Psicopatología sexual en la pareja disfuncional

1a. parte: La psicoterapia y los patrones patológicos más frecuentes del matrimonio

Mario Souza y Machorro, Facultad de Medicina, UNAM.

Hace varias décadas que la técnica psicoterapéutica conyugal de Martin, llamada por él estereoscópica, señaló la conveniencia de proveer introspección (insight) a los dos miembros de la pareja frente a las disarmonías propias de la relación marital. Dicho enfoque clínico representa, en sí mismo como otros una teoría basada en un concepto que evoluciona a lo largo del conocimiento en la práctica de la acción médica-psicológica, en su esfuerzo humanístico para “fabricar” nuevos y mejores matrimonios. El papel que hoy se asigna a las bases para el establecimiento adecuado de una pareja, es decir, de un “contrato de pareja” en el diagnóstico y tratamiento de las relaciones disarmónicas, es un buen ejemplo de la conjunción que teoría y praxis realizan en pro de las acciones educativo-terapéuticas para asistir a las parejas. El conocimiento de esta técnica estereoscópica beneficia directamente a todo el personal vinculado con los problemas maritales, pero de hecho también puede ser usado de manera social para diferentes propósitos y por tanto abarca a estudiantes de medicina, médicos familiares, trabajadores sociales, enfermeras, sacerdotes, consejeros y muchos otros miembros de la comunidad, interesados en la mejor solución de la conflictiva del vínculo matrimonial.

La disarmonía conyugal es considerada actualmente, desde el punto de vista clínico, una entidad nosológica que puede ser observada en la práctica terapéutica, con miras a remediar los diferentes desórdenes que produce la pareja en su vinculación y no sólo para hacer consideraciones acerca de la dinámica conyugal bajo los enfoques sociológico, antropológico, filosófico o moral, como pretende querer verse en ocasiones sin dar opción a la visualización de los aspectos clínicos.

Los médicos en general, salvo algunos especialistas en problemas de familia, no están suficientemente entrenados para resolver los problemas que suscita la dinámica de pareja y su falta de experiencia les hace considerar tales problemas bajo actitudes despreciatorias, irrespetuosas e imprácticas, a través de las cuales subestiman las modalidades psicoterapéuticas tan demostradamente eficaces y reconocidas (de familia y/o pareja) como actividades de poca eficiencia, breve duración superficiales o irrelevantes, soslayando así la problemática social del grupo familiar, y todo ello debido muy factiblemente a la falta de un cuerpo de conocimientos suficientemente sólido, que no permite una actuación profesional adecuada. Recordemos que toda acción médica que alcanza

al individuo abarca de igual modo a su familia y se extiende a la sociedad inevitablemente.

En la práctica universal de varias décadas, este tipo de psicoterapia ha podido resolver diferentes problemas psicopatológicos, que han fallado en su respuesta a la psicoterapia individual. Sager y colaboradores, en 1962, demostraron en su momento, que algunos conflictos producidos en la pareja, que intentan resolverse de manera individual, son más fácilmente solubles al manejo conjunto, de ahí que se haya pensado en la creación de escuelas especializadas para aprender esta técnica en una actividad clínica de post-grado, destinada a la resolución de los problemas matrimoniales. En otros países, tanto como en éste, el establecimiento formal de escuelas con dichas características frente a tales conflictos ha favorecido sin duda el avance en el conocimiento y la desestructuración de los problemas familiares y/o de pareja. Sin embargo, debemos enfatizar que se ha visto con frecuencia un traslape natural en los campos de acción entre la terapia individual, de pareja y familiar cuando se aborda la problemática derivada de la patología intrapsíquica en uno o ambos cónyuges. No obstante, este punto crucial no hace, por otro lado, que se impida el discernimiento correspondiente entre el tipo de técnica y acciones a realizar en cada uno de los casos. Una diferencia práctica para distinguir los contenidos de la terapia de pareja respecto de la familiar es que en la primera se pueden discutir abiertamente los problemas de la sexualidad que serían seguramente más violentos en la segunda, debido, entre otras cosas, a la presencia de los hijos y también a que dicho material podría ser traumático en un momento dado, además de que interfiere generalmente en la secuencia y el desarrollo de los estudios del ego en la formación de la identidad normal. Por otro lado, la intimidad y la intensidad que representan los cartabones maritales, generalmente, propician una acción correctiva individual que facilita el análisis, aun cuando en otras ocasiones lo hace imposible.

La terapia marital se propone un tipo de ayuda y de manejo de la hostilidad que parte de considerar imprescindible la presencia de ambos cónyuges, siempre que éstos acudan realmente dispuestos a facilitar los cambios constructivos que requiere su unión; pero trae también consigo desventajas que se observan claramente luego de reconocer que una gran parte de los problemas maritales de uniones profundamente disturbadas se deben a sus hondas raíces derivadas en parte de un tipo de relación parental (producido desde la temprana infancia) y a las expectativas que se desarrollan en consencuencia.

Para la construcción de una unión de pareja todos los participantes diseñan (voluntariamente o no) una especie de contrato o forma de realización de la unión, mediante la cual se da cabida a las *expectativas conscientes* según el grado de advertencia de cada uno y a las *inconscientes*, que de todas maneras participan (aun cuando los participantes no se percaten de ellas) que conducen a un "acuerdo" (tácito, no siempre explícito) prematrimonial que lleva a los participantes a activarlo y a descubrirlo a través del balance producido por la dinámica de la relación, al paso del tiempo. Cuando uno de los cónyuges se encuentra incapacitado para aceptar con honor el acuerdo planteado originalmente o no intenta ni promueve cambios, el cónyuge complementario (compañero dependiente) inmediatamente después de la ceremonia que hace patente el vínculo, desarrolla la más variada gama de dificultades, que se manifiestan por la aparición de síntomas, conflictos y regresiones. Nos referimos aquí a un tipo de contrato no escrito y un tanto abstracto que se hace confuso para la mayoría de los participantes, que obedece a expectativas inconscientes fundamentalmente y que por ello afecta aun a las decisiones conscientes más explícitas de la pareja. Ambos cónyuges habrán de poder intercalarlas para alcanzar la más conveniente conciliación, si desean lograr el suficiente y elemental nivel de respeto y negociación frente a las diferencias que habrán de sortear en el camino de la comunión.

Las dificultades que la terapia marital enfrenta incluyen entre otras, las quejas que los participantes presentan de su compañero para eliminar así toda confrontación de su falla (en una dinámica circular que atañe a los dos) en pos de la evasión de la responsabilidad, de algo de lo que en principio están obligados por derecho propio a aceptar. Cuando estos pacientes son referidos a terapia, las entrevistas conjuntas usualmente revelan que los conflictos provienen del nivel intrapsíquico individual, por lo que se considera que la dinámica interpersonal, si bien participa, no es la responsable única en sí misma del origen de los problemas por los que acuden, por lo tanto tales pacientes mal representarían a su cónyuge al hablar de él en una terapia individual al distorsionar el mensaje que comunican a través de identificaciones proyectivas, que el terapeuta por su parte podría no identificar. En contraste, las entrevistas conjuntas de la terapia marital más fácilmente permiten observar los conflictos intrapsíquicos de los participantes; la realidad de la presencia del otro cónyuge no permite disturbar la comunicación ni evitarla o racionalizar como fuera la intención por lo que los mecanismos de negación y otros son más fácilmente

reconocidos y se cae en el plano original de la terapia. Algunos terapeutas recomiendan a este efecto identificar secuencialmente los problemas a) interpersonales y b) intrapsíquicos en sus pacientes como aspectos independientes aunque siempre complementarios, para poder manejarlos más fácilmente. Esta división artificiosa es conveniente, sin embargo desde, el punto de vista didáctico y lo es también para facilitar, como ya dijimos, el abordaje clínico que mejora el manejo y el pronóstico del caso.

Los problemas intrapsíquicos como fenómenos y el conflicto interpersonal, por su parte, son, no obstante, caras de una misma moneda, debido a la interacción y retroalimentación de ambas condiciones complementarias. Se recomienda entonces la observación directa de: a) los mecanismos intrapsíquicos que determinan la relación interpersonal y la observación simultánea, b) cómo la dinámica interpersonal por reforzamiento puede efectuar cambios intrapsíquicos, como resultado de nuevas experiencias en la relación interpersonal y c) cómo ambas circunstancias participan juntas, no siendo ninguna excluyente de la otra. El terapeuta habrá de captar ambas si quiere captar la realidad objetiva de lo que le acontece a sus paciente. Este tipo de psicoterapia requiere por lo tanto de un profesional que quiera alcanzar metas constructivas, con fines creativos, en quienes se acercan a solicitar su ayuda. Su práctica facilita cambios en cada uno de los cónyuges e incluso en otros; propicia metas de crecimiento en la persona y favorece el mantenimiento específico del matrimonio; el objetivo primordial enfatizado en esta terapia contiene la fuerza dinámica de su enfoque. La meta es el cambio, no importa qué calidad tenga el problema encontrado, ya que de no producirse cambio alguno se asume que los problemas continuarán así o muy posiblemente avanzarán a una peor condición. Dicho cambio podría producir ajustes desde la superficie hasta la profundidad de la relación más insatisfactoria. Es de hacer notar que los participantes pueden no colaborar en la producción de cambios o bien estar francamente en su contra, ello nos debe hacer pensar en cómo intentar alcanzar y solidificar los cambios necesario. El futuro terapéutico está basado en varias fuerzas, a saber: 1) los cambios y la orientación del terapeuta hacia el cambio a partir de las técnicas que utiliza; 2) el éxito educativo de los cónyuges y la orientación hacia el cambio, es decir la enseñanza terapéutica; 3) qué tan flexibles o inflexibles son las características de la realidad que presiona a los pacientes y 4) la capacidad para el cambio creativo en por lo menos uno y óptimamente en ambos

cónyuges. Este último vector se refiere a la flexibilidad involucrada en la habilidad de la pareja y a su disposición para cambiar de mentalidad, admitir que pudieran estar equivocados y aprender de la experiencia, para lo cual se requiere de una actitud positiva del ego que indica integridad de éste en la persona, cualidad central que propicia el buen pronóstico del caso.

Respecto de la selección cuidadosa de los paciente para incluirlos o no en un procedimiento terapéutico como éste, ésta apoya a la técnica y le procura los mejores resultados estadísticos, de la misma manera que sucede en cirugía tratándose de trasplantes de órganos o en terapia sexual. La individualización de la técnica es vista, pues, como una herramienta en las manos de un artesano y las limitación que presenta son válidas para todas las herramientas aún en las manos del más habilidoso artista, por ello en esta psicoterapia se pueden esperar los más diversos problemas. En relación al proceso de cambio de la pareja, Whellis apuntó en 1973: "el terapeuta es catalítico, en ocasiones necesario pero nunca suficiente".

Freud contribuyó decisivamente al descubrimiento de la psicopatología que posteriormente influyó en el conocimiento de la psicología normal de la vida cotidiana tanto individual como familiar y social, de ahí que el psicoanálisis haya impulsado considerables progresos a la hora de formular generalizaciones científicas que se usen como destellos psicopatológicos para explicar los mecanismos dinámicos de la conducta anómala principalmente pero también de la deseable. Análogamente la psicopatología de los matrimonios contribuye, por comparación, a la descripción de los valores normales de la relación marital. Las razones inconscientes para que un matrimonio determine su patrón de funcionamiento están en relación con el tipo de problema que se evidencia, esto hace posible la clasificación de las conductas patógenas de una manera relativa y aproximada, aunque lamentablemente no tan demarcada ni clara como en una entidad nosológica, esto es debido al traslape funcional de sus elementos clínicos como veremos más adelante. Si bien no existe una descripción formal de los patrones patológicos conyugales, se pueden considerar a grosso modo los cuatro cartabones más comunes por los que puede abordarse el tratamiento de esta condición:

1o. En el llamado "*esposa enferma de amor y marido enfermo de frialdad*" participan una mujer de rasgos histéricos y un marido de corte obsesivo. Esta es la forma más común de relación y por cierto el problema más grave que se pueda encontrar en esta terapéutica. Los

factores que involucran la conflictiva de esta pareja se encuentran determinados por elementos inconscientes tanto en su inicio para la elección del cónyuge, como de la deficiente adaptación posterior, que es su consecuencia directa. Las esposas son descritas como portadoras de una entidad clínica de matices individuales, que acuden a tratamiento a formular que experimentan severa ansiedad, depresiones, trastornos psicossomáticos u otros, por lo cual no se sienten capaces de manejar los problemas cotidianos, el cuidado de los hijos, la administración del hogar o bien encarar las obligaciones sociales. Se trata de una mujer que ha iniciado a ingerir tranquilizantes o los viene tomando desde hace años con o sin prescripción (de hecho la autoprescripción es un fenómeno social muy frecuente); siendo muy factible la descompensación emocional y las posibilidades de caer en una regresión severa. Desde las primeras entrevistas, la paciente señala que sus malestares se deben a la frialdad y crueldad de su pareja por lo que insiste en que: "él no se preocupa por lo que a ella le gusta o siente" y enfatiza sistemáticamente "su profunda capacidad de amar". El diagnóstico de esta condición no resulta difícil si se observa con cuidado la relación con su pareja en su carácter simbiótico y parasitario y ya que sufren de un narcisismo grave con baja autoestima no vivencian, sin embargo, su personalidad como firme y estable, contraste que diferencia polarmente todo lo que desean. El cuadro es tan característico que puede reconocerse desde las primeras sesiones y en ocasiones el terapeuta puede suponer lo que acontecerá en el resto de la sesión. Estas personas se reconocen fácilmente en cualquier grupo de edad bien antes o después del matrimonio.

Para los terapeutas varones, estas mujeres representan una trampa tierna y delicada, ya que son entusiastas, emotivas, interesadas en lo artístico, aparentan talento y son atractivas, por ello son capaces de lograr rápidamente transferencias positivas fuertes que provocan a su vez reacciones contratransferenciales; intentan mostrar un elevado interés en el tratamiento y comentan a todo el mundo acerca de lo que les sucede. Su personalidad teatral estructura la apariencia de un nivel genital, es decir, madura y adecuado cuando que en realidad tienen un carácter oral o sea inferior y más primitivo.

Los maridos completan el cuadro clínico con su personalidad contrastante: son inteligentes, educados, finos y rígidos; ocupan puestos de elevada responsabilidad, son competentes y admirados en su trabajo y en la comunidad y no son precisamente descompensados en lo emocional ni se prestan fácilmente al consumo de drogas o

abuso de alcohol. Difieren radicalmente de la esposa, ya que no muestran sus emociones, son individuos taciturnos, reservados, que usan un modelo intelectual lógico y recatado de relación, lo cual les permite un buen vínculo con las personas pero sólo a nivel superficial. Son individuos muy adaptados a los requerimientos de la vida social, que varían en su grado de adecuación cuando se encuentran en el hogar en el vínculo cotidiano con el cónyuge. El común de estos matrimonios discute generalmente por saber quién tiene la razón, que ambos estiman tener en grado absoluto y no complementario y como si por saberlo se resolviera el conflicto. Cuando ingresan a tratamiento el cuadro clínico difiere del de la esposa, pues aparentan un control exitoso de sus emociones y un buen ajuste en sus ocupaciones debido fundamentalmente a que operan bajo presión. Su grado de adaptación los coloca en el término social de "maduros normales". Con el avance del tratamiento se hace patente que las características y las diversas actitudes del sujeto son sólo defensas feroces contra sus conflictos emocionales. Son entonces individuos de una gran restricción emocional cuya relación instintual empobrecida está basada en múltiples manifestaciones de defensa de su ego.

La diferencia estructural entre ellos se encuentra en la diferencia de sus egos y en su distancia funcional, así el patrón marital que producen se caracteriza por los grandes cambios desilusionadores que sufren inmediatamente después de la boda. Al inicio del matrimonio la mujer pretende y aparenta tener el control en el vínculo por ser bella, vivaz, excitante y entretenida; promete conocimientos sobre arte y humanismo y en general todo aquello de lo que el marido carece. Durante los años que siguen a la ceremonia el marido continúa creciendo en razón de su trabajo, disminuye su timidez y adquiere más confianza en sí mismo. La diferencia radical se establece en el hecho de que él es un "devoto" trabajador y ella sólo una activa parlanchina.

La mujer se siente incapaz de desarrollarse y sobre esta base busca diferentes oportunidades en otros medios para su realización. La dificultad central de esta relación radica en que ambos participantes son igualmente incapaces de desarrollar un patrón común, viable y placentero de intimidad y de adecuación bilateral complementaria sin distorsiones o limitaciones por la subjetividad; ello restringe las oportunidades reales de crecimiento en pareja.

2o. El patrón llamado "en busca de una madre": entidad específica formada por un marido histérico y una esposa

obsesiva, hace que sea el primero generalmente quien busca la ayuda terapéutica, en función de una crisis que se dispara por el deseo o la aventura con otra mujer con la que tal vez planeaba fantaseosamente llegar a casarse. Las circunstancias externas bloquean sus planes, por lo cual se precipita la crisis que es el motivo usual de acudir a consulta. Asiste para saber cómo obtener lo que quiere y desea lograr desesperadamente: la relación con otra mujer sin la revancha y/o malestar de la esposa. Muchos de estos varones tienen en su haber una historia de rechazo por diferentes mujeres, por tanto lo que buscan en el fondo, no es sino el regreso a la esposa y al seno familiar. Los cuadros clínicos de estos varones caen habitualmente en dos grupos: a) un pequeño porcentaje de éstos son los activos del grupo, formado por individuos con una historia exitosa en lo que hacen; son típicamente sujetos oportunistas que aprovechan las relaciones personales para moverse hacia una situación cada vez mejor y siempre se excitan aun cuando se trate de una mínima ventaja. No conciben ni la posible falta ni el rechazo a sus deseos; toleran poco la frustración y se han casado bajo la premisa de alcanzar el éxito a toda costa. Muchas veces presentan fantasías que son producto de su distorsión narcisista, en ellas desean se les conceda toda facultad para lograrlas y exigen al psicoterapeuta les resuelva el problema, sin comprometerse con esfuerzo alguno y responsabilizando de esta manera al terapeuta del éxito de la terapia. Nunca alojan sentimientos de desesperanza o duda sobre su persona, por tanto alcanzar con ellos conciencia de enfermedad es una meta elevada y su crisis se agudiza solamente, cuando se hacen evicentes sus fallas que les causa depresión ante la frustración de sus expectativas, momento en el cual provocan algún pretexto para abandonar el tratamiento. Su patrón de carácter sociopático es importante a considerar para ello es conveniente individualizar al sujeto en el enfoque díadico señalado anteriormente. b) El otro grupo es el de tipo dependiente, aquél que busca una especie de maternaje, no tanto para que se le enseñe sino para que se tome cuidado de él, lo que representa una manifestación de sus demandas regresivas y una posición desesperanzada abierta siempre a cualquier ayuda cálida que pueda recibir. Son sujetos que pasan la vida pidiendo amor y comprensión, incapaces de manejar su aventura personal o negocios y que compiten más pobremente que otros varones de igual nivel, orientándose hacia la consecución de una mujer que consolide un aporte emocional perenne. Generalmente, se ubican en el seno de la impulsividad y la irracionalidad y es por ello que son más proclives al

consumo de drogas y alcohol. De hecho, el alcoholismo en ellos es más frecuente debido tanto a su carácter oral como a su personalidad histérica en virtud del enorme temor a fallar y a sentirse desprotegidos. Este tipo pasivo se describe más ampliamente en el modelo conductual “dependiente-dependiente” (llamado pasivo-dependiente) entre el hombre y la mujer. Las mujeres por su parte son característicamente excelentes madres en términos de consistencia, calidez, fomento de la dependencia, suministro de cuidados y ayuda; son mujeres que afirman querer mucho a sus maridos, personas muy fuertes para enfrentar las vicisitudes del matrimonio y de la vida en general saliendo airoso de ello. Por lo anterior, los divorcios motivados por ellas son excepcionales, ya que siempre están dispuestas a aceptar el retorno del marido sin importar las características que posibilitan sanamente al divorcio (en ello encontramos profundas raíces inconscientes para las cuales no tienen advertencia).

Observaciones cercanas sobre estas esposas señalan que ellas disponen de una necesidad muy fuerte de organizar, controlar y decidir la vida de los demás, siendo individuos siempre dispuestas a apoyar a los demás sólo en la medida en que garantizan con ello un dominio neurótico. Este patrón marital no es muy frecuente, pero cuando ocurre, el hombre refiere haber casado joven, generalmente antes de terminar su profesión y/o de ser capaz de vivir independiente y autónomo. Paralelamente a la inhabilidad de ella, debido a las circunstancias diversas para completar el cuidado del esposo, éste se torna más autosuficiente y capaz de mirar en otra mujer la posibilidad de que “alguien mejor” vea por su ayuda y al tiempo sea más bonita, joven y sensual. Es aquí que se produce la ruptura del matrimonio a manos de él.

3o. El patrón denominado “*doble parasitismo*” incluye a dos personas incompatibles para una convivencia mutua. Se trata de una combinación de un marido pasivo con una mujer dependiente; participantes ambos, que proceden de diferentes estratos socioeconómicos y culturales; son individuos tan poco compatibles el uno para el otro que resultan auténticos incapaces de ser sanos familiares sin proyectar hostilidad e inadecuaciones al cónyuge y a los vástagos. Sujetos que exhiben generalmente mucha ansiedad y síntomas neuróticos múltiples como mecanismo defensivo de su ego. De hecho, viviendo juntos, la suma de ambos no podría decirse que constituye un ego fuerte. Este patrón marital es un dúo parasitario de sujetos inhábiles para vivir juntos e igualmente incapaces para vivir separados; tal situación incongruente refleja el grado de su psicopatología, pues cada uno

espera del otro cuidados exagerados, que ante la amenaza más leve real o imaginaria, desencadenan reacciones de pánico o fóbicas. Es decir: ni contigo ni sin tí. El patrón complementario que siguen los inhabilita para satisfacer las necesidades propias, tanto como la consolidación de las metas comunes. Comparado con los patrones anteriores, esta particular forma de vinculación es la que produce problemas más inmediatos, a la boda, mucho antes de la aparición de los hijos y frecuentemente incluso durante la misma luna de miel.

4o. Este patrón psicopatológico de relación conyugal, como los otros, se utiliza para derivar de él los rasgos normales del matrimonio. Es el llamado "*tipo paranoide*" mismo que es por cierto el que más ayuda a destacar la necesidad de separación individual marital de los participantes. En este cuadro paranoide pueden señalarse varios subpatrones, sin embargo nos restringiremos a destacar los dos más importantes. En uno de los extremos de un continuo que ejemplifica la relación patógena, se localiza la llamada folie a deux, relación donde ambos individuos participan compartiendo iguales fantasías delirantes o delirios propiamente, que les hacen entrar en conflicto con la realidad y ya que se retroalimentan el uno al otro, tal fantasía compartida constituye formalmente un síndrome en pareja. En el otro extremo del continuo referido, se ubica la paranoia conyugal en la cual el sistema delirante de uno los cónyuges se enfoca sobre la conducta del otro. En este subgrupo patológico existen varios grados clínicos que aceptan en común gran número de ideas, valores, prejuicios, distorsiones y negaciones de la realidad, que los participantes manejan en pro del conflicto marital. Típicamente, se señala que la persona dominante, es decir la psicótica, es quien provoca el desarrollo del delirio sobre una persona relativamente pasiva y dependiente, que representa la parte complementaria de esta alteración. Las reacciones paranoides y la esquizofrenia paranoide, propiamente, con delirios persecutorios, son usualmente los cuadros psicóticos que se presentan en aquellas personas que han vivido juntas por largo tiempo. La experiencia del trabajo clínico con este tipo de parejas indica que los individuos dependientes enfrentan el deseo de pelear contra el sistema delirante del cónyuge y se enganchan así en el reto de la pérdida permanente de su pareja, misma que puede ser conveniente por ser la única salida hacia la salud individual, o bien aceptan con sumisión el sistema delirante, a fin de mantener el vínculo marital, afectándose con ello. Helen Deutch (1938) interpretó este rasgo psicopatológico en la

persona dependiente como un intento de recuperar la pérdida de objeto a través de la identificación del sistema delirante. Hoy sabemos por diferentes estudios recientes que alteraciones como la esquizofrenia, la deficiencia mental, la demencia y ciertos otros trastornos de personalidad predisponen como factores individuales a la adquisición de un delirio en pareja.

El matrimonio paranoide es menos bizarro en su estructura y más frecuente por cierto que la folie a deux. Se trata de transformaciones vitales paranoides de la realidad, a través de nociones ilusas y fantásticas, donde los cónyuges hacen por proteger algunas ideas (e incluso ideologías) detrás de las cuales se movilizan sus defensas y el cambio o intento de cambio de mundo en el que viven y por el cual sistematizan sus interpretaciones. De esta forma el matrimonio enfermo, donde los participantes funcionan juntos, hace que se encuentren atrapados cada uno de ellos en un suicidio de la individualidad en el seno de un "pacto contra el mundo". No es raro encontrar que tal disarmonía de uno con el otro y para con los demás se deba al hecho de compartir los delirios y las ilusiones que se construyen supuestamente en función y para beneficio de la unidad familiar. Dicha farsa, más tarde o más temprano, se tornará contra sus propios egos. El miembro activo, que hace papel dominante, demanda una conducta todo o nada de su pareja y por lo pronto hace que ésta, en su delirio, encuentre explicaciones bizarras a los hechos que sirven a diferentes propósitos y entre otras cosas para no acudir a terapia. Solamente llegan a ser vistos una vez que la irrealidad domina sus vidas y cuando se han producido ya diversas dificultades familiares de modo tan serio, que urgen de la participación de autoridades familiares o nexos laborales para la contención de las consecuencias; en ocasiones quienes envían a la pareja a tratamiento están más interesados que los concursantes en resolver sus problemas, y ello por cierto dificulta el manejo.

En el caso de la mujer paranoide, ésta tiende a quedarse aislada en su casa, pues se siente incapaz de mantener un trabajo y la relación obligada y se pelea frecuentemente con amigos, vecinos y gente alrededor, buscando permanecer en un mundo donde no es cuestionada y del que obtiene cierta satisfacción a nivel elemental y a su manera, privada de toda participación ajena. Cuando es el marido el miembro individual paranoide, éste despliega severas querellas tanto con los supervisores en el trabajo como con el mundo externo en general; la salida de uno y otro trabajo perdiendo calidad y reconoci-

miento termina por elevar importantemente su angustia, lo que a nivel inconsciente ha sido interpretado como un mecanismo de emasculación llamada de autoaniquilación (Jacobs, 1974).

Los factores dinámicos que explican esta sumisión y este grado de desesperanza e inhabilidad para separarse y no tomar cuidado de sí mismo está presente fundamentalmente en el miembro dependiente y en los hijos. Será por tanto meta importante del tratamiento mantener la separación y las capacidades de pensamiento de cada uno de los cónyuges y aumentar la capacidad de autodecisión y salud del miembro dependiente sobre el cual se han construido distorsiones de la identidad personal, que involucran a todo el sistema familiar. Por razones complementarias, que ya se han comentado, dichas mujeres escogen maridos con rasgos de pasividad, socialmente aislados y con profunda incapacidad para expresar directa y llanamente el coraje, lo mismo que los sentimientos sexuales, por esta razón la repercusión en su vida íntima es de esperarse. Los hombres se vuelven víctimas, al tiempo que victimarios, al participar de la realidad distorsionada y grotesca de sus parejas; por cooperar con las esposas contribuyen al empeoramiento de la enfermedad y hacen que el confinamiento hospitalario resulte necesario, lo que no es habitualmente congruente con su propia decisión, sino bajo la intervención indirecta y presurosa de otra persona. El miembro pasivo generalmente no opta por la separación del miembro activo, el cual por su dominancia obtiene algún grado de fortaleza y mantenimiento del núcleo patológico, no obstante ello, el disturbio psicótico puede ser indicación para la separación ya que permite la escisión de las condiciones planteadas, pues como todo problema psiquiátrico tiende a hacerse más grave sin tratamiento, independientemente del hecho de generar mayores complicaciones.

En la paranoia conyugal, entidad clínica en la cual los delirios paranoides y actitudes patológicas han sido directamente producidas por uno de los cónyuges, la conducta anormal de la pareja activa se caracteriza por la humillación, degradación y desmoralización de su cónyuge. Los actos destructivos sobre aquél pueden llevarlo por muchos años a un rompimiento de su estabilidad emocional e inclusive facilitarle el desarrollo de delirios graves aun cuando ya se encontrara separado de su compañero. Inicialmente, este matrimonio encuentra que la dificultad se considera como simples celos o se interpreta bajo el enfoque de algún otro elemental prejuicio social. El sistema delirante al que hemos aludido, cuando apa-

rece en estados tardíos, involucra una celotipia complementaria altamente patógena con acusaciones muy elaboradas de infidelidad y otros argumentos abigarrados. Esta estructuración puede llevar a un tipo litigante de paranoia conyugal que inicia las acciones contra el cónyuge con propósito de lograr la separación, usando la fuerza legal, pero sin que las quejas contengan dato alguno de infidelidad real o abuso con lo cual no fácilmente se consigue el divorcio, como no se vea la conveniencia de una separación voluntaria en función de la enfermedad mental, enfermedad que paradójicamente no permite la separación.

Las dificultades para establecer la profundidad y gravedad del estado paranoide son muchas, primeramente a virtud de que los delirios que se encuentran generalmente bien sistematizados y que están contruidos sobre bases no reales, no siempre se pueden demostrar, por la habilidad intelectual del paciente que los bloquea con racionalizaciones y no los deja emerger cuando intuye se usarán en su contra y también porque el hecho mismo de que el paciente se encuentre totalmente lúcido, tanto el abogado, el juez, los familiares y amigos del sujeto, lo mismo que el médico familiar, pueden no ser capaces de distinguir el cuadro psiquiátrico cuando éste hace su aparición intermitentemente, como es común y particularmente cuando no se tiene experiencia en el diagnóstico y manejo de estos problemas, que exigen del clínico no sólo conocimiento sino un acucioso criterio observacional. No obstante, las investigaciones cuidadosas y sistematizadas en conjunción con el escrutinio cercano del caso permiten descubrir las distorsiones anómalas y las exageraciones que impulsan las acusaciones presentadas, así como las actividades que precipitan y agravan la hostilidad de cada uno de quienes conforman la pareja.

En casos donde el marido presenta un estado paranoide y la mujer es pasiva se facilita el estado depresivo de esta última. El compañero suele tener mucha preocupación en lo concerniente a su masculinidad y al concepto social que de éste se tiene, interpretado como potencia, fuerza, don de mando, etcétera, resultando por ello suspicacia de conducta celosa; el varón se niega a tener intimidad sexual con su mujer, sobre la base de asignarle a ésta un enorme peligro para él, amén de la pérdida de sentimientos y afectos positivos disminuidos por la querrela.

Los cuatro patrones de observación clínica sobre la psicopatología sexual relatada aquí serán examinados con mayor detenimiento en la segunda parte de este tema

bajo el título de *patología de la psicosexualidad conyugal*. La prevención de estos problemas familiares por su repercusión social resulta primordial en las actividades de divulgación, particularmente cuando se trata de per-

sonal de salud que requiere en su preparación básica integrar la patología mental, bajo el concepto de biopsicosocialidad, para lograr la visión integral de los fenómenos existenciales del hombre.