblacionales varían por definición: en adultos, prevalencia ~3–6%. Afecta predominantemente a varones jóvenes (reportan proporción hombre:mujer). En la práctica clínica se observa cada vez más en mujeres y poblaciones diversas. Con frecuencia coexiste con depresión, ansiedad, trastornos de personalidad (especialmente límite/impulsivo) y antecedentes de abuso o trauma. Se postula que actúa como estrategia desadaptativa de regulación emocional.
- **Comorbilidad CUD-CSBD:** Aunque no existen datos epidemiológicos amplios específicos, estudios clínicos indican alta concurrencia en pacientes tratados por adicciones. Por ejemplo, en 211 pacientes en tratamiento por TUS, el 25% presentó hipersexualidad. De forma inversa, se ha hallado que ~22% de pacientes con CSBD tenían historial de consumo/dependencia de cocaína. Además, revisiones sugieren que los SUD y el CSBD comparten mecanismos neuropsicológicos (ER deficiente, impulsividad) que explican la comorbilidad

Estudio clave	Diseño	Muestra	Hallazgos relevantes
Palazón-Llecha <i>et al.</i> (2026)	Prospectivo (in/paciente seg)	70 pacientes con TCC (desintoxicación hospitalaria + 8 semanas ambulatorias)	El 37% tenía CSB probable en ingreso. Quienes la tenían mostraron mayor impulsividad, sintomatología depresiva y peor regulación emocional. La CSB en la admisión predijo abandono en hospitalización. Se sugiere evaluación de CSB/ER en entrada para mejorar resultados
Stavro <i>et al.</i> (2013)	Estudio transversal	211 pacientes en tratamiento por TUS (EE.UU.)	El 25% cumplió criterios de comportamiento sexual compulsivo (hipersexualidad). Se destaca que este porcentaje supera ampliamente el 3–6% poblacional. Recomiendan cribado sistemático de CSBD en centros de drogadicción
Zhu <i>et al.</i> (2025) (Revisión)	Revisión narrativa	Estudios clínicos diversos	Concluye que el CSBD coocurre frecuentemente con otros trastornos adictivos y compulsivos (depresión, ansiedad, SUD, TOC). Resalta la asociación entre CSBD y consumo de sustancias (incluida cocaína). No aborda directamente la abstinencia, pero subraya comorbilidades clave.

Mecanismos neurobiológicos

- Sistema dopaminérgico mesolímbico:** Cocaína bloquea el transportador de dopamina (DAT), provocando liberaciones extrasinápticas de dopamina extremas en el núcleo accumbens. Esto refuerza enormemente la conducta de consumo inicial. Con el tiempo, el cerebro se adapta: regula a la baja los receptores dopaminérgicos y reduce la señal natural de placer. El resultado es una “economía dopaminérgica” colapsada (ver infografía): la dopamina “ingresa” sólo vía cocaína y se “gasta” en conductas compulsivas (sexo,

pornografía, etc.). Al abstenerse, el individuo experimenta **anhedonia, irritabilidad y baja motivación** («nada es placentero sin droga»)

Como ilustra la infografía siguiente, la cocaína “secuestra” los circuitos cerebrales de recompensa, motivación y autocontrol. Deja al cerebro con una dopamina endógena insuficiente y umbrales de recompensa inflados.

Figura: Economía dopaminérgica en la adicción a la cocaína. La cocaína (rojo) genera picos intensos de dopamina que, con el tiempo, provocan regulación a la baja del sistema dopaminérgico y disminución del placer natural (economía en quiebra)

- **Hipersexualidad inducida por estimulantes:** Los estimulantes (cocaína, anfetaminas) también **potencian la motivación sexual**. Estimulando el mismo circuito dopaminérgico que media el deseo sexual normal, aumentan la libido, la desinhibición y la búsqueda de estímulos sexuales intensos. Estudios epidemiológicos señalan que usuarios de cocaína/metanfetamina presentan marcados incrementos de hipersexualidad y consumo pornográfico durante la intoxicación. En la práctica, esto crea un condicionamiento: la **actividad sexual queda asociada al subidón dopaminérgico de la cocaína**, lo que explica reportes clínicos como “solo puedo tener relaciones estando drogado”. Este lazo produce un ciclo retroalimentado dopamínico (“sexo → cocaína → sexo...”).
- **Plasticidad neural y sensibilización cruzada:** La exposición repetida a drogas de abuso induce cambios sinápticos (plasticidad) que facilitan la búsqueda compulsiva de recompensas fuertes. Animal studies show that sensitization to amphetamine enhances sexual motivation. Esto sugiere que la cocaína puede “sensibilizar” la respuesta sexual y viceversa, vía alteraciones duraderas en el sistema de recompensa. También la abstinencia eleva los sistemas de estrés (CRF, dinorfina) que favorecen el malestar y la recaída. En conjunto, la neuroplasticidad favorece que, al disminuir la droga, se aumente la búsqueda de estímulos dopaminérgicos alternativos (p. ej., actividad sexual intensiva) para compensar la deficiencia dopaminérgica.
- **Impulsividad y control ejecutivo:** La disfunción prefrontal es común en TCC. La cocaína deteriora circuitos de autocontrol y toma de decisiones. Conjuntamente, muchos pacientes con TCC/CSBD presentan rasgos impulsivos elevados. El estudio de Palazón-Llecha encontró que quienes tenían CSB comórbido exhibían mayor impulsividad y baja regulación emocional. Esto sugiere un mecanismo de vulnerabilidad compartida: la incapacidad para posponer gratificaciones, especialmente bajo estrés, facilita tanto el recaer en consumo como la búsqueda compulsiva de gratificaciones sexuales inmediatas.

Factores psicológicos y sociales

- **Regulación emocional y estrés:** Ambas conductas pueden ser intentos fallidos de manejar emociones negativas. El CSBD a menudo funciona como válvula de escape ante la angustia. Por ejemplo, pacientes con TCC que tienen dificultades para regular su ansiedad o tristeza pueden recurrir al sexo compulsivo durante periodos de abstinencia para aliviar malestar. A su vez, el estrés crónico y los traumas infantiles predisponen por igual a ambas patologías: multitudes con TCC refieren antecedentes de abuso o entornos caóticos, lo mismo que altas tasas de trauma en pacientes con CSBD. Las historias de abuso sexuales infantiles en particular se asocian a hipersexualidad en adultos.
- **Trauma y vínculos:** La desregulación emocional asociada a traumas tempranos (por ejemplo, trastorno de estrés postraumático) es factor de riesgo para TCC y CSBD. Un paciente puede usar cocaína o sexo compulsivo para “entorpecer” recuerdos traumáticos. Además, problemas de apego o relaciones interpersonales inestables pueden impulsar la búsqueda excesiva de reforzadores (droga o sexo) como sustitutos de vínculos saludables.
- **Contexto social:** Algunos entornos (por ejemplo, redes de consumo de drogas con acceso a sexo transaccional o pornografía) facilitan la convergencia de ambas conductas. Además, la asociación de cocaína con situaciones de riesgo sexual (sex parties, chemsex) puede normalizar la relación entre ambos comportamientos y aumentar su coocurrencia. La presión social o de pareja también puede desempeñar un papel: un consumidor de cocaína podría tener relaciones sexuales adictivas con parejas que también consumen o promueven conductas sexuales de riesgo.

Interacción clínica durante la abstinencia

La literatura directa sobre **interacción en abstinencia** TCC–CSBD es limitada, pero la evidencia combinada sugiere:

- **Craving cruzado:** Tras abandonar la cocaína, la privación dopaminérgica puede hacer que cualquier fuente de estimulación intensa (como una conducta sexual) desencadene un ansia de droga. Clínicos describen que la excitación sexual en abstinencia puede convertirse en disparador de recaída, pues confronta el placer “natural” con el recuerdo del placer supranormal de la cocaína. Este efecto está basado en la “huella dopaminérgica” de la droga: el cerebro nota que el sexo es menos gratificante de lo recordado, lo cual genera frustración y deseo de recuperar el pico dopaminérgico.
- **Sustitución de conductas adictivas:** En adición, suele observarse que, al eliminar una conducta de refuerzo intenso, el individuo puede buscar otra. Por ejemplo, dejar el alcohol o la cocaína sin un plan de sustitución saludable

puede llevar a un aumento de la conducta sexual (o pornografía) como forma de “llenar el vacío dopaminérgico”. Si bien faltan estudios longitudinales específicos, este fenómeno de “*cross-addiction*” o “*sustitución adictiva*” se reconoce en la práctica: pacientes en recuperación de drogas a veces desarrollan comportamientos sexuales compulsivos para reemplazar la droga.

- **Desinhibición y recaída:** La recaída en cocaína frecuentemente se da en contextos de alta activación emocional o social. Como los ambientes sexualizados o el consumo de pornografía pueden aumentar la impulsividad, exponer a un paciente en abstinencia a estos estímulos puede incrementar el riesgo de recaída en el consumo. Por ello, protocolos clínicos suelen recomendar evitar temporalmente estímulos sexuales (p. ej., bloquear pornografía) al inicio de la abstinencia.
- **Retroalimentación negativa:** La vergüenza y culpa asociadas a recaídas sexuales (postuso o en abstinencia) pueden agravar la sintomatología emocional y motivar el consumo de drogas como “premio” u “olvido”. Igualmente, la angustia del craving insatisfecho (tanto sexual como de droga) puede retroalimentar ambos ciclos negativos. En resumen, aunque faltan estudios experimentales, el modelo clínico postula un bucle de reforzamiento mutuo (ver diagrama) entre craving de cocaína y de sexo compulsivo en la abstinencia.

Diagrama (Mermaid): posible modelo causal. La cocaína incrementa la dopamina, reforzando el placer y la hipersexualidad inducida. El refuerzo compartido alimenta el craving por ambos (cocaína y sexo). Factores como trauma e impulsividad predisponen a ambos trastornos.

Estudios longitudinales y experimentales

La evidencia longitudinal o experimental específica es escasa:

- **Estudios disponibles:** Prácticamente, los datos provienen de estudios transversales o prospectivos naturales. El estudio de Palazón-Llecha *et al.* (2026) fue prospectivo y mostró cómo los déficits de regulación emocional en el ingreso a desintoxicación predijeron la aparición de CSB. Otros estudios mencionan asociatividad (p. ej., algunos reportan hasta 71% de solapamiento CSBD–SUD, aunque esto incluye diversos SUD). Sin embargo, **no hay ensayos clínicos** controlados sobre la abstinencia cruzada.
- **Estudios experimentales:** En humanos, no hay estudios de laboratorio por motivos éticos (no se administra cocaína). Sí existen estudios preclínicos de sensibilización cruzada: p. ej., ratas con sensibilización a anfetaminas muestran mayor conducta sexual. Estos hallazgos apoyan la teoría de que

drogas y estímulos sexuales comparten vías neuronales, pero su traducción clínica es hipotética.

- **Lagunas de investigación:** Faltan estudios comparativos (>15 años). No disponemos de datos robustos sobre si abstenerse de CSBD reduce el craving de cocaína o viceversa. Tampoco hay seguimiento a largo plazo de pacientes con ambos diagnósticos para cuantificar la incidencia de recaídas cruzadas. Se necesitan: estudios longitudinales que midan CSBD en rehabilitación de CUD (y viceversa), ensayos de tratamientos duales y biomarcadores (imágenes cerebrales) de la interacción cerebral entre ambos trastornos.

Recomendaciones clínicas

Evaluación integral:

- Explorar sistemáticamente ambos trastornos. En toda entrevista de CUD, incluir preguntas sobre conducta sexual (masturbación excesiva, tiempo con pornografía, preocupación sexual). Inversamente, en consultas por CSBD, indagar uso de sustancias.
- Usar instrumentos validados: por ejemplo, cuestionarios de hábitos sexuales compulsivos y de severidad de consumo.
- Valorar factores concomitantes: estado de ánimo (depresión), ansiedad, historia de abuso, impulsividad, motivaciones. Medir la regulación emocional (EIE-R) puede ayudar a planificar la terapia.

Plan de tratamiento integrado:

- **Psicoterapia combinada:** Emplear terapias cognitivo-conductuales (TCC) para ambas condiciones. Integrar técnicas de regulación emocional (TER) y aceptación (ACT) para el CSBD, junto con TCC-SUD para el CUD.
- **Grupos de apoyo:** Incluir grupos dual-focus (p. ej., reuniones de 12 pasos de Adicción Sexual Anónimos junto con Narcóticos Anónimos) para reforzar la abstinencia de ambas conductas.
- **Familia/pareja:** Ofrecer terapia de pareja cuando la relación sexual esté afectada y apoyo familiar para la recuperación dual.

Farmacoterapia (opcional): No hay medicamentos aprobados para CUD. Para el CSBD, revisiones apoyan:

- **Naltrexona (antagonista opioide):** Algunos estudios reportan reducción del impulso sexual compulsivo. Sería útil en pacientes con CUD/CSBD por su efecto global de “descremar” recompensas intensas.
- **ISRS:** Pueden atenuar síntomas obsesivo-compulsivos y mejorar el control de impulsos sexuales.

- **Otros:** En casos severos (alto riesgo sexual), considerar moduladores hormonales (antiandrógenos), aunque con precaución. Nota: Las decisiones farmacológicas deben basarse en la severidad clínica y comorbilidades (p. ej., usar gabapentina/clonidina para síntomas vegetativos de abstinencia).

Manejo del craving cruzado:

- *Desencadenantes:* Recomendar abstinencia temporal de estímulos sexuales fuertes en etapas iniciales de deshabitación a la droga. Bloquear pornografía o redes de “sex-chat” durante la desintoxicación aguda
- *Rutina diaria:* Fomentar hábitos que estabilicen el sistema dopaminérgico: sueño regular, ejercicio (aeróbico eleva DA), actividades placenteras predecibles (hobbies, “micro-recompensas” cotidianas). Estas estrategias mitigarán el déficit de recompensa durante la abstinencia.
- *Interrupción temprana:* Ante la aparición de deseos intensos (sea de droga o de sexo), aplicar técnicas de distracción (tirar al frío, meditación breve, hablar con apoyo) para cortar el círculo de refuerzo.

Prevención de recaídas:

- Educar sobre “feedback loop”: que dejar una adicción puede impulsar otra. Planificar ocupación del tiempo libre con actividades saludables (deporte, voluntariado).
- Fortalecer habilidades de afrontamiento: entrenamiento en mindfulness, manejo de enojo y frustración, tolerancia a la ansiedad.
- En seguimiento, monitorizar ambos comportamientos periódicamente (p. ej., escalas de autoinforme de deseo de consumo y de actividad sexual). Ajustar el tratamiento si se observa desvío hacia la conducta no tratada inicialmente.

Para el clínico

Detección proactiva: preguntar sobre consumo de cocaína y conducta sexual compulsiva en cada consulta

Tratamiento integrado: combinar estrategias (CBT-SUD + terapia para CSBD) y coordinar con equipos de psicología sexual y de adicciones.

Abordaje multidisciplinar: considerar medicamentos (naltrexona/ISRS) según perfil y si hay craving intenso; evitar reacciones morales al hablar de sexo

Para el paciente

Conocimiento mutuo: reconocer que ambas adicciones comparten causas (estrés, dopamina) y no sentirse juzgado; educarse sobre el CSBD y el TCC.

Afrontamiento de factores comunes: trabajar con el terapeuta la regulación emocional, evitando “automedicarse” con sexo o droga ante la ansiedad.

Evitar sustituciones: estar alerta a cambios en el deseo sexual al dejar la droga. Por ejemplo, restringir temporalmente la pornografía o

Para el clínico

Apoyo continuo: Referir a grupos de apoyo específicos, involucrar a la familia/pareja en la terapia y planificar prevención de recaídas (p. ej., señales de alerta).

Lagunas y futuras direcciones: En general, los datos directos son limitados. Faltan estudios poblacionales que cuantifiquen la comorbilidad exacta CUD–CSBD, y ensayos que prueben intervenciones integradas frente a tratamientos aislados. Es necesario investigar si la abstinencia simultánea mejora resultados (p. ej., mejor abstinencia al controlar el CSBD) o si la reducción de uno reduce el craving del otro. También se requieren biomarcadores objetivos (imágenes cerebrales, genéticos) que expliquen la interacción neurobiológica.

En conclusión, la confluencia de adicción a la cocaína y conducta sexual compulsiva se basa en mecanismos neurobiológicos comunes (dopamina, refuerzo), coexiste con frecuencia clínica y complica la recuperación si no se aborda conjuntamente. El abordaje clínico debe ser **global**: diagnóstico dual, terapia multimodal y prevención activa del “cross-craving”. En ausencia de evidencia definitiva, las estrategias recomendadas siguen modelos de práctica clínica de adicciones y tratamientos de CSBD basados en consenso, siempre adaptadas a cada paciente.

Para el paciente

aplicaciones sexuales.

Hábitos de bienestar: mantener rutinas de sueño, ejercicio y alimentación sana para estabilizar el estado de ánimo y la dopamina natural (e.g., pasear al sol).