

## Parejas y trastornos sexuales<sup>1</sup>

Francisco J. Alabau Ferrer\* y Juan Caballero Baeza\*\*

\*Psicólogo Clínico. Centro de Salud Sexual y Reproductiva de Burriana (Castellón)

\*\*Psicólogo Clínico Centro de Salud Sexual y Reproductiva de Vila-real (Castellón)

Correo electrónico: fjalabau434j@cv.gva.es

### resumen/abstract:

En este artículo reflexionamos sobre características psicodinámicas de los pacientes y sus parejas en relación a los diversos tipos de ansiedades manifestadas, así como a los procesos de identificación sexual y separación/individuación.

*In this article we think about patients and their couples' psychodynamic traits. We also think about them in relation to the anxieties shown and to the sexual identification process and finally to the separation-individuation process.*

### palabras clave/keywords:

Trastornos sexuales. Enfoque psicodinámico. Identificación sexual. Pareja. Separación/individuación. Ansiedades. Proyección.

*Sexual disorder, psychodynamic focus, sexual identification, couple, separation-individuation, anxieties, projection.*

La motivación que pone en marcha este trabajo está en relación a ciertas redundancias que los pacientes con sintomatología sexual han ido mostrándonos a lo largo de nuestro trabajo con ellos.

En dicho trabajo, realizado fundamentalmente en las consultas de sexología de planificación familiar de Burriana y Vila-real en Castellón, hemos combinado los objetivos de ayudar a la cura de la sintomatología sexual del paciente con una interpretación fundamentalmente psicodinámica de sus conflictos. Fruto de esta

combinación hemos podido constatar algunas repeticiones en la descripción y expresión por parte de los pacientes de sus conflictos amorosos, ansiedades, quejas y dificultades. Dichas repeticiones, nos hicieron pensar en qué conceptos psicoanalíticos podían dar explicación de esa conjunción de síntomas sexuales y conflictividad afectiva.

En la línea de otros autores, como Etchegoyen y Arensburg (1977), no hemos hecho diferenciación etiopatogénica por síntomas, sin embargo, sí que pensamos que procede una diferenciación diagnóstica y explicativa por sexos: los trastornos sexuales tienen un significado y explicación psicoanalíticas diferentes según sexos.

<sup>1</sup> Texto escrito a partir de la comunicación presentada en Valencia el 8 de abril de 2006, Jornada del Instituto de Estudios Psicosomáticos y Psicoterapia Médica.

Empezaremos por describir una situación clásica de conflictividad de la mujer con sintomatología sexual. La relación que mantiene con la pareja la hace sentir devaluada y con frecuencia caracteriza a su marido como hombre abandonico, indiferente ante sus necesidades de atención y cuidados y que se convierte en maltratador por las desconsideraciones que le causa. Igualmente, a la hora de definir el vínculo de estas mujeres con su madre lo hacen mostrando a ésta con atributos despóticos y ciertamente crueles. Dicha descripción de la madre coincidiría por un lado con la que hacen de la propia pareja en cuanto que no atendió sus necesidades pasivas de cuidado y por otra parte con el amplio elenco de madrastras de los cuentos clásicos infantiles: mujeres que desprecian a la niña y que la obligan a atravesar un calvario interminable de pruebas.

El padre en la línea de dichos cuentos aparecería como un hombre idealizado, seductor y lejano, a la manera del príncipe azul.

En el hombre hemos escuchado, sin embargo, definir a su compañera regularmente con los rasgos de carácter que a él le faltan (seguridad, agresividad, eficacia, alcance de logros...). Sufren un proceso de devaluación parcial en paralelo a su poco eficaz pene. A "ambos"- a él y su pene- les falta la suficiente actividad para sentirse satisfechos en el terreno amoroso.

En general, las madres de estos pacientes son definidas como mujeres que han acaaparado su atención y respeto de forma exagerada.

Así como en el caso de las mujeres su pareja masculina presenta un marcado parecido con la madre, en el caso de los hombres, es la pareja la que es rechazada inconscientemente

y es hacia quien deriva una agresividad que estaría dedicada en principio a la madre contra la que no se atreve a rebelarse. El padre, por su parte, es para nuestros pacientes masculinos una figura bastante alejada y poco influyente.

Para entender estos escenarios de amores y odios hemos recurrido a la teoría de las relaciones de objeto, en la medida que dicha teoría nos facilita la comprensión de la creación y desarrollo de vínculos estructurantes para las personas, que les llevarán a determinar modos de relación estables a lo largo de su vida. Asimismo, el concepto de regresión nos ayuda a entender cómo los seres humanos vuelven a tipos de relación anteriores y lo hacen tal y como lo hicieron en etapas pasadas con sus objetos primarios.

Quizás porque sin estos conceptos nuestro trabajo se abocaba a un infructuoso corogrigo en el que se intenta de manera ilimitada e inútil remediar los desaires que ambos sufren por parte de los "malvados" (marido-madre) o esposa.

Pensamos que siguiendo el concepto de regresión, las escenas conflictivas que nos cuentan podían entenderse como dificultades del paciente para dejar de percibir y de interpretar así las relaciones con sus seres queridos y que siguiendo el concepto de relación de objeto (objeto como sinónimo de objeto primario de amor -padre o madre-) entendemos gran parte de la conflictividad vivida en nuestros pacientes más bien de dentro hacia fuera que a la inversa. Y que la queja de los pacientes sobre su pareja es fruto de la proyección de relaciones de objeto correspondientes a épocas infantiles.

Así sobre las mujeres con trastornos sexuales, podíamos pensar que quizás esa madre

o ese marido son desatentos o abandonicos en una escenificación que nos habla de desamparo en parte real pero también interno, regresivo e infantil.

Igualmente sobre ellos podíamos pensar que esa esposa no sería tan poderosa por sí misma sino que representaría algo que tendrá que ver para este paciente con su propia sensación interna de devaluación y amenaza.

Si recordamos aquí las distintas angustias diferenciadas por Freud (1925):

*“...pudiendo así decirse que cada una de las edades del desarrollo tiene adscrita cierta condición de angustia adecuada a ella. El peligro de desamparo psíquico corresponde a la época de la carencia de madurez del yo; el peligro de la pérdida del objeto, a la dependencia de otros en los primeros años infantiles; el peligro de la castración a la fase fálica; y el miedo del superyo, al período de latencia.”*

Vemos que con mayor frecuencia la ansiedad de la mujer frígida corresponderá a una acentuación de la del peligro de pérdida del objeto y en el hombre impotente la ansiedad que se detecta con más facilidad e intensidad será la de castración.

Entendiendo, claro está, la pérdida del objeto como pérdida del amor del objeto y la de castración como la de valer menos o nada frente a un otro que sí vale.

Y así, la mujer sufrirá porque los otros significativos no la quieren, mientras que él sufrirá porque una parte de él no manifiesta la actividad o competencia necesarias.

La ansiedad sería más generalizada, implicaría más al self de la paciente de manera que la sensación de inutilidad, de incompetencia, abarcaría la práctica totalidad de

la personalidad de ella, mientras que en el caso del paciente podría compensarse la incompetencia sexual con competencia en otras áreas de la vida (trabajo, dinero, relaciones sociales...).

Estas ansiedades, que cabe pensar generales en todas las personas ya sean sintomáticas o asintomáticas, en los pacientes afectados de cierta conflictiva sexual se encontrarían más acentuadas y asimismo con tendencia a asociarse según el sexo del paciente: así, mayor ansiedad de separación en las pacientes, mayor ansiedad de castración en los pacientes.

Quizás fuera oportuno presentar algunas citas para entender por qué se dan estas escenas, con estos personajes y con el sufrimiento predominante que hemos indicado.

En relación a las pacientes:

*“Los padres buenos tienen que convertirse durante algún tiempo en personajes malos y perseguidores que obligan al niño a vagar durante años en su desierto personal, imponiendo exigencias sin respiro y sin tener en cuenta, en absoluto, el bienestar del niño. Sin embargo, si el niño responde a estas penosas pruebas desarrollando su identidad de modo independiente, los padres buenos reaparecerán milagrosamente.”* Bettelheim (1994).

La cita de Bettelheim apuntaría al proceso de individuación o de separación que hasta que se consigue hace vivir a los otros significativos como abandonicos, persecutorios y a sí misma como incompetente para alcanzar un reconocimiento suficiente del otro y de sí. Alguien que no tiene la imagen o el autoconcepto suficientemente fuerte para sentirse valioso, deseable o amado de un modo nuevo y reparador. En esa misma línea y concretando más en el terreno

sexual, también podemos citar a Suzanne Gagné, (1993), sexóloga psicodinámica canadiense que afirma lo siguiente:

*“Sería interesante, entre otras cosas, verificar si la falta de deseo puede tener como función mantener el vínculo con la madre. Tener deseo es situarse como diferente al otro, es también tomar el riesgo de tener que encarar la frustración, la insatisfacción, la separación, y en último término el abandono. En nuestro humilde criterio, tener un deseo es un gesto de afirmación que alimenta, en parte, la individuación. Suponemos, pues, que la ausencia de deseo es una tentativa con vistas a no individualizarse, es decir a desidentificarse”.*

En el caso del paciente masculino, de la teoría de Abraham (1917) sobre la eyacuación precoz:

*“...nos muestra que si la eyacuación precoz es una eyacuación en cuanto a la sustancia eyectada, es una micción en cuanto a su forma de eyección. Si se realiza tal forma de compromiso es porque el acto sexual no es experimentado como la expresión de una función viril plenamente asumida, sino como la gratificación resultante del toqueo de un pene sobreestimado por la madre.”*

La cita sería más provocativa pero sitúa la conflictividad en la incapacidad para asumir la actividad como componente personal en la relación sexual. La actividad correspondería a la “otra” que toquetea, la pasividad al paciente que no puede incorporar la actividad en la relación sexual.

Ambos escenarios nos muestran déficits en el autoconcepto de cada quien. Un déficit de seguridad en ella y un déficit de actividad en él. Estos déficits nos hicieron pensar también en la teoría del desarrollo de

las relaciones objetales de Mahler (1977) (Tabla 1) y los consideramos inscritos en el proceso de separación/individuación, en concreto en el último momento de dicha fase que es donde se podrían conformar la futura sintomatología: en esta subfase, el niño (valga el masculino genérico) se afianza en su independencia, se torna al mismo tiempo más dulce y cariñoso y alcanza la individualidad y la constancia objetal. Los traumas que ocurren después de haberse alcanzado la constancia objetal encuentran al niño con su personalidad ya establecida, armada con mecanismos psíquicos para defenderla. Puede ya resistir traumas menores y responder sin amenazas para su integridad yoica con producción de síntomas neuróticos. Mahler establece una clara diferenciación entre los trastornos que surgen antes o después de la delimitación del self.

Y ya por último la cuestión que nos planteamos fue la de entender por qué aparecían con más frecuencia dichas ansiedades en ciertas disfunciones desde los procesos de identidad sexual. Qué factores podrían influir para que estas ansiedades, estas relaciones objetales se dieran con más frecuencia e intensidad en unas u otros. A modo de introducción del tema podemos decir que entramos en el debate de la feminidad. ¿Feminidad primaria o secundaria? Este debate ha dividido a los diferentes autores a lo largo de la historia del psicoanálisis, por un lado se encuentran los que siguen a Freud en su idea de un monismo fálico en la infancia y por otra aquellos que se apartan del freudismo, sosteniendo la precocidad y anterioridad de una posición claramente femenina en la niña pequeña tal y como lo postularan Melanie Klein y discípulos.

Tabla 1: Las fases del desarrollo psíquico del niño

FASES	NOMBRE	DURACION
PRIMERA FASE	AUTISMO NORMAL	Hasta primer mes
SEGUNDA FASE	SIMBIOSIS NORMAL	Meses 1º a 4º/5º
TERCERA FASE	SEPARACIÓN-INDIVIDUACIÓN	Meses 5º a 36º
Primera subfase	<u>Diferenciación</u>	Meses 5º a 7º/8º
Segunda subfase	<u>Ejercitación locomotriz</u> <i>Primera etapa:</i> ejercitación locomotriz temprana <i>Segunda etapa:</i> ejercitación propiamente dicha	<u>Meses 8º a 15º</u> Hasta el inicio de la marcha libre Hasta el 15º mes
Tercera subfase	<u>Acercamiento</u> <i>Primera etapa:</i> comienzo del acercamiento <i>Segunda etapa:</i> crisis del acercamiento <i>Tercera etapa:</i> moldeamiento de la distancia óptima	<u>Meses 15º a 24º</u> Meses 15º a 18º Meses 18º a 20º Meses 20º a 24º
Cuarta subfase	Logro de la constancia objetal emocional y consolidación de la individuación	Meses 24º a 36º

Nosotros recuperamos la descripción que algunos autores hicieron del proceso de identificación sexual. Destacamos los desarrollos de Stoller (1968), quien pensaba que ambos sexos tienen una profemineidad basada en la identificación primaria de todos los bebés con su madre. Dicho autor afirma que la identidad sexual masculina era más difícil de lograr por la necesidad de reelaborar esta identificación femenina temprana; Interpretando autoras como Chodorow (1984) la depreciación de las mujeres al resentimiento y la envidia sentidos por el bebé hacia la figura maternal todopoderosa.

Este proceso de identificación sexual que no de orientación sexual, nos parece que da claves para entender lo que venimos explicando. En palabras de Alcira Miriam Alizade (2006) el proceso de feminización primaria y de identidad humana se inicia con una primera duplicación carnal, tiempo de desamparo y vulnerabilidad. La identificación primaria es una identificación con la figura del padre y/o de la madre de la prehistoria primordial. En este periodo la fusión con la madre ocupa el primer plano, fusión extrauterina que prolonga la fusión intrauterina, apego mediante, se instala la simbiosis diádica, primera duplicación car-

nal. Se produce un estrecho dos en uno, cuerpo a cuerpo, donde se funden sensaciones, sensorialidades, manipulaciones, ritmos... Esta feminidad originaria es una feminidad común a todos los seres humanos independientemente del sexo. Cada quien al nacer es precipitado a las turbulencias de las transformaciones del nacimiento y recibe los efectos psicósomáticos de la feminidad primaria. No se trata de una feminidad de mujer sino del elemento femenino preponderante en esta etapa de la vida. Tiempo de vivencias primarias, de surgimiento de protoafectos que comprenden sensaciones y pulsiones irrepresentables es eminentemente carnal y sensorial.

A grandes rasgos todos estos autores propondrían que dado que la madre es el primer personaje y por lo general más importante en los primeros años de vida, existe un proceso diferente de separación de esa madre omnipotente según el sexo del niño o la niña. Y así, en el caso del niño la individuación se hace de manera más acelerada y en cierto modo como huída de un posible exceso de feminización que amenaza la formación de su identidad sexual masculina.

Stoller (1968) sostiene que la identidad sexual nuclear se comprende mejor si se considera femenina para ambos sexos y que la sensación de masculinidad que experimenta el niño la obtiene de modo más precario que la de feminidad la niña, por este motivo, nos dice Emilce Dio Bleichmar (1985) que si bien la niña cambia de objeto, el niño cambia de modelo y que este esfuerzo de desidentificación explica el carácter reactivo de la masculinidad social, que se define por la negativa: no ser mujer.

El niño tendrá que mostrarse activo y menos emocional para poder alejarse de la madre e identificarse con el sexo masculino.

Así, no es de extrañar esa reviviscencia en el paciente masculino de las sensaciones de pasividad, inseguridad o ineficacia frente a una esposa-mama activa, segura y eficaz y a la vez inquietante y amenazadora. Nos encontraríamos, pues, con un paciente que vive la pareja con atributos a los que él de momento no puede acceder y que recordaría a esa madre omnipotente que le impide integrar la actividad dentro de su relación lo cual le hace sentirse devaluado frente a una mujer cuya actividad es vivida como demasiado exigente.

Estaríamos pensando pues, en que la masculinidad como sinónimo de actividad está entrelazada con procesos de separación/individuación casi desde el principio mismo de la vida del niño, Greenacre (1968) señala que la temprana relación madre-hijo subraya asuntos fálico-edípicos junto con asuntos de individuación preedípica a la vez y que eso implicaría un edipo más precoz en los hombres que en las mujeres. Este planteamiento nos hace pensar que para entender mejor desde un punto de vista psicodinámico algunas dificultades sexuales masculinas tendremos que considerar que la ansiedad de castración que puede vivir el hombre frente a su pareja se fundamenta en más ocasiones de lo que parece en conflictos del proceso de individuación, mostrándose así un continuo desde dicho proceso hacia la competencia sexual. Es por ello, que estos pacientes en contextos no sexuales en los que no ven amenazada su identidad por la mujer pueden mostrarse activos y no así cuando se vinculan a ésta de un modo íntimo.

En el caso de la paciente, el proceso de cambio de objeto para alcanzar la identidad sexual, lógicamente no se tiene que produ-

cir, de ahí que dicho proceso sea menos urgente. La identidad sexual femenina no se encuentra amenazada por una vinculación más duradera madre-hija y ello hace que la separación sea más lenta lo cual afecta a las relaciones de apego importantes. Así podemos entender que exista una mayor tendencia a la dependencia y que la ansiedad predominante sea la de pérdida de amor del objeto. Sería como si la individuación más lenta de la niña conllevara una mayor vulnerabilidad ante el desafecto y que este desafecto provoque con más facilidad aquello que afirma Enid Balint (1963): que el estar vacía de una misma es característica hallada más a menudo en las mujeres y que las mujeres que se sienten vacías de sí mismas sienten que no se les concede una realidad aparte y separada ni la capacidad actual para interpretar el mundo a su modo. Esta sensación tiene origen en la temprana relación madre e hija. Estos sentimientos de pérdida o vacío son frecuentes escucharlos en las pacientes y nos hacen asociarlo a una mayor tendencia a vínculos que podríamos llamar de relación semisimbótica y que generarían un paisaje con figuras que abandonan y decepcionan en tanto no satisfacen sus anhelos fusionales. Sentimientos generados por la simbiosis prolongada y la identificación narcisista típicas de la temprana relación madre e hija.

En resumen, nos hemos fijado, o mejor dicho, la escucha a los y las pacientes nos ha llevado a plantearnos sus sentimientos y ansiedades intentando pensar en sus diferencias emocionales desde procesos tan importantes como la separación y la individuación de la figura materna, así como el inicio de la construcción de la identidad sexual no tanto a raíz de la entrada en juego de la figura paterna sino desde el alejamiento y defusión de dicha figura materna.

## Bibliografía

- Abraham, K. (1917) *Ejaculatio Praecox*. En: *Psicopatología y Sexualidad*. Buenos Aires: Ed. Hormé, 1973.
- Alizade, A. M. (2006) *El final del complejo de Edipo en la mujer (de la duplicación a la individuación)*. Recuperado el 15 de febrero de 2006, de <http://www.psicomundo.com/foros/genero/edipo.htm>
- Balint, E. (1963) *On being empty*. Op. cit. En Chodorow, N. (1984) *El ejercicio de la maternidad*. Barcelona: Gedisa. Pp. 154-155.
- Bettelheim, B. (1994) *Psicoanálisis de los cuentos de hadas*. Barcelona: Ed. Crítica.
- Chodorow, N. (1984) *El ejercicio de la maternidad*. Barcelona: Ed. Gedisa.
- Dio Bleichmar, E. (1985) *El feminismo espontáneo de la histeria. Trastornos narcisistas de la feminidad*. Madrid: Ed. Siglo XXI.
- Etchegoyen, R. H. y Arensburg, B. (1977) *Estudios de clínica psicoanalítica sobre la sexualidad*. Buenos Aires: Nueva Visión.
- Freud, S. (1925) *Inhibición, Síntoma y Angustia*. Madrid: Biblioteca Nueva, 1974.
- Gagné, S. (1993) El deseo erótico femenino y su polimorfismo. *Revista de Sexología*, 57 y 58, 137-174.
- Greenacre, P. (1968) *Perversions*. Op. cit. En Chodorow, N. (1984) *El ejercicio de la maternidad*. Barcelona: Ed. Gedisa. Pp. 163-164.
- Mahler, M.; Pine, F. y Bergman, A. (1977) *El nacimiento psicológico del infante humano*. Buenos Aires: Marymar Ediciones.
- Stoller, R. J. (1968): *Sex and Gender, Vol. 2, The Transsexual Experiment*. Londres: Hogarth Press.

Fecha de recepción: 26/06/2008  
Fecha de aceptación: 15/01/2009