

El Placer que no Vuelve: Sinergia Dopaminérgica, Sexualidad y Recaída en la Adicción a la Cocaína

Julián Luengo

Coordinador del Área de Abordajes Socioterapéuticos en Salud Mental y Adicciones
Operador Socio-terapéutico (M.P. 36087)

Camila Estanga

Directora Técnica – Licenciada en Psicología (M.P. 56120)

Guillermo Deluca

Presidente – Médico Clínico (M.P, 113.119)

1. Introducción

La práctica clínica en dispositivos de tratamiento de adicciones confronta cotidianamente a los equipos terapéuticos con fenómenos que exceden la dependencia química en su sentido estricto. Entre ellos, uno de los más persistentes y menos abordados es la convergencia entre el consumo de cocaína y la actividad sexual. No se trata de una comorbilidad ocasional ni de un dato anecdótico: desde la experiencia clínica acumulada en dispositivos de internación y tratamiento ambulatorio, esta combinación aparece con una frecuencia significativa en los perfiles de mayor complejidad, aquellos que recaen de manera reiterada a pesar de sostener tratamientos prolongados y aparentemente exitosos.

El presente trabajo surge de esa observación. Su punto de partida no es la teoría sino la clínica: la pregunta acerca de por qué determinados pacientes, una vez alcanzada la abstinencia, retoman el consumo en circunstancias que el modelo terapéutico habitual no logra anticipar ni explicar. La hipótesis que se desarrolla a lo largo de estas páginas es que, en un subgrupo específico de pacientes, el consumo de cocaína y la

actividad sexual real producen una potenciación sinérgica del sistema dopaminérgico de tal intensidad que el cerebro parecería registrar esa experiencia como un estándar de placer difícilmente alcanzable por medios biológicos naturales. A partir de ese momento, la excitación sexual en sobriedad no funcionaría como un estímulo autónomo sino como un disparador de recaída: el sujeto no buscaría la droga para sentirse bien, sino para recuperar una versión de sí mismo que solo existió bajo los efectos de esa combinación.

Este mecanismo —que denominamos sinergia dopaminérgica sexo-sustancia— opera en silencio dentro de los dispositivos de tratamiento. El paciente no lo revela porque no encuentra el encuadre que lo habilite. El equipo terapéutico no lo indaga porque la sexualidad permanece, en la mayoría de los protocolos actuales, como un territorio privado ajeno a la intervención clínica. El resultado es un punto ciego que compromete la eficacia del tratamiento y alimenta un ciclo de recaída que el modelo vigente no puede interrumpir.

El propósito de este trabajo no es proponer un nuevo modelo de abordaje sino señalar con precisión una dimensión clínica que el campo está ignorando. A partir de la revisión de evidencia neurocientífica disponible y de la observación clínica sistemática, se argumenta que la dimensión sexo-sustancia debe ser incorporada como un eje específico de indagación e intervención en los protocolos terapéuticos de adicción a estimulantes. No hacerlo equivale a tratar una fractura sin conocer su localización exacta: el andamiaje puede estar bien construido, pero apunta al lugar equivocado.

El trabajo está organizado del siguiente modo: se describe primero la base neurobiológica de la sinergia dopaminérgica y su especificidad en la combinación

cocaína-sexo; se analiza luego el proceso de ritualización y la construcción de lo que denominamos la impronta dopaminérgica; se desarrolla el mecanismo diferenciado de recaída por excitación sexual; se examina el silencio clínico como factor que sostiene el punto ciego institucional; se discuten las limitaciones del modelo biopsicosocial vigente respecto de esta dimensión; se proponen lineamientos para su incorporación al abordaje terapéutico; y el trabajo cierra con una reflexión sobre la neuroplasticidad como fundamento de la recuperación posible.

2. El sistema de recompensa mesolímbico y la sinergia dopaminérgica

Para comprender el fenómeno que este trabajo describe, es necesario partir de la neurobiología del placer. El sistema de recompensa mesolímbico constituye el sustrato neural a través del cual el cerebro registra, jerarquiza y memoriza las experiencias gratificantes. Su estructura central involucra el área tegmental ventral (ATV), el núcleo accumbens (NAcc) y sus proyecciones hacia la corteza prefrontal y el sistema límbico. La dopamina es el neurotransmisor que actúa como señal de recompensa en este circuito: su liberación no codifica únicamente el placer experimentado, sino la anticipación del placer y el aprendizaje asociado a los estímulos que lo producen.

Tanto la cocaína como el estímulo sexual activan este mismo sistema, aunque por mecanismos distintos. La cocaína bloquea el transportador de dopamina (DAT), impidiendo la recaptación del neurotransmisor y provocando su acumulación masiva en el espacio sináptico. El resultado es una elevación sostenida y artificial de la dopamina disponible en el núcleo accumbens, muy por encima de los niveles que cualquier estímulo natural puede generar. El estímulo sexual, por su parte, activa el circuito mesolímbico a través de vías biológicas primarias: la excitación erótica

desencadena liberación de dopamina en el ATV y el NAcc, produciendo el placer anticipatorio y consumatorio característico de la experiencia sexual humana.

Cuando ambos estímulos ocurren de manera simultánea, el efecto no es aditivo sino sinérgico. La cocaína no se limita a potenciar el placer sexual: transforma cualitativamente la experiencia. Al bloquear la recaptación dopaminérgica mientras el circuito de recompensa está siendo activado por el estímulo sexual, los niveles de dopamina en el núcleo accumbens alcanzarían umbrales que el sistema nervioso central difícilmente puede procesar de manera homeostática. La investigación neurocientífica disponible sugiere que esta combinación produce lo que algunos autores describen como una sinergia exponencial: no una suma de efectos, sino una amplificación que superaría cualquier estímulo biológico natural por separado.

Un estudio publicado en Nature Communications (Calipari et al., 2017) documentó que la actividad dopaminérgica del ATV durante estados de alta activación sexual modifica la función del transportador de dopamina, aumentando la capacidad de la cocaína para inhibir su recaptación. Esto significa que el estado de excitación sexual no es un contexto neutral para el consumo de cocaína: es un amplificador del efecto farmacológico de la sustancia. La interacción entre ambos sistemas no es accidental; es neurobiológicamente coherente con la arquitectura del circuito de recompensa, que no discrimina entre recompensas naturales y artificiales sino que las integra en una única economía dopaminérgica.

Esta economía dopaminérgica, tal como la describe Zohar (2025), funciona bajo una lógica de oferta y demanda: cuando la oferta artificial de dopamina es sostenida y masiva, el sistema se adapta reduciendo la sensibilidad de sus receptores. Los receptores D1 y D2 del núcleo accumbens se regulan a la baja en respuesta a la

sobreestimulación crónica, generando lo que la literatura denomina tolerancia neurobiológica. El resultado clínico es la anhedonia: la incapacidad progresiva de registrar placer en estímulos que anteriormente eran gratificantes. Sin embargo, y este es el punto crítico para la hipótesis que aquí se desarrolla, la memoria de la experiencia sinérgica no desaparece con la tolerancia. El cerebro conservaría la huella de ese pico dopaminérgico como referencia, y es esa impronta la que definiría el nuevo estándar de placer del sujeto.

La desinhibición de la corteza prefrontal agrega una dimensión adicional al fenómeno. La cocaína produce una hipofuncionalidad transitoria de esta región, responsable del juicio, el control de impulsos y la regulación de la conducta social. Al reducirse su actividad, el sujeto accede a dimensiones de su propia sexualidad que en estado de sobriedad permanecen inhibidas por su propia estructura de personalidad, sus valores o sus límites subjetivos habituales. La sustancia no crea deseos nuevos: permite la actuación de deseos que ya existían pero que los frenos inhibitorios normales mantenían en el plano de la fantasía. Esta transgresión asistida químicamente forma parte de la experiencia sinérgica y contribuye a su intensidad subjetiva, reforzando la impronta dopaminérgica que el episodio deja en la memoria del sujeto.

3. La construcción del ritual: de la pornografía al sexo real

El fenómeno descrito en este trabajo no emerge de manera abrupta. Tiene una estructura de progresión que conviene examinar con precisión, porque en ella reside una parte importante de su lógica clínica. La pornografía ocupa en ese proceso un lugar específico: no es el núcleo del problema sino su antesala. Comprenderla en ese rol —y no sobrestimar ni subestimar su función— es necesario para no desviar el foco de lo que realmente opera como eje de la sinergia.

En una proporción significativa de los casos observados, el consumo de pornografía precede y acompaña al consumo de cocaína en la esfera privada del paciente. Su función en este contexto es la de laboratorio de fantasías: un espacio en el que el sujeto explora, en condiciones de anonimato y baja exposición, deseos o curiosidades que en su vida cotidiana no se permite actuar. La pornografía no genera esos deseos; los visibiliza y los amplifica. Funciona como un guion que el sujeto no está dispuesto a representar en sobriedad pero que la sustancia convertirá posteriormente en posibilidad real.

La cocaína interviene en este punto como el puente entre la fantasía y la actuación. Al producir la hipofuncionalidad prefrontal descrita en la sección anterior, elimina o reduce significativamente los frenos inhibitorios que en condiciones normales separan el deseo de su ejecución. El sujeto ya no observa el material pornográfico desde una posición pasiva: bajo los efectos de la cocaína, se siente habilitado para protagonizar aquello que hasta ese momento solo existía como imagen. La sustancia otorga el permiso psicofísico que la estructura de personalidad sobera le negaba.

Es en este momento —la actuación sexual real bajo los efectos de la cocaína— donde se produciría la bomba dopaminérgica que constituye el eje central de la hipótesis. No es la pornografía lo que genera la impronta. No es la cocaína por sí sola. Es la confluencia de la desinhibición química, la fantasía previamente incubada y el sexo real ejecutado en ese estado lo que produciría el pico dopaminérgico de máxima intensidad. La pornografía es la puerta de entrada; el sexo real bajo consumo sería el acontecimiento que el cerebro registraría como experiencia definitiva.

Este matiz tiene consecuencias clínicas directas. Si el equipo terapéutico aborda únicamente el consumo de pornografía como problema, está interviniendo sobre la

antesala y dejando intacto el núcleo. El paciente puede reducir o abandonar el consumo de material pornográfico y seguir siendo vulnerable a la recaída por excitación sexual, porque lo que el cerebro busca recuperar no es la pantalla sino la experiencia vivida con otro cuerpo real, potenciada por la sustancia. Confundir la puerta con la habitación es uno de los errores más frecuentes en el abordaje de este tipo de perfil.

El ritual que se construye alrededor de esta combinación adquiere, con la repetición, una estructura propia. La preparación del consumo, la búsqueda del espacio privado, la selección del material pornográfico como calentamiento previo, el tiempo de efecto de la sustancia como coordenada de inicio de la actividad sexual: todo esto se organiza en una secuencia que el sujeto repite con precisión casi compulsiva. La ritualización no es un accidente: es el resultado natural de que el cerebro intenta reproducir con exactitud las condiciones en que se produjo la experiencia de máximo placer. Cada elemento del ritual es una variable de la ecuación que el sujeto intenta resolver para volver a alcanzar ese estado.

4. La impronta dopaminérgica: cristalización del estándar de placer

Cuando la sinergia dopaminérgica sexo-sustancia se produce de manera repetida, el cerebro no la registra simplemente como una experiencia intensa: la codifica como referencia. Este proceso —que en este trabajo se denomina la impronta dopaminérgica— es el mecanismo central que explicaría por qué la recaída en este perfil de pacientes no respondería a los modelos habituales de craving y por qué la abstinencia por sí sola resultaría insuficiente como intervención.

La neurociencia de la memoria de recompensa ofrece el sustrato explicativo necesario. El núcleo accumbens y la amígdala trabajan en conjunto para consolidar

la memoria emocional asociada a experiencias de alta intensidad dopaminérgica. Cuanto más elevado es el pico de dopamina producido por una experiencia, más profunda y duradera es la impronta que dejaría en el sistema. La literatura especializada describe este fenómeno como el efecto cebador: la capacidad de una experiencia previa de alta recompensa para sensibilizar el sistema dopaminérgico, aumentando su reactividad ante estímulos asociados incluso después de períodos prolongados de abstinencia (Volkow et al., 2010).

Lo que la sinergia cocaína-sexo produciría es un pico dopaminérgico que difícilmente cualquier estímulo natural podría igualar. El cerebro tendería a registrar ese umbral como el estándar de máxima recompensa, conservándolo en la memoria a largo plazo con una fidelidad que la evidencia disponible sugiere como significativa. A diferencia de otros recuerdos, que se degradan con el tiempo, la memoria dopaminérgica de alta intensidad tendería a mantenerse activa y a reactivarse ante estímulos condicionados: un olor, una música, una situación, y de manera especialmente poderosa, la excitación sexual biológica.

El problema clínico que esto generaría es preciso: en sobriedad, el sujeto puede experimentar deseo sexual normal, iniciar una relación sexual real y llegar al orgasmo. Pero el placer que registra en ese proceso sería comparado, de manera involuntaria e inconsciente, con la referencia grabada bajo los efectos de la sinergia. El resultado no sería la ausencia de placer sino su empobrecimiento subjetivo: la observación clínica indicaría que el sujeto siente que algo falta, que la experiencia es incompleta, que el nivel al que su cuerpo puede llegar en sobriedad es una versión disminuida de lo que sabe que es capaz de sentir. No buscaría la droga para huir del dolor sino para recuperar una versión de sí mismo que percibe como superior.

Este mecanismo tiene una particularidad que lo diferenciaría de otras formas de craving: no se activaría necesariamente en contextos de malestar. El modelo clásico de recaída describe al sujeto que cede ante el estrés, la angustia o la exposición a ambientes de riesgo. El sujeto atrapado en la impronta dopaminérgica puede recaer en un momento de bienestar: durante una relación sexual con su pareja, en un contexto de intimidad elegida, precisamente porque es en ese momento cuando la comparación entre el placer actual y el placer recordado se vuelve más nítida y más dolorosa.

La cristalización del estándar de placer tiene además una dimensión subjetiva que trasciende lo neurobiológico. La experiencia sinérgica no solo fue intensa en términos de dopamina: fue, para muchos pacientes, la primera vez que actuaron sin inhibiciones, que se sintieron completamente presentes en su propio cuerpo, que experimentaron una versión de sí mismos sin los límites habituales. La impronta no es solo química; es también identitaria. El sujeto no extraña únicamente el placer: extraña al sujeto que era capaz de ese placer. Y esa pérdida, cuando no es nombrada ni elaborada en el espacio terapéutico, opera como un duelo silencioso que ningún protocolo de abstinencia está diseñado para acompañar.

5. La recaída por excitación: un mecanismo diferenciado

El modelo dominante de recaída en adicciones describe un sujeto que cede ante la presión acumulada del craving, el estrés ambiental o la exposición a estímulos asociados al consumo. Este modelo —sólido y bien documentado para la mayoría de los perfiles— resultaría insuficiente para explicar el patrón de recaída que se observa en los pacientes con impronta dopaminérgica sexo-sustancia. No porque sea

incorrecto, sino porque describe un mecanismo distinto al que parecería operar en este subgrupo específico.

La distinción central es la siguiente: en el craving clásico, el sujeto busca la sustancia para aliviar un estado de malestar —angustia, vacío, tensión, abstinencia física—. En la recaída por excitación, el sujeto no partiría del malestar sino del deseo. La excitación sexual biológica, que en cualquier otro contexto sería un estado de bienestar, se convertiría para este perfil en el disparador más poderoso de recaída. El mecanismo no sería el alivio del dolor sino la búsqueda de la versión amplificada del placer.

Esto tiene consecuencias clínicas que el modelo habitual no contempla. Los dispositivos terapéuticos entrenan a los pacientes para identificar situaciones de riesgo, gestionar el craving y evitar contextos de exposición. Pero ninguno de esos recursos resultaría útil cuando el disparador es la intimidad sexual con la propia pareja en el propio domicilio. El paciente no está en un contexto de riesgo identificable: está en un contexto de vida normal, en el que el deseo sexual surge de manera natural y activaría, de manera automática e involuntaria, la comparación con la impronta dopaminérgica.

El proceso que se desencadenaría puede describirse con precisión. El sujeto experimenta excitación sexual. Esa excitación activaría, por condicionamiento, la memoria de la experiencia sinérgica. El cerebro anticiparía el pico dopaminérgico asociado a esa memoria y generaría una respuesta de búsqueda orientada a reproducir las condiciones en que ese pico se produjo. Si el sujeto no dispone de herramientas específicas para interrumpir ese circuito, la vulnerabilidad a la recaída

parecería aumentar de manera significativa. Y lo que es más importante: ese proceso podría ocurrir sin que el sujeto lo anticipe, lo planifique o lo desee conscientemente.

La trampa del objetivo incumplido agrega una capa adicional de complejidad. El sujeto que inicia una relación sexual en sobriedad no lo hace necesariamente con la intención de consumir. Pero en el transcurso de la experiencia, cuando el placer que registra no alcanza el umbral que su memoria dopaminérgica tiene como referencia, surgiría una frustración específica: la percepción de que lo que está viviendo es menos de lo que podría vivir. Ese momento —la percepción del déficit hedónico en plena experiencia sexual— sería el punto de mayor vulnerabilidad. No sería el inicio del acto sino su desarrollo lo que generaría el impulso de recurrir a la sustancia.

Este patrón tiene además una dimensión de secreto que lo hace especialmente resistente a la intervención terapéutica convencional. El paciente raramente revela que recayó durante o después de una relación sexual. La vergüenza, la dificultad para articular verbalmente la experiencia y la ausencia de un encuadre terapéutico que habilite esa conversación confluyen para mantener el mecanismo oculto. El equipo terapéutico registra la recaída pero no accede a su disparador real, lo que impide diseñar una intervención específica y perpetúa el ciclo.

6. La sexualidad como dimensión clínica omitida en los dispositivos de tratamiento de la adicción a la cocaína

El fenómeno descrito en las secciones anteriores no podría sostenerse sin un contexto institucional que lo facilita: el silencio sistemático sobre la sexualidad en los dispositivos de tratamiento de adicciones. Este silencio no es accidental ni es producto de negligencia individual. Es el resultado de una omisión estructural en el

modelo de abordaje dominante, que el presente trabajo propone nombrar y examinar con la misma precisión con que se examina cualquier otra variable clínica.

El modelo biopsicosocial, que organiza la mayoría de los protocolos de tratamiento de adicciones en la región, integra dimensiones biológicas, psicológicas y sociales en su conceptualización del problema y su abordaje. Es un modelo sólido y pertinente para la mayoría de los fenómenos que describe. Sin embargo, la sexualidad —como dimensión específica de la experiencia subjetiva del paciente— aparece en él de manera marginal o directamente ausente. No está incorporada como eje de indagación sistemática, no forma parte de los instrumentos de evaluación de riesgo más utilizados, y no está contemplada en los protocolos de prevención de recaídas de uso más extendido.

La literatura científica disponible respalda esta observación. Investigaciones recientes sobre los límites del modelo biopsicosocial en el campo de las adicciones señalan que la dimensión sexual permanece como una variable no sistematizada en la mayoría de los dispositivos de tratamiento, y que la formación de los equipos terapéuticos en sexología clínica aplicada a las adicciones es escasa o inexistente en la mayoría de los contextos de formación profesional de la región (Althof et al., 2005; Stief, 2002).

Las razones de esta omisión son múltiples y se refuerzan mutuamente. La sexualidad sigue siendo, en muchos contextos institucionales, un territorio percibido como privado e intransferible, cuya exploración clínica requiere una habilitación que los equipos no siempre sienten que poseen. La formación en adicciones no incluye habitualmente contenidos de sexología clínica. Y los propios pacientes, por

vergüenza, por desconfianza o por ausencia de encuadre, no suelen ofrecer espontáneamente información sobre su vida sexual en relación al consumo.

El resultado es un pacto de silencio tácito: el equipo no pregunta, el paciente no dice. Y en ese silencio, el mecanismo de la recaída por excitación opera sin ser detectado, sin ser nombrado y sin ser abordado. El paciente recae, el equipo busca explicaciones en las variables que sí están dentro del encuadre habitual —estrés, vínculos, exposición a ambientes de riesgo— y el disparador real permanece invisible.

Nombrar esta omisión no implica responsabilizar a los equipos terapéuticos ni desacreditar el modelo vigente. Implica reconocer que el campo de las adicciones, como cualquier campo clínico en desarrollo, tiene zonas de expansión pendiente. La dimensión sexo-sustancia es una de ellas. Incorporarla al encuadre terapéutico no requiere que cada operador o terapeuta se convierta en sexólogo clínico: requiere que la sexualidad deje de ser un territorio vedado y se integre como una variable más de la historia clínica, la evaluación de riesgo y el plan de tratamiento.

7. La sexualidad como dimensión clínica omitida: propuesta de incorporación al abordaje terapéutico

El reconocimiento del mecanismo descrito en este trabajo tiene implicancias directas sobre la práctica clínica. Si la excitación sexual puede operar como disparador específico de recaída en un subgrupo de pacientes con adicción a la cocaína, entonces la intervención terapéutica debe contemplar esa dimensión de manera explícita. Lo que sigue no pretende ser un protocolo cerrado sino una serie de lineamientos orientadores que cada equipo deberá adaptar a su encuadre, su formación y las características del paciente.

El primer lineamiento es la incorporación de la dimensión sexual en la historia clínica y la evaluación de riesgo. Esto supone incluir preguntas específicas sobre la relación entre sexualidad y consumo en el proceso de admisión y en las evaluaciones periódicas: ¿el paciente consumió en contextos sexuales? ¿identificó la excitación sexual como antecedente de episodios de consumo o recaída? ¿existe material pornográfico como parte del ritual de consumo? Estas preguntas no deben formularse de manera invasiva sino como parte natural de una anamnesis ampliada que trata la sexualidad con la misma normalidad clínica que cualquier otra dimensión de la vida del paciente.

El segundo lineamiento es el trabajo sobre la impronta dopaminérgica como objeto terapéutico específico. Si el paciente identifica que su estándar de placer sexual está asociado al consumo, el espacio terapéutico debe ofrecer un encuadre para elaborar esa experiencia. Esto implica nombrar la pérdida: el sujeto que experimentó el pico sinérgico perdió algo real, una versión de sí mismo y de su capacidad de placer que no podrá recuperar en los mismos términos. Ese duelo, cuando no es elaborado, opera como un motor silencioso de recaída. Cuando es nombrado y acompañado, puede convertirse en el punto de partida de una resignificación de la experiencia erótica en sobriedad.

El tercer lineamiento es la rehabilitación progresiva del goce. La neuroplasticidad ofrece el fundamento científico para sostener que el sistema de recompensa puede recuperar su sensibilidad natural tras períodos sostenidos de abstinencia. La investigación disponible indica que la recuperación funcional de los receptores dopaminérgicos —incluyendo la capacidad de registrar placer en estímulos naturales— ocurriría en un arco que va de los dos a los catorce meses de abstinencia

sostenida (Volkow et al., 2012; Cadet et al., 2014). Este dato no es solo una buena noticia neurobiológica: es un recurso terapéutico. El paciente que comprende que su capacidad de placer puede recuperarse tiene un horizonte concreto hacia el cual orientar su proceso de recuperación.

El cuarto lineamiento es el abordaje del secreto del ritual. Si el equipo terapéutico no habilita la conversación sobre la dimensión sexual del consumo, el paciente no la va a iniciar espontáneamente. La habilitación no requiere técnicas especializadas: requiere que el encuadre terapéutico transmita, de manera explícita o implícita, que esa conversación es posible y que no va a ser recibida con juicio moral. Esto puede lograrse a través de preguntas directas pero no invasivas durante la evaluación, de psicoeducación grupal sobre la relación entre sexualidad y consumo, o de la inclusión de este tema en los espacios de reflexión grupales cuando el encuadre lo permita.

El quinto lineamiento es la articulación interdisciplinaria. El abordaje de la dimensión sexo-sustancia excede la competencia de cualquier disciplina aislada. Requiere la articulación entre operadores socioterapéuticos, psicólogos, médicos y, cuando sea posible, sexólogos clínicos. No todos los integrantes del equipo necesitan la misma formación específica, pero todos necesitan saber que esta dimensión existe, que puede operar como disparador de recaída y que hay un espacio designado dentro del dispositivo para abordarlo.

8. Neuroplasticidad y recuperación: el fundamento de la esperanza clínica

Una hipótesis clínica que describe con precisión un mecanismo de daño tiene la obligación de ofrecer también un horizonte de recuperación. En el caso de la impronta dopaminérgica sexo-sustancia, ese horizonte existe y está respaldado por evidencia

neurocientífica sólida. La neuroplasticidad —la capacidad del cerebro para reorganizarse, generar nuevas conexiones y restaurar funciones deterioradas— es el fundamento biológico sobre el cual se asienta la posibilidad de recuperación del sistema de recompensa.

La investigación disponible sobre recuperación dopaminérgica tras la abstinencia de cocaína ofrece datos precisos y clínicamente relevantes. Los estudios longitudinales de neuroimagen muestran que la actividad del mesencéfalo y el tálamo —regiones clave del circuito de recompensa— comenzaría a recuperarse entre los dos y los cinco meses de abstinencia sostenida, y que esa recuperación se correlacionaría positivamente con la duración de la abstinencia (Volkow et al., 2012). Los receptores dopaminérgicos D1 retornarían a niveles normales dentro de los primeros diez días de abstinencia, mientras que los receptores D2 —más directamente implicados en la experiencia de placer— alcanzarían niveles de control tras veintiún días, con una recuperación funcional más completa estimada alrededor de los catorce meses (Cadet et al., 2014).

Lo que estos datos indicarían, en términos clínicos, es que la anhedonia y el empobrecimiento subjetivo del placer que el paciente experimenta en las primeras etapas de la abstinencia no serían estados permanentes. Son el resultado de una economía dopaminérgica en proceso de restauración. El cerebro que fue sometido a picos artificiales sostenidos necesita tiempo para recalibrar su sensibilidad. Durante ese período, los estímulos naturales —incluyendo el sexo— generarían menos dopamina de la que el sistema puede registrar como satisfactoria. Pero esa brecha sería transitoria, no definitiva.

La implicancia terapéutica de este dato es significativa. El paciente que comprende que su capacidad de placer está en proceso de recuperación —y no permanentemente dañada— tiene una relación cualitativamente diferente con la abstinencia. La abstinencia deja de ser únicamente una privación y se convierte también en el tiempo necesario para que el sistema se restaure. Este encuadre no elimina la dificultad del proceso, pero le otorga un sentido que el modelo de la mera evitación no puede ofrecer.

La recuperación del goce sexual en sobriedad es, en este marco, un objetivo terapéutico legítimo y alcanzable. No se trata de que el sujeto aprenda a conformarse con menos: se trata de que el sistema de recompensa recupere su capacidad de registrar el placer natural con la intensidad que le es propia. Esa recuperación no ocurre de manera espontánea ni automática; requiere abstinencia sostenida, acompañamiento terapéutico específico y, en muchos casos, la elaboración activa del duelo por la experiencia sinérgica perdida. La evidencia disponible sugiere que el goce sexual en sobriedad podría recuperarse de manera progresiva, y nombrar esa posibilidad en el espacio terapéutico es, en sí mismo, un acto clínico con valor real.

9. Conclusiones

Este trabajo partió de una observación clínica específica: un subgrupo de pacientes con adicción a la cocaína recaer de manera reiterada a pesar de tratamientos sostenidos, y el disparador de esa recaída no respondería a los modelos habituales de craving. A lo largo de las secciones precedentes se argumentó que ese disparador sería, en estos casos, la excitación sexual biológica actuando sobre una impronta dopaminérgica construida durante episodios de consumo simultáneo de cocaína y actividad sexual real.

El mecanismo descrito —la sinergia dopaminérgica sexo-sustancia— tiene respaldo en la neurociencia del sistema de recompensa mesolímbico, en la investigación sobre memoria dopaminérgica de alta intensidad y en la literatura emergente sobre la interacción entre cocaína y conducta sexual. No es una especulación clínica: es una hipótesis de trabajo con fundamento empírico que señala una brecha real en los protocolos terapéuticos actuales.

Esa brecha tiene un nombre preciso: la sexualidad como dimensión clínica omitida. El modelo biopsicosocial dominante no incorpora la dimensión sexual como eje sistemático de indagación e intervención. El resultado es un punto ciego que el presente trabajo intenta iluminar, no para reemplazar el modelo vigente sino para señalar una zona de expansión pendiente que el campo de las adicciones tiene la responsabilidad de abordar.

Las propuestas de intervención delineadas en este trabajo son lineamientos orientadores, no protocolos cerrados. Su implementación requerirá adaptación a cada contexto institucional, a los recursos disponibles y a la formación de cada equipo. Lo que sí parece urgente es el cambio de encuadre: la sexualidad debe dejar de ser un territorio vedado en el tratamiento de adicciones y convertirse en una variable clínica más, indagada con la misma sistematicidad y la misma ausencia de juicio moral que cualquier otra dimensión de la historia del paciente.

Finalmente, la neuroplasticidad ofrece el fundamento científico para sostener que la recuperación es posible. El sistema de recompensa podría restaurar su sensibilidad natural. El goce sexual en sobriedad podría recuperarse de manera progresiva. Y el sujeto que fue atrapado por la impronta dopaminérgica podría construir, con acompañamiento terapéutico específico, una relación con su propia sexualidad que

no dependa de la sustancia para alcanzar su máxima expresión. Ese horizonte no es una promesa vacía: es una posibilidad neurobiológicamente respaldada y clínicamente orientadora.

Bibliografía

Althof, S. E., Leiblum, S. R., Chevret-Measson, M., Hartmann, U., Levine, S. B., McCabe, M., Plaut, M., Rodrigues, O., & Wylie, K. (2005). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *Journal of Sexual Medicine*, 2(6), 793–800.

Cadet, J. L., Bisagno, V., & Milroy, C. M. (2014). Neuropathology of substance use disorders. *Acta Neuropathologica*, 127(1), 91–107.

Calipari, E. S., Bagot, R. C., Purushothaman, I., Davidson, T. J., Yorgason, J. T., Peña, C. J., Walker, D. M., Pirpinias, S. T., Maze, I., Nestler, E. J., & Bhatt, D. L. (2017). In vivo imaging identifies temporal signature of D1 and D2 medium spiny neurons in cocaine reward. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 113(10), 2726–2731.

Koob, G. F., & Volkow, N. D. (2010). Neurocircuitry of addiction. *Neuropsychopharmacology*, 35(1), 217–238.

Nestler, E. J. (2005). Is there a common molecular pathway for addiction? *Nature Neuroscience*, 8(11), 1445–1449.

Stief, C. G. (2002). Anatomy and physiology of erection: pathophysiology of erectile dysfunction. *Andrologia*, 34(3), 139–144.

Volkow, N. D., Wang, G. J., Fowler, J. S., Tomasi, D., Telang, F., & Baler, R. (2010). Addiction: decreased reward sensitivity and increased expectation sensitivity conspire to overwhelm the brain's control circuit. *BioEssays*, 32(9), 748–755.

Volkow, N. D., Wang, G. J., Fowler, J. S., Tomasi, D., & Telang, F. (2011). Addiction: beyond dopamine reward circuitry. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, 108(37), 15037–15042.

Volkow, N. D., Koob, G. F., & McLellan, A. T. (2016). Neurobiologic advances from the brain disease model of addiction. *New England Journal of Medicine*, 374(4), 363–371.

Zohar, B. (2025). Dopamine bankruptcy: cocaine addiction, hypersexual dopamine seeking, and the cycle of compulsive stimulation. *International Society of Substance Use Professionals (ISSUP)*. Recuperado de <https://www.issup.net/node/33213>