

ESTRÉS

El gran enemigo del deseo sexual



Dr. Santiago Cedrés

Ex Prof. Adj. Medicina Interna
Sexólogo clínico – Terapeuta Sexual
Vicepresidente de la Sociedad Uruguaya de Sexología
santiagocedres@yahoo.com

El estrés es uno de los principales responsables de la disminución del deseo sexual tanto en hombres como en mujeres. Actúa influyendo en la satisfacción de las relaciones sexuales, ya que para conectarse con el placer es necesario tomar contacto con la experiencia y bajo la influencia del estrés, el cuerpo se prepara para huir y no para permanecer

El deseo sexual es un aspecto de la sexualidad humana que ha recibido múltiples miradas del mundo científico y aún sigue siendo motivo de investigaciones. Se lo consideró luego de varios años de ser desestimado dentro de la respuesta sexual, lo cual podría deberse a la falta de rasgos fisiológicos evidenciables. La respuesta sexual humana ha sufrido críticas y modificaciones constantes desde sus primeros estudios. En 1966 Masters y Johnson plantearon la existencia de cuatro fases que se sucedían unas a otras, donde el deseo no figuraba: excitación, meseta, orgasmo y resolución. Años más tarde (1979) Kaplan incorpora el deseo, ocupando un lugar previo a dos fases más: fase vasocongestiva (que incluía excitación y meseta) y fase motora (equivalente al orgasmo de Masters y Johnson). Estudios más recientes (Basson 2001) plantean un gran cambio a sus precedentes, pasando de una sexualidad lineal a una circular; donde el deseo no es descripto de forma aislada de las fases evidenciables de la respuesta sexual, sino estando presente a lo largo de toda la respuesta. A su vez, el deseo está atravesado por varios factores que lo determinan: elementos biológicos y psicológicos de la persona, lo que sucede a nivel de la relación de pareja y los factores culturales. Algunos estudios

recientes al respecto evidencian que el deseo es conceptualizado de forma diferente según la persona, para algunos es una experiencia física y no genital, para otros solo una experiencia genital, mientras que para otros una experiencia cognitiva y emocional. De esta forma vemos cómo el deseo contempla aspectos variados, lo que justifica su complejidad a la hora de estudiarlo y tratarlo.

El estrés

El estrés es uno de los principales responsables de la disminución del deseo sexual tanto en hombres como en mujeres. Actúa afectando el sistema de regulación hormonal, descendiendo los niveles de testosterona, hormona con gran influencia en el deseo. A su vez, el estrés aumenta el nivel de cortisol en sangre, hormona que reprime la mayoría de las funciones orgánicas, incluyendo la función sexual y reproductiva. El estrés favorece la apatía e inhibe la vida sexual. Actúa influyendo en la satisfacción de las relaciones sexuales, ya que para conectarse con el placer es necesario tomar contacto con la experiencia y bajo la influencia del estrés, el cuerpo se prepara para huir y no para permanecer.

El término *estrés* viene del inglés *stress* que significa fatiga. Dicha fatiga se origina como resultado de la interacción entre las características de la persona y las demandas del medio. Supone una respuesta automática del organismo ante cualquier cambio externo o interno interpretado como excesivo a las capacidades adaptativas. Dicha respuesta de estrés tiene la finalidad de hacer frente a las nuevas demandas de la situación a través de cambios biológicos y psicológicos, las cuales pueden ser causantes de enfermedad.

Según Bruce McEwen (2000): "El estrés puede ser definido como una amenaza real o supuesta a la integridad fisiológica o psicológica de un individuo que resulta en una respuesta fisiológica y/o conduc-

cualquier tipo de estímulo, positivo o negativo, que actúa generando un desequilibrio en el organismo, alterando la homeostasis. El organismo reacciona de forma de compensar el desequilibrio generado por el factor estresante mediante la respuesta del estrés. Algunos ejemplos de estresores podrían ser: un cambio de empleo, o un cambio dentro del mismo empleo, el nacimiento de un hijo, una separación, un viaje, una mudanza, etc. Tales situaciones contienen algunos de los siguientes aspectos que actúan desencadenando el estrés: conducen a procesar información rápidamente, estímulos dañinos, percepciones de amenaza, alteraciones de las funciones fisiológicas, aislamiento, bloqueo de nuestros intereses, presión grupal, frustración.



tual. En medicina, el estrés es referido como una situación en la cual los niveles de glucocorticoides y catecolaminas en circulación se elevan".

La definición de estrés involucra tres elementos: las *demandas* de la situación ambiental (agentes estresantes), la *persona* sobre la que influyen tales situaciones que la superan, y las respuestas del individuo al estrés (tanto emocionales como biológicas). Esto evidencia que más allá de las situaciones catalogadas como estresantes, o favorecedoras de la respuesta de estrés, el mismo se desencadenará dependiendo de cómo sea procesado el evento por el sujeto.

Para Chrousos y Gold (1992) "se puede definir al estrés como un estado de falta de armonía o una amenaza a la homeostasis. Así, una perturbación en la homeostasis resulta en una cascada de respuestas fisiológicas y comportamentales a fin de restaurar el balance homeostático ideal". La homeostasis se define como "Las reacciones fisiológicas coordinadas que mantienen en equilibrio la mayoría de los estados en el cuerpo" (Cannon, W.).

Aquello que causa el estrés toma el nombre de estresor o factor estresante. Un estresor puede ser

Cuando el organismo interpreta los cambios como amenaza para su homeostasis, reacciona con una respuesta de estrés. Cuando la demanda es excesiva en relación con los recursos de afrontamiento que el individuo posee, desarrollará una serie de reacciones adaptativas, de movilización de recursos, que implican la activación fisiológica. A su vez esta reacción se acompaña de una serie de emociones entre las que se destacan la ansiedad, la ira y la depresión.

Dentro de los síntomas más frecuentes podemos encontrar: dolor de cabeza, insomnio, diarrea o estreñimiento, fatiga, ansiedad, depresión, disfunción sexual, trastornos de la atención, presión arterial alta, aumento de la frecuencia cardíaca, dolores musculares y contracturas, alteraciones de la piel. El estrés sostenido actúa desgastando las reservas del organismo hasta producir diversas patologías, cuando este estado es prolongado puede producir enfermedades de carácter más permanente y mayor gravedad.

El proceso de adaptación al estrés abarca tres fases:

Fase de alarma: se suceden cambios para contrarrestar las demandas generadas por el agente estre-

Dentro de los síntomas más frecuentes podemos encontrar: dolor de cabeza, insomnio, diarrea o estreñimiento, fatiga, ansiedad, depresión, disfunción sexual, trastornos de la atención, presión arterial alta, aumento de la frecuencia cardíaca, dolores musculares y contracturas, alteraciones de la piel

sante (aumento de la frecuencia cardíaca, cambios en la tensión, etc.).

Fase de adaptación: desaparición de los síntomas, el organismo se está adaptando a los efectos del agente estresante mediante una serie de mecanismos de reacción que permiten hacer frente al mismo.

Fase de agotamiento: disminución de las defensas. Al permanecer en el tiempo el agente estresante, ha superado los mecanismos de reacción del organismo, dando lugar a síntomas semejantes a los de la fase de alarma.

Si bien el estrés tiene una gran asociación nega-

nantes de deseo sexual según el género. Las mujeres prefieren el uso de los sentidos a la hora de activar el deseo y plantean al tacto como el sentido de mayor eficacia para ello, seguidos del olfato y la vista. También es eficaz el recuerdo de experiencias positivas anteriores de deseo sexual, a las que se le suman la importancia del deseo de la pareja como un excelente motivador. (Brotto, Heiman y Tolman, 2009). En cuanto a los hombres, otro estudio muestra la influencia de factores como ser el hecho de sentirse deseado por la pareja, seguido de estímulos visuales en relación a las cualidades físicas de su pareja (caderas, mamas, etc.).



Según el manual de psiquiatría DSM el deseo sexual hipoactivo es la "ausencia o deficiencia de fantasías sexuales y de deseos de actividad sexual. La alteración provoca malestar acusado o dificultades interpersonales

tiva, es importante tener presente que se trata de una conducta natural que nos prepara para poder hacer frente a determinadas demandas. La importancia radica en la cualidad de señal, de indicador, algo del ambiente está superando nuestra capacidad de adaptación al medio. En situaciones de emergencia, los cambios provocados por el estrés son convenientes ya que nos preparan para poner nuestra vida a salvo. En situaciones que no revisten emergencia, el estrés nos indica que existe algo que no estamos haciendo frente de forma adecuada y nos está sobrepasando, lo que hace necesario cambiar la estrategia de afrontamiento mediante acciones más adaptativas y saludables, y sobre todo conscientes.

El deseo sexual

Según el manual de psiquiatría DSM el deseo sexual hipoactivo es la "ausencia o deficiencia de fantasías sexuales y de deseos de actividad sexual (Criterio A). La alteración provoca malestar acusado o dificultades interpersonales (Criterio B)". A su vez, en dicho manual se plantea que la disminución del interés sexual asocia otros problemas como ser dificultades para lograr o mantener un nivel de excitación adecuada para lograr el orgasmo.

Estudios recientes muestran distintos desencade-

Deseo y estrés

Si bien la práctica sexual es una fuente de placer, durante una etapa de estrés puede convertirse en motivo de frustración. En condiciones óptimas actúa estimulando la liberación de endorfinas responsables de la sensación de placer y satisfacción durante el orgasmo, a su vez el orgasmo es el principal relajante muscular natural. Tales aspectos favorables dejan de surtir efecto frente a la presencia del estrés. Un organismo estresado no está preparado para disfrutar de sensaciones ni emociones ya que las consecuencias del estrés lo predisponen para enfrentar amenazas, cerrándose a la disposición de entrega necesaria para conectarse con el placer.

Así como vimos que el deseo es activado de forma diferente en mujeres y varones, el estrés también diferencia por género. En los varones, la baja del deseo sexual lleva muchas veces a inseguridades en relación a su rendimiento y ello en relación a su hombría. A su vez, el miedo y la ansiedad de lo que está sucediendo pueden ocasionar disfunción eréctil o problemas de eyaculación (retardada o rápida). Las mujeres son más propensas a perder el interés sexual. La respuesta sexual femenina es más compleja que la del varón, intervienen múltiples factores que la determinan. Por lo tanto los mandatos sociales tales como la materni-

dad, la doble jornada laboral (fuera y dentro del hogar), la educación recibida, actúan en detrimento de una sexualidad saludable. Nuevos estudios muestran que la complejidad de la sexualidad no sería patrimonio de ningún género, teniendo relación con otros aspectos de la persona.

A nivel hormonal

El hipotálamo libera una hormona LHRH (hormona liberadora de hormona luteinizante) que estimula a la hipófisis a liberar LH (hormona luteinizante) y FSH (hormona folículo estimulante).

En los hombres la LH estimula a los testículos a

también afecta disminuyendo los niveles de progesterona, interrumpiendo la maduración de las paredes uterinas. La liberación de la prolactina interfiere con el accionar de la progesterona, haciendo que el óvulo fecundado (en caso de que haya habido ovulación) no se implante con normalidad en el útero.

Consulta

Frente a la consulta de parte de un/a paciente con bajo deseo sexual a causa de estrés, se procederá a trabajar sobre la toma de conciencia acerca del manejo de las situaciones detectadas como estresantes. El conocimiento del modo de funcionamiento de



liberar testosterona y la FSH estimula la producción de esperma. Bajo la presencia de un estresor dicho sistema se inhibe, se liberan endorfinas y encefalinas (neurotransmisores opioides producidos por el sistema nervioso central), que actúan bloqueando la liberación de LHRH por el hipotálamo. Además, la presencia de los glucocorticoides bloquea la respuesta de los testículos a LH. Como consecuencia, se observa una disminución en los niveles de testosterona. En cuanto a la erección, se produce una deficiencia en la misma ya que el sistema (sistema nervioso parasimpático) se inhibe y se interrumpe la respuesta erectiva.

En las mujeres la FSH estimula la ovulación, LH estimula la síntesis de estrógeno por parte de los ovarios. Las endorfinas y las encefalinas inhiben la liberación de LHRH, la prolactina y los glucocorticoides bloquean la sensibilidad de la hipófisis al LHRH y los glucocorticoides afectan a los ovarios, haciendo que respondan menos a LH. El resultado es una baja en los niveles circulantes de LH y FSH y estrógeno, disminuyendo las posibilidades de que se produzca la ovulación. Esto trae como consecuencia una prolongación de la fase folicular del ciclo menstrual (la fase previa a la ovulación), provocando una irregularidad en el ciclo. Pudiendo llegar a una inhibición de la ovulación generando amenorrea (falta de menstruación) anovulatoria (sin ovulación). El estrés

nuestro psiquismo es fundamental para poder tomar acciones responsables al respecto. De ser necesario se indicará consulta con psicólogo o psiquiatra.

Algunos aspectos fundamentales a recomendarle al paciente para una vida con buen manejo del estrés: dieta balanceada y saludable, dormir entre 7 y 8 horas, realizar ejercicios regularmente, consumo reducido de cafeína, alcohol, nicotina y otras drogas psicoactivas, incorporar técnicas de relajación, equilibrar las responsabilidades y actividades recreativas.

Es fundamental indicar la consulta médica al aparecer alguno de los siguientes síntomas:

Dolor opresivo en el pecho, con dificultad respiratoria, mareo o sudoración; latidos cardíacos rápidos; sensación de pánico; intolerancia al calor; pérdida de peso; incapacidad para desempeñarse adecuadamente en el hogar, trabajo, etc.; no reconocer la causa del malestar o ansiedad; presentar un miedo incontrolable; tener pensamientos suicidas; o haber intentado medidas de cuidados personales durante un tiempo sin éxito.

Hemos desarrollado la influencia del estrés en el deseo sexual, conceptualizando a ambos, ilustrando las influencias hormonales y neurobioquímicas que los vinculan, analizando las diferencias por género y valorando los elementos de alarma a despistar en la consulta médica.

Frente a la consulta de parte de un/a paciente con bajo deseo sexual a causa de estrés, se procederá a trabajar sobre la toma de conciencia acerca del manejo de las situaciones detectadas como estresantes. De ser necesario se indicará consulta con psicólogo o psiquiatra