

# Psicopatología sexual en la pareja disfuncional

## 2a. parte. Patología de la psicosexualidad conyugal

Mario Souza y Machorro, Facultad de Medicina, UNAM

Se han señalado ampliamente en la literatura internacional, los diferentes patrones maritales que derivan de las características psicopatológicas que establece la dinámica de las parejas. Las cuatro más comunes, que se relatan con diversos nombres, son: lo. “*la esposa enferma de amor y el marido enfermo de frialdad*; 2o. “*en busca de una madre*”; 3o. “*doble parasitismo*”, y 4o. “*tipo paranoide*. Tales rasgos enfermizos conforman ciertos esquemas de relación o entidades patológicas, que permiten una actuación de la pareja tan característica como abigarrada, en la que no resulta extraño encontrar las diversas disfunciones y parafilias sexuales entre la variedad conductual de respuestas que ocasionan. En el primer caso “*mujer enferma de amor y marido frío*” vemos que ésta es una mujer “enamorada del amor” cuya inhabilidad profunda para ayudarse no le permite ser capaz de estar sola ni de actuar segura frente a sí misma. En tal situación de desprotección, sus funciones cognoscitivas se mezclan con las emociones y se vuelve entonces ilógica e irracional, necesita ahora de que su pareja enfrente por ella las responsabilidades que le corresponden, sin asumir en ello preocupación alguna. Por su parte el problema más común del “marido frío” es su deficiencia tan marcada

para la intimidad. Son varones capaces de ayudarse a sí mismos pero nunca lo suficiente como para estar dispuestos a ayudar a otros; se trata de sujetos cuya habilidad para estar separados no les permite aceptar, una liga emocional, ya que se sienten asfixiados y amenazados, por ello no es esperable que puedan desarrollar un nexo íntimo real y así el matrimonio que producen no llega a tener la característica de funcionamiento constante que la relación requiere, tanto en trabajo como en apoyo para cada uno de los participantes y, por si fuera poco, tampoco pueden cubrir la función natural de protección a otros miembros del sistema familiar.

En el patrón de matrimonio referido como “en busca de una madre”, en su versión pasiva, es el varón quien generalmente asume este papel; un individuo capaz de autoapoyarse y de vivir separado, mantiene un adecuado funcionamiento cognoscitivo sin el concurso de otra persona. Las esposas, que desarrollan el papel complementario de esta condición, son uniformemente capaces y adecuadas, por su propio derecho, a hacerse cargo de otras personas; extienden sus capacidades a los demás sin escatimar los esfuerzos necesarios para cuidar a todos aquéllos que se encuentren bajo su férula, haciéndolas a

su vez, personas sumisas y dependientes. En el caso del esquema marital denominado “*parasitismo doble*” se involucra la destacada habilidad de ambos cónyuges para apoyarse entre sí, sin menoscabo del soporte a los demás, pero sin la formación y los recursos de una infraestructura tal que posibilite a la relación para ser lo suficientemente apta para mantener un matrimonio, que resulte adecuado desde la óptica de distintos parámetros funcionales para hacerlo rentable.

En el esquema señalado como *folie a deux* (locura compartida o en duplo), lo mismo que en el modelo matrimonial descrito como *paranoide*, se ilustra la falta de estructuración y de separación funcional de ambos individuos; situación que no deja espacio adecuado para la unión-separación entre ambos, permitiendo que se fundan sus personalidades en una y logren un estadio patológico combinado, que resulta por cierto incompatible con las características descritas por la Organización Mundial de la Salud para la adquisición y el mantenimiento de la salud mental, entre las cuales se describen la imperativa habilidad personal para que uno mismo, a título individual pueda ser autoasistido, independiente y autónomo, sin la tutela emocional de otro. Un matrimonio saludable representa, entonces, la unión entre dos individuos que están dispuestos a autoayudarse en primer término, pero dispuestos también a ayudar a su cónyuge y a los hijos en un sistema tan elástico de apertura y cierre, que permite una función racional y emotiva adecuada caracterizada por el hecho de poder estar lejos sin estar separados y asimismo permanecer cerca sin fundirse con el otro. Los valores normales del matrimonio, como han sido propuestos por diferentes modelos de terapia familiar, derivan de las consecuencias que la propia dinámica psicopatológica produjo sobre los patrones conyugales alterados y conservan, por lo tanto, múltiples conceptos psicoanalíticos y del desarrollo psicosocial temprano de la relación simbiótica inicial de la vida entre la madre y el hijo(a), a través de la cual la resolución del conflicto separación-individuación representa el camino hacia la madurez, y el conocimiento real de las capacidades que uno posee y su desarrollo posterior se dirige propositivamente hacia el amor a uno mismo y a los congéneres. Idealmente, el matrimonio puede verse como la independencia simultánea donde existe una “dependencia” mutua y obligaciones recíprocas que integran un vínculo equitativo; aunque en él caben varias formas a través de las cuales se puede alcanzar la aproximación al paradigma, ubicado a cierta distancia de los rasgos patológicos aludidos. El matrimonio sano se concibe, entonces, como un

estado en el cual los cónyuges dispuestos a ayudar cada uno al otro persiguen el estado máximo de desarrollo y plenitud, para que siendo responsables y autónomos en lo individual se alcance la intimidad en las diferentes esferas de la vida, y así la intensidad misma de la relación no propicie regresiones, ni favorezca psicopatología, sino por el contrario, insiste en su eliminación. Un matrimonio producirá la capacidad para el crecimiento cuando éste sea sano, pero irá irremediablemente hacia la destructividad cuando no lo sea. La experiencia de muchos casos analizados, hoy permite afirmar que el matrimonio normal es aquella relación que involucra a dos individuos iguales que se vinculan dispuestos a complementarse y a fortificarse tan decididamente y de forma tan natural, que no da cabida al éxito de uno sin el otro. Cabe decir además que el referido estado marital no tolera la función estática, por el contrario impone siempre al cambio y a la adaptación, a través de las crisis propias del desarrollo de esa unión, que siempre requiere de la adecuación a las necesidades de los participantes que establecen ambos en su inicio a través del “contrato marital” y que posteriormente, se preocupan de incluir sistemáticamente como consecuencia directa de la evolución alcanzada.

Paralelamente a los patrones o esquemas maritales descritos, la psicopatología individual y la dinámica particular de la pareja son capaces de influir directamente en el funcionamiento sexual de los cónyuges, del cual resultan los rasgos de comportamiento y cuadros nosológicos que serán señalados más adelante y que son en todo caso interesantes de conocer y señalar para su manejo. En la urdimbre de la patología psicossexual que conduce a la génesis de entidades clínicas destacan tres modalidades conceptuales cuya descripción facilita el abordaje y la comprensión de la fisiopatología de dichos comportamientos. Tales conceptos abarcan tres áreas que se traslanan entre sí y se combinan en sus elementos, a saber: *lust*, que se refiere al intercurso sexual per se (es traducido habitualmente como “anhelo vehemente, concupiscencia, codicia, lujuria”). Se trata de una experiencia que alcanza la intimidad física pero que ocurre sin contacto o intimidad física sensorial: en la literatura mundial se reconoce por sensualidad y se dice que es aquélla que reúne todo género de actitudes y aventuras que estimulan los placeres sensuales como el escarceo, el beso, las caricias, el abrazo, las actividades verbales sensitivas pre, trans y post intercurso. Debido al tremendo incremento que la sensualidad ha tenido en nuestra sociedad, a través de los medios de comunicación masiva en las últimas décadas, al parecer, se ha despertado la sensibilidad de la

comunidad de una forma tal que la sensualidad no conforma ya experiencias emocionales de otra índole para hacerse más profunda, sino que es dirigida únicamente a obtener fines meramente físicos, sin compromiso y de breve duración, tal como nos es presentada en la publicidad comercial de tales medios y en la propaganda de diversos productos, que sin tener en realidad relación natural con la sexualidad, se erotizan como parte de una mera estrategia de venta, tan solo por el interés lucrativo.

El tercer concepto alude a la actividad físico-emocional referida usualmente en la literatura como amor. Esta relación involucra completa la dinámica interpersonal, en la que se procura un espacio para conversar y admirar a la persona; un vínculo donde existe por lo general adoración, excitación interna, calor, protección, respeto, responsabilidad, cuidado y conocimiento como señala Fromm y en el cual se extraña la ausencia de la persona con base en una afección sentimental, que conlleva la sensualidad en todas las prácticas eróticas sexuales.

Las variaciones antes referidas son desde luego importantes desde muchos puntos de vista, pero resultan fundamentales desde la práctica clínica, pues nos permiten considerar diversas situaciones por las que cursan las actividades emocionales, las vinculadas con el acto del amor y las que resultan de prácticas sexuales complementarias, que bajo el enfoque teórico se pueden distinguir y sin embargo no siempre resultan fáciles de separar en la praxis. Por ejemplo, cuando una paciente se refiere a un intercurso sexual que no va aparejado de la intimidad emocional correspondiente, la mujer puede estar refiriendo que se lleva a cabo el coito con su pareja de una manera en realidad muy poco comprometida; tales quejas estarán, generalmente, en torno de sentirse o de saberse objeto de la sexualidad del otro. En igual caso cuando se trata del compañero, éste se quejará de la falta de cooperación de ella, de que sus intercursos ocurren sin preliminares y ningún juego previo de escarceos, pasando directamente al "cumplimiento del deber sexual", carente entonces de apoyo emocional requerido y esperado.

La segunda variante en la relación de intimidad ocurre a través de variadas manifestaciones de amor y de proximidad física, mediadas a través de la expresión de la sensualidad, pero ahora sin consolidar el acto sexual o bien en ausencia de la respuesta global descrita como normal por los fisiólogos, durante él. Así, la mujer se refiere a su compañero como un "gran amor", como aquella persona que es capaz de lograr jugueteos con ella durante horas, llenando los espacios de todo género de preliminares, usa sus manos, su boca y cada parte de su cuerpo con mucha

imaginación; habla de lo mucho que la ama y describe sus sensaciones, pero nunca llegan al coito, ya que al parecer no se logra vencer la restricción psíquica ubicada precisamente en esta parte de la actividad erótica donde habrán de converger sensaciones y sentimientos. Cuando el caso lo presenta el marido, se refiere entonces a una mujer experta, toda sensualidad, que lo besa y acaricia excitándolo con romanticismo provocador; que lo envuelve y participa de todo género de fantasías, mismas que interrumpe al momento de avisarse el intercurso sexual o bien cuando "se atreve" la ejecución no alcanza el orgasmo muy a pesar de la estimulación recibida, prevaleciendo así dicha inhibición específica. En estas circunstancias fácilmente se puede derrumbar la confianza en uno mismo, debido al grado de frustración por el cual el sujeto desearía tener una experiencia sexual con una mujer distinta, que fuera capaz de responder a su actividad, para demostrarse si realmente es capaz de lograrlo, adjudicándose por lo tanto a sí mismo la responsabilidad de la falla. De ahí que la fantasía, tan frecuentemente vista de llegar a una affaire o de por lo menos consolidar una relación prostitucional satisfactoria, se considere tan seriamente, que se convierta en una condición mágica idealizada.

En la tercera condición clínica referida, donde no existe sexualidad ni intimidad emocional alguna, la relación sólo logra mantenerse por el nivel mutuo de odio y dependencia, características que por cierto equivocadamente se piensa sean excluyentes y poco factibles de darse en una relación supuestamente amorosa y antes al contrario, ocurren frecuentemente, simultáneas y complementarias, formando la característica patológica de la relación.

Cuando la mujer se expresa al respecto refiere que su pareja no le "hace el amor", dice que éste evade deliberadamente el coito y ello la fuerza a suplicar de diferentes manera para que se le conceda la actividad sexual; que teme cambiar sus sentimientos en función de lo que le ocurre y desearía por lo tanto haberse casado con un hombre más "primitivo", sexualmente hablando, incluso violento y brutal. Cuando el caso planteado le sucede al varón, éste se refiere casi siempre al desprecio que cree tener su pareja por él, manifestado sistemáticamente en el desdén hacia lo sexual y la describe: como "tocar un pedazo de hielo"; que no responde a sus insinuaciones, actitudes provocatorias o hechos y que por tanto, ha de recurrir a la masturbación, para que la producción de sus fantasías con otra(s) mujer(es) alcance el clímax y se descargue de sus tensiones.

Hasta aquí se busca establecer la existencia de una rela-

ción estrecha entre los patrones maritales aludidos y las diferentes manifestaciones amorosas, sensuales y coitales propiamente dichas. Considerérese a este propósito la primera variante, se trata de una pareja que presenta dificultades en las tres áreas; éstos son referidos como individuos que habitualmente despliegan una conducta mecánica a la hora de la actividad sexual; se preocupan más de hacer "un buen trabajo" que les permita a su juicio, probar su potencia y habilidad sexual" que la genuina sensación del vínculo. Pero la ansiedad de ejecución hace de la experiencia un sufrimiento en cuya actuación aparecen no rara vez síntomas característicos de la disfunción psicosexual como son la eyaculación precoz, la impotencia o bien la eliminación de la actividad sexual por vía de la multifacética cara de la evasión. La mujer, por su parte, siendo seductora, logra atraer mucho el interés y la atención de su pareja para las actividades propiamente genitales y culminar en el orgasmo acorde al patrón fisiológico normal, pero contradictoriamente no busca el orgasmo (del coito) y se muestra más interesada en las caricias colmadas de fantasía, en besar y realizar diferentes conductas sensuales y su afirmación concomitante, e incluso gasta muchas horas en hablar de cosas íntimas tan diversas como la atracción que ella es capaz de suscitar, y que considera emocionalmente, determinante como preludio del acto de amor pero falto de la cópula, las más de las veces no alcanza el clímax.

Cuando se desarrollaron las clínicas especializadas dedicadas al tratamiento de las disfunciones sexuales hace algunas décadas en Estados Unidos y otros centros de investigación en el mundo, entre las muchas observaciones realizadas destacó el hecho de que los maridos que usualmente se involucran con estas personas de rasgos histeroides son por lo general, individuos de características obsesivo-compulsivas y que en el vínculo establecido entre ellos es muy factible encontrar dos tipos de problemas: Primero, el caso donde existe una mujer que es capaz de alcanzar el orgasmo, cuando está con un varón, éste sufre comúnmente de eyaculación prematura o inclusive puede darse la combinación de una mujer anorgásmica con un eyaculador precoz, complementaridad clínica bien conocida. El segundo problema se refiere al reporte habitual de mujeres que nunca ha experimentado el clímax sexual, es decir, personas anorgásmicas llamadas puras o primarias, que presentan disfunción por la cual nunca han logrado el orgasmo incluso por la vía de la masturbación, (aun siendo instrumentada) debido a los negativos significados tan aferrados, que para ellas tienen los significantes sexuales, por razones inconscien-

tes. En relación a los maridos, éstos son tan arrománticos en su enfoque y abordaje de la relación, que no solamente no se gratifican con sus necesidades básicas libidinales, sino que reaccionan muy tórpida y dificultosamente frente a todo lo sexual, que hacen parecer su conducta negligente como reactiva semejante a la que evoca el niño frente a su madre cuando hace un capricho. Cuando estas necesidades sensuales son frustradas repetidamente por la inhabilidad orgásmica que provocan en su recíprocas, se llegan a producir hondas lesiones narcisísticas que se despliegan hostilmente proyectadas en la pareja.

En el patrón de matrimonio referido como "*en busca de una madre*", las dificultades sexuales que se tienen relativas a los compañeros varones, éstos son considerados excelentes amantes en términos de la sensualidad aludida anteriormente; gastan mucho tiempo en los juegos y preliminares y ofrecen todo tipo de caricias y actividades orales precoitales, haciendo del escarceo toda una estrategia hipervalorada y fantástica. Asimismo, remarcan mucho sus necesidades de intimidad emocional a través de lo cual desearían tener otra mujer. Generalmente éstos son varones potentes e hiperactivos vigorosos del intercurso coital, pero con un elemento de fragilidad muy delicada para su actividad ubicada en esta área. El hombre en tales condiciones se siente obligado a probar su potencia, que él mismo busca para reasegurarse del apoyo de una mujer, y es debido a ello que reacciona con ansiedad, la que por sí misma puede contribuir a hacer prematura la eyaculación o bien a la disfunción eréctil al alterar emocionalmente la ejecución, particularmente cuando el individuo se encuentra fatigado o bien bajo los efectos de sustancias psicotrópicas, que como el alcohol tienden a potencializar la falla debido a su efecto sedante que socialmente se ha confundido con estimulante por la desinhibición que provoca. La falla puede también presentarse debido al "ardoroso" estrés del sujeto frente a la responsabilidad que asume ante la relación sexual con su compañera. Se trata pues de un cuadro de impotencia secundaria de carácter circunstancial como lo denominó H.S. Kaplan, en 1975, que tiende a perpetuarse por sí misma, como consecuencia de la hostilidad que recibe de la pareja quien por cierto muy frecuentemente suele interpretar la disfunción más como una agresión personal que como una alteración circunstancial, aunque simbólica, y quien siendo dependiente al estar resentida amenazará con vengarse, dejarlo o agredirlo por lo menos, de alguna manera mediata o tardía en el curso de la relación, si ésta continúa.

El varón cuando está sometido a tales condiciones no

puede abiertamente expresar sus sentimientos de coraje y malestar por la frustración que implica y también por el temor a perder la pareja. Este es el mecanismo indirecto por el cual tenderá a hacerse impotente al reforzarse el síntoma.

Las dificultades sexuales en el patrón de relación denominado "*dependiente-dependiente*" se caracterizan porque ambos participantes tienen una disminución importante de su capacidad para la intimidad, el amor y lo afectivo; ambos se presentan al terapeuta señalando que *es la otra persona* la responsable del fracaso, ya que se sienten incapaces de gozar la sensualidad de su pareja y así el intercambio ocurre habitualmente como una experiencia disruptiva, particularmente cuando las mujeres sufren de disfunción orgásrica primaria, dato que se obtiene al determinar la ausencia de la experiencia satisfactoria a lo largo de la vida de la sujeto, a través de la aplicación de la historia clínica especializada\*. Los maridos por su parte cierran el círculo de la retroalimentación patológica cuando muestran una persistente eyaculación prematura, que indica finalmente un muy pobre control del ego y un deseo de "desresponsabilizarse" por la condición que propician; es así que hablamos de un equilibrio morboso, bilateral y complementario. Cuando este tipo de mujeres se involucran sexualmente con varones de características más agresivas y a quienes no les temen, escriben una aventura distinta, ya que la experiencia es vivida diferentemente al exhibir una enorme potencia sensual y eventualmente volverse orgásicas (siempre que no exista disfunción orgásrica primaria, nos referimos a la patología orgásrica adquirida circunstancial o secundaria). Similarmente les ocurre a los varones que pueden mostrar una enorme e inusual potencia sexual, expresada de diferentes modos cuando participan de aventuras sexuales donde actúan el papel dominante, lo que indica que en su deseo y fantasía sexual se sienten libres y reaccionan adecuadamente ante la falta de crítica de la compañera favoreciéndose con ello la relación que puede ocurrir con profunda entrega y sensualidad, tanto que se colocan fuera del rechazo y lejos de la crítica y la desventaja, situación que les vale para prolongar el tiempo de sus erecciones y posibilitarse así a una relación prolífica, al no sentirse hostilizados frente al carácter aceptante de su pareja.

Las dificultades sexuales que competen al patrón marital denominado "*paranoide*" se encuentran vinculadas

más estrechamente que los otros patrones de disturbio marital aludidos, a la dinámica propia de la fisiopatología paranoide, que causa dificultades tanto en las áreas físicas como emocionales y sentimentales de la intimidad. El área relativa al intercambio sexual se altera debido a las necesidades patógenas de ambos participantes cuando intentan probar su capacidad erótica-sexual, ya sea alargando los períodos pasivos de la erección durante la permanencia vaginal del pene e incluso durante la penetración, seudoptancia que va unida, casi invariablemente, a la falla eyacular, a la incompetencia funcional de la eyaculación o bien a la eyaculación retardada. Asimismo, el varón puede llegar a necesitar el carácter multiorgásmico de la mujer para probar ante sí mismo su potencia, o bien cuando su pareja sufre la condición de *folie à deux* referida anteriormente, la actitud respecto a su compañero puede ser de una capacidad displicente y de "abandono de sí misma" y de sus limitaciones egoístas hacia él, a efecto de responder orgásmicamente como él lo demanda, en los prolongados pero parafuncionales estados de erección que él mantiene. Cuando ella propicia la separación por alguna causa que considera justificada tiene que apelar a razones de ella misma, asumiendo responsabilidad personal de la incompatibilidad, por lo que puede caer en síndromes depresivos, sobre todo si ignora que la conducta de él es psicosexualmente anormal y que no tiene por qué reaccionar de la misma manera. Sea como sea, esta situación es suficiente para precipitar en el cónyuge múltiples manifestaciones de celotipia y acusaciones por supuestas infidelidades, que las más de las veces son sólo fantasías que no hechos reales consumados.

Pero si es la mujer quien tiene la personalidad paranoide, su suspicacia y celos formarán la parte integral de los ataques contra su pareja, esto causará entonces en él una merma importante cuya afectación de la intimidad física-emocional, generará la dosis necesaria de apatía sexual que se necesita para que se refuerce la condición y propicie así el candado del círculo viciado. Ella por su parte eliminará todo acercamiento íntimo, bajo el pretexto de obtener una forma de mantener estables y seguras las ya muy leves fronteras que percibe de sí misma. En este respecto ella es marcadamente diferente de la mujer señalada como "enferma de amor", quien provee mucho cuidado y afecto a la pareja para llegar a ser una "buena madre". La mujer paranoide busca escapar de la persecución maligna de su imagen (estructurada y correspondiente a sus años infantiles) ya que ello contribuye decididamente a sus dificultades orgásicas, lo mismo

\* Souza y MM y col. "Historia Clínica Codificada de la Sexualidad Femenina". *Ginecología y Obstetricia de México*, 1987, 55: 277-287.

que a repetidos episodios de vaginismo u otras disfunciones, las que por cierto pueden aparecer inclusive simultáneamente, con otras parafiliais y hacer más complejo el cuadro.

Los tres aspectos de la sexualidad, a los que hemos hecho mención en este trabajo, tienen una elaboración particular en cada relación de pareja y su interpretación es la que nos permitirá la pauta para saber si caen en terreno patológico o no. Respecto del amor se puede decir que éste es más fácil de definir por lo que no es que por lo que es en realidad, muy a pesar de todo lo que se ha escrito y dicho al respecto en la literatura científica periodística y en la cultura popular. Por ejemplo, para la "mujer enferma de amor" el amor representa algo en ella y de ella misma, un *objeto* con el cual se puede hacer a alguien afortunado de poseerlo; este solo rasgo puede considerarse patológico y regresivo, pues se considera a sí mismo un elemento para la fusión con otra persona buscando en ello el retorno a la relación madre-hijo de los primeros años y establecer simultáneamente una forma incondicional y perenne de intimidad afectiva. Esta posición representa un marcado contraste frente a lo que podemos denominar un carácter genital desde el punto de vista psicoanalítico, es decir, un amor maduro. Pero este tipo de amor no es algo que pueda darse simplemente, ni es análogo de una fuerza que constantemente la madre pueda obsequiar a su hijo como base de su relación, sino toda una fuerza motivante que sirve para dar protección y seguridad al individuo, sustento, placer y paz que lo estimulan al crecimiento y al desarrollo, como persona amada.

Frente a esta problemática conyugal y sexual planteada hasta aquí, es factible señalar algunas posibilidades de solución a través del uso de técnicas psicoterapéuticas particulares que buscan entender y reducir las manifestaciones psicopatológicas de los cónyuges, para lo cual es imprescindible siempre contar con la voluntad y la participación de los involucrados. En ocasiones la terapia orientada al matrimonio puede fallar en sus metas originales, ante la tentación destructiva de la experiencia del divorcio que siendo una libertad impele al cambio y que se maneja como una realidad factible, que frente a las crisis del matrimonio se toma irreflexivamente como una salida, no siendo ésta realmente, salvo excepciones que habrán de esclarecerse con toda propiedad, la alternativa más saludable. En otros casos, justo es decirlo, puede estar ampliamente justificada y ser la única salida conveniente.

Si se opta por la terapia orientada al matrimonio o bien por la terapia individual combinada, se deberá de tener

en cuenta que son de la práctica clínica actual las más reconocidas y su recomendación obedece a que están orientadas lo mismo hacia el bienestar de la persona que hacia el beneficio matrimonial; su objetivo es alcanzar el desarrollo y la satisfacción de las necesidades que presentan los seres humanos mostrando con ventaja técnica cómo tomar las responsabilidades de los cambios individuales como primer cambio terapéutico, cambio que por cierto de tardar mucho podría producir efectos secundarios decisivos que acompañarán a la condición de cada persona.

Si se piensa en terapia sexual habrá que considerar, por lo menos, los exitosos tratamientos de Masters & Johnson que en décadas pasadas causaron revuelo en el mundo científico y que actualmente modificadas son altamente eficaces en pacientes seleccionados, es decir, que integran los requisitos básicos. El tratamiento de la disfunción sexual en terapia marital enfrenta también las crisis de identidad; el uso de estas técnicas, el condicionamiento operante y las metas asignadas a los participantes en la terapia sexual, relativas tanto a la desensibilización como a la modificación conductual del síntoma específico. Estas técnicas se utilizarán cuando exista un trastorno disfuncional que sobresalga obviamente al tratamiento de la pareja; dicha condición obliga a una relación personalizada y más estrecha entre el terapeuta sexual y el marital, binomio que no es fácil establecer y que en nuestro medio al parecer ha resultado difícil de consolidar, quizás debido al traslape natural de actividades entre uno y otro y quizás tal vez por dificultades de celo profesional. La terapia marital tiene como meta fortalecer el crecimiento de los dos individuos, a efecto de llevar más adecuadamente su matrimonio, en tanto que la terapia sexual busca remover las disfunciones sexuales aunque más esencialmente los síntomas, meta que se alcanzará, exclusivamente, cuando se diagnostiquen las disfunciones en base a que causan problemas conyugales. Al parecer son muchas las parejas que padecen diferentes grados de conflictos sexuales y alteraciones matrimoniales y pocos aquéllos que acuden a solucionarlos. Pero si la disarmonía marital no fuera lo suficientemente intensa para generar repercusiones en el área sexual, la recomendación apropiada será utilizar la terapia marital.

Por último, si se piensa en la terapia marital orientada a la crisis, habrá que considerarla como una forma de tratamiento agudo para resolver las crisis conyugales, que en principio causan los síntomas, aun cuando no se pongan en peligro las relaciones de pareja como tal y no 'obstante el sustrato patológico que es etiología de la

condición. Tal vez a la larga, de continuar las crisis, la relación podría tornarse cada vez más afectada, pero de momento lo que se requiere es dar solución al planteamiento que suele ser motivo de consulta, con un tratamiento intensivo del problema crítico de la esposa, el esposo y de los hijos o familiares, que atenta de hecho contra la homeostasis del grupo y se extiende a la comunidad en el plano social.

Para la elección de la terapia correspondiente es recomendable considerar con escrupulosidad, objetividad y cautela suficientes para no confundir los objetivos terapéuticos, tanto como para facilitar la consolidación de la modificación sintomática en el menor lapso posible, de la

forma más directa y con los objetivos específicos más convenientes. En medicina siempre será un reto encontrar el tratamiento adecuado, barato, breve y práctico que reclaman los que sufren. En ocasiones ello puede verse indudablemente como una quimera y, sin embargo, no es más que en sí misma la obligación moral más elemental de todo aquel clínico que acepte tácitamente su responsabilidad en el ejercicio de su profesión. Conocer nuestras limitaciones es conocer nuestras potencialidades. En el estado actual del arte curativo se corren diferentes riesgos, algunos entre ellos son necesarios y, no obstante, éstos no socabán el enfrentamiento de la responsabilidad social que elegimos: el reto personal siempre atractivo de beneficiar a nuestros pacientes.