

# El papel del médico y la sexualidad de la pareja

Dr. Mario Souza y Machorro, Facultad de Medicina, UNAM.

Hace no mucho tiempo los médicos no consideraban importante la posibilidad de convertirse en expertos en materia sexual, aun y cuando un gran público "naive", tradicionalmente, los ha mirado como tales. En cualquier caso, no todos los médicos del mundo poseen una buena formación en esta área como para considerarlos verdaderas autoridades en la materia. La educación profesional del médico no estará completa si no se cubren estos aspectos, por tanto, se requiere de una amplia y profunda instrucción, tanto en lo referente a los datos anatómicos y fisiológicos como de los diferentes enfoques clínicos, psicológicos y social de la sexualidad, pero muy particularmente de la propedéutica y la semiología que garantizan el abordaje adecuado a estos problemas.

En la actualidad el conocimiento acerca de la sexualidad humana es considerado fascinante no sólo ya por los médicos sino por el público en general; la cantidad y distribución de revistas especializadas, películas, libros y artículos de divulgación publicados que se manejan en los medios de comunicación, han hecho de este tema una diversificación tal, que en algún sentido se ha beneficiado a la comunidad, si bien no toda la información resulta apropiada en su forma o contenido ni se disemina convenientemente. Aquéllos que vivieron el orgullo oscuran-

tista victoriano reaccionarán quizá con asombro ante la cantidad y manejo público de la información actual en este debatido tema. No obstante, tanto en materia de elección de pareja, anticoncepción, aborto, divorcio, rematrimonio o de variantes sexuales, una gran cantidad de gente de nuestra población tiene una visión falsa por cuanto a limitada e incompleta, aun hoy tan cerca del siglo XXI. Al parecer continúan sin explorarse convenientemente las causas de la inestabilidad del matrimonio y los conflictos familiares a la luz de la información disponible sobre tópicos sexuales, la comunicación humana y el papel de la relación de pareja en la institución familiar. Mientras, en la clínica psiquiátrica cotidiana, los problemas sexuales continúan a la orden del día en un sinnúmero de parejas.

Muy a pesar de que los cambios sociales han revolucionado la información que diariamente aparece en la prensa, cofactor educativo de la comunidad que no debe soslayarse, la educación sexual pública no ha alcanzado los objetivos deseables para una vida armónica y sana, puesto que muchos mensajes se desvirtuaron de sus propósitos originales cuando fueron utilizados de diferentes maneras, por ejemplo, para atraer públicos cautivos al consumo de artículos superfluos, vía erotización de la

publicidad o bien para fines políticos como el caso de la pornografía y otros muchos que se pueden citar. Nos encontramos en el momento en que los diferentes hallazgos de la investigación científica en esta materia se enajenan en su uso y se difunden de tal manera y en tal cantidad que antes que resultar de utilidad desorientan y confunden. Véase si no, el caso reciente del SIDA que se ha multienfocado con fines religiosos, políticos, económicos, de discriminación racial, etcétera, tema en el cual todo tipo de noticias ha tenido cabida, causando con ello una alarma mayor a la que el propio problema debiera producir como asunto de salud pública.

La mayor parte de las escuelas de medicina contemporáneas disponen ya de un gran conocimiento sobre sexualidad como un tópico curricular formal de instrucción. Esta condición sin duda contrasta con lo ocurrido hace unas cuantas décadas cuando las personas callaban qué tanto sabían sobre este particular; los cambios que se han dado han resultado significativos, pues hemos venido esclareciendo hasta darnos cuenta, de que mucho de lo que nos dijeron era porque en realidad no se sabía y aunque se asumía cierto grado de conocimiento, de hecho la información que se tenía, al final de cuentas, no era tanta. Hoy existen menos "secretos de estado", pero reconocemos sin embargo que es mucho lo que necesitamos aprender, y aun cuando se sabe bastante, una gran parte de este saber no se utiliza benéficamente ya porque ha sido distorsionado con base en prejuicios o bien por otras múltiples y diferentes razones, de ahí que la ignorancia pública y los dogmas que prevalecen deben ser enfrentados por la educación básica radical y efectivamente. Dada la superabundancia de hechos de los que hoy disponemos, su no divulgación apropiada empeoraría sustancialmente la condición sexual de la comunidad, abundancia que por otro lado representa una gran cantidad tan elevada que podría, literalmente, sepultar al investigador más acucioso.

Otro aspecto del problema es el origen oscuro de algunos libros sobre el particular, su falta de conocimiento y el uso que se les da, pues muchos de ellos son una especie de manual de recetas de cocina que se limitan a interpretar la problemática desde un sólo punto de vista y haciendo juicios de valor, pero no invitan a una reflexión más profunda o a un cambio más conveniente de actitudes. Quizá el éxito comercial de tales materias indique, por un lado, que existe una sobrada curiosidad general, que simultáneamente se encuentra con una necesidad todavía no resuelta. La ignorancia pública en este asunto posibilita al profesional de la salud, entre otros a jugar un

papel decisivo en la educación para la salud sin menoscabar su actividad diagnóstica y de resolución de tales problemas por encima de los mitos populares y de la omnisciencia que se le adjudica.

El concepto de sexualidad recreacional o erotismo recreativo, que fortaleció el movimiento de liberación femenina, que se extendió al gran grupo heterogéneo que conforma la sociedad mundial, ha sido uno de los más divulgados en la actualidad, aunque ciertamente no es nuevo. Dicho concepto debilitó la prescripción puritana por un lado y, por el otro, facilitó un intercambio paradójico e irónico para la creación de nuevas estructuras educacionales. Sin embargo, no puede esperarse que el mero cambio actitudinal de la gente disuelva automáticamente los problemas psicológicos individuales, las inhibiciones o las dudas, mismas que garantizan tan ampliamente en su resolución, aquellos manuales que se proponen en 10 lecciones capacitar hasta la especialización a un sujeto común. Ha crecido considerablemente el grado de conciencia que tiene la sociedad respecto a que el sentir legítimo es siempre más adecuado que el ficticio y también a que la armonía alcanza el placer como resultado del sentimiento amoroso genuino. Se reconoce, asimismo, que el primer paso para una buena relación interpersonal es el deseo de agradar y agradarse; ambas conductas fortifican la posibilidad de alcanzar una sexualidad sana. Es decir, la capacidad de amar en toda su extensión: dar y recibir. Pero "la mejor receta por sí misma no hace buen cocinero", muchos de los problemas sexuales no podrán ser resueltos por la sola divulgación de una instrucción técnica en particular. Quienes sean portadores de desórdenes sexuales habrán de recibir el tratamiento correspondiente para poder curarse; es en este punto donde la habilidad para escuchar los problemas del paciente y para aprender de ellos así como el establecimiento de una relación profesional humanitaria cobra significativa importancia en su finalidad terapéutica o rehabilitatoria, pero sobre todo preventiva.

En cualquiera de las 4 formas como se clasifica el enfermar humano de la sexualidad, a saber: *los trastornos de la identidad de género, las disfunciones sexuales, las parafilias y la homosexualidad egodistónica*, el paciente puede ser pertinentemente apreciado por el clínico debido a las características tan particulares que se suscitan, sobre todo cuando se utiliza una historia clínica codificada específica para la sexualidad.\* La problemática sexual

\*Souza y M.M. y col. Historia Clínica Codificada para la Sexualidad Femenina. Ginecología y Obstetricia de México, 1987: 55: 255-287.

también plantea, como en los problemas psicossomáticos, un aspecto esencial sobre el significado de las quejas o síntomas que se presentan; el porqué de ellas, el cómo y el cuándo se dan y sobre el valor que tiene para el portador estos datos. Desde el punto de vista genérico, los síntomas sexuales pueden agruparse en 4 categorías para una mejor consideración nosológica que derive a un abordaje más apropiado. Tales categorías son: 1a. *los síntomas sexuales que se asocian a enfermedad física*. Una queja sexual no necesariamente implica un problema sexual puro que deba ser resuelto a través de ganar seguridad personal, independencia o destreza alguna en la realización del acto sexual; con el uso de una mejor loción o recurriendo a otra parafernalia. La mayoría de las incapacidades sexuales son de carácter disfuncional. por ello habrá que tenerse en cuenta, que entre los síntomas ofrecidos por el paciente o detectados por el explorador se refieren a alteraciones físicas ya locales o sistémicas que requieren de un enfoque visualizador apropiado. Ejemplo de ello son: la infección, traumatismo o inflamación; la neoplasia genital, las enfermedades degenerativas o traumáticas de la médula espinal; los desórdenes metabólicos las hepatopatías y particularmente la diabetes, así como las insuficiencias vasculares pélvicas. Ahora bien, la impotencia podría resultar de un efecto colateral de fármacos psicotrópicos, de ahí que la aplicación de un instrumento clínico diagnóstico y la exploración metódica como los estudios de laboratorio y gabinete que arrojen luz sobre la estructura o función afectada son determinantes en el manejo del caso. Sin embargo, conviene recordar que los desórdenes físicos no limitan la coexistencia de trastornos emocionales, pues éstos coinciden o bien pueden ser con alguna frecuencia secundarios a una enfermedad en particular. La visualización correcta de aspectos físicos como psicológicos en un criterio conveniente para evitar la tradicional falla del somaticismo del ejercer médico que hoy por hoy no se encuentra todavía completamente superada.

2a. *Síntomas sexuales que se asocian a psicosis*. Algunos síntomas sexuales en particular o bien algunas alteraciones en los hábitos sexuales pueden ser manifestaciones incipientes de desórdenes psicóticos. Así, por ejemplo, aunque no todas las depresiones son de carácter psicótico, cuando se presenta fatiga, insomnio, despertar temprano con sensación de sueño no reparador, anorexia, pérdida de peso, astenia y adinamia y disminución de la libido, la posibilidad de una psicosis depresiva debe ser considerada, sobre todo si no existe un factor precipi-

tante claro identificable en el panorama clínico. La psicosis manico-depresiva y la esquizofrenia pueden llevar a estos pacientes a diversas conductas, como a incrementar o a evadir su actividad sexual o su capacidad orgásmica, “destapándole” ciertas ideas peculiares acerca de la sexualidad o de los órganos genitales y conducirlos así al seno de una conducta aberrante. El diagnóstico de estos desórdenes se realiza sobre la base del examen mental y la aplicación de la historia clínica, por tanto la consulta especializada es una condición obligada. Por otro lado, el poseer una falsa información sexual o desplegar conductas sexuales infantiles, no implica necesariamente padecer una psicosis, claro está, pero se deben destinar algunos esfuerzos a tratar de eliminar en lo posible aquellas nociones o rasgos infantiles que aún persisten. Está visto que la desmitificación por sí misma resuelve algunos síntomas del paciente y vigoriza la posibilidad de una conducta más sana, al combatir la información bizarra y el concepto popular equivocado, mismos que, sin base científica, se alojan por alguna razón desde hace siglos en el interior más profundo de la subjetividad de la especie humana. Cuando se sospeche de una psicosis de cualquier etiología, la consulta psiquiátrica no deberá subestimarse, ya que representa la oportunidad de proporcionarle al paciente un apoyo empático y un sustento farmacológico adecuados para el caso. El tratamiento deberá dirigirse al problema emocional global no solamente a los aspectos sexuales como podría pensarse. Es frecuente que con el manejo integral, los síntomas desaparezcan pronto, no obstante se deberá vigilar cuidadosamente el estado general y el ajuste del paciente hasta su estabilización. Los signos indicadores de que el paciente presentará sus quejas reiteradamente son, por ejemplo, que conserva su trabajo y/o cierto grado de armonía familiar estable; ante ello, el valor terapéutico de la relación, no obstante, dejará más que los malestares que pudiera provocar el escuchar la queja repetitiva del paciente.

3a. *Síntomas sexuales asociados a neurosis*. Se incluyen aquí aquellos problemas no psicóticos pero psicogénicos que generan conflicto intrapsíquico y manifestación sintomática de carácter somático. Las personas con conflictos matrimoniales pueden desde luego también ser neuróticas, sin embargo, por lo que se refiere a este punto, sólo se señalarán los disturbios que subyacen a la psique individual del sujeto y no aquéllos que devienen de la dinámica interpersonal conyugal. Los individuos no psicóticos que padecen desórdenes de personalidad mues-

tran una conducta sexual particular como aquéllos que adolecen de parafilias tales como exhibicionismo, fetichismo, masoquismo y travestismo, entre otras, o bien de homosexualidad, ninguno de ellos por lo general acude a recibir ayuda profesional, independientemente de los problemas sociales de adaptación que enfrentan, debido fundamentalmente a que no experimentan ansiedad en su dinámica sexual. De todas maneras se considera conveniente tenerlos en mente como posibles candidatos a tratamiento por su conflicto sexual primario, por las consecuencias que éste pudiera generar en su dinámica de pareja y no tanto por razones de aceptación social. Una condición indispensable para recibir las ventajas de la psicoterapia es que el paciente sea capaz de aceptarse a sí mismo como enfermo y mostrar deseos de cambio genuino; la conciencia de falla o de enfermedad mental en su caso en un área tan suí generis como ésta resulta indispensable. En otros casos los sujetos que buscan recibir tratamiento dejan ver problemas ligados a sentimientos de culpa, vergüenza o bien viven las polimórficas condiciones de la ansiedad percibiendo, por tanto, diversas formas psíquicas de malestar y mostrando cuadros variados como las manifestaciones fóbicas, histéricas, depresivas u otras ligadas a la angustia. Tales pacientes suelen quejarse más frecuentemente de problemas de tipo de la disfunción, u otras condiciones ligadas a la inhibición, tales como la impotencia, la eyaculación precoz, las dificultades orgásmicas e incluso el dolor coital llamado dispareunia. Por cierto que las disfunciones sexuales datan de edades muy tempranas, de la infancia o adolescencia y suelen verse asociadas a ciertos tabúes o experiencias desagradables respecto de "transgresiones" imaginarias, que merced al pensamiento mágico del individuo en cuestión son, sin embargo, elementos que conforman el proceso de crecimiento y maduración de la identidad personal normal. En relación a la capacidad orgásmica, ésta puede estar inhibida también, entre otras razones, como consecuencia de: 1o. la envidia y la hostilidad hacia el sexo opuesto (mejor designado complementario); 2o. de una pobre identificación del papel sexual propio o, 3o. de la presencia de rasgos narcisistas que implican un exceso de amor a sí mismo tan veleidoso que obstaculiza la capacidad de amar a los demás. Todos estos casos citados se manejan mejor entre el especialista sexólogo y el psiquiatra, o en su defecto el especialista que detecta el problema, ya sea el ginecólogo, urólogo u otros. La estrategia requiere reafirmar la personalidad del paciente, elevar su autoestima pero primordialmente asignarle una escucha profesional atenta y respetuosa

antes de desenmascarar la naturaleza del síntoma; es bien sabido que este solo hecho puede por sí mismo ser altamente benéfico, aun cuando la condición de fondo no se hubiera resuelto.

Es mucha la gente que sufre de la desagradable sensación de creerse sexualmente anormal por tener determinados sentimientos o vivir ciertas complejas fantasías inaceptables socialmente. En estos casos la reafirmación de la seguridad personal produce un inmenso alivio al tiempo rápido y duradero, es por ello que el médico debe estar sólidamente informado de lo que es normal y de lo que no lo es sin caer en la utopía de la salud que se encuentra casi siempre lejos de la realidad clínica aunque cerca de lo deseable, situación que, por otra parte, confunde a los profesionales, irrita a los críticos y entristece a los observadores de la profesión dedicada a la salud.

La pérdida de la libido en muchos pacientes obedece en muchas ocasiones a la depresión que salvo en casos resistentes alcanza alivio con fármacos antidepressivos, para lo cual es imprescindible tomar en cuenta que toda droga trabaja mejor en el contexto de una relación humana de respeto y simpatía. Cuando la habilidad sexual declina en razón de la rutina y/o de la edad se gesta el elemento característico de las depresiones, es decir, la pérdida de la autoestima que es más particular en las de tipo involutivo, especialmente la que sucede en los hombres que han tratado de mantenerse en la salud disponiendo abundantemente de la actividad sexual lo mismo que de las relaciones interpersonales de alguna manera erotizadas. Esta situación es comparable a las pérdidas afectivas simbólicas que se producen en las personas mayores que disponen de pocas fuentes gratificantes para alcanzar placer, bienestar y satisfacción, más allá de la relación parental o de la realización laboral. Sin embargo, no es recomendable el uso de fármacos para quejas sexuales aisladas.

En ocasiones sucede que el síntoma sexual manifiesto es meramente un aspecto de un problema neurótico más complejo, en este caso y cuando por sus características particulares la problemática a resolver no sugiere muchas posibilidades de solucionarse a manos de un médico general, la consulta especializada es la más adecuada para enfrentar la situación, ya que además orientará más convenientemente en la conducta a seguir. Aquellos pacientes con síntomas vagos que se manifiestan entre personas más o menos saludables, son en ocasiones las mejormente motivadas para recibir psicoterapia y son, al mismo tiempo, quienes tienen más posibilidad de recuperarse, por esta razón sobre todo cuando el problema no es

crónico logran ser eficazmente ayudados por un médico familiar a condición de que ése muestre simpatía y comprensión tolerante hacia los síntomas de su paciente. Esto resulta particularmente cierto con los pacientes masculinos a quienes se les fomenta o refuerza la identidad psicosexual usando la personalidad del terapeuta cuya posición objetiva le permite desde afuera observar la condición patológica.

Respecto de las mujeres neuróticas, los problemas sexuales que presentan son en especial difíciles, algunas de ellas son altamente proclives a desarrollar un dramático y complejo apego emocional hacia su médico. Esta situación transferencial envuelve diferentes maniobras seductoras de alta eficacia, las cuales podrían considerarse como dificultades clínicas a enfrentar, aun y cuando se tenga un especial entrenamiento para esquivarlas o se posean habilidades personales para la eliminación de tales neuróticas expectativas sin generar rechazo a la paciente. La especificidad de dichas maniobras, su variabilidad y su eficacia, las tornan altamente peligrosas a pesar de que son fácilmente reducibles cuando el caso se canaliza a una terapeuta mujer, quien en la mayoría de las veces enfrentará más adecuadamente el problema. Por cierto que este manejo de expectativas neuróticas que obedecen como ya señalamos a la transferencia psicológica hacia el médico y no a motivos reales, se asocia con frecuencia o bien es resultado directo de la inmadurez de la personalidad, de una enorme necesidad afectiva no resuelta que hace que la liga de dependencia planteada sea una red que penda sobre la cabeza del terapeuta amenazando su profesionalismo.

4o. *Síntomas sexuales que se exacerban cuando se tiene una relación de pareja neurótica y que pueden considerarse como causa y consecuencia de la dinámica conyugal.* La relación de pareja neurótica es un todo divisible en dos partes, la primera de los valores, virtudes y cualidades que a fuerza de admiración mutua y constancia han llevado a la pareja a la unión; la segunda, su contraparte, supone aquellos conflictos, necesidades especiales y sensibilidades que uno y otro cónyuges hacen fluir tanto deliberadamente como inconscientemente en la relación. Es un hecho conocido que las incompatibilidades más significativas del matrimonio no se manifiesta sino hasta pasado cierto tiempo de relación. Dichos conflictos aparecen incidiosamente y de manera tan velada que pueden llegar a ser difíciles de reconocer en tanto que los participantes no sufran de una irritación profunda. Por tal motivo, la relación de pareja requiere de un ajuste perma-

nente y de un compromiso no fácil de resolver que usualmente va desde la comunicación dificultosa hasta el sentimiento de culpa y su expiación, pasando por las crisis de agresión y la vergüenza posterior que cierra el círculo patógeno. Los síntomas sexuales, queja frecuente de estos pacientes, son los mismos que aquéllos que se encuentran en las neurosis, con la diferencia de que en ésta ambos participantes se involucran neuróticamente en una condición común aun y cuando sea uno solo de ellos el que solicite el tratamiento. Llama la atención por otra parte, que los miembros de este tipo de pareja puedan permanecer maduras en otras relaciones con el mundo exterior y hasta cierto punto saludables y adaptados. No obstante, la percepción distorsionada que se tiene de vínculo sexual es tan negativa que amenaza día con día su relación, a causa del severo malestar que provoca. En ocasiones los problemas conyugales son ocasionados por la presencia de conceptos y actitudes sexistas inconscientes en uno o en ambos participantes, por la discriminación a la pareja, por ciertos valores sociales convencionales, por prejuicios morales infundados o bien por una serie de conceptos irrespetuosos acerca de la naturaleza humana; así como "el varón busca cazar un cuerpo bonito para su satisfacción, algunas mujeres desean domesticar a su marido"... Pues bien, con estas ideas tan inapropiadas y erróneas son con las que arrancan algunas parejas su relación, ideas que por cierto ya desde hace mucho tiempo han dado pie a todo tipo de chistes sobre la relación conyugal, que involucran criterios axiológicos y los más diversos sentimientos respecto de hombres y mujeres con la finalidad de que subsista la ilusión de que las diferencias entre un sexo y otro son triviales o transitorias, hecho que desde luego cuando se examina con cuidado dista mucho de la verdad. Asimismo, y debido a razones inconscientes, existen personas que comparan desfavorablemente a su pareja con la imagen fantaseosa de los personajes de las novelas de aventuras a quienes ven como sensuales, bellas, no competitivas, excitables ante el simple valor social de la masculinidad, responsivas a la más leve insinuación y disponibles en cualquier momento... Tales creaturas son objetos de amor idealizado producto de una fantasía mental de adolescente; objetos de amor buscados para asegurar algunos de los valores maternos, de un amor incondicional fácil de satisfacer y con la garantía de su permanencia a perpetuidad. Quienes consideran ésto como una posibilidad veraz, se beneficiarán sin duda de una explicación realista especialmente si pueden ser convencidos de la irrealdad de la trama novelesca; de las

fáciles conquistas y de las inacabables delicias de una fuente paradisiaca pero inexistente que se provoca en cada fantasía compartida por el autor y el lector, respectivamente.

La idealización fantaseosa sobre las mujeres amantes, deriva en buena medida de la introyección de los vínculos parentales que inconscientemente ahora se proyectan sobre un prototipo en particular, tal es el caso de la amante fuerte y sensitiva, segura de sí misma y aceptante aunque retardada e intensamente masculina que es fácil de satisfacer por no ser demandante. Otros muchos ejemplos se pueden ofrecer, sin embargo, el hecho es que la gente real raramente es así y que toda expectativa basada en estas fantasías son todas las veces decepcionantes. Por otro lado, el impulso sexual de las mujeres es frecuentemente más difuso que el de sus parejas y más orientado hacia la relación afectiva y la vida familiar. La mujer sólo periódicamente muestra un interés decisivo y un acercamiento franco hacia el intercurso sexual; en tales condiciones se muestra susceptible a un mínimo de encanto masculino. Sin embargo, en otras fases del ciclo menstrual, el umbral a la seducción resulta más elevado aún cuando esto no impide los hechos. Llama la atención que los hombres no reconozcan que sus parejas potencialmente tengan tan fuerte y constante interés sexual, cualitativamente similar al propio que puede ser desarrollado hacia la persona de otros. Las parejas que disponen de actitudes sexuales más saludables difícilmente caen en tales fantasías, disturbios sexuales o en conflictos de otra área de su relación, no obstante que la sexual es frecuentemente agresiva y la emoción del amor subyace muy íntimamente cercana o emparentada al odio. Cuando uno o ambos cónyuges tienen conflictos severos acerca de la hostilidad y la agresión, la actividad sexual puede ser canalizada y desplazada hacia otra parte, ello debe ser reeducado convenientemente para prevenir sentimientos inadecuados que salieran de su control afectando su persona y la relación común. En cambio, si ambos comunican sus deseos clara, honesta y convincentemente, podrían alcanzar acuerdo común; en otro caso los mensajes en sí mismos pueden producir una especie de trampa generadora de frustración y desaliento. Nótese cómo

algunas parejas que han caído en disturbios sexuales se enrolan en una actuación psicopatológica polifacética: el marido juega el papel de niño enfermo y su cónyuge el de la madre controladora y agresiva. Por el otro lado se observa la mujer a sí misma como la pobre niña sufrida y decepcionada que invita a su marido a asumir el papel del padre distante, incompetente y frío. El hecho es que ninguno de ambos permite acceso a las características reales de cada cual, actuándose así el papel de los niños que juegan a ser adultos y que, incapaces de escapar de su pasado familiar, se ven enredados en relaciones nocivas que repiten el sistema enfermizo que recoge del pasado las impresiones y los sentimientos necesarios y suficientes para empañar el presente. Ante tales expectativas cuando uno de los cónyuges logra crecer, el otro utiliza la sensibilidad y la información que tiene de él para ridiculizarlo y detenerlo, insistiendo así en la permanencia del papel neurótico de perfil sadomasoquista. Esto no ocurre cuando se establece un patrón de comunicación honesta, directa y clara, pues los sentimientos respecto a situaciones conflictivas o displacenteras se resuelven más fácilmente en base a una misma percepción mutua y realista. Pero de no romperse la comunicación patógena no resultará extraño que la secuencia se simplifique alternándose los roles enfermizos. Hacer prevención es en este caso también señalar las distorsiones y los elementos irracionales en los que se cimienta este tipo de relación.

Una ventaja determinante en el abordaje y solución de los problemas sexuales u otros propios de la dinámica marital es poder contar con un observador imparcial que técnicamente impide a las parejas hacerse daño y los impulsa a buscar el establecimiento de una comunicación sana que sea la base de la exploración de sus conflictos. Si la actividad psicoterapéutica no es considerada panacéica, es porque no disuelve por efectos mágicos las desavenencias conyugales, pero a cambio logra con la participación decidida de los pacientes y de la técnica profesional apropiada la comprensión de las causas de los problemas para la promoción del criterio curativo. Dicho esclarecimiento como tal, bien podría considerarse el eje de la mejoría que lleva a la curación.