

El lugar del encuentro sexual en los tiempos que corren

Sexualidad y estrés



Prof. Adj.
Dr. Santiago Cedrés
Médico Internista.
Sexólogo clínico.
Director Centro Plenus



Dra. Gabriela Dartayete
Médico Psiquiatra.
Psicoterapeuta Centro Plenus

Hoy en día existen varios puntos de acuerdo en cuanto a los cambios que ha sufrido la vida sexual y la intimidad en las personas. Se habla más de sexo, se maneja mayor información médica sobre cuadros sistémicos que se manifiestan con trastornos sexuales, se consulta con más frecuencia cuando aparecen disfunciones, hay más posibilidades de estudios para definir etiologías de disfunciones sexuales y se cuenta con fármacos eficaces y de fácil acceso para potenciar el rendimiento. Sin embargo, la experiencia clínica nos lleva a preguntarnos... ¿se disfruta más?, ¿se vive la sexualidad más intensamente? Estos planteos nos conducen necesariamente a hablar del estrés, concepto que describe vivencias, pensamientos y comportamientos compartibles por nuestra sociedad actual y que tienen su correlato neuro endócrino.

La realidad actual incluye un componente de estrés o tensión y el manejo o capacidad de tolerancia del mismo son fundamentales para defender una calidad de vida aceptable. En 1981 A. Pines, E. Aronson y D. Kafry, hablan de Burnout como "El estado de agotamiento mental, físico y emocional, producido por el involucramiento crónico en el trabajo en situaciones emocionalmente demandantes".

Síntomas físicos:

- Alteraciones cardiovasculares (hipertensión, enfermedad coronaria).
- Fatiga crónica.
- Cefaleas y migraña.
- Alteraciones gastrointestinales (dolor abdominal, colon irritable, úlcera duodenal).
- Dolores musculares.
- Alteraciones respiratorias (asma).
- Alteraciones del sueño.
- Alteraciones dermatológicas (urticaria).
- Alteraciones menstruales.
- Disfunciones sexuales.

¿Por qué hoy en día el trabajo genera estos niveles de adicción y patología?

“Hoy en día, la ausencia de límites, la evolución muy rápida del sistema de valores y, sobre todo, el derrumbe de las prohibiciones, han sido reemplazados por una exigencia de rendimiento”. Philippe Jeamment

¿Puede considerarse la actividad sexual ocupando lugares similares al trabajo en cuanto a rendimiento y adicción?

Pensamos que sí, la experiencia clínica nos enfrenta a un sector de población en el cual la vida sexual poco satisfactoria genera síntomas tales como ansiedad y depresión, ya que es considerada en clave de rendimiento en vez de satisfacción y entrega.

INVESTIGACIÓN: Estrés, Depresión y Ansiedad en pacientes portadores de Disfunciones Sexuales de causa psicógena.

La investigación llevada a cabo en el Centro Médico - Sexológico Plenus, arrojó evidencias interesantes que detallaremos a continuación.

Se plantearon los siguientes objetivos:

Objetivo General: Ilustrar la correlación existente entre el funcionamiento sexual con el estrés, la depresión y la ansiedad en pacientes con disfunción sexual, preferentemente psicógena.

Objetivos Específicos: Relacionar la

satisfacción sexual con las siguientes variables:

- Género
- Situación marital
- Constitución del hogar
- Nivel educacional
- Estatus profesional
- Niveles de estrés, depresión y ansiedad.

DEFINICIONES:

La satisfacción sexual se determinó mediante interrogatorio dirigido, y cuestionario autoadministrado para valorar la funcionalidad sexual. Los principales campos explorados eran el deseo, la excitación (erección y lubricación vaginal) y el orgasmo (eyaculación, intensidad orgásmica y satisfacción) de la respuesta sexual del hombre y de la mujer.-

Se definió la presencia de estrés, depresión y ansiedad en función de la escala DASS (Depresión, Anxiety and Stress Scale) versión simplificada (short form), que consta de 21 ítems categorizados de 0 a 3, en función de los síntomas durante la semana previa (Anexo 3):

- Depresión, emociones depresivas, tales como disforia y desesperanza.
- Ansiedad, síntomas somáticos y subjetivos de miedo.
- Estrés, activación y tensión persistente no específica.

Los puntos de corte para asignar la severidad son los siguientes:

	Depresión	Ansiedad	Estrés
Normal	0-9	0-7	0-14
Leve	10-13	8-9	15-18
Moderado	14-20	10-14	19-25
Severo	21-27	15-19	26-33
Muy severo	28+	20+	34

MATERIAL Y METODOS

Tipo de estudio: Descriptivo, Analítico y Transversal.

Criterios de Inclusión:

Pacientes entre 18 y 50 años que consultan por disfunción sexual predominantemente psicógena.



Criterios de Exclusión:

Ausencia de consentimiento oral

Los pacientes fueron valorados desde el punto de vista bio psico social y con evaluación médico sexológica.

Durante la consulta, registraron, de cada paciente las siguientes variables demográficas: sexo y edad, situación marital (presencia de pareja estable o no), constitución del hogar (número de hijos), nivel educacional (primario, secundario o terciario) y estatus profesional. A todos los pacientes incluidos se les aplicó Test de Funcionamiento sexual y la escala DASS- 21 para valorar los niveles de estrés, depresión y ansiedad .

ESTADISTICO

La variable comparada estadísticamente, fue la satisfacción sexual en función de las variables sociodemográficas y la presencia de estrés, depresión y ansiedad. Para esto se realizó un método de regresión logística. Los datos fueron almacenados y analizados mediante la cal-

culadora estadística del programa SPSS versión 15.0

Se consideró un valor estadísticamente significativo si $p < 0,05$ y altamente significativo si $p < 0,01$, con un nivel de confianza en todas las pruebas de 95% con error alfa de 0,05.

RESULTADOS

Se incluyeron 100 pacientes con disfunciones sexuales preferentemente psicógena, seleccionados al azar. La muestra se formó con 23 mujeres y 77 hombres.

Las características sociodemográficas se ilustran en la Tabla 1:

Tabla 1: Características de la población

Hombres	77
Mujeres	28
Educación	
Secundaria completa	22
Educación terciaria	55
Hogar	
Vive solo	15
Vive con pareja	62
< 2 hijos adolescentes	32
> 2 hijos adolescentes	32
Situación marital	
Sin pareja	18
Pareja est. y/o casado	59
Situación laboral	
Trabaja	19
Trabaja con personal a cargo	50
Jubilado	6
Desocupado	2

Se ilustran en el Gráfico 1 el funcionamiento sexual masculino y en el Gráfico 2 el funcionamiento sexual femenino:

Con respecto al sexo masculino: se observa como principal disfunción sexual afectada por aspectos psicoemocionales, la presencia de bajo deseo sexual asociada a la disfunción eréctil.

Con respecto al sexo femenino: se observan como principal disfunción sexual afectada la combinación del bajo deseo, con la pobre lubricación vaginal, lo que provocaba la falta de orgasmo.

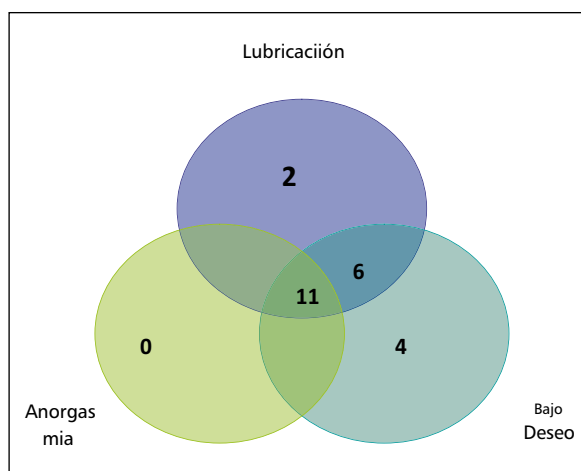
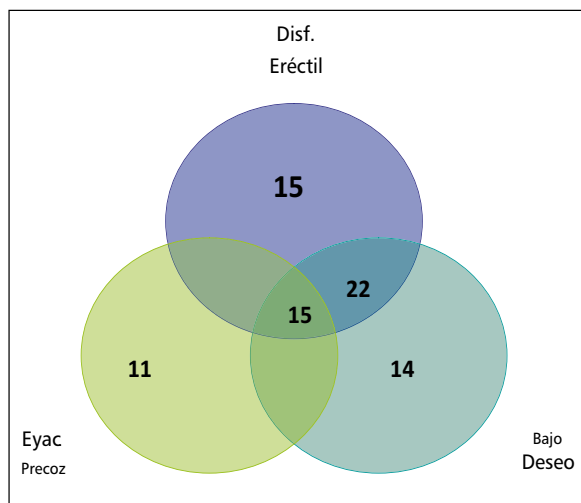


Gráfico 2: Disfunciones sexuales en el Género Femenino

Gráfico 1: Disfunciones sexuales en el Género Masculino

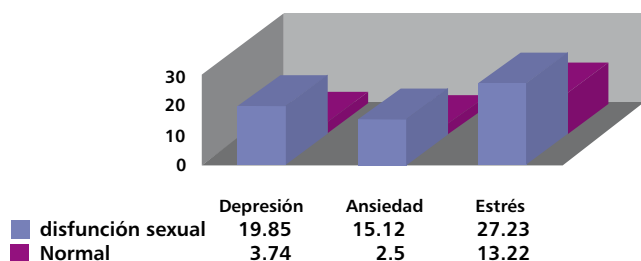


Ninguna paciente presentó dificultades solo en la etapa de orgasmo, con buen nivel de deseo y de lubricación.

El Gráfico 3 ilustra los niveles de estrés, depresión y ansiedad de los pacientes incluidos. Se comparó con respecto a la media normal.

Se aplicó la t-student tomando como hipótesis nula (H0) la igualdad entre las medias de las poblaciones (teórica y portadora de disfunción sexual) y como hipótesis alternativa (H1) la diferencia.

Gráfico 3: Puntaje DASS en la población analizada (medias)



Test de t:

	P value.
DASS depresión	0,01 < 0,05
DASS ansiedad	0,00 < 0,05
DASS estrés	0,00 < 0,05

Se constata que los pacientes que consultan por disfunción sexual obtienen, de forma estadísticamente significativa, índices de depresión, ansiedad y estrés muy superiores a los de la media teórica de la población general.

En el análisis de regresión logística se vinculó estadísticamente el mal funcionamiento sexual con: altos niveles de estrés y medianos niveles de depresión y ansiedad.

Los principales determinantes de altos niveles de estrés en la población masculina fueron:

Educación terciaria, trabajo con personal a cargo, disfunción eréctil de más de 3 meses de evolución.

En la población femenina fueron: hijos adolescentes, bajo deseo sexual por más de 3 meses, conflictiva del vínculo por no poder responder a la demanda sexual de la pareja.

CONCLUSIONES:

Encontramos en la depresión, la ansiedad y el estrés claros enemigos del funcionamiento sexual.

El deseo aparece como el área más vulnerable en estos casos para ambos sexos. Se trata de un intrincado mecanismo altamente sensible a estas variables psicoemocionales.

De la mano de estos planteos surge la

pregunta; ¿nos estresan las mismas cosas a hombres y mujeres?

En este sentido encontramos aspectos que quizá tienen que ver con las diferencias antropológicas: al hombre lo estresa el medio (especialmente laboral, con roles de peso en la responsabilidad) y a la mujer el cuidado del crecimiento de sus hijos y quizá algo más evolucionado en el sentido de mantener la vida de pareja concomitantemente con la maternidad.

Estos hallazgos nos pueden remitir a la escala zoológica y a comportamientos animales biológicamente determinados, que en nuestra era civilizada puede haber perdido vigencia. Nos preguntamos cuánta.

Otro hallazgo que se destaca es la alta frecuencia de trastornos de ansiedad y, de la mano, de disfunción del deseo en nuestra población objetivo.

De acuerdo a indicadores indirectos de nivel socio-económico ubicamos a nuestra población en grupo medio y alto. Estas situaciones se asocian, al menos en el imaginario social, a cierto nivel de “bienestar” que queda cuestionado por el hecho de que el esfuerzo por mantener ciertos niveles de rendimiento y éxito genera niveles de malestar, tales como ansiedad y depresión, que conllevan el deterioro de recursos gratuitos que el hombre y la mujer podrían disponer para lograr placer y satisfacción.

OTROS HALLAZGOS: El vínculo entre el estrés emocional y los niveles hormonales

En el seguimiento clínico y paraclínico de un grupo de pacientes estudiados y tratados en el Centro Médico Sexológico Plenus, se han encontrado elementos que

han abierto nuevas preguntas y que pueden conducir a investigaciones futuras. El más significativo ha sido la dosificación reiterada de niveles de testosterona libre en sangre.

La evaluación médica inicial incluye dicha dosificación y luego, de acuerdo a los diagnósticos planteados y a los riesgos potenciales, se define la sustitución hormonal u otros abordajes.

En un grupo de pacientes se observó un aumento significativo de los niveles de Testosterona libre, sin terapia específica de sustitución hormonal, pero que habían recibido algún tipo de abordaje psiquiátrico o psicoterapéutico (ya sea entrevistas tendientes a clarificar y despejar mitos sobre la disfunción sexual, tratamiento farmacológico de la depresión o ansiedad, terapia cognitivo conductual, terapia focal desde un encuadre psicodinámico, o terapia de pareja).

Esto nos deja en evidencia cuánto de mejoría obtenemos, (hasta en hechos objetivos de laboratorio, como medir la concentración de hormonas sexuales), con el gesto terapéutico de contener y aliviar la ansiedad sexual, sin que medien manipulaciones hormonales de ningún tipo.

Futuros estudios restan para profundizar diferentes aspectos de esta situación, analizando perfiles de personalidad y estados emocionales donde los aspectos psicológicos son los que determinan los niveles hormonales del eje hipotálamo – hipofiso – gonadal.

Paradigmas para el abordaje de esta problemática

Planteamos a continuación los paradigmas que consideramos más útiles para

abordar esta problemática y que guían nuestra práctica clínica y nuestras intervenciones psicoterapéuticas. Lejos de ser excluyentes, los pensamos como complementarios, aún yendo a contracorriente de nuestro funcionamiento mental que tiende a aislar los fenómenos para estudiarlos y comprenderlos.

MODELO PSICONEUROENDÓCRINO:

Existe, vasta evidencia en el momento actual acerca de interrelaciones entre el sistema endócrino y el cerebro.

Se han descrito receptores estrogénicos y androgénicos en áreas límbicas, hipotalámicas y de tronco encefálico que están involucradas en la respuesta sexual.



También se sabe que el cerebro es capaz de sintetizar hormonas esteroideas (neuroesteroides).

Las hormonas sexuales actúan en el cerebro a través de dos mecanismos fundamentales:

a) Mecanismo lento o genómico: mediante acción sobre receptores intranucleares, induciendo modificaciones genéticas, modulando la síntesis, liberación y metabolismo de muchos neuropéptidos y neurotransmisores.

b) Mecanismo rápido no genómico, influenciando la excitabilidad eléctrica y la función sináptica por activación de receptores de membrana.

En los seres humanos la serotonina ha sido típicamente considerada un neurotransmisor implicado en los circuitos que regulan la ansiedad y el estado de ánimo, sin embargo, también tiene funciones como hormona en algunas especies.

Esta acción hormonal de la serotonina tiene consecuencias en sistemas fuera del SNC, por ejemplo, las fluctuaciones en

los niveles de estrógenos durante los ciclos hormonales, y a lo largo de la vida, producen cambios predecibles en los sistemas serotoninérgicos en los mamíferos hembras.

Además, los fármacos serotoninérgicos ampliamente utilizados en el tratamiento de la ansiedad y depresión pueden producir disfunciones sexuales como efecto secundario.

MODELO COGNITIVO COMPORTAMENTAL:

Define el estrés psico-social como respuesta o reactividad del organismo de índole física o emocional a una demanda de cambio, real o imaginaria, que produce adaptación y/o tensión.

Esta respuesta puede ser aguda (alarma) o crónica (vigilancia) y en cada caso puede resultar adecuada o inadecuada.

También tienen relevancia las características del estímulo estresante; para que produzca impacto debe ser agresiva, inevitable e incontrolable.

Para la interrelación del individuo con el medio juegan un papel particular los procesos de evaluación cognitiva (o sea la valoración de las situaciones o estímulos ambientales) y sus propios recursos de afrontamiento ante tales situaciones o estímulos.

Autores como Ellis y Eliot plantean que no son los hechos en si los que provocan los trastornos emocionales y el estrés, sino la evaluación que los individuos hacen de éstos (atenuando o magnificando); se trataría de un sistema de creencias (irracionales, propias) que configuran una filosofía de la vida y una forma particular de evaluar los distintos eventos y reaccionar frente a ellos.

Frente a situaciones ambientales que requieren afrontamiento y adaptación, el organismo dispone de mecanismos neuroendócrinos (mediados, entre otros, por el cortisol) que le permiten reaccionar en forma adecuada pero que, en la medida en que el estresor se cronifica y no se consigue la adaptación, pueden repercutir nocivamente alterando otros sistemas.

MODELO PSICOANALÍTICO

Es indudable que, históricamente, el terreno de la sexualidad ha sido el terreno del psicoanálisis.

El aporte fundamental ha sido darle un papel preponderante desde la temprana infancia, en la construcción del psiquismo, aunque es sabido que en nuestra cultura los procesos inconscientes tienden a estar reprimidos y genera cierto grado de incomodidad aproximarse a ellos.

El modo de pensar psicoanalítico resulta ajeno y oscuro al pensar ordinario y por momentos contradice ciertas opiniones dominantes, pero para Freud, "no hay remedio".

Este modelo constituye "otra mirada" sobre los problemas de la intimidad de las personas, introduce la relevancia del deseo ya sea consciente o inconsciente como modo de salir de uno mismo y establecer relaciones con objetos que nos aporten satisfacción.

Quita relevancia a la voluntad y al voluntarismo como modo de conseguir objetivos y bienestar psíquico y ofrece otro modo, por la vía del conocimiento más o menos íntimo de nuestros deseos, necesidades y frustraciones.

En lo referente a la actividad sexual nos ofrece elementos para adentrarnos en el vínculo que subyace dicha actividad y describe con mucha riqueza el papel preponderante de la fantasía como motor de lo sexual.

Reflexiones finales

La práctica clínica de abordaje de las disfunciones sexuales tiene complejidad y desafíos.

Nos exige a los médicos integrar conocimientos, hipótesis y modelos de abordaje de diferentes disciplinas y no perder de vista el contexto socio cultural y los ideales preponderantes en este momento histórico.

Hemos evidenciado cómo las disfunciones sexuales provocan estrés, depresión y ansiedad, los que a su vez son disparadores de más disfunciones sexuales generándose un círculo vicioso donde el paciente se encuentra.

Quedan preguntas y planteos que nos mantendrán atentos hacia áreas tan dispares como psiconeuroendocrinología, investigación psicoterapéutica, antropología, sin dejar de lado nuestras observaciones clínicas y el malestar de nuestros pacientes.