

R reflexiones en torno al deseo sexual.

Maite Redondo Jiménez

Psicóloga / Sexóloga.

Avd. Jacinto Benavente 12, 7º A - Valencia

RESUMEN

En el presente artículo pretendo fundamentalmente llamar la atención sobre las tres vertientes del deseo sexual (biológica, psicológica y social) y su papel respectivo. Pero además quisiera plantear un nuevo interrogante sobre la evolución del deseo en la sociedad actual.

PALABRAS CLAVE

DESEO SEXUAL, LIBERTAD, BIOLÓGICA, PSICOLÓGICA, SOCIAL.

La definición de lo que es el deseo sexual es mucho más sencilla de lo que supone su explicación (todos los factores que lo componen). Este complejo sistema de expresión y puesta en marcha de una de las partes más importantes de nuestra existencia requiere, como cualquiera de los demás sistemas, de una explicación psicológica tanto como biológica y social. Dentro de estos tres niveles, no vamos a discutir el peso o la primacía de cualquiera de ellos. Los tres tienen su intervención y su función en el deseo sexual y en medida diferente en cada individuo.

El deseo sexual, en términos generales, es definido como la activación psicofisiológica encaminada a la satisfacción del impulso sexual. En el planteamiento de uno de los padres de la psicología conductista, Watson, sitúa al sexo como una de las motivaciones primarias del ser humano (como de los animales) junto a las necesidades de alimento y bebida.

Desde una perspectiva cultural, el deseo sexual ha sido empleado, y aún sigue siéndolo, en muchos casos, como instrumento de control de la población femenina. En nuestra sociedad, desde que el hombre se hace sedentario y se instala en poblados, el control sobre las mujeres como procreadoras se hace cada vez más fuerte, de hecho la mujer se convierte en botón de guerra¹ y por tanto en objeto para uso y producción de riqueza tanto como medio de control de los grupos étnicos e instrumento de venganza, por lo que no interesó, en ningún momento, que la mujer tuviese "deseo", es decir capacidad para elegir, pedir; y libertad para rechazar.

Las religiones monoteístas han adquirido un papel fundamental en la represión del deseo femenino y aún lo tienen aunque más amortiguado. A grosso modo, estos factores son los que fundamentalmente están marcando el concepto cultural acerca del deseo sexual en hombres y en mujeres.

Así pues, el deseo sexual masculino ha estado (y está) socialmente reconocido y fomentado, apoyado y aplaudido; mientras que el deseo sexual femenino ha sido constantemente reprimido durante muchos siglos, incluso castigado. Un claro ejemplo de la anormalidad del deseo femenino surge del concepto de "ninfomanía". Concepto éste psicológicamente inexistente como trastorno o disfunción sexual. En todo caso la búsqueda incontrolada y desmesurada de relación sexual, si ésta es real, pertenecería, tanto en hombres como en mujeres, a la categoría de trastornos obsesivo/compulsivos.

Psicológicamente hablando, el deseo sexual es aquella parte de nuestra vida psíquica que nos impulsa hacia la búsqueda del placer, en concreto del placer sexual. Este deseo sexual está fuertemente mediatizado por todo tipo de procesos mentales, sobre todo en las mujeres (esa represión cultural del deseo femenino ha llevado a las mujeres

1.- Esto sigue vigente, podemos obtener más información en la ponencia desarrollada por Wassyla Tamzali con motivo de las primeras jornadas sobre la violencia de género en la sociedad actual, cuyo título es: La emblemática utilización de la violación como arma de guerra

REFLEXIÓN

a generar mecanismos psicológicos que hagan compatibles sus necesidades sexuales con su adecuación a los modelos sociales, es decir han arropado el sexo con las características de rol femenino: ternura, procreación, expresión de sentimientos, pasividad, etc.).

Podemos hablar de diferencias de género en cuanto al deseo sexual se refiere, que las hay, pero deberíamos tener en cuenta que para lograr una óptima salud sexual, en el caso que nos ocupa: un adecuado funcionamiento de nuestro deseo sexual, se debe producir una aproximación de los esquemas de funcionamiento de unas y otros.

No hay patrones más adecuados; sí se observa que la persona está más satisfecha, en general, con su relación en pareja, cuando ambos miembros de la misma se aproximan en sus niveles de activación sexual.

El tópico general es que el hombre está más centrado en lo físico (se activa fácilmente por el estímulo directamente genital, incluso la visión de imágenes "porno"), mientras que la mujer es más "psíquica", es decir, necesita poner en marcha mecanismos mentales (recuerdos, imaginación), incluso prefiere estímulos visuales con un contenido más "romántico", menos directamente sexual.

Suelen cumplirse estos patrones, aunque no tiene por qué ser así en todos los casos.

Sí es cierto, fisiológicamente hablando, que la activación sexual femenina (la excitación sexual) no suele aparecer acariciando directamente el clítoris, incluso puede ser molesto o doloroso y/o penetrando sin más (antes debe producirse la lubricación vaginal como consecuencia de la excitación). Respecto al tiempo necesario para llegar al orgasmo, que suele ser mayor en la mujer que en el hombre, no hay ninguna razón fisiológica para que así sea. Desde que empieza el proceso de excitación hasta que se produce el orgasmo, tanto hombres como mujeres pue-

den tardar el mismo tiempo (realmente el placer vivido en la relación sexual no depende sólo del cronómetro).

Dentro de los mecanismos fisiológicos de activación sexual, parece ser que la testosterona, tanto en hombres como en mujeres es, en buena medida, responsable del deseo sexual; lo que no está tan claro es que a mayores niveles de esta hormona se produzca un mayor deseo sexual, pero sí es cierto que el descenso de los niveles de la misma produce una disminución del deseo en el hombre, sobre todo si va acompañada de otra patología orgánica. No es infrecuente que se use esta hormona como terapia para el aumento del deseo sexual, tanto como para la impotencia, en hombres, con buenos resultados. El papel de esta hormona en la mujer está bastante claro aunque parece ser que entran en juego e interactúan a su vez los diferentes niveles de hormonas femeninas, siendo una combinación de altos niveles de andrógenos y estrógenos los que proporcionan un mayor deseo, aunque no hay un tratamiento químico eficaz para solucionar el deseo sexual inhibido. Puesto que las hormonas sexuales son segregadas tanto en las gónadas (testículos y ovarios), como en las glándulas suprarrenales y en la hipófisis, no necesariamente una lesión (ovarectomía, castración, etc.) o menopausia, hipogonadismo etc. acaban con el deseo sexual.

En la menopausia, el deseo sexual se puede ver afectado indirectamente por la disminución de la lubricación vaginal y pérdida de elasticidad de la vagina, en ausencia de los estrógenos, que ya no se generan, que pueden conllevar ciertas molestias; éstas se subsanan fácilmente con una terapia hormonal adecuada (parches, etc.) o simplemente con el uso habitual de lubricante vaginal. Esto es igual para mujeres histerectomizadas y/u ovariectomizadas.

Entre los trastornos que pueden afectar al deseo sexual podemos incluir

aquellos que, directa o indirectamente afecten a la producción hormonal hipofisaria (adenomatosis hipofisaria, tumores, anomalías congénitas como el hipogonadismo hipogonadotropínico, hiperprolactinemia), los vinculados a enfermedades primarias de los testículos, con elevación del índice de gonadotropinas y reducción de los niveles de testosterona plasmática (Síndrome de Klinefelter, atrofia secundaria de los testículos derivada de una enfermedad autoinmune o de insuficiencia vascular o procesos infecciosos como la parotiditis en edad adulta).

Otras enfermedades sistémicas pueden alterar el deseo sexual, por su influencia en el estado metabólico general del individuo y, a través de ésta, al mecanismo de producción de testosterona (insuficiencia renal crónica, cirrosis, y el alcohol aunque su uso no repercute gravemente en el hígado, trastornos endocrinos, diabetes mellitus, dolor crónico y estados de debilidad, esto último generalmente asociado a disfunciones en las relaciones convivenciales). El que estos trastornos puedan producir alteraciones del deseo sexual no significa que necesariamente personas con alguno de estos trastornos lo tenga que padecer.

En cuanto a drogas y psicofármacos, en general las drogas que afectan a la función del SNC, como el alcohol, los inhibidores tricíclicos de la MAO, los opiáceos y otros, pueden disminuir el deseo y el desempeño sexual.

Los fármacos empleados en el cuadro de enfermedades cardiovasculares y gastrointestinales, constituyen un grupo de medicamentos que deben tenerse en cuenta cuando veamos un problema con el deseo sexual.

De los efectos de la marihuana y otros alucinógenos no hay estudios sistemáticos.

Parece ser que el origen fisiológico es más claro en el DSI masculino que en el femenino.

Ya vistos los aspectos que tienen que ver en cuanto al deseo sexual se refiere, he de añadir que, en estos momentos en que, en nuestra sociedad las mujeres hemos alcanzado (al menos en teoría) esa legitimidad del deseo y tenemos en nuestras manos, tanto hombres como mujeres, la posibilidad de separar sexualidad de reproducción, parece que el deseo se está diluyendo entre los quehaceres diarios y sólo lo echamos en falta cuando lo hemos perdido. Es como si el **deseo** de uno asustase al otro (indudablemente se producen interacciones que agreden más o menos directamente a la **libertad**, fundamento imprescindible del deseo sexual); y así, en este juego del gato y el ratón parece que andamos enredados.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Kaplan, H.S.: *Evaluación de los trastornos sexuales*. Ed. Grijalbo, 1985.

Amezúa, E.: *Reproducción, placer y sexualidad: historia de tres ideas y especialmente de la tercera*. Ponencia del VI Congreso Estatal de Planificación Familiar, 1996.

Tamzali, W.: *La emblemática utilización de la violación como arma de guerra*. Ponencia de las primeras jornadas sobre la violencia de género en la sociedad actual. 1996.

Laan, E.; Everaerd, W. et al.: *Women's sexual and emotional responses to male- and female-produced erotica*. Arch-Sex-Behav. 1994 Apr; 23(2): 153-69

Swartz, L.H.: *Absorbed states play different roles in female and male sexual*

response: hypotheses for testing. State University of New York at Buffalo. J-Sex-Marital-Ther. 1994 Fall; 20(3): 244-53

Hurlbert, D.F.: *Female sexual desire, response, and behavior*. Darnall Army Community Hospital. Behav-Modif. 1994 Oct; 18(4): 488-504.

Sherwin, B.B.: *Sex hormones and psychological functioning in postmenopausal women*. Exp-Gerontol. 1994 May-Aug; 29(3-4): 423-30

Burguera, J.A.; García Reboll, L.; Martínez Agulló, E.: *Disfunción sexual en la enfermedad de Parkinson*. Servicio de Neurología, Hospital Universitario La Fe, Valencia.

Bagatell, C.J.; Heiman, J.R. et al.: *Effects of endogenous testosterone and estradiol on sexual behavior in normal young men*. J-Clin-Endocrinol-Metab. 1994 Mar; 78(3): 711-6



Cortar por aquí

SUBSCRIPCIÓ

INFORMACIÓ

PSICOLÒGICA

Desitge suscriure'm a la revista "INFORMACIÓ PSICOLÒGICA" durant l'any 1998.

Nom

Adreça


Població

Enviar transferència bancària o ingress en compte corrent a nom del Col·legi de Psicòlegs del País Valencià.

Banc Popular Espanyol. Entitat: 0075. Oficina 0497. Compte: 0600079650

El preu de subscripció del període d'un any natural és de 2.500 pessetes, 3 números.

NOTA: Els col·legiats de la Delegació del País Valencià ja reben gratuïtament Informació Psicològica.



COL·LEGI OFICIAL DE PSICÒLEGS DEL PAÍS VALENCIÀ