

CONSULTA MEDICA PREMATRIMONIAL

J. CODERCH

Publicado en
ANALES DE MEDICINA
SECCIÓN MEDICINA
Vol. LII Abril 1966 Núm. 2
BARCELONA

ASOCIACION DE JUVENTUD MEDICA

Sesión del día 6 de noviembre de 1965

CONSULTA MÉDICA PREMATRIMONIAL

J. CODERCH

Sería realmente interesante estudiar cuáles han sido los factores que han motivado que un hecho de tanta importancia en la vida humana, y que afecta, a la vez, a la salud mental y física, al porvenir económico y social y al futuro de los hijos, como es el matrimonio, haya sido, hasta el momento, dejado prácticamente al azar o a la pura intuición de los contrayentes, cuando no totalmente supeditado a otros intereses de tipo familiar, muy ajenos a las necesidades y capacidades personales de la pareja. Sin que sea el objeto del presente trabajo detenernos en el estudio de tales motivaciones, si debemos hacer constar que, en el momento actual, tal estado de cosas sufre un lento pero innegable cambio, con un patente aumento en la preocupación por mejorar las futuras condiciones del matrimonio y las posibilidades de éxito del mismo. En muchos países civilizados se extiende rápidamente la costumbre de la consulta prematrimonial, para lo cual existen centros especializados, en los que son analizados los aspectos psíquicos y orgánicos de ambos contrayentes en orden a una óptima adaptación a la vida matrimonial y se orienta e informa acerca de diversos aspectos referentes a la procreación, vida sexual, posibles trabas u obstáculos que en cada caso determinado son susceptibles de dificultar e impedir totalmente la buena adaptación del matrimonio, etc.

En nuestro país, estas actividades dirigidas a mejorar las condiciones del matrimonio son muy reducidas y desconocidas, a la vez, por parte del público y de los médicos. Cuando existen, se limitan a conferencias y charlas colectivas, casi siempre, preparatorias para el matrimonio. Es necesario precisar que los cursos de preparación para el matrimonio no pueden sustituir a la consulta médica prematrimonial, ya que estos cursos se limitan solamente a informar acerca de los objetivos y finalidades del matrimonio, aspectos de la vida en común, sexualidad y educación de los hijos, pero siempre entre personas que se hallan ya totalmente determinadas a contraer matrimonio, sin investigación de ninguna clase acerca de los factores orgánicos o psicológicos que deban ser corregidos antes

de aquél, que deban ser tenidos cuidadosamente en cuenta antes de tomar una decisión definitiva o que incluso contraindiquen formalmente la proyectada unión.

En este trabajo intentaremos precisar las principales pautas y líneas de conducta a seguir en la consulta médica prematrimonial.

IMPORTANCIA DE LA CUESTIÓN SEXUAL. — Resulta evidente que, pese a que la consulta prematrimonial debe abarcar diversos aspectos que iremos viendo a continuación, la sexualidad centra, generalmente, el mayor interés de la consulta. Esto no resulta raro si tenemos en cuenta que, en el matrimonio, hombre y mujer se unen para realizar una vida sexual en común y para criar y educar a los hijos que de tal vida sexual se siguen.

A pesar de la mayor libertad con que en la actualidad se habla y escribe acerca de los problemas sexuales, los jóvenes no poseen suficientes conocimientos acerca de la vida sexual en el matrimonio. Unas veces ha faltado toda educación sexual en el momento adecuado; otras veces, la educación sexual, de líneas muy generales, no incluye los aspectos propios del matrimonio. En los casos en que existen experiencias sexuales previas al matrimonio, mucho más frecuente en los varones, esta experiencia, obtenidas a través del contacto con prostitutas o mediante el "petting" practicado con ocasionales compañeras, es difícilmente trasladable a la sexualidad matrimonial, muy distinta a la sexualidad ejercida en la prostitución o en aventuras amorosas. Este tipo de experiencias, debido a la creación de determinados condicionamientos en cuanto a la mecánica y al estímulo sexual, son incluso susceptibles de dificultar la ulterior adaptación a la sexualidad matrimonial, como muy bien sabemos por las modernas investigaciones acerca del aprendizaje, que muestran cómo una experiencia previa puede interferir notablemente la adquisición de un aprendizaje en el que existen puntos de similitud y puntos de divergencia con tal experiencia.

Por otra parte, existen aspectos y problemas de la vida sexual que la más exquisita educación sexual no es capaz de solventar, que sólo aparecen en la consulta médica siempre que se proceda con técnica y conocimientos adecuados, y que sólo a través de ella pueden ser tratados. La no resolución de tales problemas o preocupaciones, en muchas ocasiones totalmente injustificadas, dará lugar a graves fricciones o desajustes que lastarán fuertemente la vida matrimonial. Así ocurrirá con un vaginismo, no siempre detectable antes del matrimonio en el caso de una virgen, pero sí fácilmente previsible a través de los temores o angustias ante la sexualidad, rechazo de la femineidad y del embarazo, rasgos histéricos, etc., siempre que se efectúe una adecuada exploración de la personalidad durante la consulta prematrimonial. Lo mismo podemos decir de una impotencia parcial, que, sin impedir totalmente la consumación del acto se-

xual, produciría una insatisfacción en la vida sexual de ambos cónyuges. Una actitud frecuente en los médicos es la de rehuir las cuestiones sexuales por el temor de tropezar con los criterios de tipo moral o religioso distintos a los suyos y que enturbien las buenas relaciones con el cliente o con su familia, por miedo a parecer demasiado liberal o demasiado restrictivo en este aspecto, etc. En realidad, este temor es infundado, ya que, sea cual sea la escala de valores morales o simplemente religiosos que sostenga el enfermo, puede asegurarse que no existe ninguna religión en la cultura occidental que vaya en contra de una adecuada información y orientación sexual, máxime si ésta se halla dirigida al matrimonio.

EXAMEN GENERAL. — La consulta prematrimonial debe tener lugar, para alcanzar su mayor grado de efectividad, lo más precozmente posible después que se haya formalizado definitivamente la decisión de contraer matrimonio, y, desde luego, no más tarde de cuatro semanas antes de la fecha fijada para la boda. Tal exigencia es necesaria a fin de disponer del tiempo suficiente para los exámenes complementarios que el médico crea convenientes, consultas con diversos especialistas, instauración de tratamiento en caso de anomalías que deban ser corregidas y puedan serlo en un tiempo relativamente corto o, incluso, aplazamiento temporal, indefinido o anulación del proyectado matrimonio en el caso de que los resultados de la consulta así lo aconsejen. Si, por el contrario, el examen prematrimonial se efectúa sin la suficiente antelación, pocas semanas antes de la boda, se convierte en un mero expediente de escaso valor, dado que no será posible llevar a cabo ninguna clase de tratamiento ni, una vez ya todo dispuesto para la boda inminente, tendrán los contrayentes ánimo y decisión suficiente para aplazar o suspender definitivamente la boda si los resultados del examen médico así lo aconsejan.

En cuanto a la materia en sí del examen médico, no puede trazarse un plan general válido para todos, ni es necesario, en todos los casos, proceder a un examen sistemático de todos los aparatos y sistemas del organismo. La perspicacia y sentido clínico, junto con la historia detallada de los antecedentes familiares e individuales, indicarán al médico hacia dónde debe dirigir su examen de acuerdo con el sexo, edad y condiciones peculiares de cada individuo. Queremos subrayar la necesidad de no conceder demasiada importancia a la investigación de posibles enfermedades venéreas; no porque tal despistaje no sea de suma importancia en los casos en que se sospeche su posible existencia, sino para desvirtuar paulatinamente la idea, común entre el público y aun entre muchos médicos, de que el examen prematrimonial consiste en diagnosticar la existencia e inexistencia de enfermedades venéreas, con lo cual aquél queda reducido a un simple análisis de sangre.

Si bien el examen somático será muy variable, de acuerdo con las características individuales del cliente, nunca deberá faltar la entrevista

destinada a aclarar el estado psíquico del sujeto, sus principales rasgos psicológicos, su actitud frente al matrimonio y las motivaciones que le conducen al mismo, para lo cual el médico habrá de adquirir los conocimientos psicológicos necesarios y, en caso de no poseerlos, remitir el cliente a un especialista en la materia. Este tipo de entrevista, que se mantendrá por separado con cada uno de los contrayentes, aun cuando en alguno de los casos puede ser convincente celebrar una entrevista final en común, se aprovechará para la adecuada orientación sexual y, por las razones que luego diremos, se procurará que se celebre en primer lugar con la mujer y después con el hombre.

PROBLEMAS RELACIONADOS CON LA TRANSMISIÓN DE ENFERMEDADES HEREDITARIAS. — Con cierta frecuencia, el médico se verá ante la necesidad de tener que informar sobre la posible transmisión de enfermedades hereditarias habidas en la familia de uno de los contrayentes o sufridas por ellos mismos, y la posible contraindicación que ello supone para el proyectado matrimonio. Dado que entrar en detalles sobre esta cuestión requeriría todo un tratado de genética, nos limitaremos a dar algunas normas de interés general acerca de la actitud que debe adoptar el médico.

Subrayemos, en principio, que esta clase de consultas están referidas, en casi la totalidad de los casos, a enfermedades psiquiátricas. Aun cuando existen muchas enfermedades, tales como diabetes, asma, jaqueca, reumatismo, etc., en las que se da por cierta una predisposición hereditaria, no ejercen sobre el público el influjo angustiante y terrorífico de las enfermedades psiquiátricas, ni las enfermedades somáticas tienen sobre el matrimonio y la educación de los hijos el efecto terriblemente destructor de las enfermedades mentales. Indudablemente, el que uno de los cónyuges sufra una diabetes no representa para el otro cónyuge y para los hijos lo mismo que si sufre una esquizofrenia o una corea de Huntington. Por ello, las indicaciones que daremos a este respecto se refieren principalmente a las enfermedades neuropsiquiátricas.

En primer lugar, debe tenerse en cuenta el aspecto teórico de las probabilidades de transmitir a la descendencia una enfermedad neuropsiquiátrica manifestada en la familia y supuestamente hereditaria. El otro aspecto de la cuestión se halla constituido por el aspecto afectivo de la consulta.

En cuanto al pronóstico individual teórico, se trata de un problema de cálculo de probabilidades y, en los casos genéticos más favorables, es decir, aquellos que se refieren a enfermedades de distribución conocida en la población global y de modo de transmisión bien establecido, el médico posee, sin duda, el medio de expresar en cifras relativamente precisas el riesgo corrido por los descendientes o los colaterales. Es muy dudoso, sin embargo, hasta qué punto un individuo que no posea una cul-

tura matemática muy especializada podrá apreciar la significación de tales probabilidades. La forma de expresar el riesgo genético puede ya modificar la interpretación del sujeto. Así, por ejemplo, si el médico dice que la probabilidad de determinada enfermedad pasa del 0,004 % existente en la población general al 0,04 % en la unión proyectada, se desencadenarán menos reacciones angustiosas, con su consiguiente repercusión en la celebración o no del matrimonio, que si afirma que los hijos de la futura pareja correrán un riesgo diez veces mayor que el resto de los niños de sufrir la enfermedad en cuestión. Al dar su opinión ante estas consultas eugenésicas, y ante las dificultades de tipo estadístico de las que acabamos de dar ejemplo, el médico tendrá en cuenta los siguientes puntos de orden práctico: *a)* es indudable que los riesgos de enfermedades neuropsiquiátricas se acrecientan en los parientes de enfermos mentales, siendo el riesgo directamente proporcional al grado de parentesco; *b)* por el contrario, no existe ningún caso, en el estado actual de nuestros conocimientos, en el que se pueda afirmar el carácter inevitable y fatal de los trastornos mentales en la descendencia de una pareja por grave que sea la carga hereditaria; *c)* la psicosis maníacodepresiva es, indudablemente, la enfermedad mental en donde el determinismo hereditario desempeña el mayor papel, aun cuando el pronóstico es atenuado por su evolución espontánea a la curación, sin dejar deterioro, y su sensibilidad a los psicofármacos; *d)* los matrimonios entre individuos en los cuales las dos familias respectivas contienen casos de psicosis son de pronóstico mucho más grave que aquellos casos en los cuales sólo una de las familias presenta trastornos mentales, debiendo distinguirse, sin embargo, si se trata de enfermedades iguales o relacionadas, caso más grave, o si, por el contrario, se trata de enfermedades mentales sin relación entre sí, caso menos grave; *e)* la existencia de un caso de oligofrenia profunda, casi siempre debido a lesiones encefálicas, y, por tanto, no hereditaria, ofrece un pronóstico menos reservado que la existencia de dos o más casos de debilidad mental ligera.

En cuanto al aspecto afectivo de la consulta eugenésica, el médico debe tener muy presente que, en casi todos los casos, los consultantes han tomado ya su propia decisión y lo que realmente desean no es la discusión sobre un plano científico, sino más bien que el médico confirme esta decisión con su autoridad para sentirse libres de culpa y responsabilidad. Por ello, es necesario insistir más en las motivaciones afectivas del consultante que en los datos objetivos, cuya acumulación no será capaz de modificar la decisión tomada consciente o inconscientemente de antemano.

ENTREVISTAS INDIVIDUALES CON CADA UNO DE LOS CONTRAYENTES. — Estas entrevistas se dedicarán a impartir la adecuada información sexual, así como a explorar la posible existencia de fobia, temores sexuales o sín-

tomas neuróticos que aconsejen un tratamiento especializado antes de celebrar el matrimonio.

En cuanto a la información sexual, digamos de antemano que deben ser usadas siempre las denominaciones técnicas precisas: pene, vagina, testículos, vulva, clítoris, coito, estimulación manual, orgasmo, eyaculación, deseo sexual, etc., aclarando su significado siempre que sea necesario, en lugar de escudarse en nombres vagos y eufemismos: “órganos reproductores”, “unión matrimonial”, “demostración de cariño”, “satisfacción amorosa”, “instinto de reproducción”, etc., que sólo sirven para poner de manifiesto la timidez sexual del médico y para aumentar la confusión del que escucha.

a) *Entrevista con la novia.* — En primer lugar, es necesario proceder a una somera explicación de las peculiaridades anatómicas y fisiológicas de los órganos genitales para que la consultante pueda comprender el mecanismo de la cópula, desfloración y eyaculación. Con esta sencilla explicación se desvanece el temor que sienten muchas mujeres ante el acto sexual, basado siempre en confusas nociones acerca de la desfloración, el tamaño del pene, etc.

Debe ser también advertida de la conducta a seguir con relación al novio. La mujer ha de saber que es muy posible que su marido se halle, en la noche de bodas, tan nervioso o excitado que el reflejo de la erección resulte demasiado débil o incompleto y la penetración no pueda realizarse, o que, una vez realizada ésta, no llegue a sobrevenir la eyaculación. Por tanto, ella ha de procurar, con su actitud tranquila, huyendo de falsos pudores, facilitar en lo posible esta primera cópula, que, erróneamente desde luego, es considerada por muchos hombres como la prueba forzosa de su virilidad. Asimismo, debe facilitar la mecánica del acto con una ligera lubricación de los bordes de la entrada vaginal, usando glicerina estéril u otro producto similar. También debe guiar con la mano el pene del hombre para hacer más simple y menos dolorosa esta primera penetración.

Es también conveniente que la mujer esté suficientemente informada acerca de la disparidad del orgasmo femenino y el masculino. Ello le hará comprender que es algo común que una mujer no experimente el orgasmo en sus primeras relaciones sexuales, e incluso que no llegue a sentir sensación voluptuosa ninguna si la cópula es realizada sin la debida preparación y estimulación de sus propios órganos sexuales. Debe explicársele que la mayor parte de las mujeres necesitan ser estimuladas manualmente antes de la cópula, a fin de que el grado de excitación haya alcanzado determinado nivel antes de iniciar ésta, y que aun a pesar de tal preparación es, en muchas ocasiones, necesaria la continuación de tal estimulación después de tal cópula para que la mujer alcance el orgasmo. Por tanto, el médico se esforzará en que la novia comprenda que no es deshonesto ni revela impudicia por parte de la mujer aceptar e incluso

solicitar esta clase de estimulación por parte del marido, y que éste sólo podrá alcanzar la plena satisfacción sexual si siente que su mujer le acompaña en el mutuo placer. También deben serle explicadas algunas peculiaridades acerca del orgasmo femenino, tales como el hecho de que muchas mujeres no alcanzan un orgasmo único e intenso durante, antes o después de la cópula, sino varios y repetidos orgasmos de pequeña intensidad durante aquélla.

En algunos casos, el médico observará que, una vez logrado el suficiente clima de confianza, la mujer expresa un excesivo temor o preocupación en relación con la vida sexual, siendo totalmente necesario aclarar las causas de tal temor y solucionarlas adecuadamente si quiere evitarse que la proyectada unión camine desde un principio a su fracaso, dado que fracasado hay que considerar a un matrimonio sexualmente desajustado aun en el caso, sumamente improbable, de que exista una perfecta armonía de la vida conyugal. Las motivaciones del miedo sexual pueden variar desde las más ingenuas, y fácilmente desvanecidas, hasta aquellas de profundas raíces neuróticas, que exigirán un largo tratamiento psicoterápico. Entre las primeras podemos encontrar la idea de que el acto sexual resulta siempre doloroso para la mujer; el temor a que sea descubierto un hábito masturbatorio prolongado, ya que en la mente popular es corriente la creencia, que puede también hallarse en antiguos libros de medicina legal, de que la masturbación deja huellas comprobables en los órganos genitales; angustia ante la expectación de que el peso del hombre, a veces muy superior en corpulencia a la mujer, ha de apoyarse totalmente sobre ésta durante la cópula; convicción de que el acto sexual es algo en sí malo y sucio, tan sólo tolerado con fines de procreación o para evitar que los hombres satisfagan la sexualidad fuera del matrimonio; leucorrea o fetidez vaginal, hasta el momento inconfesadas por vergüenza, con la consiguiente preocupación por el efecto que ello pueda causar en el consorte; temor a excesivos embarazos, etc. En otros casos, las causas del miedo sexual, de índole neurótica, no son conscientes ni racionalmente explicables, y es juicio del médico determinar si su intensidad es bastante excesiva para contraindicar el matrimonio hasta tanto no se proceda a un tratamiento adecuado. Un caso aparte es el de aquellas mujeres cuyo miedo o aversión ante la vida sexual que va a iniciarse obedece, simplemente, a que no aman al hombre con quien han de contraer matrimonio y con el que se han comprometido por motivos sociales, económicos, de obediencia familiar o, simplemente, por no permanecer solteras. Este desamor puede permanecer oculto no sólo a los ojos de los demás, sino que incluso, por un proceso de racionalización, han llegado a convencerse a sí mismas de que están enamoradas de su futuro cónyuge, pero la sexualidad no se deja engañar tan fácilmente y surge, de forma aparentemente inexplicable, el sentimiento de rechazo o repugnancia ante la idea de la unión sexual.

b) *Entrevista con el novio.* — En la entrevista con el novio deben seguirse, en principio, las mismas pautas que hemos dado anteriormente en lo que se refiere a los conocimientos anatomofisiológicos. Ha de tenerse en cuenta, sin embargo, que el hombre, por ser la parte más activa en las relaciones sexuales, debe poseer un conocimiento más preciso de la anatomofisiología de la mujer y de la técnica de la cópula.

Un punto importante es el que se refiere a la desfloración. Naturalmente, el médico debe haber averiguado, previamente, si la mujer es una virgen intacta o se halla ya desflorada (éste es uno de los motivos por los que aconsejamos que la primera entrevista se efectúe con la mujer), puesto que en este último caso deberá abstenerse de mencionar el asunto para no contribuir a fijar la atención del futuro contrayente en tan delicado detalle. La manera de enfocar la cuestión por parte del médico será distinta según la caracterología del hombre. En el caso de sujetos dominantes y agresivos, el médico debe instruirles acerca de la necesidad de no traumatizar a la esposa en este primer contacto, los peligros que de ello pueden derivarse y la conveniencia de no forzar excesivamente la inmisión peneana en los primeros coitos. Por el contrario, cuando se trate de individuos ansiosos y preocupados ante las primeras relaciones sexuales con su futura esposa, el médico se esforzará en despojar a la desfloración de todo su revestimiento mágico, a la vez que señalará la sencillez y absoluta inocuidad del proceso y dará algunos consejos técnicos sobre el mismo.

La conducta de la pareja durante el himeneo merece también cierta atención. Debe explicársele al novio la conveniencia de no intentar la primera cópula en condiciones desventajosas, como sería tras un viaje excesivamente fatigoso; después de haber bebido en exceso; en situación de incomodidad física y material, como, por ejemplo, en un coche-cama; en un ambiente donde la falta de la precisa intimidad, física o espiritual, como puede ocurrir en un departamento compartido con los padres u otros familiares, o en un hotel en donde, por la situación de la habitación o por la delgadez de los tabiques, el ruido procedente del exterior sea excesivo, etcétera. Todos estos factores pueden actuar de forma inhibitoria y conducir a un fracaso total o parcial de la cópula por impotencia, falta de eyaculación, anorgasmia, vaginismo, etc., que, por condicionamiento, den lugar a ulteriores dificultades de difícil superación. También es aconsejable que, para facilitar en lo posible la adaptación sexual durante los primeros días, tan importante para todo el resto de la vida matrimonial, se prescinda de los viajes excesivamente largos y fatigosos, así como del ajetreo incesante para visitar monumentos o localidades de interés turístico, espectáculos y diversiones, etc.

Finalmente, el médico intentará averiguar si existen en el novio preocupaciones de tipo neurótico que convenga solventar adecuadamente antes de seguir adelante con el proyecto matrimonial.

SITUACIONES ESPECIALES. — a) *Matrimonio tardío* (media y avanzada edad). — Es bien sabido que la proporción de anomalías congénitas en los hijos aumenta considerablemente cuanto mayor es la edad de la madre, sin que intervenga en este aumento la edad del padre. Ante esta perspectiva, se plantea la pregunta de si el médico, ante mujeres de más de cuarenta años que conservan aún sus ciclos menstruales, debe o no advertir el peligro a que se exponen en caso de contraer matrimonio, máxime cuando la mayor parte de las mujeres que se casan en edad madura desean ardientemente tener hijos, siendo éste, en muchas de ellas, el verdadero y único objetivo del matrimonio. En estos casos, el médico no puede proceder indiscriminadamente, sino que debe realizar un análisis de la situación antes de proceder de una forma o de otra. En aquellas parejas en las que se advierta un verdadero amor y firme decisión de contraer matrimonio, tales informes sólo conducirían a llenar de angustia a dos seres y, si por desgracia alguno de los hijos presentara algún defecto congénito, mongolismo o debilidad mental, se sumaría al infortunio un tremendo sentimiento de culpa que ensombrecería aún más el pronóstico del caso. En cambio, cuando el médico perciba que lo que impulsa al matrimonio no es un verdadero y mutuo amor, sino consideraciones de tipo social, temor de quedar solo —o sola— en la vida, deseo de mayor seguridad y apoyo, afán de tener hijos, etc., sí debe hablar claramente y exponer, en forma estadística, el riesgo que deberán correr. Además, cuando el principal motivo para el matrimonio sea el de tener hijos, ha de advertirse que, aparte el riesgo de anomalías, las posibilidades de embarazo a término son más bien escasas, de forma que, a partir de los 47 años, el riesgo de aborto es de un 80 %. También es necesario tener en cuenta, en relación con el deseo de hijos que impulsa a la mujer al matrimonio, que, generalmente, tal deseo no es compartido por el hombre de edad madura, a quien suelen incomodar fuertemente las molestias que ocasionan unos hijos a los que llega a mirar como a seres extraños que han venido a perturbar la tranquilidad y sosiego de que gozaba mientras permaneció soltero. Por tanto, es menester aclarar este punto entre ambos contrayentes a fin de evitar posteriores motivos de desacuerdo.

La instrucción sexual no debe ser omitida aun cuando se trate de personas de media y avanzada edad en las que pueda suponerse suficiente experiencia, ni siquiera en el caso de que hayan estado casadas con anterioridad. Ello es debido a que determinada persona puede poseer una gran cantidad de experiencia sexual, ciertamente, pero si se trata de una experiencia defectuosa será mucho más perjudicial que útil.

Finalmente, ante el caso de personas de media o avanzada edad que pretenden contraer matrimonio por vez primera será necesario averiguar por qué razón no lo contrajeron en la edad usual, ya que, en muchas ocasiones, las causas del celibato prolongado son patológicas. Esquemá-

ticamente, podemos resumir las motivaciones para la posposición excesivamente prolongada del matrimonio de la siguiente forma: *a)* entrega total a un trabajo, actividad artística, científica, religiosa, etc., que absorbe todas las energías del individuo y permite una adecuada sublimación de las pulsiones sexuales; *b)* enfermedad física que ha impedido, en el momento oportuno, contraer matrimonio. En este caso, debe averiguarse cuál ha sido la enfermedad en cuestión y establecer si se halla realmente curada o tan sólo en estado de latencia; *c)* condiciones familiares que, por diversas razones, que sería largo enumerar, han dificultado o imposibilitado el matrimonio. En estos casos, deberá averiguarse hasta lo posible si realmente han existido estas circunstancias o si el cliente se ha escudado en ellas para no contraer matrimonio; *d)* fobias sexuales, dificultad de comunicación con el otro sexo o síntomas neuróticos, siendo éste el caso más frecuente; *e)* desviaciones y anomalías sexuales, tales como homosexualidad, en sus diversas variantes: impotencia, fetichismo, etcétera; *f)* fijación excesiva a la madre o al padre, debido a la cual el matrimonio es vivenciado como abandono o traición al progenitor amado, decidiéndose a contraer matrimonio tan sólo una vez aquél ha fallecido. No es necesario insistir en que en los casos *d)*, *e)* y *f)* el matrimonio debe ser formalmente desaconsejado hasta tanto un adecuado tratamiento psicoterápico no resuelva el caso.

b) Matrimonio precoz. — Dejando aparte el aspecto legal de la cuestión, puesto que las leyes regulan en los distintos países el momento en que existe capacidad jurídica para el matrimonio, creemos que, desde el punto de vista médico, debe considerarse matrimonio precoz aquel que se efectúa antes de los veinte años en el varón y antes de dieciocho en las hembras.

El matrimonio precoz plantea especiales problemas de índole psicológica, sin que, en cambio, posea características especiales desde el punto de vista somático, a pesar de que muchos autores consideran que existe una alta incidencia de abortos y crisis de eclampsia en las mujeres gestantes de menos de dieciséis años. También se considera, por parte de algunos científicos, que la proporción de cáncer de cuello uterino es más elevada en aquellas mujeres que iniciaron las relaciones sexuales antes de los dieciocho años.

Los problemas que plantea el matrimonio precoz derivan de la inmadurez emocional de los esposos y de la inadecuación de las motivaciones que han conducido al matrimonio. Tal madurez y tal motivación inadecuada conducirán al divorcio, en los países en que éste existe, o a la infelicidad conyugal cuando aquél no está permitido. Esto es tan cierto que, según una estadística efectuada por el "Census Bureau" en los Estados Unidos, el número de divorcios en los matrimonios en los cuales la mujer

tenía menos de veinte años en el momento de la boda es tres veces mayor que en aquellos en que la mujer sobrepasa los veintidós.

Varios son los factores que contribuyen a la alta incidencia de la infelicidad conyugal en los matrimonios precoces. Uno de ellos reside en la inadecuada elección de la pareja, por impulsividad, excesivo romanticismo y desconocimiento de las reales necesidades de acuerdo con la propia personalidad y situación económica. Otro factor reside en el conflicto que prontamente surge entre las obligaciones y responsabilidades del matrimonio y el cuidado de los hijos, por una parte, el deseo de participar en las diversiones y tipo de vida propia de los compañeros —y compañeras— que continúan en estado de soltería, por otra. También es importante la inseguridad e inquietud que experimenta el hombre a causa de su situación social y laboral, aún poco definidas (especialmente cuando se trata de estudiantes). En los casos en que el matrimonio precoz ha venido impuesto por un embarazo accidental, tras un período más o menos prolongado de relaciones sexuales, el pronóstico es aún más desfavorable. En estos matrimonios existe siempre una hostilidad —encubierta o declarada— entre los esposos, cada uno de los cuales hace responsable al otro de lo ocurrido y de las cargas que sobre ambos han caído. Creemos que debe desaconsejarse el matrimonio motivado por el embarazo, en los casos en que el hombre o la mujer no lo desean auténticamente y acuden a él forzados por la indeseada paternidad. Aun cuando de momento pueda parecer la mejor solución “para salir del paso”, es mejor afrontar la realidad con entereza, en lugar de abocar a un matrimonio tan nefasto para los contrayentes como para los futuros hijos.

En otras ocasiones, el matrimonio precoz, contra el consejo de los adultos, puede ser un gesto de rebeldía ante la sociedad por parte de individuos de rasgos psicopáticos y, por tanto, especialmente inmaduros para el matrimonio. También, en muchos casos, el matrimonio precoz constituye una huida del hogar paterno por parte de jóvenes de ambos sexos inadaptados, que tan sólo desean liberarse de la tutela familiar y crearse, aun cuando sea artificialmente, una apariencia de autonomía y libertad sociales. El pronóstico de tales matrimonios es fácil de prever.

c) *Síndromes psicopatológicos en los contrayentes.* — Terminaremos este trabajo con unas breves palabras acerca de la actitud del médico ante algunos síndromes psicopatológicos presentes en los contrayentes. Naturalmente que nos referimos a síndromes latentes o encubiertos, puesto que aquellos individuos con síntomas psicopatológicos floridos no acuden a la consulta prematrimonial o, en caso de hacerlo, no ofrece duda la actitud a tomar ante ellos.

El alcoholismo constituye una de las más formales contraindicaciones para el matrimonio. El médico debe tener muy en cuenta que, en todos los casos, el alcoholismo, de no ser adecuadamente tratado, irá en au-

mento, dando lugar, con el paso de los años, a graves consecuencias físicas y psíquicas que convierten el hogar del alcohólico en un verdadero infierno. La esperanza, por parte de muchas mujeres, de que con su amor y ternura lograrán vencer las tendencias alcohólicas de su futuro marido son totalmente infundadas, y así debe explicárseles. El alcohólico es un enfermo y como tal debe tratarse, sin que basten todo el amor y ternura del mundo. Lo mismo que hemos dicho en relación al consumo excesivo del alcohol vale para toda clase de toxicomanías.

En cuanto a las desviaciones sexuales, la homosexualidad verdadera constituye una total contraindicación para el matrimonio, siendo casi innecesario decir que el matrimonio no disminuye jamás las tendencias homosexuales de estos individuos. En los casos de bisexualidad y homosexualidad accidental, fetichismo y tendencias exhibicionistas, debe procederse a un estudio detallado, por parte del psiquiatra, antes de decidir sobre la conveniencia o no del matrimonio.

La epilepsia no constituye una contraindicación seria para el matrimonio, siempre que se halle controlada farmacológicamente hasta el punto de que el sujeto lleve más de un año sin presentar crisis convulsivas o su equivalente, y que no existan trastornos graves de carácter.

La esquizofrenia, en principio, constituye una contradicción formal para el matrimonio, dada la tendencia recidivante de esta enfermedad y su indudable transmisión hereditaria. Sólo en aquellos casos en los que únicamente se haya presentado un brote esquizofrénico, éste haya remitido sin dejar huellas aparentes y el individuo haya permanecido más de cuatro años sin experimentar recaída puede autorizarse el matrimonio, una vez el contrayente sano haya sido plenamente informado de la enfermedad padecida por su futuro cónyuge.

Aun cuando la psicosis maníacodepresiva es también una enfermedad fuertemente hereditaria, no contraindica el matrimonio, dada la benignidad con que hoy día, gracias a las nuevas conquistas terapéuticas, evolucionan las fases.

(Cátedra de Psiquiatría de la Universidad de Barcelona. Prof. R. SARRÓ.)