

# DEPRESIÓN Y SEXUALIDAD FEMENINA

TERESITA BLANCO LANZILLOTTI

## RESUMEN

La Depresión es una enfermedad orgánica y sistémica, de gran prevalencia, que afecta las capacidades adaptativas del cerebro provoca alteraciones profundas en los circuitos neuronales del cerebro emocional que se manifiesta por neurotoxicidad y disminución de neurogénesis. Es una enfermedad sistémica, y múltiples investigaciones demuestran que influye en la génesis de numerosas enfermedades crónicas: Cardiovasculares, Diabetes, Cáncer, Demencia, etc. Los avances en Neurociencias han demostrado cambios neurobiológicos mayores que involucran 3 grandes sistemas en el cerebro: 1) el eje HHA (eje hipotálamo-hipófiso-suprarrenal) y el sistema CRH, (hormona liberadora de corticotrofina); 2) el hipocampo; y 3) el sistema noradrenérgico. Muchos antidepresivos, al actuar sobre estos sistemas, afectan negativamente la Función Sexual. La RMF (Resonancia Magnética Funcional) permite identificar las áreas del cerebro afectadas por esta enfermedad que coinciden con las áreas activadas por estímulos eróticos en

mujeres estudiadas. Hay mayor prevalencia de Depresión en la mujer que en el varón, según algunos autores, por acción de los estrógenos que potencian la actividad del eje HHA al stress y por factores socioculturales a los que la mujer es más sensible, y hay situaciones de cambios hormonales que parecen predisponer o estar asociados. *Evaluar la presencia de Depresión es imprescindible en toda paciente que consulta por Disfunción Sexual y viceversa.*

## INTRODUCCIÓN

La depresión es una enfermedad orgánica y sistémica. Es orgánica pues produce cambios funcionales y estructurales en las redes neurales de distintas zonas del cerebro que tienen que ver con los sistemas de alarma (stress) y de recompensa. De esta manera afecta a las capacidades adaptativas del cerebro provocando alteraciones profundas en los circuitos neuronales del sistema límbico, o cerebro emocional ubicado por debajo de la corteza cerebral o zonas subcorticales:

tálamo, hipotálamo, hipocampo, amígdala cerebral, núcleo accumbens, septum y sustancia gris periacueductal y zonas corticales: corteza prefrontal media y orbital.

La depresión provoca en estas áreas, marcada disminución del número de sinapsis y neuronas y una profunda alteración de la capacidad plástica (adaptativa) celular y molecular de las neuronas, o sea neurotoxicidad y disminución de la neurogénesis.

Los cambios neurobiológicos mayores involucran tres grandes sistemas en el cerebro:

- el eje HHA (hipotálamo-hipófiso-adrenal) y el sistema CRH (hormona liberadora de corticotrofina),
- el hipocampo, y
- el sistema noradrenérgico.

La CRH es secretada por neuronas del núcleo paraventricular del hipotálamo transportada vía circulación portal a la hipófisis anterior, donde estimula la secreción de hormona adrenocorticotrofina (ACTH). La ACTH entra entonces a la circulación periférica y estimula la secreción de catecolaminas.

Los avances en neuroimagen han señalado al córtex cingulado anterior de la corteza prefrontal, que modula la respuesta emocional, como una de las áreas cerebrales alteradas en la depresión, además de la amígdala, el núcleo estriado y el tálamo. Allí se observa una marcada disminución en el número de neuronas en zonas específicas de la corteza órbito-frontal, ventromedial y cingulada del cerebro como también en la corteza prefrontal y a nivel límbico-hipotálamo-hipófisis. El sistema límbico es el centro de las emociones y motivaciones por lo que es considerado como el cerebro emocional.

La depresión es una enfermedad sistémica heterogénea, que involucra un conjunto de neurotransmisores diferentes, neurohormonas y vías neuronales. Los factores neurobiológicos y genéticos, cumplen un rol fundamental en la etiopatogenia de esta enfermedad.

Entre ellos se destacan los factores genéticos, aunque no se ha descubierto un gen determinante, la depresión puede resultar de una interacción compleja en-

tre: una predisposición genética o herencia de la vulnerabilidad y eventos vitales traumatogénicos tempranos como el abuso infantil, el descuido del niño/niña por pérdida temprana de los padres, falta de protección, nutrición o apoyo emocional. Son considerados factores de riesgo para el ulterior desarrollo de trastornos depresivos.

Tales interacciones inducen cambios significativos en el sistema nervioso central (SNC) que generan hiperactividad en los sistemas de NE (norepinefrina) y CRF (hormona liberadora de corticotrofina), principales mediadores de la respuesta al estrés.

Los sistemas de CRF y NE ejercen amplias influencias sobre múltiples regiones del sistema nervioso central y periférico, a través del eje hipotálamo hipófisis adrenal y del sistema nervioso autónomo. Los glucocorticoides, o cortisol generan una retroalimentación negativa sobre la hipófisis anterior, el hipotálamo y el hipocampo, a través de receptores glucocorticoides, lo que normalmente mantiene los niveles de cortisol dentro del rango esperado.

Es además una enfermedad sistémica porque afecta al organismo en su conjunto y no sólo al SNC, siendo un factor de riesgo en patología cardiovascular, endócrina (favoreciendo la aparición de enfermedades como diabetes o hipotiroidismo); inmunológica, disminuyendo los mecanismos de defensa favoreciendo la aparición de tumores malignos; también la depresión es un factor que no tratado adecuadamente puede provocar diferentes formas de demencia.

## DEPRESIÓN ES FACTOR DE RIESGO MAYOR, EN TRANSTORNOS SEXUALES FEMENINOS Y MASCULINOS

La importancia de abordar este tema está dada por la alta prevalencia tanto de la depresión como de los trastornos sexuales en la mujer. Se acepta que la relación entre el estado de ánimo depresivo y disfunción sexual es bidireccional.

El reporte anual de OMS en 2001 la situaba en 4º lugar y pronostica para 2020 un 2º lugar. En Uruguay la encuesta realizada por el Dr. Álvaro Lista Varela (2008), mostró que afecta un 18% de mujeres y un 11% de varones. Hay que tener en cuenta además, alto porcentaje de casos, no diagnosticados ni tratados.

Esta patología impacta gravemente al paciente, su pareja y su familia, implicando un elemento de alto impacto en la sociedad y los sistemas de salud.

### SINTOMATOLOGÍA

Los síntomas de la enfermedad depresiva son la última expresión de las alteraciones que se producen en los distintos niveles fisiopatológicos causantes de la depresión, que van desde las alteraciones moleculares, pasando por la disregulación de la neurotransmisión neuroendocrinológica y neuroinmune, has-

ta las manifestaciones afectivas, cognitivas y conductuales de la enfermedad.

Se manifiesta por una suma de síntomas somáticos, psicológicos y cognitivos que se expresan por un humor depresivo o tristeza profunda, sentimientos de culpa, inutilidad y desamparo, pérdida de interés o placer por todo aquello que antes se disfrutaba (entre ello la actividad sexual), disminución de la energía, fatiga, agotamiento; apatía; dificultad para concentrarse y recordar; a menudo dolor físico, disminución de la capacidad en la toma de decisiones; alteraciones del sueño ya sea insomnio o hipersomnia; anorexia y pérdida de peso o hiperorexia con el consecuente aumento de peso; falta de proyectos de futuro; todo lo cual conduce a pensamientos de muerte o suicidio que se manifiestan en IAE (intento de autoeliminación) a veces pueden ser desesperados llamados de atención y que en otros casos se concretan definitivamente.

### DEPRESIÓN EN LA MUJER

Toda la literatura científica muestra que las mujeres padecen más depresión que los varones. Hay controversia entre los diferentes autores sobre el rol de los estrógenos.

Álvaro Lista Varela escribe que los estrógenos potencian la actividad del eje HHA y producen una resistencia al *feedback* del cortisol sobre los RGC (receptores glucocorticoides) aumentan la vulnerabilidad al *stress* y la depresión, ante una situación traumatogénica crónica. Otros

autores opinan que el descenso de los estrógenos favorece la depresión.

Pero no influyen solo los factores biológicos: hormonales, neurológicos, etc. que activan los mecanismos del estrés, sino que los factores socioculturales, vinculares y sucesos traumatogénicos pueden contribuir a la incidencia creciente de depresión en mujeres.

Si bien la depresión puede darse en cualquier momento de la vida, hay situaciones de cambios hormonales que parecen predisponer o estar asociados: depresión premenstrual, depresión e infertilidad, depresión post-aborto, depresión post-parto, depresión y menopausia, depresión de la adulta mayor.

### DEPRESIÓN PREMENSTRUAL

En la última semana del ciclo menstrual y en la mayoría de los ciclos, mejorando luego de la menstruación. Puede presentar un humor triste marcado, ansiedad, irritabilidad, lo que lleva a un aumento de los conflictos interpersonales y de pareja. Concomitantemente disminuye el deseo sexual y se asocian síntomas físicos de tensión premenstrual.

### DEPRESIÓN E INFERTILIDAD

Es importante tenerla en cuenta por su frecuencia. La infertilidad genera depresión y a la vez ansiedad y depresión influyen en la infertilidad. El “mandato social” que condiciona a la MUJER a ser MADRE hace que

quien presente un problema de infertilidad sienta gran frustración, *stress* emocional, sentimiento de incapacidad, ira, culpa y resentimiento. Estos cambios emocionales van generando conflictos con la pareja, que deriva en disfunción sexual. El tratamiento psiquiátrico-psicológico es imprescindible para la mujer y el apoyo psicológico necesario para la pareja.

Desde el punto de vista médico y sexológico se debe orientar a la pareja con respecto a los avances en las nuevas técnicas de fertilización asistida que son cada vez más accesibles y en casos en que esto no sea posible la valoración de la adopción como una opción a tener en cuenta.

#### DEPRESIÓN POST-ABORTO

---

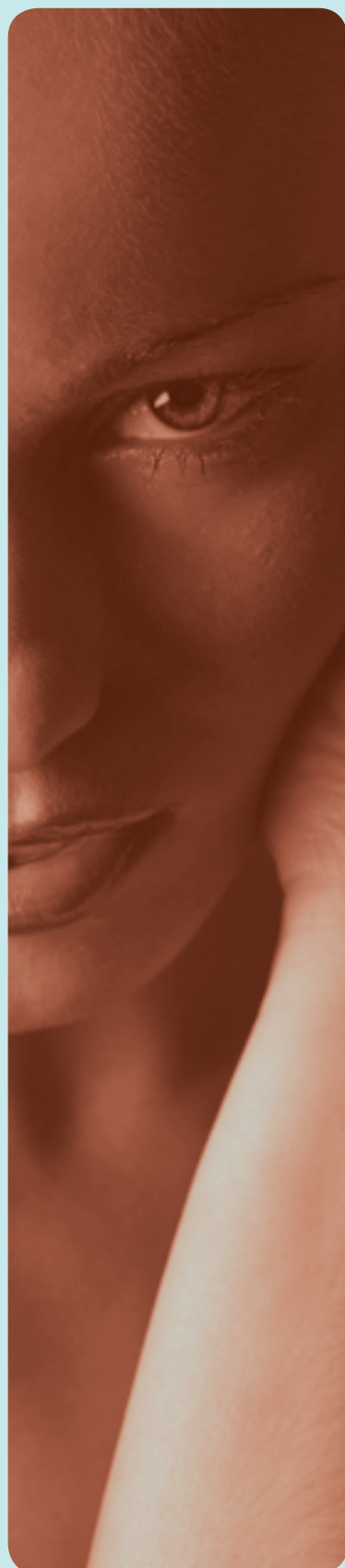
Puede ser inmediata o incluso meses después del aborto. Es un factor desencadenante de depresión, ansiedad, sentimiento de culpa por el aborto u otras manifestaciones. En situaciones extremas puede llevar a conductas autodestructivas (tendencias suicidas, abuso de alcohol u otras drogas psicoactivas).

Interfiere en las relaciones interpersonales y sexuales, especialmente de pareja, particularmente con el padre de la criatura abortada. Amerita un tratamiento individual y de pareja.

#### DEPRESIÓN POST-PARTO

---

Muchas madres, casi 50%, están llorosas, desanimadas e inseguras en el 3º o 4º día tras el parto. Es el «*maternity blues*»



o depresión del 3º día que dura de unas horas a un par de días y que pronto desaparece *y no debe confundirse con la verdadera depresión post-parto* que aparece en el primer mes o hasta 6 meses más tarde, en un 10 a 15% de las parturientas y en la que la

sintomatología empeora día tras día. Lo preocupante es que no siempre es diagnosticada.

Presentan la sintomatología descrita para la depresión. En la esfera sexual hay una inhibición del deseo, rechazan todo contacto sexual y generan gran tensión en la pareja. A esto se suman sentimientos negativos (rechazo) hacia el bebé, acompañado de ansiedad. El tratamiento psiquiátrico-psicológico es urgente por el bienestar tanto de la madre como del bebé, fundamental para proteger el vínculo madre-hijo, clave para la salud mental del niño, evitando una situación traumatogénica temprana y también por la salud vincular y sexual de la pareja.

#### DEPRESIÓN Y MENOPAUSIA

---

En la medida que la sociedad va perdiendo la visión desvalorizadora sobre la menopausia, ya no está claro si la menopausia se asocia siempre a depresión. Así, vemos que hay mujeres que sobre todo en la perimenopausia pueden presentar depresión y pérdida del deseo sexual, teniendo mayor riesgo aquellas mujeres con síndrome climatérico. Otras en cambio, aumentan su actividad sexual al no tener que cuidarse de un embarazo no deseado. Esto depende de la interacción de múltiples factores bio-psico-socioculturales, vinculares y de la resiliencia de cada mujer.

#### DEPRESIÓN DE LA ADULTA MAYOR

---

Es una etapa de la vida en la que se producen grandes cambios físicos, en el estado de salud, genitales, sexuales y sociales. Es

una etapa de pérdidas (desde la independencia hasta la de seres queridos, entre ellos puede ocurrir el de la pareja) y de deterioro de la calidad de vida, lo que se manifiesta en cambios psicológicos y vinculares.

Frente a esta situación de cambios, la forma de afrontarlos dependerá de la actitud individual de cada mujer, en la cual influyen múltiples factores. La depresión se presenta más frecuentemente en mujeres con antecedentes previos de cuadros depresivos.

## DEPRESIÓN Y DISFUNCIÓN SEXUAL EN LA MUJER

---

La respuesta sexual femenina surge de una compleja interacción de factores biológicos, fisiológicos y patológicos; factores psicológicos, socioculturales, vivenciales y vinculares.

Desde 1960 se ha encontrado que la mayoría de las pacientes con estado de ánimo deprimido presentan inhibición del deseo. El 50% de las mujeres con depresión mayor sufren inhibición de deseo – excitación, bajo interés sexual, falta de energía, baja autoestima, así como anhedonia.

En el modelo circular de respuesta sexual femenina de Basson (2005), la depresión es uno de los factores biológicos que afectan la acción de los estímulos tornándolos poco eficaces y se interponen en el camino hacia el deseo-excitación. Según este modelo de respuesta cuando hay una depresión la mujer tiene poca motivación para iniciar



o aceptar la actividad sexual, no existe deseo sexual espontáneo, el estímulo es insuficiente, no conduce a lograr la excitación subjetiva ni satisfacción sexual, lo que la va desmotivando a repetir la experiencia.

## DEPRESIÓN Y FACTORES VINCULARES

En las mujeres es muy importante la relación entre la calidad del vínculo afectivo sexual, la intimidad con la pareja y el despertar del deseo – excitación. Las mujeres son más sensibles a los conflictos en la relación.

Los conflictos de pareja explícitos o subyacentes, la infelicidad conyugal crónica, van generando depresión y actúan inhibiendo la función sexual de ella y su pareja. Inhibición del deseo y distanciamiento progresivo de ambos.

Una situación bastante común, que sufren las mujeres es la infidelidad reiterada, con consecuencias devastadoras sobre la autoestima, genera depresión, ansiedad y desconfianza, ira - hostilidad, incomunicación y resentimiento.

La violencia de género: emocional, cultural, económica, física, es fuente importante de depresión.



## RELACIÓN DEPRESIÓN Y RESPUESTA SEXUAL FEMENINA

Los estudios presentados con RMF muestran una clara coincidencia de zonas afectadas por la depresión y las correspondientes al deseo sexual femenino. Estas zonas son las ya descritas y que integran el *sistema límbico o cerebro emocional*.

Estudios de BOLD (*blood oxygenation level-dependent*) MRF muestran múltiples áreas cerebrales activadas por estímulos eróticos visuales en un grupo de mujeres heterosexuales.

Las áreas activadas incluyen lóbulos temporales anteriores, amígdala derecha, hipotálamo, corteza temporo-parietal bilateral, núcleo caudado derecho, giro cingulado anterior y corteza prefrontal dorso lateral derecha.

En otros tres estudios con videos eróticos y video de control, se vió mayor captación a nivel de: corteza visual, lóbulo parietal inferior, corteza frontoorbital, giro cingulado anterior, núcleo estriado ventral, y la amígdala (Giraldi *et al.*, 2009).

Yang *et al.* (2008) reportaron que las mujeres deprimidas presentan baja actividad en áreas cerebrales como: hipotálamo, septum, giro cingulado anterior y giro parahipocampo.

Arnow *et al.* (2009) hallaron que mujeres sin historia de disfunción sexual mostraron una activación significativa-

mente mayor en la corteza bilateral que mujeres con deseo sexual hipoactivo.

Estos estudios muestran la coincidencia de zonas afectadas por la depresión y las correspondientes al deseo sexual femenino.

La depresión actúa alterando el equilibrio de los neurotransmisores, aumenta la serotonina y la noradrenalina y disminuye la dopamina

En condiciones normales la dopamina actúa como facilitador de la función sexual de los antagonistas de los receptores de dopamina y disminuyen el interés y la excitación sexual.

La serotonina es el inhibidor más importante, inhibe el deseo sexual y el orgasmo. Los tratamientos con agonistas de serotonina disminuyen deseo sexual, mientras que los tratamientos que inhiben la acción de la serotonina aumentan el deseo sexual.

*En la depresión el aumento de la serotonina y descenso de la dopamina inhiben la función sexual.*

Además, la reducción de la actividad dopaminérgica produce disminución de las capacidades hedónicas del cerebro por lo que hay incapacidad de experimentar placer.

También la hiperactividad CRH reduce la actividad sexual.

En el sistema noradrenérgico hay hiper-respuesta: aumenta la actividad simpática y disminuye la parasimpática. El parasimpá-

tico que produce vasodilatación es responsable de la ingurgitación genital: clítoris, labios y vagina y la lubricación vaginal. El simpático de la vasoconstricción que lleva a sequedad vaginal y dispareunia.



*Evaluar la presencia de depresión es imprescindible en toda paciente que consulta por disfunción sexual y viceversa.*



## REFERENCIAS CONSULTADAS Y RECOMENDADAS

Arnow BA, Millheiser L, Garrett A, Lake Polan M, Glover GH, Hill KR, Lightbody A, Watson C, Banner L, Smart T, Buchanan T, Desmond JE. Women with hypoactive sexual desire disorder compared to normal females: a functional magnetic resonance imaging study. *Neuroscience*. 2009;158:484-502.

Basson R, Brotto LA, Laan E, Redmond G, Utian WH. Assessment and management of women's sexual dysfunctions: problematic desire and arousal. *J Sex Med*. 2005;2(3):291-300.

Bocchino S. Depresión: una enfermedad sistemática. Presentación Desayunos de Trabajo 2011 en la Sociedad de Psiquiatría Biológica del Uruguay. 2011; marzo 19. Acceso en 23 febrero 2012. Disponible en <http://www.spbu.com.uy>.

Burnett AL, Goldstein I, Andersson KE, Argiolas A, Christ G, Park K, Xin ZC. Future sexual medicine physiological treatment targets. *J Sex Med*. 2010;7(10):3269-3304.

Goldstein I, Goldstein AT, Guay A, Kim N. 055PG: medical and surgical management of FSD: Update 2011. Allied Healthcare Professional Course. AUA; 2011.

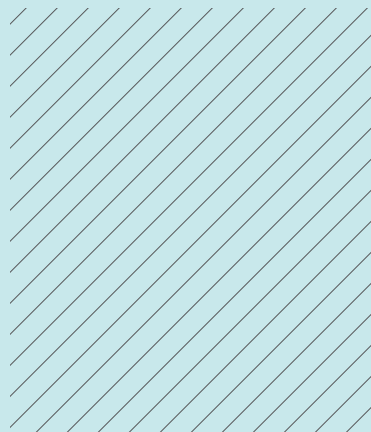
Goldstein I, Goldstein AT, Kellog-Spadt S, Sutherland SE. Sexual medicine: management of female sexual dysfunction. AUA Course. 2011; dec 1.

Lista Varela A. MD. Ciencia de la Depresión. Waslala, Nicaragua: Psicolibros; 2008.

McCabe M, Althof SE, Assalian P, Chevret-Measson M, Leiblum SR, Simonelli C, Wylie K. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J Sex Med*. 2010;7(1 pt 2):327-336.

Salonia A, Giraldi A, Chivers ML, Georgiadis JR, Levin R, Maravilla KR, McCarthy MM. Physiology of women's sexual function: basic knowledge and new findings. *J Sex Med*. 2010;7(8):2637-2660.

Yang JC, Park K, Eun SJ, Lee MS, Yoon JS, Shin IS, Kim YK, Chung TW, Kang HK, Jeong GW. Assessment of cerebrocortical areas associated with sexual arousal in depressive women using functional MR imaging. *J Sex Med* 2008;5:602-609.



*Teresita Blanco Lanzillotti : Médica Sexóloga; Coordinadora, Profesora de cursos de FLASSES; Fundadora, Coordinadora y Sexóloga de la Unidad de Sexología de la Cátedra de Urología del Hospital de Clínicas de la Facultad de Medicina de la Universidad de la República. Montevideo, Uruguay.  
e-mail: [blanter@montevideo.com.uy](mailto:blanter@montevideo.com.uy)*

*Con la colaboración de Humberto Gutiérrez Regal: Sócio de SUS y de la Sociedad Uruguaya de Medicina Interna.*