

Apego y sexualidad: regulación del malestar en la disfunción eréctil

Francisco José Maestre Loren

<http://hdl.handle.net/10803/691637>

Data de defensa: 28-06-2024

ADVERTIMENT. L'accés als continguts d'aquesta tesi doctoral i la seva utilització ha de respectar els drets de la persona autora. Pot ser utilitzada per a consulta o estudi personal, així com en activitats o materials d'investigació i docència en els termes establerts a l'art. 32 del Text Refós de la Llei de Propietat Intel·lectual (RDL 1/1996). Per altres utilitzacions es requereix l'autorització prèvia i expressa de la persona autora. En qualsevol cas, en la utilització dels seus continguts caldrà indicar de forma clara el nom i cognoms de la persona autora i el títol de la tesi doctoral. No s'autoritza la seva reproducció o altres formes d'explotació efectuades amb finalitats de lucre ni la seva comunicació pública des d'un lloc aliè al servei TDX. Tampoc s'autoritza la presentació del seu contingut en una finestra o marc aliè a TDX (framing). Aquesta reserva de drets afecta tant als continguts de la tesi com als seus resums i índexs.

ADVERTENCIA. El acceso a los contenidos de esta tesis doctoral y su utilización debe respetar los derechos de la persona autora. Puede ser utilizada para consulta o estudio personal, así como en actividades o materiales de investigación y docencia en los términos establecidos en el art. 32 del Texto Refundido de la Ley de Propiedad Intelectual (RDL 1/1996). Para otros usos se requiere la autorización previa y expresa de la persona autora. En cualquier caso, en la utilización de sus contenidos se deberá indicar de forma clara el nombre y apellidos de la persona autora y el título de la tesis doctoral. No se autoriza su reproducción u otras formas de explotación efectuadas con fines lucrativos ni su comunicación pública desde un sitio ajeno al servicio TDR. Tampoco se autoriza la presentación de su contenido en una ventana o marco ajeno a TDR (framing). Esta reserva de derechos afecta tanto al contenido de la tesis como a sus resúmenes e índices.

WARNING. The access to the contents of this doctoral thesis and its use must respect the rights of the author. It can be used for reference or private study, as well as research and learning activities or materials in the terms established by the 32nd article of the Spanish Consolidated Copyright Act (RDL 1/1996). Express and previous authorization of the author is required for any other uses. In any case, when using its content, full name of the author and title of the thesis must be clearly indicated. Reproduction or other forms of for profit use or public communication from outside TDX service is not allowed. Presentation of its content in a window or frame external to TDX (framing) is not authorized either. These rights affect both the content of the thesis and its abstracts and indexes.

TESIS DOCTORAL

Título	Apego y sexualidad: Regulación del malestar en la disfunción eréctil
Realizada por	Francisco José Maestre Lorén
en el Centro	Facultad de Psicología, Ciencias de la Educación y del Deporte Blanquerna
y en el Departamento	Psicología y Logopedia
Dirigida por	Dr. Ignasi Cifre León y Dr. José A. Castillo Garayoa

AGRADECIMIENTOS

La naturaleza de este trabajo de tesis se inserta en una trama vital de la que forman parte muchos contextos, acontecimientos y personas. Sin las personas, el tiempo se hubiera tragado las intenciones y el largo fin de semana hecho de años en el que ha ido tomando forma este trabajo no sería más que una anécdota. Para estas personas escribo estos agradecimientos, aunque no todas son identificadas por su nombre.

En los últimos años muchas personas y autores con sus obras me han acompañado. De muchos de ellos doy cuenta en las referencias bibliográficas, pero de otros no es posible porque su influencia no se encuentra reflejada directamente en este trabajo, sino en mi equilibrio mental. Han sido el aire en el que he vivido y el medio en el que me he desarrollado.

Más allá del agradecimiento se encuentran las deudas de amor porque esa pasión, de la que me gusta decir que trata este trabajo, es la que me ha sostenido en los momentos de dudas y cansancio. Entre las personas con quienes tengo contraídas esas deudas, quiero destacar a quienes pienso que son mi núcleo de seguridad: Josep Castillo, Marga, Toni y Pilar.

De *Josep Castillo* o Pepe, como le suelo llamar, mi amigo y mi tutor de Tesis, quiero destacar su acompañamiento respetuoso, su rigor intelectual y su admirable pericia para eludir los abismos, que no pocos han habido. Sin su mano directora y su tenacidad hubiera sucumbido al caos de la Torre de Babel.

De *Marga Pizarro*, mi amiga y pareja, deseo subrayar su capacidad para ser los brazos y la paciencia que han sostenido y contenido al inexperto cualificado que he sido durante todo este largo camino de aprendizaje. Sin su presencia todo hubiera acabado siendo una historia interminable e inacabada.

De *Toni Talarn*, mi amigo y consumado ciclista de la vida, quiero señalar su destreza para seguir adelante cuando la pendiente se vuelve escarpada y seguir pedaleando se convierte en un acto de fe. Sin la referencia de su entusiasmo vital es posible que me hubiera bajado de la bici de la Tesis en más de una ocasión.

De *Pilar Medina*, mi amiga y sensible ecofeminista, deseo visibilizar su capacidad de sembrar ideas que remueven la seguridad de lo sabido, pero también su hospitalidad desde hace muchos años y en muchos lugares, pero en especial por compartir ese lugar en el mundo en el que se ha convertido *Mantinos*. Sin ese lugar, algunas cosas de ahora no estarían ocurriendo.

La *Fundació Puigvert* ha sido el contexto en el que se ha llevado a cabo la parte clínica de este trabajo. En la colaboración profesional y la amistad interdisciplinar que tengo con mis compañeros del Servicio de Andrología, los que estuvieron y los que están, pero, en especial a *Quim Sarquella*, un amigo y un colega cuya disponibilidad no tiene parangón, como bien sabe quién lo conoce. Sin la pericia y experiencia de todos ellos no hubiera podido entender algunos de los problemas de los pacientes sobre los que he estudiado en este trabajo.

Crucial ha sido el *Coro Interno* formado por mis maestros en el Servicio de Psicología Clínica, desde que comencé a formarme como residente hace más de 25 años. *Lluís Farré*, *Núria Camps* y *Víctor Hernández* son el *grupo de sabios* con quienes hablo a menudo en mi mundo interno y me orientan en lo fundamental.

Sin la aptitud de *Silvia Mateu* para abrir la puerta de las garantías éticas, puedo asegurar que este trabajo se hubiera estancado, por lo que le agradezco su orientación y ayuda para poner en marcha el camino de esta Tesis.

Sin la confianza que han depositado tantos y tantos pacientes a lo largo de los años tampoco hubiera podido hacer este camino, ya que han sido y son la mano experta que me ha brindado la guía para andar por el laberinto de sus experiencias de sufrimiento.

En el marco universitario he tenido la fortuna de contar con la magia estadística de *Ignasi Cifre*, que siempre me hace pensar en *Matrix* por su maestría con los números. También, agradecerle a *Anna Andrés* el tiempo que ha dedicado a encontrar la cuadratura del círculo, aunque las estructuras no hayan coincidido con las subjetividades.

Y, por último, en este acto de evocación que es inherente al hecho de agradecer, me ha salido al paso *Joaquim Poch*. Una persona que orientó mi vocación clínica y que puso en marcha la cadena de acontecimientos que me han llevado hasta aquí: me conectó con *Toni Talarn*, quien me vinculó con el *Servicio de Psicología Clínica* de la *Fundació Puigvert*, donde me formé como psicoterapeuta, que es el lugar donde trabajo en la actualidad y en el que he podido hacer este trabajo de Tesis. Pues bien, *Joaquim Poch* solía repetir, cuando yo debía tener unos 23 años, que una tesis doctoral imprime carácter y ahora, muchos años después, creo que he entendido lo que quería decir: una tesis doctoral debe ser una experiencia de la que tienes que salir siendo una persona distinta de la que eras cuando la empezaste. A la postre, tal vez sea este el principal resultado de este periplo.

RESUMEN

En la consulta clínica, los hombres con disfunción eréctil (DE) no siempre expresan el malestar sexual, personal e interpersonal que sería esperable. Este impacto atenuado puede explicarse por las estrategias de regulación emocional asociadas al apego.

La población de estudio ha estado compuesta por 600 hombres diagnosticados con DE (edad promedio de 57.01 años, DT = 12.39). Se ha estudiado la relación entre gravedad de la DE (evaluada mediante el IIEF), las dimensiones de la ansiedad y evitación de apego (ECR), los síntomas psicopatológicos (SCL-90R), el ajuste diádico (DAS) y la satisfacción sexual y relacional (GMSEX y GMREL).

La mayoría de los pacientes sufren una DE moderada (54.3%) o grave (31.9%). Respecto a las dimensiones del apego, prevalece la alta evitación (84.7%) y la baja ansiedad (92.7%). Aunque el malestar psicopatológico de los pacientes es superior al de la muestra normativa, solo el 34.7% presenta un malestar superior a la población con problemas psicosomáticos. En general, los pacientes estudiados indican que su satisfacción sexual (GMSEX) y relacional (GMREL) está por debajo de la media de la población general. Sin embargo, a pesar de la DE, el 53,7% valora su sexualidad como satisfactoria y el 81,3% considera satisfactoria su relación de pareja. Solo el 22.46% de los pacientes con DE presentan un ajuste diádico (DAS) inferior al de la muestra normativa.

La ansiedad de apego correlaciona positivamente con la sintomatología psicopatológica y un peor funcionamiento sexual. Tanto la ansiedad como la evitación del apego correlacionan negativamente con el ajuste diádico y la satisfacción relacional y sexual.

Los análisis de regresión muestran que la mayor satisfacción relacional (GMSEX) era el resultado de una DE menos grave, una menor ansiedad de apego y una mayor satisfacción relacional, mientras que la satisfacción relacional (GMREL) era el resultado de un mayor

ajuste diádico (DAS), una menor ansiedad de apego y una mayor satisfacción sexual (GMSEX). No se ha encontrado un ajuste estadístico significativo de los tres modelos de ecuaciones estructurales que se han examinado.

En conclusión, los resultados del estudio plantean la relevancia del apego, la satisfacción sexual y la satisfacción relacional y/o ajuste diádico como variables psico(pato)lógicas con valor etiológico en la sexualidad problematizada que atendemos en los contextos clínicos. Evaluar y tratar el contexto relacional resulta fundamental en la intervención con hombres que sufren DE.

Palabras clave: disfunción eréctil, apego, satisfacción sexual, ajuste diádico, satisfacción relacional

RESUM

A la consulta clínica, els homes amb disfunció erèctil (DE) no sempre expressen el malestar sexual, personal i interpersonal que seria esperable. Aquest impacte atenuat pot explicar-se per les estratègies de regulació emocional associades a l'aferrament.

La població d'estudi ha estat composta per 600 homes diagnosticats amb DE (edat mitjana de 57,01 anys, DT = 12,39). S'ha estudiat la relació entre la gravetat de la DE (avaluada mitjançant l'IIEF), les dimensions d'ansietat i evitació d'aferrament (ECR), els símptomes psicopatològics (SCL-90R), l'ajust diàdic (DAS) i la satisfacció sexual i relacional (GMSEX i GMREL).

La majoria dels pacients pateixen una DE moderada (54,3%) o greu (31,9%). Pel que fa a les dimensions de l'afecte, predomina l'alta evitació (84,7%) i la baixa ansietat (92,7%). Tot i que el malestar psicopatològic dels pacients és superior al de la mostra normativa, només el 34,7% presenta un malestar superior a la població amb problemes psicossomàtics. En general, els pacients estudiats indiquen que la seva satisfacció sexual (GMSEX) i relacional (GMREL) està per sota de la mitjana de la població general. Tanmateix, malgrat la DE, el 53,7% valora la seva sexualitat com a satisfactòria i l'81,3% considera satisfactòria la seva relació de parella. Només el 22,46% dels pacients amb DE presenta un ajust diàdic (DAS) inferior al de la mostra normativa.

L'ansietat de l'aferrament correlaciona positivament amb la simptomatologia psicopatològica i un pitjor funcionament sexual. Tant l'ansietat com l'evitació de l'aferrament correlacionen negativament amb l'ajust diàdic i la satisfacció relacional i sexual.

Els anàlisis de regressió mostren que la major satisfacció relacional (GMSEX) era el resultat d'una DE menys greu, una menor ansietat d'aferrament i una major satisfacció

relacional, mentre que la satisfacció relacional (GMREL) era el resultat d'un major ajust diàdic (DAS), una menor ansietat d'aferrament i una major satisfacció sexual (GMSEX). No s'ha trobat un ajust estadístic significatiu dels tres models d'equacions estructurals que s'han examinat.

En conclusió, els resultats de l'estudi plantegen la rellevància de l'aferrament, la satisfacció sexual i la satisfacció relacional i/o l'ajust diàdic com a variables psico(pato)lògiques amb valor etiològic en la sexualitat problematitzada que atenem en els contextos clínics. Avaluem i tractem el context relacional com a fonamental en la intervenció amb homes que pateixen DE.

Paraules clau: disfunció erèctil, aferrament, satisfacció sexual, ajust diàdic, satisfacció relacional.

ABSTRACT

In the clinical setting, men with Erectile Dysfunction (ED) do not always express the sexual, personal, and interpersonal distress that would be expected. This diminished impact may be explained by emotional regulation strategies associated with attachment.

The study population consisted of 600 men diagnosed with ED (average age of 57.01 years, SD = 12.39). The relationship between the severity of ED (assessed by IIEF), attachment dimensions anxiety and avoidance (ECR), psychopathological symptoms (SCL-90R), dyadic adjustment (DAS), and sexual and relational satisfaction (GMSEX and GMREL) has been examined.

Most patients suffer from moderate (54.3%) or severe (31.9%) ED. Concerning attachment dimensions, high avoidance (84.7%) and low anxiety (92.7%) prevail. Although the psychopathological distress of patients exceeds that of the normative sample, only 34.7% present distress higher than the population with psychosomatic problems. Overall, the studied patients indicate that their sexual (GMSEX) and relational (GMREL) satisfaction is below the general population's average. However, despite the ED, 53.7% rate their sexuality as satisfactory, and 81.3% consider their relationship as satisfactory. Only 22.46% of ED patients show dyadic adjustment (DAS) lower than the normative sample.

Attachment anxiety correlates positively with psychopathological symptoms and poorer sexual functioning. Both attachment anxiety and avoidance negatively correlate with dyadic adjustment and relational and sexual satisfaction.

Regression analyses show that higher relational satisfaction (GMSEX) resulted from less severe ED, lower attachment anxiety, and greater relational satisfaction, while relational satisfaction (GMREL) was the outcome of higher dyadic adjustment (DAS), lower

attachment anxiety, and greater sexual satisfaction (GMSEX). No statistically significant adjustment has been found in the three examined structural equation models.

In conclusion, the study's results highlight the relevance of attachment, sexual satisfaction, and relational satisfaction and/or dyadic adjustment as psycho(patho)logical variables with etiological value in problematic sexuality addressed in clinical contexts. Evaluating and treating the relational context is fundamental in the intervention with men suffering from ED.

Keywords: Erectile Dysfunction, attachment, sexual satisfaction, dyadic adjustment, relational satisfaction

ÍNDICE

1	INTRODUCCIÓN.....	17
2	EL AMOR EN LA CULTURA DEL DESAMOR.....	25
3	APEGO Y SEXUALIDAD: CONCEPTOS BÁSICOS Y CONTEXTOS DE INVESTIGACIÓN.....	43
3.1	Modelo biopsicosocial para el abordaje clínico de la sexualidad.....	43
3.2	Marco conceptual del apego.....	48
3.3	Programa de investigación sobre apego adulto de Shaver y Mikulincer.....	56
3.3.1	Orígenes del programa de investigación.....	56
3.3.2	El <i>Cuestionario del amor</i> y el ECR (<i>Experiences in Close Relationships</i>) 57	
3.3.3	Cuestiones pendientes de investigación.....	64
4	EL SISTEMA DE CONDUCTA DE APEGO.....	69
4.1	Funcionamiento del sistema de apego adulto.....	69
4.1.1	Sistema de conducta de apego y <i>modelos internos de trabajo</i>	69
4.1.2	El modelo de activación del sistema de conducta de apego.....	78
4.1.3	Evaluación del apego y sistemas de clasificación.....	93
4.2	Manifestaciones interpersonales del sistema de apego adulto.....	99
4.2.1	La relación de pareja como vínculo de apego.....	100
4.2.2	La relación de pareja en función de la calidad de apego.....	106
4.2.3	Variables psicosociales, estilo de apego y calidad relacional.....	113

APEGO Y DISFUNCIÓN ERÉCTIL	14
5 EL SISTEMA DE CONDUCTA SEXUAL.....	121
5.1 La sexualidad en el marco de las relaciones heterosexuales	121
5.1.1 Evidencias empíricas del modelo de activación del sistema de apego.	126
5.1.2 Conceptualización de la salud sexual y de las disfunciones sexuales ..	134
5.1.3 Etiología de los problemas sexuales.....	140
5.2 El sistema de conducta sexual	146
6 APEGO ADULTO Y FUNCIONAMIENTO SEXUAL	155
6.1 Interrelación entre el sistema de conducta sexual y de apego	156
6.2 Un modelo teórico integrador de los aspectos motivacionales y emocionales de la experiencia sexual.....	169
6.3 Satisfacción sexual y satisfacción relacional.....	178
7 MÉTODO	195
7.1 Participantes	195
7.2 Procedimiento.....	196
7.3 Medidas	196
7.3.1 Función eréctil: IIEF.....	196
7.3.2 Apego: ECR.....	197
7.3.3 Malestar psicológico: SCL-90-R.....	198
7.3.4 Satisfacción sexual y relacional: GMSEX y GMREL.....	198
7.3.5 Ajuste diádico: DAS.....	198
8 RESULTADOS.....	201
8.1 Características de la disfunción eréctil de los pacientes.....	201

8.2	Datos sociodemográficos.....	201
8.3	Factores de riesgo asociados a la salud	202
8.4	Satisfacción sexual y relacional.....	203
8.5	Síntomas psicopatológicos	203
8.6	Ajuste diádico de pareja	203
8.7	Apego	204
8.8	Comparación de pacientes con alta/baja ansiedad y evitación del apego.....	206
8.9	Comparación entre pacientes con DE que viven o no viven en pareja.....	208
8.10	Correlaciones entre las variables	209
8.11	Comparación de pacientes con DE primaria o secundaria	212
8.12	Comparación de pacientes con DE grave, moderada o leve.....	213
8.13	Análisis de regresión y ecuaciones estructurales.....	214
8.13.1	Análisis de regresión con la variable dependiente GMSEX.....	214
8.13.2	Análisis de regresión con la variable dependiente GMREL.....	215
8.13.3	Ecuaciones estructurales.....	217
9	DISCUSIÓN.....	221
9.1	Factores de riesgo asociados a la salud	223
9.2	Malestar psicológico, satisfacción sexual y relacional.....	224
9.3	Ajuste diádico de pareja	225
9.4	Comparación entre pacientes con DE que viven o no viven en pareja.....	226
9.5	Apego	228
9.6	Comparación de pacientes con DE grave, moderada o leve.....	231

APEGO Y DISFUNCIÓN ERÉCTIL	16
9.7 Correlaciones entre las variables	233
9.8 Análisis de regresión y ecuaciones estructurales.....	235
10 CONCLUSIONES E IMPLICACIONES CLÍNICAS	241
11 REFERENCIAS	247
ANEXO 1	293
Hoja de información al paciente	293
Formulario de consentimiento	296
ANEXO 2	297
Datos sociodemográficos.....	297
ANEXO 3	299
Global Measure of Sexual Satisfaction (GMSEX).....	299
Global Measure of Relationship Satisfaction (GMREL)	299
ANEXO 4	301
International Index Erectile Function (IIEF).....	301
ANEXO 5	303
Experience Close Relationships (ECR).....	303

1 INTRODUCCIÓN

Los pacientes con problemas sexuales que acuden al *Servicio de Psicología Clínica de la Fundació Puigvert* muestran que amar y ser amado sostiene el deseo y la satisfacción sexual, a la postre dos de los factores más importantes de la sexualidad y que suelen tener implicaciones en la respuesta sexual.

Los médicos andrólogos con quienes se realiza la atención integral a los pacientes con problemas sexuales han demostrado que la dimensión sexual no siempre se resuelve interviniendo únicamente en el funcionamiento psicológico y/o relacional. Ellos también han comprobado, a lo largo de una colaboración de más de treinta años con el *Servicio de Psicología Clínica*, que si sólo intervenimos en la dimensión sexual se logran resultados limitados y, a menudo, efímeros.

Los Andrólogos y Psicólogos de la *Fundació Puigvert* han entendido que el mejor trabajo clínico es el que se realiza conjuntamente y que el tratamiento interdisciplinar o tratamiento combinado es la forma más eficiente de ayudar a los pacientes que consultan por sus problemas sexuales. El tratamiento combinado que se afianza en el marco de un modelo biopsicosocial permite ir más allá de la simplicidad de un enfoque clínico que clasifica una disfunción sexual como orgánica o psicógena, para pensar en términos de qué factores etiológicos de naturaleza orgánica y psicógena están contribuyendo en la emergencia del problema sexual, cuáles son los factores predominantes y cuál es la mejor estrategia de tratamiento para cada persona y/o pareja. No obstante, la realidad del trabajo clínico no siempre hace posible que nos mantengamos dentro de este marco de complejidad, ni permite que reine la armonía y la concordia durante el trabajo interdisciplinar.

Esta tesis se sostiene en el legado de la experiencia clínica atesorada a lo largo de más de tres décadas de existencia del *Servicio de Psicología Clínica*, en el legado de sus fundadores -en primer lugar-, de los residentes que se han formado y se forman en él, del staff actual y de los supervisores externos que han apuntalado el trabajo desde el inicio hasta la actualidad. En base a ello, puede afirmarse con cierta autoridad que una gran cantidad de problemas sexuales son en realidad problemas relacionales, que los problemas sexuales suelen ser síntomas de dificultades en el funcionamiento psicológico e interpersonal, que las expectativas socioculturales modelan la sexualidad y que es relativamente fácil problematizar la sexualidad. Además, los cambios en la forma de concebir la relación asistencial, que ha pasado de un modelo paternalista a un modelo más colaborativo, subrayan la necesidad de que los tratamientos en el ámbito de la sexualidad problematizada se enmarquen en un esquema de trabajo que algunos autores han llamado *modelo de intervención biográfico y profesional*, en el que las intervenciones médicas y/o psicológicas deben integrar el contexto biográfico individual e histórico de la relación de pareja (López, 2009).

Lo descrito hasta ahora intenta definir la posición del clínico respecto a la sexualidad y las relaciones de pareja, así como respecto a los problemas sexuales, para visibilizar la intención con la que se ha realizado este trabajo: buscar pruebas que validen, que enriquezcan y, quizás, que modifiquen algo del trabajo que se lleva a cabo en el contexto clínico real.

La otra posición, de naturaleza conceptual, que se ha adoptado para diseñar esta tesis y para tratar de alcanzar el objetivo enunciado en el párrafo anterior, es la Teoría del Apego. El fundador de la teoría, John Bowlby (1969/1989), hizo referencia a que el apego y la sexualidad son dos sistemas conductuales que tienen funciones diferentes, que pueden actuar de forma independiente y que interrelacionan entre sí, sobre todo en la

adolescencia y adultez. Esta perspectiva supuso una confrontación con el modelo psicoanalítico de la época en el que la sexualidad se postulaba como la motivación central en el funcionamiento psicológico, se le otorgaba un rol primordial en la constitución de la personalidad y se asumía que tenía un valor etiológico fundamental para explicar cómo se originaban los trastornos psicopatológicos.

A lo largo de más de 20 años, la Teoría de Apego fue consolidándose como una teoría del desarrollo infantil que, además de ofrecer una explicación de éste, intentaba desarrollar una metodología que fuera capaz de probar empíricamente los postulados conceptuales. A finales de los años ochenta, Shaver y Hazan (1988) iniciaron un programa de investigación del apego adulto, a partir de la formulación de que el amor de pareja podía conceptualizarse como un proceso de apego. Estos autores plantearon que el amor adulto que puede observarse en las relaciones de pareja: a) es el resultado de la interrelación del sistema de apego, el sistema de cuidado y el sistema sexual, b) las diferencias individuales en el funcionamiento sexual están relacionadas con el estilo de apego predominante y c) el estilo de apego tiene un rol mediacional y/o moderador entre el funcionamiento sexual y la calidad relacional. Las innovaciones metodológicas, fundamentalmente el uso de autoinformes para evaluar los estilos de apego, hicieron posible un despliegue de estudios empíricos en áreas tan diversas como la involucración en diferentes actividades sexuales, actitudes hacia el sexo casual, la experiencia subjetiva de las actividades sexuales, motivación sexual, fantasías sexuales, autoconfianza sexual, comunicación y exploración, prácticas sexuales seguras o de riesgo, coerción sexual, etc. (Mikulincer y Shaver, 2016).

Fundamentalmente, los estudios de Shaver, Hazan y, algo más tarde, Mikulincer dan lugar a un nuevo programa de investigación que ha ido consolidándose a nivel conceptual, empírico y metodológico, y que es en el que se inscribe esta tesis. Puede ser

relevante destacar que una de las aportaciones de esta tesis es la de haber trabajado con pacientes reales diagnosticados en un contexto clínico al que habían acudido para solicitar ayuda para sus problemas de sexualidad, concretamente los problemas de disfunción eréctil (*DE* a partir de ahora) que sufrían en sus relaciones de pareja. Nos parece que no es menor dicha aportación porque la mayoría de los trabajos empíricos se han realizado con jóvenes estudiantes de psicología, o más allá, con población normal o con alteraciones del funcionamiento sexual que no son constitutivas de un diagnóstico de disfunción sexual. En este sentido, en el ámbito de la consulta clínica de los problemas sexuales, tres variables relevantes tanto para el diagnóstico como para el tratamiento son el malestar psicológico y/o sexual, la mediación y/o moderación del apego en tanto regulador emocional y el impacto de la disfunción sexual en la relación de pareja.

Los estudios sobre la sexualidad en las relaciones de pareja heterosexual, ámbito de estudio de nuestro trabajo, tienen el reto de integrar en los diseños de investigación una definición de sexualidad y de relación de pareja. En cuanto a la sexualidad, las investigaciones acostumbran a focalizarse en la conducta, la respuesta fisiológica y las actitudes, mientras que en las relaciones de pareja suelen focalizarse en los patrones de relación a lo largo del tiempo y en la vivencia de sentirse implicado en una relación personal. Nuestro trabajo se ha centrado en la evaluación del problema clínico que ha sido objeto de consulta en una fase de la respuesta sexual (la erección) y en el vínculo de apego que hemos considerado que existe entre los miembros de la pareja cuando llevan al menos dos años de convivencia. Partimos de la premisa de que una disfunción sexual es una experiencia de amenaza intra- e interpersonal que tiene la capacidad para activar el *sistema de apego* y, por tanto, influir en la dinámica de relación de la pareja.

De acuerdo con lo anterior, hemos organizado un índice con un doble objetivo: a) focalizar el programa de investigación, dentro del enorme desarrollo del paradigma del

apego en la actualidad, al que pertenece nuestro trabajo y b) describir el marco sociocultural contemporáneo, los constructos y modelos conceptuales desde los que hemos delineado el trabajo empírico.

Para ello, en el apartado 2 “El amor en la cultura del desamor”, hemos intentado visibilizar algunas de las características del contexto social en el que se desarrolla la vida sexual y la vida de las parejas en la contemporaneidad. Para nosotros ha constituido un primer intento de extender una toma de tierra con la realidad para que nos acompañe en la interpretación de los resultados.

En el apartado 3, “Apego y sexualidad: conceptos básicos y contextos de investigación”, queremos ubicar nuestro trabajo en un programa de investigación singular y desvelar la perspectiva desde la que se ha conceptualizado la relación entre los estilos de apego y el funcionamiento sexual. En este punto hemos atendido a las alertas ofrecidas por diferentes teóricos e investigadores del apego respecto a que la prolífica evolución de la teoría ha supuesto una atomización de los grupos de investigación y la utilización idiosincrática de los conceptos, lo que en ocasiones puede dar lugar a una verdadera “confusión de lenguas” (Ferenczi, 1933/1984) y a aplicaciones poco rigurosas de algunas formulaciones teóricas. Si bien todo esto revela la vitalidad de una teoría que algunos autores consideran como un paradigma psicológico (Cortina y Marrone, 2017), también es cierto que ha originado críticas desde otros paradigmas y desde diferentes ámbitos socioculturales. En este sentido, algunos autores consideran que ya ha pasado la etapa expansiva conceptual y de investigación del apego y que se ha entrado en una etapa en la que lo que resulta imperativo es clarificar las imprecisiones en el uso del lenguaje, resolver las discrepancias conceptuales y establecer un terreno de colaboración entre los diferentes ámbitos de aplicación del paradigma (Fonagy y Campbell, 2016).

En el apartado 4, “El sistema de conducta de apego”, se van a presentar los constructos principales del Programa de Investigación de Shaver, Hazan y Mikulincer. Para ello, se va a describir la que se considera aportación fundamental del *modelo de activación* de Mikulincer y Shaver (2003), en el que se integran las diferentes estrategias de regulación emocional características de cada estilo de apego. Además, se describirá la importancia del uso de los autoinformes en la investigación del apego y nos detendremos en el autoinforme más importante en este campo de trabajo, el ECR (*Experiences in Close Relationships*; Brennan et al., 1998). También, se va a hacer referencia a las principales clasificaciones de estilo de apego para poderlos caracterizar. Sumado a lo anterior, se van a comentar las manifestaciones personales del apego, con el fin de señalar las diferencias entre el vínculo afectivo y el vínculo de apego, caracterizar la relación de pareja desde el punto de vista de la calidad del apego y revisar cómo los estilos de apego influyen en la calidad de apego.

En el apartado 5, “El sistema de conducta sexual”, abordamos la sexualidad humana como una dimensión de la personalidad condicionada por un mundo mental de extraordinaria riqueza y complejidad, que influye en los funcionamientos biológicos y que conforma una singularidad caracterizada por (Nogués, 2003): a) es una “sexualidad de lujo” influida por los sentimientos y representaciones que constituyen la vivencia psíquica, de modo que los aspectos de vinculación la apartan de la mera atracción biológica, b) la reproducción no es un imperativo biológico que se sigue, sino que es una decisión personal y de pareja controlada, hasta cierto punto, que está en función del marco cultural y de las condiciones del sistema sanitario que se ocupa de la salud, c) las condiciones socioculturales que otorgan libertad al hecho reproductivo contribuyen a que las mujeres puedan orientar sus vidas en sociedad y d) la relación sexual deja de organizarse en torno a la reproducción y los aspectos relacionales y afectivos adquieren

una gran importancia. En esta tesis contemplamos la sexualidad desde tres perspectivas: a) el modelo biopsicosocial que da cuenta de la complejidad de la sexualidad y de su naturaleza, que nos aboca a un trabajo interdisciplinar, b) el funcionamiento del *sistema de conducta sexual*, tal y como está conceptualizado en la teoría del apego y c) las disfunciones sexuales clasificadas en el DSM-5 (APA, 2013) porque a pesar de las controversias científicas, con las que estamos de acuerdo, aporta un lenguaje común que es útil para la colaboración interdisciplinar con los médicos andrólogos. Por último, vamos a delimitar el concepto de *satisfacción sexual* como experiencia emocional y la importancia que ha adquirido en el contexto de la psicología sexual como finalidad del encuentro sexual, más allá de la respuesta sexual propiamente dicha. Además de que es una variable relevante en el trabajo empírico de esta tesis.

En el apartado 6, “Apego adulto y funcionamiento sexual”, que es exactamente el ámbito en el que se ubica nuestro trabajo, vamos a presentar: a) las principales ideas y resultados empíricos acerca de la interrelación entre apego y sexualidad, b) un modelo de respuesta sexual que integra los aspectos emocionales y motivacionales, que consideramos que puede ser una prometedora herramienta de colaboración con nuestros colegas andrólogos en el día a día del trabajo clínico y c) un análisis de las principales hipótesis de la relación entre satisfacción sexual y relacional, y una valoración de la función del deseo sexual según la etapa de la relación de pareja en la que nos situemos.

A partir de este marco conceptual, hemos planteado un estudio con pacientes hombres heterosexuales que conviven con su pareja desde hace más de dos años y que consultan por *DE* en el *Servicio de Andrología de la Fundació Puigvert*. De acuerdo con el modelo asistencial de la Fundació Puigvert, el médico andrólogo valora los factores médicos implicados en el problema sexual del hombre que consulta y a continuación los psicólogos valoran los factores psicológicos implicados y su rol en la etiología.

Esta tesis presupone, como decíamos anteriormente, que el hecho de tener una **DE** es una experiencia emocional en la que el malestar personal e interpersonal puede representar una situación de amenaza o estrés con capacidad de activar el sistema de conducta de apego. Esto implica que los *modelos de trabajo interno* (ver apartado 4.1.1) y las estrategias de regulación emocional características de cada estilo de apego van a influir en las consecuencias que se deriven de la alteración del funcionamiento sexual, tanto en el ámbito del bienestar psicológico como de la satisfacción sexual y de la satisfacción relacional. Por ello, la tesis se basa en dos cuestiones: a) ¿la expresión clínica del *malestar sexual* está asociada al estilo de apego que presente el paciente con **DE**? y b) ¿la expresión clínica del *malestar relacional* está asociada al estilo de apego que presente el paciente con **DE**?

2 EL AMOR EN LA CULTURA DEL DESAMOR

En la canción “Sin miedo a vivir” de unos jóvenes cantautores (Mey y Cattáneo, 2023) se explica una historia de amor que ha llegado a su fin, pero que sigue presente para quienes la vivieron. En la canción se oye: “me estoy olvidando de amar” y “que algo se acabe no significa que desaparezca”: tal vez, un diagnóstico del amor contemporáneo y un recordatorio de que el amor se forja en el mecanismo psíquico de hacer presente lo ausente, mantener vivo lo que fue vital y cuidar de la experiencia emocional, incluso cuando ésta ha acabado. Estaríamos de acuerdo con que esto sólo es posible si se afrontan las experiencias emocionales sin miedo, pero también es cierto que las relaciones afectivas tienden a vivirse en un espacio social que se busca que sea aséptico y que evite el daño que se pueda derivar, al precio de vivir con miedo y sin hacer que la experiencia perdure y nos permite llegar a ser.

El miedo a vivir que significa el miedo al dolor de no lograr ser lo que deseábamos ser o de perder a quien queríamos tener a nuestro lado, nos priva de las experiencias emocionales más importantes en la constitución de la subjetividad y nos vuelve unos extraños en la relación de pareja, uno de los espacios privilegiados por la intimidad que puede desarrollarse en ella. Para comprender nuestros modos de estar en el mundo y en las relaciones es preciso visibilizar el contexto histórico en el que llegamos a ser y en el que nos relacionamos con otro significativo. No existen dudas de que las personas somos herederas de una gramática mental que caracteriza la cultura predominante de cada época histórica, desde la que damos sentido a lo que nos rodea, nos representamos en la relación intersubjetiva y nos (des)vinculamos activamente (Illouz, 2010; Mèlich, 2014, 2021; Sibilía, 2008).

Algunos autores han propuesto acercarse a las relaciones interpersonales diferenciando el espacio relacional en el que se producen: a) las relaciones que se viven en el ámbito social, de lo público, de la computación de datos y de la acción y b) las relaciones que se viven en el ámbito de la intimidad relacional, de la privacidad, del registro de emociones, de la producción de pensamiento y de la generación de significado (Meltzer, 1998). Hoy en día, después de un recorrido de más de veinte años por el S.XXI, esa diferenciación entre lo público y lo privado se tambalea y la intimidad se ha convertido en espectáculo (Sibilia, 2008). La indiferenciación entre lo público y lo privado, entre lo interno y lo externo está fragilizando la constitución de las identidades, está aumentando la desconfianza y nos está convirtiéndonos en extraños de nosotros mismos y para los demás. (López-Mondejar, 2022).

La vivencia de extrañamiento psicológico como consecuencia de la falta de vida íntima, a la que nos hemos referido, no implica que una persona no pueda estar bien consigo misma, tener una intensa vida social y ser exitosa profesionalmente. No obstante, esta organización de la personalidad muestra su falta de solidez cuando alguna adversidad, hecho de la vida o, simplemente, chasco relacional la pone en cuestión. Lo que McDougall (2012), en su libro “Un alegato por una cierta anormalidad” denominaba la felicidad de la gente feliz, en el que describía a las personas normópatas.

Recientemente, en el libro “Invulnerables e invertebrados”, López-Mondéjar (2022) ha seguido clarificando esta manera de estar en el mundo que representa la contemporaneidad: sujetos hiperadaptados, que niegan su fragilidad desde una posición de omnipotencia y que viven instalados en la positividad que les hace sentir que nada les falta y que todo es posible. Dice la autora que sólo es posible mantener esta posición viviendo en la epidermis, renunciando a la mentalización, apartándose de la reflexión ética, distanciándose del sufrimiento propio y ajeno, abominando del compromiso e

instalándose en el pensamiento positivo. Tal vez, el ensimismamiento narcisista del que habla Han (2012), sea el refugio psíquico para evitar el contacto con los demás y el riesgo a que la felicidad se empañe con la frustración de lo imprevisto (Steiner, 2003). Hoy en día, las redes sociales son la concreción fáctica de esos refugios psíquicos que tienen la función de hacer desaparecer la molestia de vivir en relación, aunque, volvemos a resaltar el coste que se paga en cuanto a los déficits en la subjetivación y sus efectos en las relaciones amorosas.

En esta transformación de la intimidad, el amor entra en crisis porque pierde su capacidad para narrar lo que ocurre en el espacio de la intimidad (Han, 2023) y que queda muy bien expresado en las palabras de Argullol (2023, p. 757): “amamos para ser amados o para sentir que en el futuro seremos amados”, en el que queda claro que sin el otro no hay amor y que para llegar a él es necesario que éste signifique algo para nosotros. Sin embargo, no es infrecuente que el ensimismamiento y la glorificación narcisista del yo cancelen la necesidad de la persona a quien amar y de quien recibir amor, y con dicha cancelación no pueda producirse un encuentro sexual satisfactorio. Esta persona narcisista no puede delimitar lo que tiene y lo que le falta, diferenciar quién es él de lo que son otros y sólo puede dar significado a lo que le recuerda a sí mismo. Este camino solitario en el que todo lo que no es yo es nada o nadie, es un camino que aboca a la depresión y a la fatiga de sí mismo. Es decir, si todo el impulso de vivir se invierte en la subjetividad puede producirse una bancarrota relacional, tarde o temprano, porque, como hemos dicho, se fragilizan los vínculos afectivos y nos alejamos de los espacios de intimidad donde es posible salir de nosotros mismos para reencontrarnos (Han, 2012).

Una salida de esta trampa narcisista puede ser la movilización de esa parte de sí mismo que reconoce la necesidad de otra persona y la importancia del vínculo afectivo. De lo contrario, con la intimidad cancelada y el amor subordinado a la sexualidad, la

experiencia sexual pierde su capacidad de generar oportunidades para conectar con las emociones y se convierte en mera conducta sexual. En este escenario, el sexo resume los mandatos sociales del rendimiento y de la acumulación de capital erótico y social, y la pornografía se convierte en el modelo de sexualidad de niños, jóvenes y adultos. En esta línea, la omnipresencia y accesibilidad de la pornografía se está convirtiendo en un factor que daña el vínculo amoroso, que elimina la experiencia relacional de intimidad y que está adquiriendo un nuevo valor etiológico en la clínica de los problemas sexuales (Han, 2012; Illouz y Kaplan, 2019).

Lo cierto es que el amor de hoy es diferente al de ayer por las razones aducidas - la transformación de la intimidad, los cambios sociales y la emergencia de una subjetividad contemporánea-, por lo que nos puede resultar útil revisar cómo ha cambiado el amor desde una perspectiva histórica, para saber dónde estamos (Beck y Beck-Gersheim, 1998).

Siguiendo a los autores de “El normal caos del amor”, antes de la modernidad, las personas sentían que pertenecían a una historia y que tenían el deber de continuarla construyendo unos vínculos familiares y ajustándose a unos rituales sociales. En la medida que las personas se mantenían en sintonía con la tradición familiar se sentían más seguras, estables y evitaban la soledad. La familia era una comunidad económica y la elección de pareja y el matrimonio se decidían según criterios económicos.

Con la modernidad, la subjetividad deja de estar fijada a lo tradicional y va asumiendo el imperativo individualizador de construir un proyecto de vida propio, más allá de la comunidad y del grupo. Este movimiento supuso una liberación, pero también la emergencia de una inestabilidad interior, de un sentimiento de soledad y de un “desencantamiento del mundo” (Schluchter, 2017). Los cambios sociales en cuanto al nivel de vida, producidos en los años 50 y 60, proyectaron unos horizontes de sentido que

ya no se limitaban a mantener lo heredado, sino que se interrogaban por la vida en sí misma: ¿quién soy, de dónde vengo y adónde voy? En la modernidad, esto va cambiando progresivamente y la comunidad económica se convierte en una comunidad de sentimientos, en la que la privacidad y la intimidad son el eje de la vida familiar y aportan los marcos de significado para afrontar la vida social. La familia se convierte un espacio de relación en el que se realizan unas funciones emocionales que, en torno a la conyugalidad y la parentalidad, proporcionan seguridad frente a la adversidad, favorecen la constitución subjetiva del sujeto e influyen decisivamente en el bienestar físico y psicológico (Pérez Testor, 2023).

La emergencia de la individualidad en el contexto familiar va dando lugar a un nuevo modelo de amor, el amor romántico. A partir de aquí, la relación de pareja comienza a construirse en función de otros parámetros: tiene que ser una experiencia emocional con sentido vital y el matrimonio va a convertirse en la institución social que valida esta nueva organización de las parejas. Si bien el matrimonio valida el hecho de saber quiénes somos a través de la relación intersubjetiva con alguien que nos quiere, también puede convertirse en fuente de decepción y desasosiego (Beck y Beck-Gersheim, 1998; Tenorio, 2012).

Siguiendo con el análisis de los autores del “Normal caos del amor”, el amor se va haciendo cada vez más complejo. La disolución de los vínculos tradicionales da lugar a un escenario en que es preciso elegir una opción entre muchas posibles, lo que en ocasiones se vive con dificultad. Pero también es cierto que la vida en pareja va a tener que combinar dos subjetividades y va a estar abocada a conflictos que pueden convertirse en una sobrecarga. Además, la vida social plantea nuevas exigencias laborales, como la disponibilidad, la movilidad, la formación etc., que no tienen en cuenta los vínculos privados y que pueden añadir más obstáculos a la convivencia. Además, la conciliación

de la vida familiar y social que conlleva la individualidad va a repercutir en la representación del *self*, específicamente en la reivindicación de un espacio personal necesario para construir un proyecto de yo (“biografía autoplanificada”) que pueda autorrealizarse. Pero justo ahí es donde puede aparecer más conflicto: ¿cuánto espacio queda para la relación de pareja?, ¿puede convertirse la pareja en un obstáculo? Hay en estas cuestiones un movimiento que va de la adaptación al otro, a la diferenciación de uno y otro, no en el sentido psicológico sino en el sentido sociocultural. Desde aquí nos abocamos al mundo post-romántico.

En el mundo post-romántico, los intereses personales se ponen en el centro y la relación de pareja sólo es viable si los primeros pueden desplegarse y satisfacerse. Además de los innumerables debates a los que puede verse abocada la pareja, los acuerdos a los que se llegue siempre serán temporales y reversibles. En cada momento del curso vital, individual y de pareja, la biografía planificada requiere de una actualización de las decisiones que se hayan tomado. Si bien esto mantiene la relación de pareja en una dinámica emocional de revisión activa, también la expone a los peligros de la ruptura por la incompatibilidad de los proyectos biográficos individuales, entre los que no son menores los que se inscriben en el proyecto de parentalidad, inevitablemente problematizados por las circunstancias sociales actuales (Oliver, 2022).

Al principio de la modernización, siguen planteando Beck y Beck-Gersheim (1998), sólo los hombres se consideraban individuos por derecho propio, mientras que las mujeres únicamente se consideraban un apoyo necesario de aquellos. Las biografías de hombres y mujeres fueron por caminos diferentes. A diferencia del hombre que busca crecer y expandirse en la vida social, se espera de la mujer que se ocupe de la tarea de convertir el hogar en un espacio de cuidado relacional y emocional para todos los miembros de la familia. A partir de los años 70 del S.XX, con el aumento de la actividad

profesional de las mujeres casadas, el aumento de la esperanza de vida y la disminución de la tasa de la natalidad, comienza a cambiar una de las tareas asignadas a las mujeres: el cuidado de los hijos. De hecho, comienza a generarse el fenómeno del nido vacío, cuando la mujer ya no se ocupa de los hijos. Progresivamente, las mujeres van a ampliar sus intereses desde el cuidado de la vida familiar a la atención de la vida personal, desarrollando expectativas, deseos y planes de vida, y construyendo una subjetividad femenina que puede ser vivida conflictivamente, entre las expectativas heredadas y las aspiraciones presentes (Errázuriz, 2012).

En la actualidad, no sólo el modelo tradicional de familia ha sido sustituido por muchos otros modelos de convivencia, sino que también la figura de la pareja ha sido desplazada por la figura del marido o la esposa. Cada vez es más frecuente encontrar madres y padres que cuidan solos a sus hijos, o familias *patchwork* que son el resultado de separaciones sucesivas que reconfiguran el espacio familiar. A todo esto, hay que añadir el fenómeno del amor a distancia. A este tipo de emparejamientos se los ha designado como “las familias globales”, es decir, relaciones amorosas y de parentesco entre personas que viven o que proceden de otros países, con otros entornos socioculturales y que encarnan una novedosa mezcla de distancia y cercanía, de igualdad y desigualdad, que nos aboca a pensar el amor en la era de la globalización; y que, por supuesto, no se recluye a la concepción occidental (Beck y Beck-Gernsheim, 2012).

Lo cierto es que los espacios en los que se encuentran las futuras parejas se han ido diversificando y han experimentado una transformación, con la difusión de las páginas de contactos por internet. De modo que buscar pareja es elegir, entre muchos candidatos, la mejor opción disponible. El amor a distancia y el anonimato que ofrece internet promueven unos procesos de vinculación afectiva que, seguramente, alteran las concepciones clásicas del amor y cambian, por ejemplo, las relaciones entre el amor y la

sexualidad, el amor y la vida cotidiana, la sensualidad del amor y la intimidad sexual afectiva. La cercanía de la persona amada alimenta el vínculo con ella desde una multiplicidad de canales sensoriales, mientras que los vínculos amorosos que se mantienen a distancia se basan exclusivamente en la mirada y la palabra, con lo que, de alguna manera, las relaciones pueden tener una vida breve. Pero, ¿cuánta cercanía necesita el amor y cuánta distancia tolera? (Beck y Beck-Gernsheim, 2012; Illouz, 2009). De acuerdo con las tesis de los autores de “Amor a distancia: Nuevas formas de vida en la era global”, el amor a distancia se asienta en la separación de la sexualidad y de la vida cotidiana. Es un amor aséptico, que conjura el miedo al compromiso y a la pérdida, pero que se enfrenta al riesgo de que el momento del encuentro completo con la otra persona se convierta en una prueba de realidad que no pueda superarse porque no podrán hacerse realidad los sueños y/o fantasías en las que se ha sustentado el amor; en esas circunstancias, el espacio amoroso puede revelar un vínculo afectivo que -en términos de apego- no delimita ni una base segura ni un refugio de seguridad. Los vínculos líquidos no atan y nos dan la libertad para progresar profesionalmente, pero, a menudo, no pueden ofrecer la seguridad que esperamos encontrar en la pareja con la que convivimos (Bauman, 2003).

Sin embargo, el amor a distancia parece haberse convertido en la figura del amor en la época del trabajo globalizado o una forma de trabajar en la que se presupone que si te vinculas te acomodas y bajas el rendimiento. La cultura de la que formamos parte va a conformar los vínculos afectivos, lo que podemos esperar de ellos y el encaje con la sexualidad. Tal vez, el amor se está convirtiendo en algo demasiado inseguro y efímero como para hacer un proyecto de convivencia. Aunque este amor individualizado, que tiene la misión de glorificar el yo, que puede aportar más posibilidades de felicidad y

quizás hijos, también se abre a nuevas formas de infelicidad, como el divorcio (Beck y Beck-Gernsheim, 2012; Pérez Testor y Castillo, 2019).

Aunque ya no existe una narración estándar de las relaciones amorosas, la vida en pareja en el S.XXI puede contemplarse como un viaje que se inicia con el encuentro maravilloso que nos hace sentir especiales. En ese viaje que lleva del enamoramiento al amor, las personas involucradas van a hacer muchos balances de costos y beneficios, de ganancias y pérdidas, antes de decidir convertirse en pareja y/o matrimonio. Más tarde, cuando en la relación de pareja aparezcan los conflictos inherentes a la convivencia, pueden reaparecer aquellos balances corregidos como consecuencia de la resignificación de lo vivido, lo no vivido y lo que se desea vivir. También pueden reaparecer dudas acerca de la otra persona y, con frecuencia, la impresión de que esas dudas estaban ahí desde el inicio, aunque no se le hicieron el caso que merecían. Es así como se intenta recomponer una biografía amorosa y reparar la subjetividad dañada. En definitiva, en el S.XXI las tensiones entre la afectividad, la individualización, la felicidad y la libertad son inherentes a las relaciones amorosas que, además, ahora, con el desarrollo de la inteligencia artificial nos asoma a maneras novedosas de vincularnos amorosamente y de desvincularnos (Beck y Beck-Gernsheim, 2012; Winterson, 2021).

Sin duda, en todo este desarrollo que estamos refiriendo, uno de los cambios más significativos es el que ocurre en las biografías de las mujeres, ya que una de las implicaciones que va a tener es que hombres y mujeres tendrán sus propias expectativas acerca del amor y la pareja. Si bien esto no es nuevo, lo que sí es nuevo es la gestión que se hace de esas diferencias. Ahora, cada vez más mujeres renuncian antes al matrimonio que a sus expectativas vitales. Los conflictos de expectativas se agudizan en este nuevo contexto relacional y del ajuste de cuentas, con su lema “mejor sola”. Estas transformaciones del rol femenino han generado inseguridad en los hombres,

aferramiento a sus derechos y reacciones violentas a una experiencia que sienten como un ataque y una pérdida de los referentes en los que se socializaron. En el seno de estas dificultades se construye un nuevo ideal femenino, la mujer independiente con capacidad para adaptarse a las necesidades familiares. Sin embargo, se visibiliza una cuestión importante: ¿son compatibles la autonomía y el amor? (Beck y Beck-Gersheim, 2012; Errázuriz, 2012; Oliver, 2022).

Los datos señalan que el número de divorcios está aumentando entre las parejas de larga duración. Desde la perspectiva psicológica se explica como el resultado de la crisis de la edad media (del matrimonio) que se define como la necesidad del espacio personal, después de años de convivencia y de vida en común. Esta crisis se considera un acontecimiento social que es el resultado de la confluencia de tres evoluciones: la maduración natural (similar a la que ocurre durante la infancia y la adolescencia), la conciencia femenina de ser una persona con derecho a ser individual y el aumento de la esperanza de vida que hace que muchas parejas convivan lo suficiente para alcanzar la edad media en el matrimonio. En este momento se realiza un balance vital en el que se resignifica el pasado, sobre todo aquello que no hicimos por el otro, y aunque ya se sienta irremediablemente perdido se intenta recuperar un espacio de libertad allí donde estaba ocupado por la vida de pareja. Con frecuencia, la relación se transforma en una lucha de poder que suele chocar con la paradoja del “ni contigo ni sin ti” y con la incapacidad de separarse (Pérez Testor, 2019; Ramírez et al. 2020).

Las dificultades del amor y del desamor entrelazadas en el dilema expresado como “ni juntos ni separados” y en la expresión de las contradicciones inherentes de la individualización, se hacen evidentes en la edad media a la que nos hemos referido. La relación entra en crisis y se convierte en un espacio inseguro, lo que lleva a que la separación se convierta en una de las salidas de la crisis para recuperar un sentido de

control de la vida emocional, aunque el precio emocional que se paga puede ser elevado. En otras ocasiones, frente a la expectativa de que las relaciones tienen su fecha de caducidad, las personas se defienden anticipando lo que tarde o temprano llegará. Una de estas defensas es la de sustituir el amor hacia la pareja por el amor hacia los hijos, como garante de una relación amorosa segura y para toda la vida. Tal vez, esta sea una de las razones del aumento de madres solteras que ha adquirido mucho peso a medida que se han desarrollado las técnicas de reproducción asistida. Además, hay testimonios de mujeres que con la maternidad y la experiencia emocional con su hijo han podido vivir, por primera vez, un amor romántico auténtico. Por el lado de los hombres, también se observa el fenómeno de que un mayor número de hombres reclaman sus derechos paternos y expresan su sufrimiento por la pérdida de relación con sus hijos (Wolfberg y Marrone, 2021).

Las transformaciones de la experiencia amorosa parecen abocarnos a la cultura del desamor. En su trabajo sobre “el fin del amor”, Illouz (2020) refiere que el amor contemporáneo es un reflejo de cambios sociales de gran calado, como la mercantilización, la influencia de las redes sociales en la conformación de las relaciones afectivas y el impacto de las nuevas expectativas socioculturales. Además, dice la autora, esta cultura del desamor se caracteriza por: la falta de deseo para entablar relaciones, la tendencia a abandonar las relaciones y la búsqueda incesante de nuevas relaciones. El desamor constituye una nueva subjetividad que se sustenta en la búsqueda de algo que falta y en la autodefinición que refleja del impacto del capitalismo en las relaciones sociales. Dicha autodefinición se define mediante el rechazo y evitación de las relaciones, la ambivalencia que impide el deseo, la acumulación de experiencias eróticas, el abandono de relaciones y la ruptura de estas como reafirmación de la autonomía personal.

Sigue diciendo Illouz (2020) que todos los ámbitos sociales se están estructurando según las leyes de funcionamiento de los mercados económicos, en los que las decisiones que se toman son un motor principal de la subjetivización. Concretamente, en el contexto de la subjetividad sexual, pueden realizarse elecciones positivas dirigidas por el deseo o la búsqueda de algo que falta. O elecciones negativas caracterizadas por el rechazo y evitación de relaciones, la ambivalencia que dificulta la activación del deseo sexual, la necesidad de acumular experiencias desprovéyéndolas de relevancia emocional y cognitiva, y el abandono de relaciones a favor de la autonomía personal. Sin embargo, las elecciones negativas no se consideran un estado mental negativo, sino una estrategia de afrontamiento positivo que protege la individualidad, aunque sea pagando el precio de la soledad. En esta cultura del desamor, la sexualidad va a convertirse en un eje vertebrador de las relaciones afectivas y de pareja. Illouz (2020) considera que la sexualidad se erige en la quintaesencia de la modernidad a partir de unos logros sociales que comienzan a producirse a mediados del S.XIX: a) legalmente se consideró que la sexualidad se delimita como algo privado de cada persona, b) la ciencia sexual (sexología) demuestra que hombres y mujeres son diferentes, c) el cuerpo se define como una entidad de placer y satisfacción, a pesar de la represión social, d) se resignifica como una actividad de consumo de ocio que visibiliza la individualidad dándole atractivo y convirtiendo la identidad sexual en una responsabilidad de cada persona y e) busca orientación en el marco del consejo sexual, del que forman parte los psicoterapeutas, las jugueterías sexuales, la pornografía, la publicidad, el cine.

La sexualidad contemporánea se presenta como una experiencia subjetiva en la que se elige libremente lo que se desea. La relevancia que ha adquirido la sexualidad ha encontrado un aliado en las nuevas tecnologías, desde donde se ha fomentado una construcción de la sexualidad en torno a la idea de consumo y de capital social. Así, ya

no se trata de emanciparse sexualmente, sino de consumir relaciones sexuales, adquirir capital sexual y rendir sexualmente. Sin duda, de todo esto se derivan numerosos de los problemas sexuales que no encontramos en las consultas clínicas y que, a menudo, tienen en común la disminución de deseo y la insatisfacción sexuales y relacional (Illouz, 2019).

Las tecnologías que caracterizan la contemporaneidad promueven contactos más que relaciones, que ilustran lo que se denomina vínculos negativos o pseudovínculos o no vínculos (p.ej. “follada de una noche”, “polvo sin ataduras”, “revolcón”, “rollo”, “sexo casual”, “sexo virtual”, etc.) que describen contactos efímeros, con escaso involucramiento del yo, que evitan las emociones y que se basan en un acto hedónico que gira en torno al acto sexual como principal y único objetivo. Esta reticencia a los vínculos interpersonales visibiliza una experiencia emocional en la que la ruptura, la disolución o el abandono de las relaciones son una posibilidad en cualquier momento de la relación. La naturaleza de la no elección o de la retirada de la elección es la del contrato comercial que intenta minimizar el riesgo y maximizar la ganancia (Kaufmann, 2012).

Illouz (2020) se refiere a que la libertad para elegir en el terreno afectivo o sexual puede ser positiva o negativa. La primera entendida como la capacidad de ser autónoma en sus decisiones y la segunda definida como la capacidad de hacer lo que se desea sin restricciones, evitando los vínculos porque pueden restar libertad, autonomía, posibilidades de progreso, placer y productividad. Uno de los efectos de las elecciones negativas puede tener que ver con el aumento de hogares unipersonales, de divorcios, de personas que viven en relaciones múltiples (poliamor u otras), de la soltería como elección vital, la epidemia de soledad, la disminución de las parejas sexuales y el aumento de la oferta de relaciones a través de las plataformas online. Todo ello cambia las condiciones cognitivas y emocionales en las que se realizan las elecciones de pareja. En general, recalca Illouz (2020), las relaciones románticas y sexuales son más volátiles,

efímeras y transitorias, lo que se traduce en un aumento de la incertidumbre y de la vulnerabilidad a la crisis. En este sentido, tal vez las dos figuras sexuales que podrían ser más características de la cultura del desamor son: la relación sexual ocasional (“polvo de una noche”) y el divorcio.

Estas figuras de encuentro sexual pueden estar caracterizando un nuevo modelo sexual en el que la cantidad de relaciones sexuales adquiere más importancia que la calidad de estas. Aunque la revolución sexual la asumieron tanto hombres como mujeres, unos y otras han seguido caminos sociológicos diferentes. Los hombres tienden a disociar la sexualidad y el afecto, mientras que las mujeres se han mantenido más conectadas con la parte emocional y relacional, aunque a costa de pagar y seguir pagando un alto precio social. En cualquier caso, las relaciones heterosexuales actuales es necesario pensarlas en las coordenadas de libertad sexual y diferencias de género, que reconfiguran las relaciones como espacios de entrada y salida, llenos de incertidumbre y de sociabilidad negativa (Illouz, 2020).

En este contexto, el sexo casual, es decir, el sexo por el sexo se convierte en la mejor inversión emocional y relacional, en contraste con los encuentros sexuales que se despliegan en las relaciones estables. Si bien como práctica no es algo nuevo históricamente, sí que es novedosa la concordancia entre la libertad individual y la social, mediada por la libertad sexual. Además, desde esta perspectiva, el mayor ajuste a este modelo sexual es el que puede proporcionar mayores resultados en cuanto a bienestar psicológico porque es el que más se alinea con los parámetros sociales del consumo, según los cuales las relaciones se perciben como una oportunidad de consumo y se piensan como un balance de costos y beneficios. El “polvo sin ataduras” que describió Jong (1973) en su libro “Miedo a volar”, ha ido adoptando otras formas sociales: “rollo”, “amigos con derecho”, etc. La naturaleza efímera y transitoria de esta forma de contacto

sexual refleja las características de los objetos de consumo, lo que se ha visto favorecido, como decíamos anteriormente, por la facilidad que ha aportado el uso de internet para organizar encuentros sexuales, como si fueran mercancías en un supermercado: oferta sin límite, obsolescencia, demanda creciente (Kaufmann, 2012).

La influencia del sexo casual en la formación de las relaciones de pareja y en la sexualización general de las relaciones interpersonales es innegable, pero también lo es que genera un sentimiento de incertidumbre que se convierte en el centro de las relaciones negativas. En cuanto a la expresión del sexo casual o sin compromiso, quienes lo practican suelen de-singularizar a la otra persona, se mueven en la esfera del anonimato, combinan la cercanía y la distancia, desconectan el cuerpo de la yoidad, excluyen toda proyección de futuro y como consecuencia de la falta de implicación del yo se anula la posibilidad de reciprocidad, apego y formación de vínculos, evita el compromiso y la responsabilidad más allá del encuentro sexual y genera desapego. De modo que el encuentro íntimo sexual ya no es el inicio de una posible historia de vida, sino la manera como se delimitan los marcos emocionales y culturales en el que se desarrollan los encuentros sexuales en la actualidad, basados en el placer y la acumulación de experiencia sexual con múltiples parejas (Illouz, 2020; Kaufmann, 2012).

El sexo casual tiene la impronta masculina de la sexualidad, ya que los hombres siempre han dispuesto de mayor libertad sexual que las mujeres, han practicado la promiscuidad y no han utilizado el sexo para conseguir poder social, por lo que no han tenido que implicar su yo en ello; la masculinidad se ha definido como capacidad de poseer y exhibir numerosas parejas. De forma general, como señalábamos anteriormente, los hombres tienden a separar las emociones de la sexualidad, mientras que las mujeres enfocan la sexualidad desde un punto de vista más emocional, lo que implica más riesgos personales. De hecho, una reivindicación de algunas mujeres es la de igualarse en cuanto

al poder y el desapego inherente al sexo casual, como palanca para deshacerse del ideal romántico y poderse dedicar al desarrollo de un rol profesional en la sociedad (Illouz, 2020; Errázuriz, 2012).

El desplazamiento de la sexualidad del final de la relación, como ocurría tradicionalmente, al inicio de la relación, provoca incertidumbre porque el encuentro sexual puede quedar desproveído de un sentido relacional. En las mujeres, en las que en torno al yo emocional no sexual ha gravitado una parte de su valor personal y social, el sexo casual genera más ambivalencia que en los hombres. En ellas, parece más probable experimentar arrepentimiento o decepción en comparación a los hombres, quienes suelen mostrarse más satisfechos. Esta es otra de las razones por las que se considera que el sexo casual es una forma más congruente con una forma masculina de sexualidad, que escinde el sexo de la relación y practica un “sexo insignificante”, mientras que la sexualidad femenina está más conectada con las relaciones y pueden practicar un sexo más significativo en el que la emocionalidad sigue teniendo su lugar, tal vez como consecuencia de la construcción de una identidad emocional-cultural de la que forma parte la dimensión del cuidar al otro (Talarn, 2007, 2022).

En la actualidad, la tecnología ha transformado los lugares en los que se crean las parejas. Los encuentros digitales han sustituido la proximidad de los encuentros sociales con amigos o familiares. Lo digital ha entronizado la sexualización en la que el atractivo sexual basado en la belleza corporal es el valor principal en el que se basa la interacción, evitando o negando que las expresiones emocionales sean una vía de conocimiento legítimo de la otra persona. La apertura a múltiples relaciones que se inscriben en una narrativa, que no se basan en expectativas ni en la reciprocidad y que no se proyectan hacia el futuro, aumenta la incertidumbre, convirtiéndose en una “no relación”. Además, el emborronamiento de las distinciones entre los diferentes tipos de relaciones (p.ej. entre

amigos y amantes) es una vía más que introduce confusión en las relaciones, en tanto se vuelven fluidas e inciertas (Bauman, 2003) y favorece un tipo de subjetividad que pierde su capacidad de singularizarse a sí mismo y al otro. No obstante, una implicación es que el hecho de que los factores que promueven una relación sean las experiencias sexuales y no las emociones proporciona certidumbre. Las relaciones contemporáneas comienzan con el sexo y si el sexo no funciona no es posible la relación; luego tendrán la tarea de que la relación sexual genere emociones (Illouz, 2020; Kaufmann, 2012).

Así, los vínculos negativos que se organizan al servicio de no conectar emocionalmente pueden darle al encuentro intersubjetivo un carácter pragmático en el que las parejas dejan de ser un fin en sí mismas y pasan a convertirse en un medio para reforzar el narcisismo. La conciencia de la carencia o de la disfunción en los vínculos sociales facilita que se inicien o se acaben las relaciones sin que las personas queden demasiado afectadas por ello. No obstante, el sexo casual con frecuencia acaba generando infelicidad e insatisfacción, por lo que hombres y mujeres, pero más los primeros, pueden acabar buscando ayuda terapéutica por alteraciones en su funcionamiento sexual. Tal vez el incremento de las disfunciones sexuales sea el resultado de una patología de la intimidad que señala a uno de los grandes retos en el ámbito de las relaciones sociales y afectivas: restablecer la dignidad en uno mismo y la confianza en los otros (Castillo y Medina, 2007).

El amor en la cultura del desamor está ineludiblemente relacionado con el miedo a vivir experiencias relacionales de intimidad. A continuación, vamos a tratar de dar cuenta de dicho miedo en el marco teórico del apego, haciendo referencia a los vínculos afectivos, a los procedimientos que usamos para regular el miedo y a cómo todo ello nos constituye como personas que aman o se olvidan de amar.

A continuación, se describen las ideas principales incluidas en este apartado:

1. El contexto sociohistórico contemporáneo que busca la satisfacción constante de los deseos y la evitación del malestar puede influir en las relaciones de intimidad, en tanto que estas pueden percibirse como espacios inseguros que producen malestar.
2. La evolución del amor contemporáneo puede verse como un camino de retirada del otro y un progresivo ensimismamiento narcisista que incide en la calidad de las relaciones de intimidad afectiva.
3. En la cultura del desamor, con la proliferación del sexo casual y el uso de las tecnologías en las relaciones afectivas, la sexualidad puede problematizarse.

3 APEGO Y SEXUALIDAD: CONCEPTOS BÁSICOS Y CONTEXTOS DE INVESTIGACIÓN

En este apartado van a exponerse tres de los pilares en los que sustenta la tesis: a) la adopción de un modelo de atención integral a los problemas de salud sexual, basada en el modelo biopsicosocial, b) la utilización de la teoría del apego para conceptualizar los aspectos intrapsíquicos e interpersonales que están presentes en la experiencia sexual y c) la pertenencia a un contexto de investigación del apego adulto que permite una aproximación conceptual y empírica a los afectos sexuales.

3.1 Modelo biopsicosocial para el abordaje clínico de la sexualidad

A finales del siglo XX, se sistematizó una nueva manera de entender la medicina en la que se ponía al paciente en el centro de la asistencia. Este nuevo enfoque de la medicina basada en la relación ha tenido una importante repercusión clínica (Tizón et al., 2012). Los principales postulados en que se fundamenta el modelo son (Engel, 1977): a) una alteración somática no siempre se traduce en enfermedad, sino que suele ser preciso tener en cuenta el contexto de factores psicosociales, b) la presencia de síntomas ni nos explican el significado que tienen para el paciente ni nos informa de las habilidades del médico para tratar a un paciente en particular, c) los factores psicosociales pueden influir en la predisposición, la gravedad y el curso de la enfermedad, d) el rol de enfermo no está determinado únicamente por el problema médico, e) los efectos del tratamiento médico están mediatizados por variables psicosociales, como queda ilustrado por el efecto placebo y e) la relación médico-paciente influye en el resultado terapéutico. Este conjunto de ideas ha conformado el *modelo biopsicosocial* que, en su vertiente clínica, ha dado lugar al *modelo centrado en el paciente* (Mead y Bower, 2000; Stewart, 2001).

Una práctica que tenga en cuenta que la etiología de la enfermedad es un conjunto de factores que suelen actuar simultáneamente, no puede sustraerse a la necesidad clínica de decidir acerca de la predominancia de cada factor, a fin de decidir cuál es la mejor estrategia terapéutica, es decir, aquella que sea oportuna, pertinente y adecuada, además de eficiente. En la actualidad, en la práctica clínica tienen que combinarse la escucha empática y semiológica, necesitamos complementar las etiquetas diagnósticas y las descripciones clínicas, hay que ofrecer respuestas asistenciales éticas, aunque no dispongamos de un conocimiento biopsicosocial en profundidad, y debemos analizar qué factores son predominantes (Borrell, 2012; Camps, 2010, comunicación personal; Tizón, Clèries y Daurella, 2012).

Si le damos protagonismo al enfermo, una práctica del modelo va a ser dialógica, es decir, a través del diálogo con el paciente podremos acceder a la experiencia de sufrimiento o malestar y, más concretamente, a una narrativa de esta. Darle la palabra al paciente no significa que todo lo que diga sea acertado, sino que es permitirle expresar sus preocupaciones, que verbalice preguntas concretas, que explique sus creencias y expectativas sobre su enfermedad, facilitar la expresión emocional e implicarlo en el plan de tratamiento. Cuando la relación entre médico y paciente pasa a fundamentarse en el diálogo y se aleja de actitudes paternalistas, lo que se le dice al paciente o consultante debe estar mediado por la empatía y una reflexión ética que evite efectos iatrogénicos en el paciente y desgaste en los profesionales (Borrell, 2002; Seikkula y Erik 2016, 2019; Tizón, 2000).

En términos generales, la práctica clínica que se deriva de este modelo sólo es indicativa y no prescriptiva. En ella, ni siempre debe intervenir en todos los factores etiológicos, ni la narrativa del paciente tiene que tomarse como la verdad, aunque sea un elemento importante para favorecer la implicación en el plan de tratamiento. Ni el

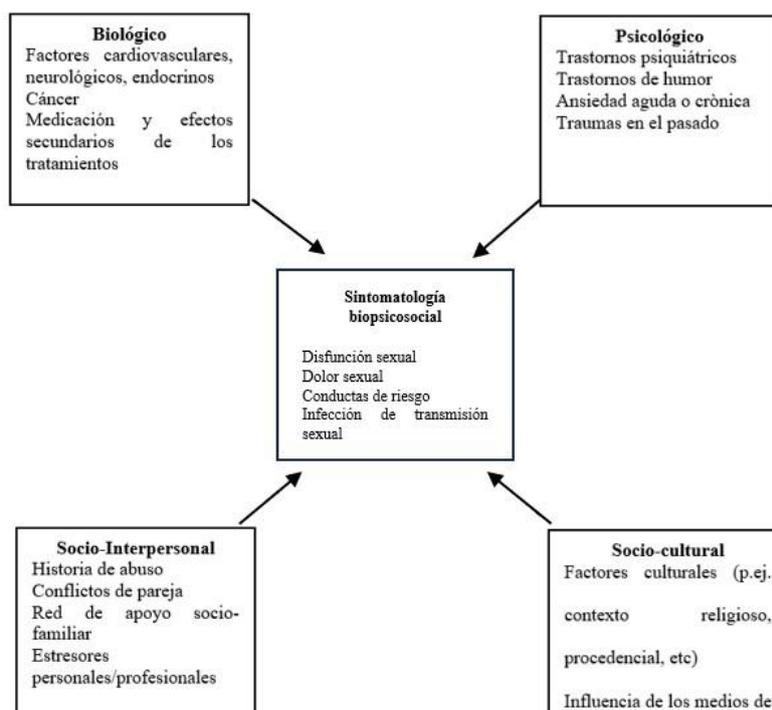
profesional médico tiene que renunciar a diferenciar entre la demanda y la necesidad de salud, ni debe renunciar a tener una perspectiva del contexto familiar, ni tiene que subestimar el efecto de las emociones que nos suscita el paciente en las decisiones terapéuticas que se adopten. Tampoco puede olvidarse la máxima de que debe descartarse organicidad en primer lugar, ni clausurar el no saber qué le pasa al paciente con diagnósticos precipitados, ni debe pasar por alto los factores de riesgo y estilo de vida perjudiciales, ni dejar de ser consciente de que en la actitud de curiosidad empática habita la oportunidad del éxito terapéutico y del crecimiento profesional (Borrell, 2002; Borrell y Cebrià, 1995).

La comprensión de la salud sexual necesita de un enfoque que integre los factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que están implicados en el funcionamiento sexual. La sexualidad puede considerarse que está conformada por tres dimensiones: a) la satisfacción sexual, que incluye los aspectos relacionados con la estimulación, excitación y orgasmo, b) la reproductiva, que incluye todos los aspectos relacionados con la perinatalidad y la parentalidad y c) la relacional, que tiene ver con las necesidades de vinculación afectiva, entre las que tienen un papel importante los afectos sociales como el apego. De forma equivalente, a partir de la experiencia clínica en el *Servicio de Psicología Clínica* de la *Fundació Puigvert* hemos comprobado que es útil clínicamente valorar la salud y la disfunción sexual desde tres perspectivas: a) el funcionamiento psicológico intrapersonal, b) el funcionamiento psicológico interpersonal y c) la dimensión de la respuesta sexual, que tiene que ver con las fases de la respuesta sexual (deseo, excitación y placer sexual). Además, las observaciones que se realicen tienen que incluir el marco sociofamiliar, así como el momento vital en el que se encuentra la persona (Levine et al., 2016; Lynn et al., 2023; Servicio de Psicología Clínica de la Fundació Puigvert, 2013).

De acuerdo con lo anterior, algunas de las implicaciones clínicas serían: a) se requiere de un enfoque sistémico e integrador acerca del tratamiento de la disfunción sexual que se fundamente en circuitos de derivación interdisciplinar adecuada o una atención por equipos multidisciplinares y b) la importancia de que los profesionales tengan formación suficiente para realizar una historia clínica completa, en la que se hayan explorado todos los factores biopsicosociales intervinientes y que puedan trabajar con un algoritmo de tratamiento biopsicosocial (Figuras 1 y 2).

Figura 1

Factores biopsicosociales (basada en Berry y Berry, 2013)

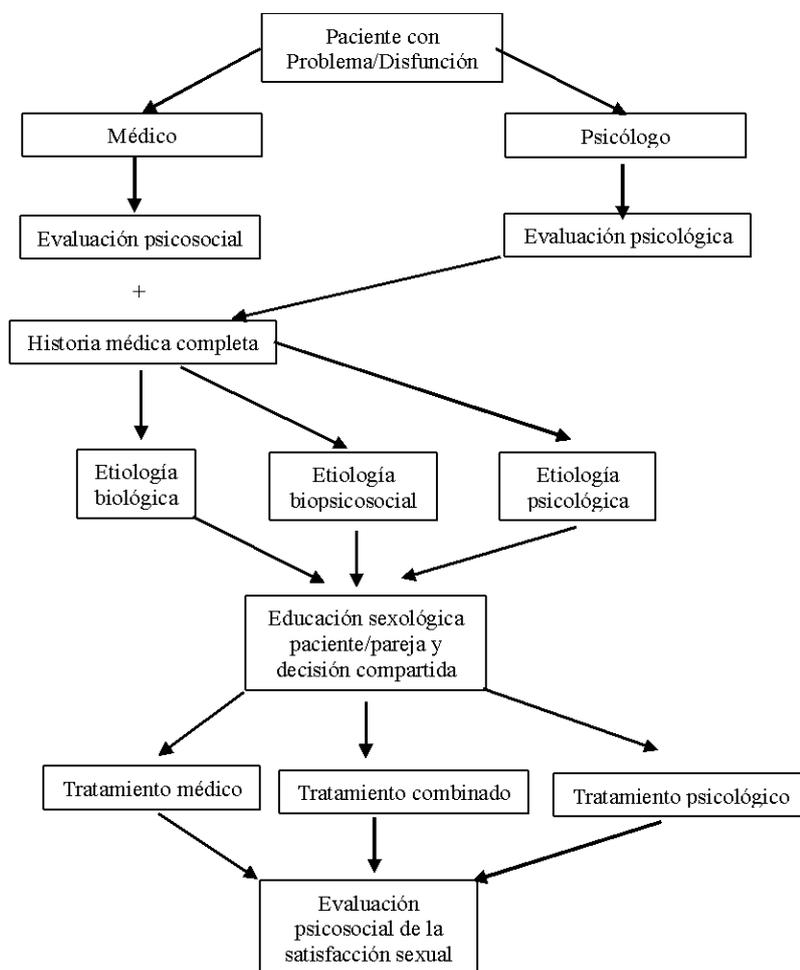


En el *Servicio de Psicología Clínica* de la *Fundació Puigvert*, donde se ha realizado esta tesis, denominamos a la aplicación del modelo biopsicosocial a la salud y disfunción sexuales con el término *Psicoandrogía*. Con él designamos un espacio de colaboración entre psicólogos y andrólogos en el que el plan de tratamiento y la estrategia terapéutica se basan en la evaluación de los aspectos biopsicosociales y la valoración de

la predominancia de cada uno de los factores etiológicos implicados. El propósito de este enfoque biopsicosocial es holístico y trata de utilizar todos los recursos disponibles - médicos, farmacológicos, psicológicos, relacionales-, por lo que la colaboración de los profesionales y la creación de circuitos asistenciales es crucial (Althoff, 2002; Camps, 2012; Wincze y Carey, 2001).

Figura 2

Algoritmo de tratamiento biopsicosocial (modificado a partir de Berry y Berry, 2013)



La terapia sexual tiene que orientarse hacia todos los factores que conforman el contexto etiológico de la disfunción sexual, que se hayan identificado en el proceso diagnóstico o que surjan durante el proceso de la intervención. Además, el seguimiento y la reevaluación van a tener un papel clave en el éxito del tratamiento.

Los aspectos psicológicos que forman parte del modelo biopsicosocial que acabamos de describir adquieren más relevancia cuando forman parte de un marco conceptual. A continuación, vamos a referirnos a la teoría del apego con el fin de delimitar su alcance conceptual y ubicar nuestro trabajo en un contexto de investigación específico.

A continuación, se describen las ideas principales de este apartado:

1. El modelo biopsicosocial en medicina asume que el enfoque más efectivo de los problemas clínicos en general -y los de la sexualidad en particular- es aquel que considera los factores etiológicos biológicos, psicológicos y sociales que intervienen.
2. El trabajo clínico con los problemas sexuales se basa en la diferenciación de la demanda de ayuda del paciente y su necesidad de salud. Además, tiene que incluir un diagnóstico del funcionamiento psicológico y del contexto sociofamiliar en el que vive el paciente.
3. El Servicio de Psicología Clínica de la Fundació Puigvert ha delimitado un ámbito interdisciplinar, la Psicoandrogía, que consiste en el trabajo colaborativo entre psicólogos y andrólogos para evaluar de manera holística el problema sexual y plantear cuál es la mejor ayuda para cada persona singular.

3.2 Marco conceptual del apego

La teoría del apego sistematizada por Bowlby en su trilogía, “Apego” (1969/1998), “Separación” (1973/1985) y “Pérdida” (1984/1993), se considera una de las teorías del desarrollo socioemocional de más relevancia. En ella se conceptualiza el funcionamiento psicosocial en sus dimensiones intra e interpersonales, incluyendo aspectos emocionales, relacionales y del desarrollo psicológico. Su capacidad de integrar las conceptualizaciones teóricas y la investigación la ha convertido en una teoría útil en ámbitos divulgativos, clínicos, de bienestar familiar y de investigación. No obstante, esta expansión se encuentra en un momento en el que es necesario clarificar los conceptos y delimitar los discursos sobre el apego para evitar que la teoría se desvirtúe, así como para favorecer la colaboración entre los distintos profesionales y delinear los futuros programas de investigación (Duschinsky et al., 2021).

Bowlby se había formado en psicoanálisis, en la teoría de las relaciones de objeto (Ezquerro, 2017; Fonagy, 2001), desde la que consideraba que la naturaleza de las relaciones infantiles va a influir en todo el curso del desarrollo y que los procesos inconscientes son un factor determinante de la conducta humana (Cortina y Marrone, 2017; Soufre, Szteren y Causidias, 2014). A lo largo de su carrera profesional, Bowlby fue adoptando una postura crítica respecto de algunos planteamientos psicoanalíticos: a) desplazó el énfasis desde la comprensión de la psicopatología hacia la promoción de la salud mental, b) revalorizó la observación directa de las relaciones afectivas, además de la comprensión de los conflictos internos, c) impulsó el valor de los estudios prospectivos del desarrollo, junto a los enfoques retrospectivos basados en la reconstrucción histórica, d) adoptó un enfoque evolutivo y etológico desde el que consideraba que el comportamiento animal y humano eran equivalentes, e) reformuló el concepto de pulsión de Freud como un sistema conductual que organizaba el funcionamiento psicológico en base a la regulación emocional, la representación mental y las diferencias individuales en el desarrollo psicológico (Lafuente y Cantero, 2015). En este sentido, es remarcable el carácter integrador de la teoría del apego desde sus inicios, combinando conocimientos diversos provenientes de la etología, la embriología, la cibernética, la teoría de sistemas, la teoría del procesamiento de la información, la psicología del desarrollo y la teoría evolucionista, con el fin de dar cuenta del qué, del cómo y del porqué del desarrollo humano. A continuación, trataremos de contextualizar los principales constructos del apego, desde dos puntos de vista, el conceptual y el de los contextos de investigación, con la finalidad de delimitar el lenguaje, los axiomas y los planteamientos del programa de investigación en el que se inscribe esta tesis.

De acuerdo con Holmes (2009) y Mann et al. (2023), los principales hallazgos acerca de la teoría del apego pueden enunciarse como sigue: a) la relación de apego

infantil puede verificarse en todas las culturas y se asume que existe una tendencia hacia el *apego seguro* que favorece el afrontamiento positivo de la adversidad. Así, el 70% de las personas conforman un *apego seguro* y el 30% restante inseguro, b) la seguridad que se obtiene en las relaciones de apego depende de la calidad del vínculo de apego, es decir, de la sensibilidad y sintonía de la figura de apego hacia el niño, c) la *seguridad de apego* promueve el desarrollo de competencias sociales, d) los patrones de apego infantiles van a influir de forma decisiva en la capacidad para las relaciones interpersonales en la etapa adulta, e) el *apego seguro* se construye en un contexto que favorece la reflexión de las experiencias y la mentalización, y la competencia narrativa de los adultos acerca de las experiencias vitales revela la naturaleza de los vínculos de apego construidos durante la infancia.

No obstante, es preciso tener en cuenta algunas matizaciones: a) a lo largo de la historia vital, las personas pueden encontrarse en circunstancias donde la inseguridad de apego proporciona las estrategias más adaptativas (Szepeswol y Simpson, 2018), b) es imperativo que se contemplen las diferentes interculturales del apego en aspectos como los modelos culturales, los estilos parentales, los roles de género, los cambios generacionales y la migración (Harkness, 2015) y c) los vínculos afectivos de apego constituyen una red jerarquizada de diferentes vínculos que va a estar disponible durante toda la vida (Wolfberg y Marrone, 2021).

En términos generales, los vínculos afectivos se construyen en una relación con otra persona y se caracterizan por: a) ser relaciones emocionalmente significativas que suelen implicar un cierto grado de intimidad, b) ser perdurables a lo largo del tiempo, por lo que quedarían descartadas las relaciones pasajeras y de corta duración, c) ser singulares porque se centran en una persona particular que no puede sustituirse por otra, d) ser generadoras de deseo de búsqueda y mantenimiento de proximidad y contacto, e) ser

generadoras de malestar emocional cuando se produce una separación o no puede restablecerse el contacto cuando se siente que es necesario y e) ser el reflejo de la calidad de la interacción, de la disponibilidad de la otra persona (Torres et al., 2014).

Los vínculos de apego son un tipo especial de vínculo afectivo, caracterizados por: a) la búsqueda de protección de la figura de apego en situaciones de estrés o malestar, b) ser un refugio de seguridad desde el que explorar el entorno y c) ser una base de seguridad en la que reencontrar la seguridad perdida, aspectos que pueden constatarse en las relaciones paterno-maternofiliales. Los vínculos de apego también podemos observarlos en las relaciones de intimidad que se establecen en las parejas cuando el sistema conductual de apego se activa, se altera el equilibrio emocional y se movilizan otros sistemas motivacionales que pueden crear conflictos en algunas parejas (Holmes y Slade, 2019).

A lo largo de más setenta años, la teoría del apego, también se ha ido consolidando como una perspectiva de estudio en la adultez y, particularmente, en las relaciones de pareja. Además, ha ido afianzando la idea de que el desarrollo social y de la personalidad tienen una base relacional, se ha ocupado de la psicopatología del desarrollo, ha conceptualizado acerca de las condiciones en las que se realizan las intervenciones clínicas, se ha ocupado de problemas como el divorcio, el bienestar y la protección de la infancia. En la actualidad, la teoría del apego sigue evolucionando en torno a nueve cuestiones conceptuales (Thomson et al., 2022): a) ¿qué clase de relaciones constituyen relaciones de apego?, y ¿cuáles son los orígenes de la seguridad?, b) ¿Cómo debería evaluarse la *seguridad de apego*?, y ¿cuáles son las ventajas y desventajas de los diferentes enfoques de evaluación?, c) ¿cómo funcionan los modelos internos de trabajo?, d) ¿la *seguridad de apego* permanece estable durante el curso vital?, e) ¿cuáles son los límites de la influencia del apego infantil en el funcionamiento psicológico posterior?, f)

¿Cómo se manifiestan los procesos de apego en las diferentes culturas y cómo se manifiesta la cultura en los procesos de apego?, g) ¿cuáles son los procesos implicados en las reacciones a la separación y la pérdida?, h) ¿cómo funcionan las intervenciones basadas en el apego?, e i) ¿en qué medida la teoría y la investigación sobre el apego son relevantes para los profesionales que trabajan con niños y sus familias? Además, no son menores los avances metodológicos. En este sentido, la “*Collaboration on Attachment Transmission Synthesis (CATS)*” es un modelo colaborativo que permite reunir datos meta-analíticos sobre apego a los que los investigadores pueden recurrir para el diseño de sus investigaciones (Verhage et al., 2020).

La investigación y las aplicaciones clínicas que se han realizado de la teoría del apego han dado lugar a que se utilicen los conceptos de forma tan idiosincrática que, en ocasiones, puede convertirse en un obstáculo para la colaboración entre grupos de trabajo diferentes. Por ejemplo, las diferencias entre los clínicos y los investigadores sobre el significado del *apego desorganizado*; los primeros creen que está relacionado con maltrato o trauma infantil y es una forma patológica de apego o trastorno de apego y, por tanto, hay que adoptar medidas de protección, mientras que los investigadores creen que la evidencia científica disponible no avala ese planteamiento en todas las ocasiones (Verhage et al., 2023). Las divergencias también pueden observarse en el uso corriente del lenguaje del apego que hace la población general y el uso técnico de los especialistas, produciéndose una auténtica “confusión de lenguas”. Por ejemplo, mientras que la teoría del apego describe diferencias en cuanto a la calidad del apego (*seguro* o *inseguro*), entre la población se suele hablar de que un niño está más o menos apegado.

En este sentido, la “*Society for Emotion and Attachment Studies*” ha publicado una guía con el significado técnico de los términos de apego, que puede ser una referencia para los investigadores, clínicos y cualquier persona que trabaje dentro de este marco

teórico. Para su elaboración se ha basado en el libro “*Cornestones of Attachment Research*” (Duschinsky, 2020) y en el artículo “*Six attachment discourses*” (Duschinsky et al., 2021). En este segundo trabajo, los autores comparan los sentidos que se le da a los términos de *apego*, *seguridad*, *modelo interno de trabajo* y *desorganización*, en los ámbitos de la psicología del desarrollo, la psicología social, la psicoterapia, la psiquiatría, el trabajo social y el discurso popular. A continuación, resumimos, por su interés, la tabla comparativa que sintetizan los autores (Tabla 1).

Tabla 1

Conceptos de la teoría del apego: diferentes perspectivas en función del ámbito de estudio (a partir de Duschinsky et al., 2021)

	Popular	Psicología del desarrollo	Ámbitos de estudio Psicología social	Psicoterapia	Psiquiatría	Bienestar infantil
Apego	El amor del niño hacia la madre indica qué expectativas tiene del cuidador	El uso del cuidador como lugar seguro indica la historia de la relación de cuidado	Las funciones de regulación emocional de las relaciones íntimas indican la ansiedad y la evitación que se experimentan en esas relaciones	Las funciones de regulación de las relaciones íntimas indican en qué medida hay dificultades en la relación y en la autocomprensión	La disposición a buscar un cuidador cuando el niño se siente amenazado indican que existen relaciones de apego que son base para la salud mental	La calidad de la relación entre el niño su cuidador es lo más saludable para el niño
Seguridad	El estado psicológico de confianza es el estado mental óptimo	La percepción de que la relación con la figura de apego es un lugar seguro	La ausencia de ansiedad y evitación	Un mecanismo óptimo de salud mental en las relaciones con los demás y con el terapeuta		Buenas relaciones entre padres e hijos
Modelo interno de trabajo		Expectativas acerca de la disponibilidad de las figuras de apego. Elaboración simbólica de significados e imágenes acerca de las figuras de apego. Símbolo de representaciones mentales	Las representaciones mentales del self y de los otros	Significados e imágenes consistentes e inconsistentes acerca de las figuras de apego. Se considera que pueden cambiar a través del trabajo terapéutico		

Tabla 1 (Cont.)

Conceptos de la teoría del apego: diferentes perspectivas en función del ámbito de estudio (a partir de Duschinsky et al., 2021)

	Popular	Psicología del desarrollo	Ámbitos de estudio Psicología social	Psicoterapia	Psiquiatría	Bienestar infantil
Trauma relacionado con el apego	Separaciones o rupturas de la familiar natural	Impacto emocional negativo de experiencias de pérdida, abusos... que se manifiesta por un estado mental desorientado y un discurso incoherente cuando conecta con esas vivencias	Un suceso adverso que actúa como factor etiológico de la ansiedad y/o la evitación de apego. Un suceso que se vivencia como perturbador por una falta de seguridad del apego de base	Una experiencia de la vida familiar que tiene un efecto crónico sobre las capacidades de regulación emocional. Experiencias de abuso o negligencia. También se denomina "trauma del desarrollo"	Definición de estrés posttraumático	Experiencias que ocurren en el contexto de las relaciones familiares y que comprometen la salud y desarrollo del niño
Desorganización		Conflicto, confusión y/o temor mostrado por un niño hacia sus cuidadores en la <i>situación extraña</i> . Una perturbación significativa del sistema conductual. Díadas de cuidador-bebé caracterizadas por una conducta confusa y/o aprensiva. Una categoría que describe la conducta punitiva y/o controladora del cuidador que influye en su relación con el niño. Proceso psicológico que indica que existe una pérdida no resuelta o un trauma	La co-presencia de la ansiedad y la evitación de apego y/o conducta caótica aleatoria	Un mecanismo subyacente que contribuye a la desregulación emocional		Una sintomía crónicamente inadecuada en las relaciones entre padres e hijos

Los desarrollos conceptuales, metodológicos y empíricos se han ido originando y han progresado en el seno de numerosos grupos de investigación en los que se han desarrollado fructíferos programas de investigación. Duschinsky (2020) señala que son cinco los principales grupos que conforman el paisaje de los desarrollos más relevantes de la teoría del apego: a) Bowlby y la Unidad de Investigación de la Separación en la Tavistock, b) Mary Ainsworth y el procedimiento de la Situación Extraña, c) Mary Main, Erik Hesse y el Estudio del Desarrollo Social de Berkeley, d) Alan Soufre, Byron Egeland

y el Estudio Longitudinal de Minnesota sobre el riesgo y la adaptación y e) Phillip Shaver, Mario Mikulincer y la Escala de la Experiencia de Pareja (*Experiences in Close Relationships*, ECR).

Esta tesis se ubica en el contexto de investigación liderado por Shaver y Mikulincer que se ha desarrollado en el marco de la psicología social, a partir de la utilización de los autoinformes como instrumento de evaluación del apego en población general y el uso de estudios experimentales en el laboratorio. A continuación, siguiendo a Duschinsky (2020), trataremos de revisar algunos puntos claves en la evolución del proyecto de Shaver y Mikulincer desde su inicio.

En 1980, la investigación empírica de Ainsworth, Sroufe y Egeland, entre otras logró que la *American Developmental Psychology* considerara que la teoría del apego era un paradigma desde el que se podía investigar con rigor la infancia. Sin embargo, todavía no se había establecido una metodología para estudiar el apego en los adultos y en las relaciones de pareja. Por un lado, Mary Main realizó el primer movimiento cuando pasó de poner el foco de estudio en la conducta a ponerlo en la representación, planteando la *Adult Attachment Interview* (AAI) como el instrumento para acceder al contenido mental asociado al apego. Por su parte, desde la psicología social, Shaver y sus colegas comenzaron a elaborar un genuino proyecto de investigación.

A continuación, se describen las ideas principales de este apartado:

1. La teoría del apego de Bowlby conceptualiza el desarrollo emocional a lo largo del desarrollo personal, incluyendo las relaciones amorosas adultas.
2. Uno de los hallazgos más importantes está en la diferenciación del binomio seguro/inseguro -más adelante se diferenciarán los vínculos inseguros-, así como la relación entre el vínculo de apego infantil y el adulto.
3. Los vínculos de apego son un tipo especial de vínculos afectivos que se caracterizan por su durabilidad, singularidad y capacidad para generar malestar emocional en la separación.

3.3 Programa de investigación sobre apego adulto de Shaver y Mikulincer

A continuación, vamos a delimitar este contexto de investigación, refiriéndonos a los orígenes, al uso de los autoinformes como estrategia de investigación y a algunas de las cuestiones de investigación que siguen pendientes.

3.3.1 Orígenes del programa de investigación

El acercamiento de Phillip Shaver hacia la teoría del apego comenzó en 1960 en un contexto en el que el psicoanálisis era duramente criticado desde la psicología académica, especialmente desde el conductismo. Sin embargo, Shaver y más tarde Mikulincer consideraban que los temas de interés identificados por el psicoanálisis (p.ej. la atracción sexual y el deseo, el amor romántico, el desarrollo de la personalidad basado en las relaciones infantiles, el valor de las emociones negativas, los conflictos intrapsíquicos, las defensas, la psicopatología, la agresividad individual e intergrupal, los traumas ocasionados en la guerra, etc.) eran mucho más relevantes que los temas de la psicología social académica del momento.

Durante la década de 1970, la psicología académica se debatía entre el conductismo y el cognitivismo. Shaver reconocía la superioridad metodológica del conductismo, aunque estaba en desacuerdo con que se desestimara la mente como constructo de investigación y se subestimara el valor de las emociones. Por ello, encontró que la teoría del apego de Bowlby le proporcionaba el contexto en el que entender e investigar sobre las emociones y los vínculos afectivos como elementos constitutivos del funcionamiento mental y de la relación de pareja. Además, refrendaba la idea de que existe una continuidad entre las experiencias emocionales vividas durante la infancia y la configuración de las relaciones de pareja en la edad adulta. En 1987, Hazan y Shaver

publicaron en el *Journal of Personality and Social Psychology* lo que se considera un artículo fundacional titulado *Romantic love conceptualized as an attachment process*, en el que se consideraba que: a) el funcionamiento del sistema de conducta de apego adulto era similar al de los niños, b) en los adultos la pareja se podía convertir en la *figura de apego*, en tanto que ofrecía una base de seguridad y un refugio seguro, c) el amor podía entenderse como el resultado del sistema de conducta de apego, de cuidados y sexual y d) las diferencias individuales en las relaciones de pareja podían conceptualizarse de la misma manera que se hacía con las diferencias individuales de los niños en la relación con sus madres. En torno al 1990, también los intereses de investigación de Mario Mikulincer (1986) encontraron en la teoría del apego un marco de trabajo fructífero, concretamente: a) la indefensión adulta se asemejaba a los efectos de la falta de disponibilidad de los cuidadores en la infancia, b) los pensamientos intrusivos en los veteranos de guerra se asemejaban a la *ansiedad de apego* y c) el afrontamiento evitativo se asemejaba a la *evitación de apego*.

3.3.2 El *Cuestionario del amor* y el ECR (*Experiences in Close Relationships*)

La colaboración científica entre Phillip Shaver y Mario Mikulincer se apoyó en el uso de los autoinformes como procedimiento para evaluar la *seguridad e inseguridad de apego*, distanciándose de la posición desfavorable de dos referentes de la teoría como Ainsworth y Main. Con respecto a esto, al primer cuestionario de evaluación del apego, elaborado por Shaver y Hazan, se denominó *Cuestionario del amor*, y en él se preguntaba a las personas que señalaran con cuál de las tres descripciones sobre maneras de relacionarse, basadas en los estilos de apego descritos por Ainsworth, se identificaban. En el cuestionario se presuponía que la seguridad no era el resultado de las creencias o expectativas acerca de ella, entendida como base de seguridad y refugio seguro, sino que

la seguridad se originaba en dos sentimientos: a) malestar respecto a la cercanía y b) preocupación por el abandono. La validez del cuestionario se vio ratificada por el resultado de un estudio en el que se informaba de que el estilo de apego explicaba el 5% de la variación de los síntomas de salud mental (Cooper et al., 1998).

La utilización que se hizo del *Cuestionario del amor* permitió sacar cuatro conclusiones: a) las categorías de evaluación de apego incluidas en el cuestionario tienen suficiente poder predictivo, b) los estilos de apego están conectados con el contexto, tanto en el laboratorio como en el mundo real, c) la diferencia entre los *estilos de apego evitativo y ansioso/ambivalente* era evidente en áreas como la evocación de recuerdos, la interacción con la pareja y el afrontamiento de enfermedades y emergencias, d) el estilo de *apego seguro* no se define por la ausencia de *apego evitativo o ansioso/ambivalente*, sino que tiene sus propias correlaciones y e) las creencias acerca del amor están condicionadas por las representaciones mentales que constituyen los modelos internos de trabajo, descritos por Bowlby.

En torno al constructo de representación mental del self y de los otros, Bartholomew y Horowitz (1991) desarrollaron una clasificación de cuatro estilos de apego adulto que introdujo innovaciones conceptuales sobre los mismos. Así, se consideró que el estilo de *apego seguro* se basaba en modelos positivos del self (la persona se siente digna de ser cuidada) y de las parejas (percepción de que la pareja está disponible y dispuesta a ofrecer apoyo y/o cuidado). En cuanto al estilo de *apego evitativo*, éste se basaba en un modelo positivo del self (la persona se siente muy confiada en sí misma) y un modelo negativo de la pareja (la persona no siente confianza en los demás). En lo que respecta al estilo de *apego ambivalente/resistente*, éste se basa en un modelo negativo del self (la persona se siente dependiente e inestable emocionalmente) y un modelo positivo de los demás (la persona siente que los demás son necesarios para

su bienestar emocional). Y, además, plantearon que podía describirse un cuarto estilo de apego: el estilo de *apego evitativo-temeroso*, que estaba basado en un modelo negativo del self y de la pareja. Esta combinación de representaciones negativas del self y de la pareja impedían que se desarrollara una relación fluida y de confianza, ya que las personas se encontraban con un conflicto irresoluble en la relación afectiva; por un lado, la necesidad de aproximarse a la otra persona para sentirse seguro y, por otro lado, la necesidad de alejarse de la otra persona para aliviar el miedo a ser abandonado por ella.

La descripción del estilo de *apego evitativo-temeroso* también fue valiosa para caracterizar a personas que habían afrontado acontecimientos vitales adversos y que sufrían consecuencias psicopatológicas. Por ejemplo, una cuarta parte de las personas con estilo de *apego evitativo-temeroso* podían ser diagnosticados de trastorno de la personalidad, en comparación con el 6% de las personas con otros estilos de apego. Además, las personas con un estilo de *apego evitativo-temeroso* se caracterizaban por percibir su yo como deficiente, lo que les hacía sentir angustia, y sentir a los otros como una fuente potencial de rechazo, con lo que su vivencia se organizaba en torno a un conflicto de aproximación-evitación y no como un estado de desorientación respecto al cuidador. Por ello, conviene enfatizarlo, el *apego evitativo-temeroso* no se consideraba un análogo del *apego desorganizado* (Park et al., 2019).

A medida que se utilizó la clasificación de Bartholomew y Horowitz (1991), se fueron observando algunas limitaciones: a) la descripción de los estilos evitativo y ansioso/ambivalente no estaba bien fundamentada empíricamente. El estilo de *apego evitativo* no se asociaba a un modelo positivo del yo, sino solo con el deseo de evitar reconocer la vulnerabilidad, y el estilo de *apego ansioso/ambivalente* no se asociaba a un modelo positivo del otro como disponible y de apoyo, sino con representaciones de los demás que estaban influidas por la rabia, los celos y por la experiencia con cuidadores

insensibles a sus necesidades, b) el planteamiento de modelos positivos y negativos era atractivo intuitivamente, pero su polisemia podía limitar las predicciones. El *apego seguro* no se asociaba tanto a un modelo positivo del self como a una representación de sí mismo en el que había un equilibrio entre aspectos positivos y negativos y c) parecía tener una validez intercultural poco sólida. Así, la correlación negativa entre evitación y ansiedad/evitación sólo se encontraba en una minoría de países del mundo (Gillath et al., 2009).

La formulación de las cuatro categorías de apego de Bartholomew y Horowitz (1991) permitió la transición hacia los enfoques dimensionales que estaban utilizándose en la psicología social en la década de 1990, a partir de las siguientes consideraciones: a) el uso de categorías limitaba los análisis estadísticos, b) la división entre *positivo/negativo* y *yo/otro* produjo un modelo que permitía generar hipótesis acerca del apego adulto, c) parecía poder abarcar el apego infantil y adulto en el mismo marco y d) añadir la categoría de *apego evitativo-temeroso* ofrecía un modelo de cuatro categorías que era más próximo a los planteamientos de la psicología del desarrollo y más aplicable a muestras clínicas. En concordancia con esto, a partir del 2000, el modelo categorial fue siendo desplazado por el modelo de dos dimensiones, ansiedad y evitación, en base a las cuales se construyó el instrumento de evaluación ECR (*Experiences in Close Relationships*), constituido por 36 ítems (Brennan et al., 1998).

Para llegar a esta propuesta, los autores reunieron 323 ítems extraídos de los cuestionarios de evaluación del apego más relevantes y utilizados en la época. Con este grupo de ítems realizaron un análisis factorial en el que identificaron 12 dimensiones relacionadas con el apego. Posteriormente realizaron un análisis factorial de segundo orden en el que delimitaron las dos dimensiones, *ansiedad* y *evitación*, que explicaban el 63% de la varianza. Así, respecto a la *evitación*, los ítems más representativos eran:

evitación de la intimidad, malestar con la cercanía y autosuficiencia, mientras que, respecto a la ansiedad, los ítems más significativos eran: preocupación, miedo al abandono y miedo al rechazo. Regresando de nuevo al estilo de *apego evitativo-temeroso*, en este contexto se formula en términos de la coexistencia de una alta ansiedad y evitación. (Gray y Dunlop, 2019; Mikulincer y Shaver, 2011).

La conceptualización de dichas dimensiones ha ido ajustándose a lo largo de los años: a) la *ansiedad* se describió inicialmente como el miedo a ser rechazado o abandonado por la pareja y pasó a considerarse como el grado en que la persona está preocupada de la falta de disponibilidad de la pareja cuando la necesite y b) la *evitación* se describió inicialmente como la incomodidad con la proximidad y pasó a considerarse como el grado en que una persona desconfía de su pareja. Dicha conceptualización se enriquece cuando se adopta la idea de que las diferencias individuales en el estilo de apego pueden funcionar como estrategias de regulación emocional: a) el estilo de *apego ansioso* maximizando las emociones con el fin de mantener a la figura de apego cerca y b) el estilo de *apego evitativo* minimizando las emociones con el fin aliviar el miedo al rechazo (Zhang et al., 2022).

Más adelante, se consideró que el sistema de conducta de apego se fundamenta en una red asociativa jerarquizada, en la que cada recuerdo semántico es una figura de un esquema más general acerca de cómo funcionan las relaciones que, además, se actualiza constantemente con cada encuentro social y con la información que proviene de otros módulos (Fraley, 2019). Los estilos de apego son relativamente estables, aunque parece que cambian a medida que se exponen a las experiencias derivadas del contexto social y psicológico en el que vive cada persona. La inclusión de la idea de cambio en el modelo del sistema de apego añade valor a la teoría, en tanto permitía valorar e integrar cuatro dilemas conceptuales: a) la influencia de las experiencias pasadas versus la influencia de

las experiencias actuales, b) los aspectos intrapsíquicos del sistema de conducta versus los aspectos relacionales, c) la función orientada a metas versus la función defensiva para regular las emociones y d) el foco en la prevención (miedos, conflictos y mecanismos motivacionales) versus el foco centrado en la promoción (Mikulincer y Shaver, 2020).

Este programa de investigación sobre el apego, desarrollado en el marco de la psicología social, formulaba los hechos en términos de personalidad e interacciones sociales, trabajaba con población normal, utilizaba muestras grandes, utilizaba medidas de cuestionario y se focalizaba en las relaciones sociales de los adultos. Junto a ella, se desplegaba la tradición de la psicología del desarrollo, en la que los investigadores tendían a pensar en términos psicodinámicos, se interesaban por los problemas clínicos, preferían las evaluaciones con entrevistas y observaciones conductuales en vez de con autoinformes, estudiaban pequeños grupos de personas y focalizaban su atención en las relaciones parentales (Allen, 2023).

La coexistencia y relación de ambas líneas de investigación ha planteado algunas cuestiones candentes e ineludibles, que no se limitan al terreno metodológico, sino que incluyen aspectos conceptuales y que ha creado confusiones en el significado que se le da a los conceptos en ambas tradiciones. Veamos a continuación una comparación de los sentidos amplios y restringidos de algunos conceptos del apego, según Duschinsky (2020).

Inicialmente, la integración de la teoría del apego en el marco de la psicología social tenía el propósito de formular una teoría comprensiva de las relaciones íntimas, que incluyera las diferencias individuales. No obstante, la complejidad del funcionamiento psicológico no permitía reduccionismos. Así, la seguridad no siempre podía considerarse que fuera el estado mental ideal, ya que las personas podían encontrarse en situaciones en las que un estado mental inseguro fuera más adaptativo o beneficioso.

Por ejemplo, se ha sugerido que la *inseguridad de apego* en las relaciones de pareja de uno de los miembros puede estimular la disponibilidad del otro miembro, lo cual podría implicar un reforzamiento del vínculo afectivo de la pareja (Mikulincer y Shaver, 2020).

Tabla 2

Conceptos del apego en sentido amplio y restringido (Duschinsky, 2020)

	Sentido amplio	Sentido restringido
Función del apego como <i>refugio seguro</i>	Utilizado por los psicólogos sociales y algunos psicólogos del desarrollo como Cassidy y Fonagy La tendencia a buscar confort físico o simbólico en relaciones cercanas cuando se percibe una amenaza	Utilizado por Main, Waters y la mayoría de los psicólogos del desarrollo
Función del apego como <i>base segura</i>	La capacidad de las relaciones cercanas de proporcionar una seguridad sentida	La capacidad para confiar en la disponibilidad física y atencional de figuras familiares bajo condiciones de amenaza percibida
Estrategias condicionales	La <i>hiperactivación</i> o <i>desactivación</i> de la tendencia a buscar confort físico o simbólico en las relaciones cercanas	Un repertorio evolutivo para manipular la activación del sistema conductual de apego mediante la dirección de la atención de manera vigilante hacia o lejos de las señales sobre la disponibilidad de cuidadores familiares o posibles amenazas.
<i>Modelos internos de trabajo</i>	Las representaciones afectivas y simbólicas acerca de las figuras de apego y su disponibilidad, así como el valor del self para estas figuras	Expectativas acerca de la disponibilidad de las figuras de apego Elaboración de significados e imágenes sobre las figuras de apego Un sinónimo de representaciones de apego, tal y como fue utilizado por Main, aunque más tarde fue abandonado

Respecto al hecho de que la *inseguridad de apego* puede ser ventajosa, se han planteado algunas hipótesis: a) la *ansiedad de apego* podía ser favorable en contextos en los que se tiene que estar alerta y b) la *evitación de apego* puede ser oportuna en contextos en los que tiene que prevalecer una conducta pragmática e instrumental. Estos resultados surgen en el marco de dos críticas dirigidas a la investigación del apego (Ein-Dor et al.,

2010): a) se ha basado en un modelo de salud mental occidental desde el que se han considerado desadaptativas conductas que pueden ser necesarias en determinadas circunstancias y b) se han focalizado en los individuos y, en ocasiones, en las parejas, pero pocas veces se ha considerado la contribución de las diferencias individuales en los procesos grupales. La biología contemporánea, en contraste con la teoría evolutiva utilizado por Bowlby, ha enfatizado la influencia de los procesos grupales en la selección natural. P.ej. la supervivencia del grupo como un todo puede beneficiarse si hay personas que están especialmente alerta a las amenazas, si otras son más pragmáticas y otras están más orientadas a la organización, negociación y compromiso. En general, la heterogeneidad de los estilos de apego en los grupos aumenta su eficiencia a la hora de resolver problemas y mejora la productividad cuando tiene que desarrollar trabajos (Lozano y Fraley, 2023).

3.3.3 Cuestiones pendientes de investigación

En la actualidad, el programa de investigación que estamos describiendo continúa teniendo algunas cuestiones que necesitan ser más investigadas y/o clarificadas. Duschinsky (2020) indica que son el instrumento de evaluación del apego que se utiliza (ECR), la especificidad del concepto de seguridad, el estilo de *apego evitativo-temeroso* y las condiciones de activación del sistema de conducta de apego.

La ECR (*Experiences in Close Relationships*) se ha construido sobre un modelo de dos dimensiones (*ansiedad y evitación*) en el que se ha fundamentado la investigación del apego adulto desde el año 2000 hasta la actualidad. Sin embargo, en general se ha prestado poca atención al hecho de que existe demasiada heterogeneidad entre los ítems del cuestionario. Por ejemplo, unos hacen referencia a comodidad, otros a deseos y motivaciones, otros están relacionados con las relaciones en general y otros con un

compañero en particular. Donde se han trabajado más estas cuestiones es en el marco de la construcción de versiones abreviadas de la ECR. En este sentido, Wei, Rusell, Mallinckrodt y Vogel (2007) identificaron que los componentes claves de la *evitación de apego* eran: a) la preocupación por la cercanía, la resistencia a depender de los demás y la aversión a revelar aspectos íntimos. Mientras que los elementos claves de la *ansiedad de apego* eran: a) preocupación por el abandono, el deseo intenso de recibir consuelo de los demás y el malestar cuando la pareja no está disponible. Sin embargo, estos elementos no coinciden totalmente con los resultados de algunos análisis factoriales realizados durante la construcción de una versión abreviada del ECR (Lo et al., 2009).

En general, se considera que las dos dimensiones latentes están en relación con un nivel intermedio de factores en los que pueden identificarse diferencias relevantes en las manifestaciones del apego (Hanak y Dimitrijevic, 2013) y que los ítems no se han diseñado con el propósito de identificar las dos dimensiones de *ansiedad* y *evitación*, lo cual puede producir discrepancias entre la teoría y la evaluación. De hecho, la consideración de los factores intermedios sería de especial interés en los contextos clínicos y terapéuticos. En la misma línea, se ha planteado en qué medida algunos ítems están únicamente reflejando el sentimiento de una baja autoestima y no una verdadera experiencia de apego.

En el marco de la psicología social se ha asumido, mayoritariamente, el modelo de dos factores de apego (*ansiedad* y *evitación*) para describir las diferencias individuales, en el que la seguridad se definía como baja *ansiedad* y baja *evitación*. Sin embargo, algunos autores han señalado que esta forma de definir la seguridad era una simplificación pragmática y que caracterizarla como lo opuesto de la inseguridad era insuficiente. Aunque, desde 1995, se indicaba que la seguridad tenía características positivas como: ser capaz y tener el deseo de mantener relaciones de pareja y compartir ideas y

sentimientos de forma flexible, y ser sensible a las necesidades y preocupaciones del otro (Gillath et al., 2022; Mikulincer y Shaver, 2016). Esta manera de enfocar la seguridad también se incluyó en el modelo de activación del apego que describiremos en el apartado 4.1.2. No obstante, algunos estudios sugieren un modelo de tres factores: *seguridad*, *ansiedad* y *evitación* porque consideran que la ECR no capta adecuadamente la seguridad (Gillath et al., 2009). Sin duda, comprender mejor el estilo de *apego seguro* puede ser una contribución de interés en el contexto de la intervención clínica (Mikulincer y Shaver, 2023).

Otra de las cuestiones que han sido objeto de debate tiene que ver con la independencia o correlación de las dimensiones de *ansiedad* y *evitación*. En algunos estudios meta-analíticos se ha concluido que la ortogonalidad de las dimensiones era más la excepción que la regla, que se observaba en mayor grado en muestras con jóvenes, más presente en muestras de personas sin estudios que en personas de edad, más presente en relaciones de pareja recientes que en parejas consolidadas a lo largo del tiempo, y más en parejas no americanas que americanas (Cameron et al., 2012). En otro trabajo, Birnbaum, et al. (2014) han sugerido que la tendencia a la ortogonalidad de las dimensiones puede ser el resultado de dos procesos: a) la *ansiedad* y la *evitación* pueden funcionar como opuestos, en la medida que expresan la maximización y la minimización del sistema de apego, aunque en los puntos extremos de las dimensiones podía encontrarse una correlación positiva entre ambas y b) la *hiperactivación* y la *desactivación* son problemas del funcionamiento del sistema que puede inducir a una correlación en un sentido positivo. En términos generales, el resultado de las correlaciones positivas y negativas que se sugieren podrían inducir a una aparente ortogonalidad.

La alta *ansiedad* y *evitación de apego* que caracteriza el *apego evitativo-temeroso* le otorgó un lugar relevante en la clasificación de Bartholomew y Horowitz (1991), a

diferencia de la importancia otorgada por Shaver y sus colegas. Posiblemente, en las muestras de estudiantes y población normal de adultos que utilizaron mayoritariamente estos últimos autores, el *apego evitativo-temeroso* estaba subrepresentado, a diferencia de lo que ocurría en las poblaciones clínicas. De acuerdo con esto es posible plantearse si la ECR es un instrumento de evaluación adecuado para registrar la varianza que se produce en las poblaciones clínicas, dado que, en muchos de los estudios realizados para delimitar las orientaciones de apego, la población clínica no ha entrado en los análisis por razones metodológicas (p.ej. no formaba parte de las muestras, se excluían los casos que presentaban complejidad clínica o no se incluían medidas de salud mental).

Por último, señalar que también existen investigadores interesados en identificar las condiciones externas e internas con capacidad para activar el funcionamiento del sistema de conducta de apego. Específicamente, respecto a la *evitación de apego*: a) rechazo consistente de las figuras de apego, b) amenazas de castigo de las figuras de apego cuando se manifestaban conductas de apego, c) experiencias abusivas o traumáticas en el contexto del deseo de confort y d) contextos que fomentan la autosuficiencia. Respecto a las condiciones que pueden promover la *ansiedad de apego*: a) cuidado que no está relacionado con señales acerca de necesitarlo, b) cuidado que castiga o impide el desarrollo de las habilidades de autorregulación o autonomía, c) mensajes de la figura de apego que enfatiza la indefensión de la personas y d) experiencias abusivas o traumáticas en el contexto de separación de las figuras de apego (Mikulincer y Shaver, 2016). Respecto a esto, en esta tesis hemos considerado que el hecho de presentar una **DE** es una condición de malestar suficiente para activar el sistema de apego.

En el siguiente apartado nos adentraremos en un análisis más detallado del sistema de conducta de apego, tal y como se ha conceptualizado en el contexto de investigación en el que se ubica esta tesis.

A continuación, se describen las ideas principales de este apartado:

1. El programa de investigación sobre el apego adulto y las relaciones amorosas necesita continuar estudiando la validez del ECR, la especificidad del concepto de seguridad, el estilo de apego evitativo-temeroso y las condiciones de activación del sistema de apego.
2. El ECR está compuesto por ítems muy heterogéneos que pueden ser imprecisos en la captación del constructo de seguridad. Además, se debate sobre la independencia o correlación de las dimensiones de ansiedad y evitación.
3. Las condiciones de activación del sistema de apego que activan el sistema de apego es un factor clave para el estudio del apego y del modelo de activación que se ha sugerido, por lo que es preciso continuar con los estudios.

4 EL SISTEMA DE CONDUCTA DE APEGO

En el apartado anterior hemos presentado algunos aspectos que han permitido a la teoría del apego irse diferenciando del psicoanálisis de su época hasta llegar a conformarse como un paradigma de investigación independiente (Castillo-Garayoa y Echevarría, 2023; Cortina y Marrone, 2017). También hemos descrito la evolución del paradigma desde su formulación hasta la actualidad, para subrayar la multiplicidad de desarrollos teóricos y clínicos que se han producido, pero también para advertir de la necesidad de atender a las divergencias en el uso de los conceptos y apostar por una colaboración entre todos los grupos de investigación. Y, por último, nos hemos detenido en el programa de investigación en el que se inscribe esta tesis, para delimitar su alcance y sus limitaciones.

A continuación, vamos a centrarnos en exponer el enfoque conceptual, los constructos teóricos y los instrumentos de evaluación que configuran el contexto teórico en el que se ha ubicado nuestro estudio de investigación: el funcionamiento del sistema de apego adulto y sus manifestaciones interpersonales.

4.1 Funcionamiento del sistema de apego adulto

4.1.1 Sistema de conducta de apego y *modelos internos de trabajo*

Bowlby (1969/1998) tomó de la etología el constructo de *sistema conductual* que se define como un programa innato y preestablecido del sistema nervioso, que es el resultado de la evolución y que controla la selección, activación y finalización de secuencias conductuales que producen cambios funcionales en la relación de la persona con el entorno. Cada sistema conductual (p.ej. apego, exploración, afiliación, sexo) tiene

un patrón predecible de *activación* y desactivación que no depende de las oportunidades de aprendizaje. De modo que un sistema conductual puede entenderse como un sistema motivacional, en el que la motivación no se define como un impulso o necesidad que aumenta con el paso del tiempo y que tiene que ser aliviada (teoría pulsional o instintiva), sino como la manera de lograr unos objetivos a partir de unas secuencias comportamentales organizadas previamente, que son complejas, flexibles y cuya puesta en marcha permiten ir construyendo una serie de habilidades conductuales y mentales, que van a conformar el fundamento de la relación interpersonal y de la construcción de la personalidad. A continuación, vamos a delimitar el sistema de apego, siguiendo el trabajo de Mikulincer y Shaver (2001, 2016), en el que diferencia entre los aspectos normativos y las diferencias individuales.

4.1.1.1 Aspectos normativos

1. Actúa una función biológica que aumenta la probabilidad de supervivencia de la especie.

El sistema de apego tiene la función de proteger a la persona de las amenazas induciendo a buscar la proximidad de figuras de apego capaces de cuidar y apoyar (Bowlby, 1969/1998). Desde el punto de vista evolutivo, estar junto a una figura de apego favorece la adaptación y aumenta la probabilidad de sobrevivir como individuo y como especie. Aunque la función del sistema de apego es crítica durante la infancia, se asumió que el sistema de apego podía activarse en cualquier momento del ciclo vital cuando la persona se encontraba en situaciones de estrés externo o interno (Simpson y Rholes, 2017). A medida que avanza el desarrollo, las conductas de apego más características de los niños van a ir dejando paso a las representaciones mentales de los adultos, sin que

dejen de existir ocasiones en las que el adulto necesite buscar conductualmente la proximidad de la figura de apego (Fraley, 2019).

La función del sistema de apego es más relevante en los periodos de estrés porque el apoyo de las figuras de apego refuerza la capacidad de afrontamiento (Kural y Kovacs, 2021). Mientras que, en la infancia, dichas figuras suelen ser los padres o cuidadores principales, en la adultez pueden ser parejas sentimentales, amigos, grupos, instituciones, figuras simbólicas y/o figuras asociadas a un contexto (p.ej. terapeutas, profesores). Todas estas figuras formarían parte de una red jerárquica en la que ocupan un lugar central aquellas con las que mantienen una relación prolongada y con las que se han establecido unos vínculos afectivos sólidos.

2. *Necesita de unos desencadenantes para su activación.*

La *activación* del sistema de apego se produce cuando existen peligros, amenazas o desafíos ambientales que ponen en peligro la supervivencia o estabilidad de la persona, generándose la necesidad de estar junto a alguien que nos proteja (Bowlby, 1969/1998). Se considera que la combinación de amenazas, aunque no estén relacionadas con el apego, y la inaccesibilidad de la figura de apego, agravan el estrés y desencadenan la activación del sistema de apego en su máxima expresión. El umbral de activación varía a lo largo del desarrollo psicológico, en la medida que los adultos han adquirido la capacidad de autorregulación emocional y disponen de más recursos de afrontamiento.

Sin embargo, si no se produce alguna de las situaciones de alarma indicadas o indicios naturales de peligro ("*natural clues of danger*": oscuridad, soledad, ruidos), separaciones inminentes o pérdidas de figura de apego, la persona no va a sentir la necesidad de acercarse a otra persona para buscar protección. El estado de *desactivación* del sistema de apego hace posible que funcionen otros sistemas conductuales (p.ej. exploración, sexual) desde los que se tienen otras experiencias relacionales.

3. Desarrolla la estrategia primaria de apego: búsqueda de proximidad.

La búsqueda de proximidad es la estrategia primaria y natural del sistema de conducta de apego cuando una persona necesita protección o apoyo. Esta estrategia consiste en una variedad de conductas como: emitir señales (p.ej. sonrisa, gritar) que promueven el reinicio o mantenimiento de la interacción, expresión abierta de emociones (p.ej. ansiedad, tristeza) que promueven que se ofrezca consuelo o apoyo, conductas que buscan activamente más contacto físico o emocional y/o peticiones explícitas de apoyo emocional o instrumental. Todas ellas tienen un significado similar (estar cerca de la figura de apego) y una misma función adaptativa (protección frente a las amenazas) (Bowlby, 1969/1998).

En la adultez, la estrategia primaria no siempre va a activar conductas de acercamiento a la figura de apego, sino que lo más habitual es que active representaciones mentales de las parejas sentimentales cuando se han significado como figuras de apego. De modo que estas representaciones mentales pueden convertirse en fuentes de protección simbólica y su activación puede ser descrita como de proximidad simbólica a las figuras de apego.

4. Cumple con un objetivo fundamental para el bienestar psicológico.

La activación del sistema de apego tiene el objetivo de alcanzar un sentimiento de seguridad y de protección que se desactivaría cuando se haya conseguido. Para lograr este estado de seguridad o “seguridad sentida” (Torres ete al., 2014), las figuras de apego deben tener las siguientes características: a) ser sensibles a la búsqueda de proximidad, b) ofrecer un *refugio seguro* donde pueda encontrarse alivio al malestar, confort y apoyo y c) proporcionar *base segura*, donde la confianza en las figuras de apego haga posible

tener experiencias emocionales de las que aprender, para así consolidar los aspectos intra e interpersonales de la personalidad (Bowlby, 1969/1998).

La figura de apego no se conceptualiza como una sola persona que proporciona seguridad, sino que se entiende más como una jerarquía de figuras de apego, entre las que se encontraría la pareja (Fraley y Roisman, 2019).

5. Se asienta en un substrato cognitivo.

El funcionamiento del sistema de apego se regula a partir de la retroalimentación respecto a su efectividad en lograr su objetivo. La flexibilidad para ajustar el plan de acción que confiere este sistema de control se fundamenta en tres operaciones cognitivas: a) la evaluación de las amenazas del contexto y del estado mental en el que se encuentra la persona, b) la monitorización y evaluación de la capacidad de responder sensiblemente a las demandas de ayuda y c) la monitorización y evaluación de que las conductas son pertinentes en el contexto de necesidad, para ajustarlas si no lo fueran (Bowlby, 1969/1998).

Para poder ajustar las conductas de apego hacia su objetivo es necesario que se elaboren las interacciones de la persona con el entorno y que queden registradas como representaciones mentales que van a denominarse *modelos internos de trabajo* (*internal working models*). Con la utilización del término “modelo de trabajo” se pretende incluir dos acepciones: a) que haya modelos permite imaginar cuáles pueden ser los resultados de las acciones y b) que los modelos están conformados por representaciones que no son definitivas y, por tanto, que pueden cambiar en función de la nueva información (Bowlby, 1973/1985).

En los *modelos internos de trabajo* pueden diferenciarse dos tipos de representaciones: la que está relacionada con el contexto relacional en el que se encuentra

la persona y la que tiene que ver con sus propias capacidades y habilidades para lograr lo que se propone. De modo que, el sistema de apego incluye las representaciones de las respuestas de las figuras de apego (*modelos internos de trabajo* de los otros) y las representaciones de la autoeficacia y valor del self (*modelos internos del self*) (Bowlby, 1969/1998, 1973/1985; Dugan et al., 2022).

6. Interacción entre el sistema conductual de apego y otros sistemas conductuales.

Las amenazas y las interferencias en la seguridad sentida activan el sistema conductual de apego, a la vez que inhiben la activación de otros sistemas conductuales e impiden u obstaculizan la implicación en otras actividades relacionales, p.ej. las actividades sexuales (Bowlby, 1969/1998). Además, la persona puede estar tan centrada en su necesidad de ayuda o protección que carezca de recursos mentales para mantener una relación interpersonal empática, cuidadosa y de reciprocidad. Por tanto, sólo cuando se restablece la seguridad sentida podrán desplegarse el resto de los sistemas de conducta.

4.1.1.2 Diferencias individuales

1. El rol de las interacciones actuales con las figuras de apego.

El funcionamiento óptimo del sistema conductual de apego depende de la disponibilidad de una o más figuras de apego en momentos de estrés y de la capacidad de respuesta sensible a las búsquedas de ayuda. Estas características caracterizan la calidad de la relación de apego, que es la principal fuente de diferencias individuales en el funcionamiento del sistema de apego (Bowlby, 1973/1985).

Por un lado, la disponibilidad, la sensibilidad (algo parecido al *holding*, del que hablaba Winnicott) y la capacidad de responder (algo parecido al *handling*, también de

Winnicott) de la figura de apego facilita desarrollar una seguridad (ganada o aprendida) o restablecerla cuando se ha debilitado o perdido. De modo que las personas tienen experiencias emocionales satisfactorias donde se construye su confianza en los demás y en sí mismos para hacer frente al estrés, se refuerza la creencia de que el mundo es un lugar fundamentalmente seguro y se realiza la expectativa acerca de que es posible tener relaciones interpersonales satisfactorias.

Por otro lado, las experiencias emocionales insatisfactorias que se producen cuando el estrés no puede aliviarse y/o la seguridad no puede restablecerse van a generar dudas acerca de que el mundo sea un lugar seguro, los otros sean personas confiables y que uno mismo disponga de la capacidad para afrontar las dificultades. El conglomerado de estas vivencias puede aumentar la vulnerabilidad y la incertidumbre de las personas hasta el punto de interferir en su funcionamiento psicológico global (Mikulincer y Shaver, 2022).

2. Las estrategias secundarias de apego

Las interacciones reiteradas con una figura de apego no disponible e insensible a las demandas de ayuda afectan al funcionamiento del sistema de apego porque lo vuelve ineficaz en su objetivo de aliviar el malestar y proporcionar seguridad. De modo que las personas van a buscar estrategias de regulación emocional alternativas, que han sido etiquetadas como *estrategias secundarias: hiperactivación y desactivación* del sistema de apego (Cassidy y Kobak, 1988; Main, 1990; Tammilehto et al., 2022).

La estrategia de *hiperactivación* es un tipo de lucha, equivalente a lo que Bowlby (1969/1998) denominó “protesta”, para satisfacer las necesidades de apego. La lucha consiste en una actitud de vigilancia, preocupación y conductas demandantes hacia la figura de apego para conminarla a que ofrezca amor y apoyo. Por otro lado, la estrategia

de *desactivación* es una actitud equivalente a lo que Bowlby (1962/1998) denominó “autosuficiencia compulsiva”, para mantener subregulado el sistema de apego y evitar el dolor y el malestar causado por la no disponibilidad de la figura de apego. Ambas estrategias tienen una variedad de costos psicológicos e interpersonales y, en términos generales, son lo mejor que puede hacerse en una mala situación.

3. De las estrategias específicas a las representaciones mentales generalizadas

Las variaciones en la calidad de la interacción pueden producir diferencias en el funcionamiento del sistema de apego que tengan un efecto más duradero en las representaciones mentales y que vayan más allá del uso circunstancial de una estrategia secundaria.

De acuerdo con Bowlby (1973/1985), el paso de un funcionamiento del sistema de apego que enfatiza el contexto a uno que enfatiza a la persona está mediado por los *modelos internos de trabajo*, que son el substrato cognitivo del sistema de apego. Los modelos de trabajo son el crisol en el que van depositándose las representaciones del self y de los otros, que se han conformado en las experiencias emocionales de relación. Los modelos consisten en el recuerdo episódico de secuencias de interacción, en el conocimiento declarativo de las respuestas de las figuras de apego y en la eficacia de las respuestas personales, así como en el conocimiento procedimental acerca de las formas en que respondemos a las diferentes situaciones de estrés. Los modelos permiten anticipar las interacciones futuras con la pareja y diseñar nuevas formas de acercamiento sin tenerlo que pensar todo desde el inicio. Incluyen la estrategia de regulación emocional preferente utilizada en contextos de apego y que puede ser generalizada a contextos relacionales que no son de apego: *hiperactivación* y *desactivación*.

Las estrategias de regulación emocional sesgan la percepción del self y de los otros, de modo que los *modelos internos de trabajo* reflejan de forma parcial lo que ocurre en la interacción, conforman la subjetividad personal que es la manifestación psicológica de redes neurales y establecen conexiones con otras representaciones mentales. Este flujo asociativo se basa en la activación de modelos congruentes y en la inhibición de modelos incongruentes (p.ej. una experiencia de seguridad se conecta con recuerdos de otras experiencias congruentes de seguridad). Con el paso del tiempo y la reiteración de los flujos asociativos se van creando representaciones con figuras de apego específicas que se generalizan a otras relaciones. De esta forma, se configuran unas redes asociativas jerarquizadas en las que cada recuerdo es una ilustración de un modelo específico que, a su vez, se convierte en una ilustración de un esquema relacional genérico. Finalmente, la persona dispone de una variedad de *modelos internos de trabajo* que le permiten pensar las relaciones en términos de seguridad ganada, *hiperactivación* o *desactivación*.

La idea de múltiples *modelos internos de trabajo* determina las expectativas, preocupaciones y conductas que van a utilizarse en una interacción particular. La activación de un modelo u otro va a depender del número de experiencias en las que se base, de la cantidad de veces que se haya utilizado en el transcurso de la vida y de la densidad de conexiones con otras representaciones cognitivas (Fraley, 2019). De modo que, en un nivel específico de relación, el modelo que tiene más posibilidades de activarse es el que representa la interacción típica con aquella figura de apego. Mientras que, en un nivel genérico de relación, el modelo que tiene más probabilidades de activarse es el que representa la interacción con un mayor número de figuras de apego.

Además, la historia de interacciones de apego con parejas sentimentales disponibles y que han sido un apoyo en situaciones de estrés, o los deseos de distanciarse de la pareja actual u otros estados emocionales, pueden contribuir a la activación de los

modelos internos de trabajo. La repetición de las experiencias emocionales va a contribuir a consolidar determinados modelos y a generalizarlos a diferentes relaciones interpersonales. Al igual que otros esquemas mentales, estos modelos operan tanto consciente como inconscientemente y son resistentes al cambio porque acaban convirtiéndose en características de la personalidad que orientan al sistema de apego en cada nueva experiencia relacional y que tienden a asimilar lo nuevo a lo conocido, reafirmando sus representaciones a pesar de la evidencia en contra (Bowlby, 1969/1998; Fraley, y Roisman, 2019).

A continuación, se describen las ideas más importantes de este apartado:

1. El sistema de conducta es un programa innato del sistema nervioso que controla las secuencias de respuestas conductuales para interactuar con el entorno, con el fin de adaptarse.
2. El sistema de conducta de apego que se fundamenta en modelos de trabajo internos que se han construido en las experiencias relacionales significativas, puede caracterizarse según los aspectos normativos -estrategias primarias de regulación- y las diferencias individuales -estrategias secundarias de regulación-.
3. El sistema de conducta de apego interactúa con otros sistemas conductuales, que pueden inhibirse durante la activación del sistema de apego.

4.1.2 El modelo de activación del sistema de conducta de apego

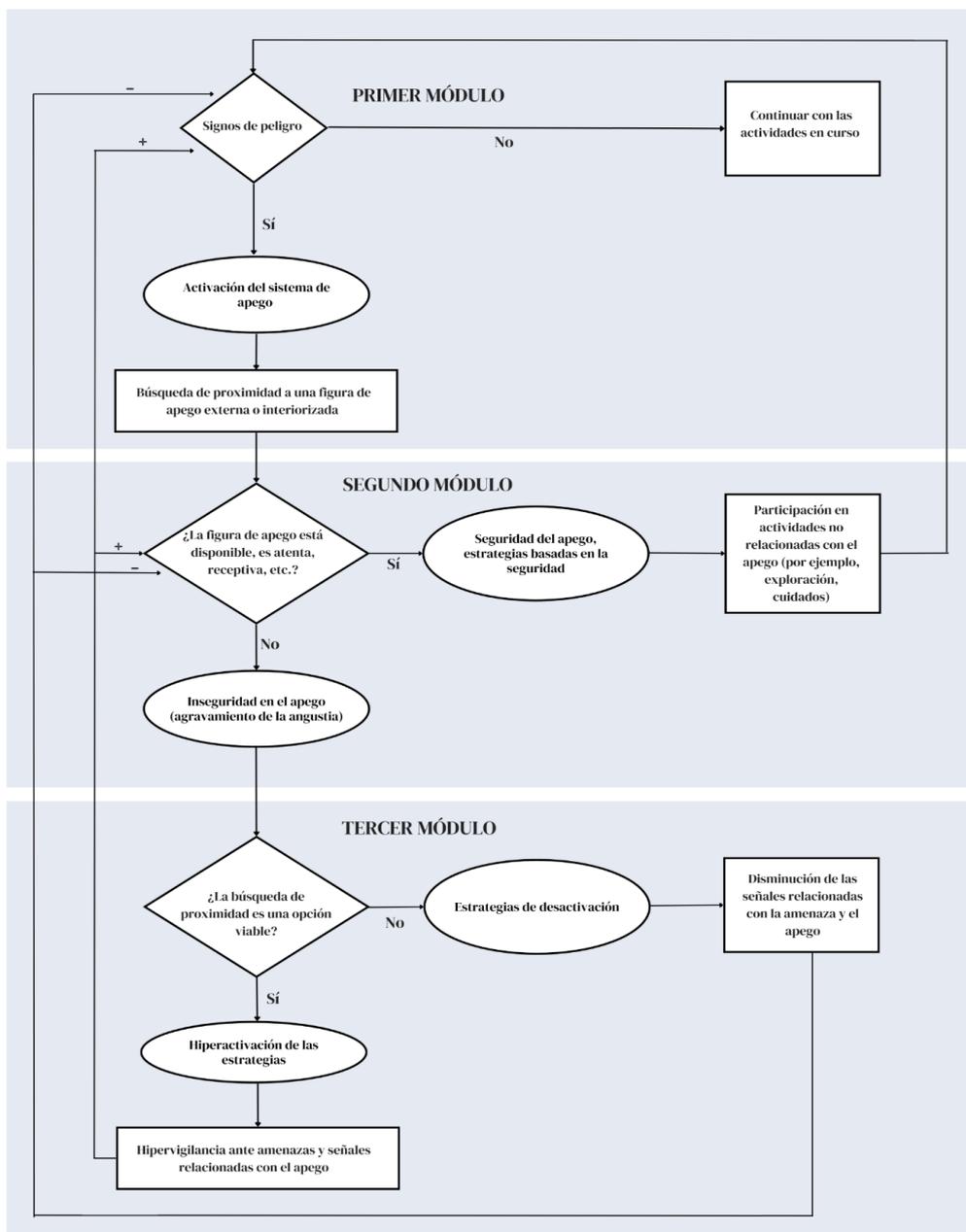
Siguiendo a Mikulincer y Shaver (2002, 2016), el modelo que presentamos describe cómo funciona el sistema de conducta de apego en los adultos, dando cuenta de:

- las estrategias primarias y secundarias que se utilizan cuando se activa el sistema;
- del conocimiento declarativo y procedimental que motiva la conducta interpersonal, conforma el tipo de afrontamiento del estrés y guía el procesamiento de la información relevante asociada a la experiencia;
- las implicaciones para la autoimagen, la percepción social, la salud mental, la calidad relacional y la influencia en otros sistemas de conducta.

Con este fin, el modelo de activación del sistema de conducta de apego integra las aportaciones de Bowlby (1962/1998, 1973/1985, 1984/1993), Ainsworth (1991), Cassidy y Koback (1988), Main (1995), Fraley y Shaver (2000), Shaver et al. (1988).

Figura 3

Modelo de activación del sistema de apego (Mikulincer y Shaver, 2002, 2016)



Como puede verse en la Figura 3, el primer componente del modelo incluye la monitorización y evaluación de las amenazas del entorno. Cuando la persona se siente

amenazada se activará el sistema de apego y comenzará a funcionar la estrategia primaria de regulación emocional que es la búsqueda de proximidad a la figura de apego.

El segundo componente incluye la monitorización y evaluación de la disponibilidad de la figura de apego, que va a determinar el sentimiento de seguridad y la expresión singular del estilo de apego que predomine en cada persona.

El tercer componente incluye la monitorización y evaluación de la viabilidad de la estrategia primaria de búsqueda de proximidad a la figura de apego para restablecer el sentimiento de seguridad. La falta de disponibilidad de la figura de apego va a poner en marcha las estrategias secundarias de apego: la *hiperactivación* y la *desactivación* que, se señala, pueden tener efectos excitatorios o inhibitorios que influyen en la percepción tanto de las amenazas como de la disponibilidad.

Los tres componentes pueden funcionar de forma consciente o inconsciente, de forma simultánea o en oposición, de acuerdo con la información contextual y las diferencias individuales. De modo que cada componente del modelo puede ser movilizado por las características del contexto externo actual y del contexto interno (emociones, pensamientos, fantasías) en el que el sistema de apego se ha activado.

A continuación, vamos a describir cada uno de estos componentes.

4.1.2.1 *Evaluación de la amenaza*

La activación del sistema de apego se produce por la presencia de amenazas físicas o psicológicas, o por la anticipación de riesgos para el bienestar, el equilibrio emocional y/o la supervivencia. En realidad, dichas amenazas no necesariamente están relacionadas con el apego, pero cuando se percibe que pueden afectar el sentimiento de seguridad o comprometer su capacidad de adaptación pueden desencadenar un flujo asociativo

relacionado con las figuras de apego, lo que activa el sistema de apego. Es importante subrayar la importancia de la subjetividad en la evaluación de las amenazas, sin restar importancia a la objetividad de algunas amenazas potenciales o reales, por el peso de lo subjetivo en la movilización de las estrategias de afrontamiento del estrés. En otras palabras, por los efectos excitatorios o inhibitorios de las estrategias secundarias en el procesamiento de la información. Este procesamiento no siempre es el resultado de un proceso cognitivo consciente, sino que puede realizarse en un nivel preconscious o inconsciente que se expresa en forma de reacciones emocionales que van a influir en las asociaciones mentales a las amenazas.

Tanto la evaluación subjetiva como el poder de los pensamientos asociados a la amenaza son dos características importantes para entender cómo se activan las estrategias secundarias de apego. Por un lado, las estrategias de *hiperactivación* mantienen al sistema de apego en un estado crónico de activación que supone, por un lado, una vigilancia de los estímulos que pueden activarlo y una amplificación de las amenazas que conlleva rumiación y sobrecarga del sistema de la memoria de trabajo. Por otro lado, las estrategias de *desactivación* tratan de que el sistema de apego esté inactivo, distanciándose o ignorando las señales de alarma que pudieran activarlo. Esto implica que estas personas pueden apartarse de quienes podrían ofrecerles consuelo en momentos de estrés.

La activación del sistema se manifiesta automáticamente en un mayor acceso a los temas de apego que forman parte de la red de memoria asociativa. Estos temas incluyen representaciones internas de las figuras de apego, pensamientos relacionados con la proximidad, amor y apoyo, así como metas de búsqueda de proximidad. Cuando estos temas se vuelven preconscious están listos para el procesamiento de información subsiguiente, que puede conformar un estado mental e influir en los planes conductuales, antes incluso de que sean formulados conscientemente.

Esta accesibilidad automática, preconsciente, de los núdulos de memoria relacionados con el apego es la manifestación normativa de la activación del sistema de apego en los adultos. En el modelo que presentamos (Mikulincer y Shaver, 2002, 2016) se asume que con el paso del tiempo se desarrolla más habilidad para restablecer la seguridad en base a las representaciones de las figuras de apego que en el pasado proporcionaron seguridad, sin necesidad de buscar la proximidad física de las mismas. En definitiva, la regulación emocional puede producirse intrapsíquicamente, sin conciencia de la persona. Sin embargo, a cualquier edad es posible que, para situaciones de trauma, enfermedad, o pérdida, la proximidad simbólica sea insuficiente (Bowlby, 1969/1998).

En ocasiones, los pensamientos, intenciones y/o conductas expresadas conscientemente revelan una actividad del sistema de apego que no se derivan del acceso a los núdulos de dicho sistema, sino que está condicionada por factores contextuales, culturales y personales. Además, las diversas conductas de búsqueda de proximidad son más el reflejo de las estrategias subyacentes del apego que de la propia activación del mismo. La diversidad que expresan estas estrategias también se observa en los contenidos mentales que se movilizan cuando se activa el sistema de apego (p.ej. más positivos en caso de personas con *seguridad* de apego que en las personas con *inseguridad* de apego) (Fraley, 2019).

En definitiva, la evaluación de sucesos amenazantes activa de forma automática los núdulos relacionados con el apego en las redes asociativas de la memoria, activa las representaciones internalizadas de las figuras de apego y desencadena las acciones de búsqueda de proximidad. Esta activación puede permanecer en un nivel preconsciente y ser una fuente de confort o malestar. Sin embargo, también puede manifestarse en

pensamientos conscientes y conductas de búsqueda de cercanía, dependiendo de factores contextuales y del estilo de apego de la persona.

4.1.2.2 *Valoración de la disponibilidad y estrategias primarias de apego*

Después de que el sistema de apego se ha activado, la percepción de la disponibilidad de la figura de apego da lugar a un sentimiento de seguridad que suele asociarse a modelos positivos del self y de los otros. Además, refuerza el sentimiento de que es posible encontrar a la figura de apego, con lo que se movilizan las estrategias basadas en la seguridad que tienen como finalidad: formar y mantener los vínculos con los demás, aliviar el estrés y promover una adaptación constructiva, flexible y en sintonía con el contexto relacional. Además, pueden poner en marcha un ciclo de experiencias que fortalecen y amplían la capacidad para sostener la seguridad (basándose en el concepto de “broaden and build cycle” de Fredrickson (2001), con el que se refiere al impacto positivo de las emociones en la ampliación de los recursos psicosociales de una persona) Mikulincer y Shaver (2022).

Las experiencias reiteradas con figuras de apego disponibles repercuten en la organización intrapsíquica y en la conducta interpersonal. En el plano intrapsíquico, las estrategias primarias se convierten en el método principal de regulación emocional y del acceso a las representaciones positivas del self y de los otros incluidas en los *modelos internos de trabajo*. En el plano interpersonal, la construcción de un estilo de apego seguro marca las relaciones en el ámbito social y en las relaciones íntimas. Todo ello promueve ciclos de crecimiento personal que pueden considerarse como el núcleo de las personas con *seguridad de apego*.

En este módulo, la cuestión fundamental es la evaluación subjetiva de la disponibilidad de la figura de apego, la cual puede estar sesgada por las características del estilo de apego. En las personas con *seguridad de apego* se observa una tendencia a las evaluaciones positivas de la disponibilidad. En cambio, la tendencia que se observa en las personas con *ansiedad de apego* que utilizan las estrategias de *hiperactivación* es a considerar que la figura de apego no muestra suficiente interés, ni disponibilidad ni capacidad de respuesta, por lo que es preciso mantener una actitud de alerta constante. Por lo que respecta a la tendencia en las personas con *evitación de apego* que utilizan las estrategias de *desactivación* se observa que, a menudo, no prestan atención a las señales acerca de la disponibilidad de la figura de apego y las pasan por alto.

Estos sesgos cognitivos se amplifican cuando los nódulos de apego en las redes de memoria están activados de forma preconsciente porque, entonces, la evaluación de la disponibilidad va a depender totalmente del tipo de figura de apego internalizada que se haya activado. De modo que las personas con *inseguridad* de apego tienden a pensar que la figura de apego no está disponible porque sus *modelos internos de trabajo* contienen representaciones negativas del self o del otro o del vínculo entre ellos. Mientras que las personas con *seguridad* de apego, como consecuencia de su acceso a *modelos internos de trabajo* con representaciones positivas, tienden a considerar que las figuras de apego están más disponibles. No obstante, el contexto real en el que se encuentra la persona también es importante, sobre todo si es emocionalmente significativo y estable en el tiempo, porque pueden mediar la influencia del sesgo cognitivo y, como decíamos anteriormente, impulsar ciclos de crecimiento personal en torno a la seguridad.

El resultado de las interacciones positivas con las figuras de apego promueve una serie de creencias con las subsiguientes actitudes y sentimientos que son el fundamento de las estrategias basadas en la seguridad: actitud optimista acerca de cómo puede

afrontarse el malestar, sentimiento de confianza de que otras personas estarán disponibles para ayudar si se las necesita y sentimiento de autoeficacia para afrontar las amenazas. Es posible interpretar este fundamento cognitivo-emocional como el resultado del aprendizaje de las experiencias emocionales de relación. Desde otra perspectiva, estos aprendizajes se han denominado aprendizajes procedimentales incluidos en un *script de base segura*, que a medida que las personas se dan cuenta de su propia capacidad para regular sus emociones van a configurar diferentes tipos de afrontamiento (Lazarus y Folkman, 1984).

En consonancia con estas creencias, actitudes y sentimientos positivos, las personas con *seguridad de apego* suelen sentirse bien en las relaciones de intimidad con otras personas, por lo que están predispuestas a buscar dichas relaciones. También, suelen tener la expectativa de que los demás tengan buenas intenciones, sean confiables, agradecidos y afectuosos, por lo que se muestran abiertas a la expresión emocional y a la autorrevelación en las relaciones de pareja. Además, suelen ser más tolerantes con la ambigüedad o las conductas negativas de los demás. Por lo que respecta a las emociones negativas, suelen utilizar un afrontamiento constructivo, un enfoque activo de resolución de los problemas, con lo que buscan que éstos se conviertan en oportunidades de desarrollo personal.

Además de constructivas, las estrategias primarias son flexibles y están en sintonía con la realidad. De modo que la creencia en su capacidad para tratar con el malestar les permite ser receptivos a la nueva información del entorno, modificar sus esquemas cognitivos para responder de forma más adaptativa a las demandas del contexto y evitar el uso de mecanismos defensivos que distorsionen la percepción y originen conflictos interpersonales.

En definitiva, el uso de las estrategias de apego primarias (basadas en la seguridad) es el indicador de un funcionamiento óptimo del sistema de apego porque contribuyen a la construcción de representaciones positivas de los demás, a la consolidación de un sentimiento estable de autoeficacia y autoestima, al mantenimiento de la salud mental y a la adaptación en períodos de estrés, así como a la formación de relaciones íntimas más satisfactorias y duraderas. Además, las estrategias primarias facilitan que se movilicen recursos inherentes en otros sistemas conductuales como la exploración, el sexo, el cuidado y la afiliación, que también contribuyen al desarrollo de la autonomía, la individualización y el cambio personal (Holmes y Farnfield, 2022; Mikulincer y Shaver, 2016).

4.1.2.3 *Estrategias secundarias de apego*

Cuando una persona se siente amenazada y la figura de apego no está disponible puede experimentarse un sentimiento de inseguridad y agravarse el malestar asociado. La necesidad de regulación de este estado emocional es lo que induce a la utilización de las estrategias secundarias de apego, que están influidas por las evaluaciones subjetivas y por el contexto interno y externo en el que se encuentra la persona. Vamos a describir las dos estrategias incluidas en el modelo (Mikulincer y Shaver, 2007, 2016):

(a) Estrategias de *hiperactivación*

Se definen como los esfuerzos enérgicos e insistentes para restablecer la seguridad acercándose a la figura de apego, a pesar de que se la perciba como insuficientemente disponible y atenta para proporcionar el apoyo y protección que se necesita. Esto implica que el sistema de apego va a mantenerse crónicamente activado hasta que se logre la *protección (safety)* y la *seguridad (security)* necesaria, produciéndose una amplificación

de la presencia y seriedad de las amenazas. Como consecuencia, la preocupación y vigilancia aumentan la probabilidad de que la persona perciba alguna señal de desaprobación, disminución del interés o separación inminente.

Cuando la *hiperactivación* se consolida como la estrategia principal de regulación emocional, su utilización puede observarse en la búsqueda de relaciones interpersonales de mucha proximidad y en una mayor preocupación por la disponibilidad de la figura de apego. En este modelo, se considera que esto es la clave del estilo de *apego ansioso*. En cierto sentido, pueden entenderse como el uso exagerado de las estrategias primarias: monitorización constante de las figuras de apego, esfuerzos constantes para mantenerse junto a ellas para minimizar la distancia cognitiva, emocional y física de una pareja, demandas de atención y cuidado constantes, así como conductas de aferramiento y de control que tienen como finalidad obtener el apoyo y el afecto de la pareja. No obstante, también son un reflejo de la disfunción de las estrategias primarias debido a la hipersensibilidad de las personas con *ansiedad de apego* hacia el rechazo y el abandono.

Las estrategias de *hiperactivación* se fundamentan en creencias negativas acerca del malestar, las buenas intenciones de los demás y la autoeficacia para tratar con las amenazas, que pueden ser el resultado de una asimilación de situaciones presentes a experiencias pasadas. Si lo enfocamos desde la perspectiva de las estrategias de afrontamiento, puede observarse que la atención está puesta en los indicadores internos de malestar, lo cual corresponde al “afrontamiento focalizado en la emoción” (Biggs et al., 2017; Lazarus y Folkman, 1984).

La amplificación de las evaluaciones de peligro refuerza el acceso a los pensamientos negativos relacionados con el apego, lo que puede promover la activación de otras fuentes de malestar no relacionadas con el apego pero que pueden mezclarse y confundirse con él. Por otro lado, el hecho de que este patrón de activación confiera tanta

importancia a la información emocional favorece que se construya una arquitectura mental marcada por el afecto negativo, donde el conocimiento de la experiencia es registrado y tratado de forma sesgada, desde la perspectiva del rechazo y el abandono. Por ello, la información positiva o que desconfirma sus expectativas tiene pocas posibilidades de inducir cambios.

Este funcionamiento también va a afectar a la autoimagen porque no va a poderse organizar en torno a un sentimiento de confianza en sus propias capacidades y/o habilidades, sino en torno a la dependencia de una pareja que proporcione la valoración y el confort que se necesita. Como contrapartida, la conexión con estas representaciones negativas puede acabar utilizándose como recurso para provocar respuestas compasivas o de proximidad de las parejas.

De acuerdo con lo referido hasta ahora, se entiende que las estrategias de *hiperactivación* promuevan evaluaciones negativas de los otros, a partir de: a) la constante percepción de que las figuras de apego no están disponibles, b) la activación de pensamientos negativos acerca de las intenciones y respuestas de los demás, lo que influye en los juicios sociales que se emiten y c) la proyección de la visión negativa de sí mismos, implícita en su búsqueda constante de proximidad, les induce a percibir a los demás de forma negativa.

Estas estrategias afectan la capacidad para regular las emociones y generan un estrés que persiste incluso cuando ya no existe una amenaza, debido a un flujo ininterrumpido de pensamientos y emociones negativas que, en ocasiones, pueden alterar el equilibrio biopsicosocial (p.ej. con manifestaciones abiertamente psicopatológicas como ansiedad, reacciones depresivas, síntomas intrusivos después de experiencias traumáticas). Además, los problemas de regulación emocional pueden manifestarse como estallidos de ira, conductas impulsivas y desarrollo de trastornos de la personalidad.

De igual forma, la *hiperactivación* puede afectar a la calidad de la relación de pareja por diferentes razones: a) el rol dependiente que asume la persona puede impedir que se desarrolle una relación de reciprocidad, b) la frustración persistente con la pareja porque considera que las demostraciones de afecto y el compromiso son insuficientes, c) la tendencia a realizar evaluaciones catastróficas acerca de los conflictos relacionales y d) las parejas pueden sentirse desbordadas por las demandas sin fin que reciben, la suspicacia y desconfianza de la que son objeto. Por estas razones, no es infrecuente que las parejas intenten distanciarse de las personas con *ansiedad de apego*, lo cual aumenta las inseguridades y las preocupaciones de estas personas, pudiéndose establecer un ciclo de insatisfacción que pone en riesgo la calidad de la relación y su estabilidad.

La repercusión de este desajuste en la relación diádica también depende del patrón de apego de la pareja. De modo que si la pareja es una persona con *seguridad de apego* puede contener mejor las demandas de afecto de una pareja con *ansiedad de apego* y responder a ellas de una forma más adecuada.

Por último, el funcionamiento de otros sistemas de conducta puede quedar afectado cuando predominan la estrategia de *hiperactivación*. P.ej. la focalización de todos los recursos afectivos, cognitivos y conductuales en necesidades de apego les impide involucrarse en actividades que no estén relacionadas con el apego y disfrutar con ellas, como en el caso del sexo.

(b) Estrategias de *desactivación*

Se definen como la inhibición del sistema de apego cuando se llega a la conclusión de que no es posible estar junto a la figura de apego. Para evitar la activación del sistema de apego utilizan procesos de negación de la amenaza, reducen la atención hacia la figura de apego y se esfuerzan por alcanzar un estado de autosuficiencia. La reiteración de estas

experiencias emocionales acaba por darle a esta estrategia de regulación emocional un lugar central en la economía mental. En las relaciones interpersonales se manifiesta con un estilo de relación evitativo que constituye el núcleo de las personas con *evitación de apego*.

Estas estrategias se fundamentan en unos *modelos internos de trabajo* compuestos por representaciones negativas de los otros como figuras de protección y positivas del self como agente capaz de afrontar el estrés. A pesar de que en el transcurso de su desarrollo personal han tenido numerosas experiencias de duda acerca de si podía manejarse el estrés, de las buenas intenciones de las parejas y de la capacidad personal para afrontar las amenazas externas o internas, han construido una capacidad para suprimir todas esas vivencias, a fin de sentirse poderosos y potentes para hacer frente al malestar sin la ayuda de nadie. De modo que el uso de la *desactivación* refuerza la percepción de autoeficacia.

Las personas con *evitación de apego* han inhibido la estrategia primaria de apego (búsqueda de proximidad) y se orientan en las relaciones interpersonales con la finalidad de: a) mantener distancia emocional, control y autosuficiencia. Para ello tratan de evitar las interacciones comprometidas con la pareja, así como la intimidad, la interdependencia y la autorrevelación; suprimen los pensamientos y las emociones relacionadas con el apego que impliquen sentimientos de proximidad relacional, cohesión y consenso, y b) evitar conectarse con estados emocionales que activen el sistema de apego. Para ello, se muestran renuentes a confrontar los conflictos relacionales, a involucrarse en las necesidades de proximidad y seguridad de la pareja y a conectarse con pensamientos o emociones de rechazo, separación, abandono y/o pérdida.

Estas estrategias son equivalentes al afrontamiento distante (Lazarus y Folkman, 1984) que se caracteriza por distraer la atención de las amenazas, la supresión de pensamientos y emociones relacionados con la amenaza, represión de los recuerdos

dolorosos y anulación de los esfuerzos para resolver los problemas. De esta forma, se reduce la necesidad de que se active el sistema de apego.

La organización del procesamiento cognitivo va a estar influida por la utilización de estas estrategias, en el sentido de que va a dificultar la integración mental y a facilitar la disociación. Para lograrlo, actúan algunos de los siguientes procesos: a) se limita el acceso a las cogniciones relacionadas con el apego y de esa forma se interfiere en el flujo asociativo, b) se obstaculiza el procesamiento cognitivo de información que esté relacionada con lo que se ha suprimido y c) se orienta la atención lejos de las experiencias emocionalmente significativas.

También sobre la construcción de la autoimagen pueden observarse los efectos de la utilización de las estrategias de *desactivación*. Las personas con *evitación de apego* suelen mostrar una autoestima y autosuficiencia excesivas que están fundamentadas en la supresión de la percepción de todos aquellos aspectos personales relacionados con la vulnerabilidad, la fragilidad y el recuerdo de experiencias de dificultad. Todo ello tiene un carácter defensivo con el que trata de convencerse de que no necesita el apoyo de nadie y/o que se basta consigo mismo.

Para mantener esa imagen positiva de sí mismo es preciso que se devalúe en alguna medida la imagen de los demás, omitiendo sus rasgos positivos y proyectando los aspectos negativos propios en la pareja, de modo que sea más posible mantener una actitud distante. Sin embargo, este procedimiento defensivo puede ser una fuente de problemas emocionales y adaptativos porque el distanciamiento de la adversidad puede dañar su capacidad para afrontarla, por ejemplo en situaciones de sobrecarga de estrés, generándose un sentimiento de inadecuación, falta de expresividad emocional y síntomas post-traumáticos (inhibición conductual, insensibilización psíquica, actitudes fóbicas). La expresión del fracaso para eliminar el malestar también puede expresarse a través de

síntomas somáticos, como problemas de sueño y problemas de salud, así como conflictos interpersonales como la hostilidad hacia la pareja, la soledad, el desapego y la alienación.

En la calidad y estabilidad de las relaciones de pareja también suelen observarse otras repercusiones negativas del uso de las estrategias de *desactivación*: a) se relacionan de forma desapegada, superficial y forman vínculos sin afecto ni intimidad, b) las parejas suelen sentirse irritadas y resentidas por la evitación de los conflictos y c) las parejas se sienten frustradas e insatisfechas por el constante rechazo a sus demandas de intimidad y afecto, así como la falta de respuesta sensible cuando comunican que están pasándolo mal.

A su vez, la *desactivación* del sistema de apego inhibe la activación de otros sistemas conductuales como consecuencia de bloquear la exploración cognitiva, de obstaculizar la incorporación de nueva información y de anular pensamientos que promuevan incertidumbre, tensión o confusión. Este blindaje cognitivo va inevitablemente asociado a un estado mental de rigidez que puede interferir con otros sistemas motivacionales como p.ej. el sexo, ya que la intimidad sexual se convierte en una experiencia emocional de riesgo que se teme y de la que trata de mantenerse alejado. También ocurre lo mismo con el sistema de cuidado, ya que responder de forma sensible a las necesidades de la pareja supone una postura de empatía hacia el malestar que podría activar su propio sistema de apego.

A continuación, se describen las ideas principales de este apartado:

1. El modelo de activación del sistema de conducta de apego consta de tres componentes: la evaluación de las amenazas del entorno, la disponibilidad de la figura de apego y la viabilidad de la estrategia primaria de búsqueda de proximidad.
2. Las estrategias secundarias de hiperactivación consisten en la búsqueda persistente de la figura de apego para restablecer la seguridad y suelen implicar la adopción de actitudes de alerta y vigilancia, así como demandas de atención y control.

3. Las estrategias secundarias de desactivación consisten en la adopción de una actitud de autosuficiencia, un distanciamiento de la relación, un intento de cancelar el malestar emocional.

4.1.3 Evaluación del apego y sistemas de clasificación

El estilo de apego es el constructo fundamental en el que se ha basado la investigación de las diferencias individuales en el funcionamiento del sistema de conducta de apego. El estilo de apego se ha conceptualizado como un patrón de expectativas, necesidades, emociones y conducta social que se ha construido a lo largo de la historia de apego, principalmente durante la infancia. El estilo de apego refleja los *modelos internos de trabajo* más accesibles y el funcionamiento más común del sistema de apego en una relación específica o la tendencia relacional en la mayoría de las relaciones de la persona. Además, el estilo de apego está vinculado a *modelos internos de trabajo*, como decíamos, y es el reflejo de la organización subyacente y de la actuación de las estrategias de apego (*hiperactivación o desactivación*) (Thompson et al., 2022).

4.1.3.1 Evaluación del apego en población infantil

Los estilos de apego se describieron inicialmente a partir de las reacciones de los niños que se separaban de sus madres, en sus casas o en el laboratorio (*Procedimiento de la Situación Extraña*). Este procedimiento fue diseñado hace cinco décadas para evaluar las relaciones de apego entre niños y madres/padres. Dicho procedimiento consiste en exponer a un niño de 12 meses a una serie de separaciones y reencuentros con su cuidador principal en un lugar desconocido, para observar cómo reacciona a la separación, cómo explora el entorno y cómo reacciona en el reencuentro con su figura de apego. Ainsworth et al. (1978) en *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*, mostraron los resultados obtenidos de la evaluación de 100 niños y propusieron una

clasificación del apego infantil: estilo de *apego seguro*, *evitativo* y *ansioso/ambivalente*. Posteriormente, se añadió una cuarta categoría, el *apego desorganizado/desorientado*, que se caracterizaba por un comportamiento extraño durante la separación y el reencuentro con su madre, así como por fluctuaciones azarosas entre signos de ansiedad y evitación (Main y Solomon, 1986).

Según Ainsworth y su equipo, los niños con un estilo de *apego seguro* parecían disponer de *modelos internos de trabajo* conformados en base a representaciones de experiencias relacionales y emocionales en las que su figura de apego había estado lo suficientemente disponible y próxima como para ayudarles a aliviar el malestar y recuperar el sentimiento de seguridad. Así, cuando los niños afrontaban la separación de la figura de apego, estos mostraban malestar, pero se sobreponían y podían continuar explorando el entorno. Después de la separación, cuando se volvían a reunir con su figura de apego, expresaban alegría por el reencuentro e interactuaban con ella. Cuando se observaba al niño en su propia casa, se comprobaba que la actitud disponible y la conducta sensible de las madres las convertía en una fuente de seguridad que reforzaba el uso de la estrategia primaria de apego.

En cuanto a los niños evitativos, los autores describían que estos parecían estar conectados con modelos internos de trabajo que incluían estrategias de *desactivación*. En la *Situación Extraña*, cuando se separaban de su madre expresaban poco malestar y en el reencuentro se mostraban distantes. En las observaciones en casa, las madres solían ser rígidas emocionalmente y expresaban enfado y rechazo cuando sus hijos les demandaban para que estuvieran junto a ellos. Mientras que, por contraste, los niños ansiosos/ambivalentes parecían tener un acceso a *modelos internos de trabajo* que incluían estrategias de *hiperactivación*. En la *Situación Extraña* mostraban un malestar

intenso en el momento de separarse de sus madres y una actitud ambivalente en el momento del reencuentro con ellas.

Por su parte, los niños desorganizados/desorientados parecían carecer de una estrategia organizada de apego. Estos niños oscilaban entre la *hiperactivación* y la *desactivación* y/o tenían comportamientos extraños (p.ej. tumbarse en el suelo, quedarse paralizados, caminar hacia atrás mientras miran a su cuidador). Se consideraba que estos patrones son el resultado de interacciones con figuras de apego impredecibles y desconcertantes, quienes, a menudo se relacionaban de la misma forma que ellos habían sido tratados durante su infancia.

En el metaanálisis de Madigan et al. (2022), que incluye más de 20000 evaluaciones realizadas con el *Procedimiento de la Situación Extraña* aplicado en más de 20 países, obtuvieron los siguientes resultados: a) una distribución de 51.6% seguro, 14.7% evitativo, 10.2% ansiosos y 23.5% desorganizados, b) no había diferencias en la distribución si la figura de apego era la madre o el padre, ni en la edad ni en el sexo de los niños, c) la tasa de *apego evitativo* tendía a moderarse a medida que los niños se hacían mayores, e) había diferencias entre los niños americanos y los de otras zonas, como Asia, Australia/Nueva Zelanda y Sudamérica y f) el estilo de *apego desorganizado* se identifica en niños que viven en condiciones sociodemográficas precarias y en riesgo de exclusión social.

A pesar de que el *Procedimiento de la Situación Extraña* está siendo cuestionado en la actualidad, parece que sus resultados se reafirman y que tienen fiabilidad y validez empírica. Por otro lado, la evaluación del apego en la adolescencia y la adultez se hizo posible a partir de la utilización de nuevos instrumentos psicométricos y supuso un impulso para la expansión de la teoría del apego.

4.1.3.2 *Evaluación del apego en población adolescente y adulta*

El desarrollo de la *Adult Attachment Interview (AAI)* por parte de George et al., (1985) supuso el paso de la evaluación de las conductas de apego a las representaciones sobre el apego, a partir de la narrativa que realizaban las personas acerca del recuerdo de sus experiencias de apego infantiles. A partir del discurso de la persona, los autores inferían el estilo de apego predominante, basándose en la clasificación propuesta por Ainsworth, como: *seguros* (o libres y autónomos respecto al apego), *evitativos* (dismissing: desestimación) y *preocupados* con el apego. En los casos en los que la narrativa contenía indicadores de traumas o pérdidas no resueltos, se clasificaba como *apego no resuelto*.

Las narrativas de las AAI indicativas de *modelos internos de trabajo seguros*, describen relaciones con los padres positivas, claras, convincentes y coherentes o describen relaciones negativas, pero con cierto grado de perspectiva. Por el contrario, si en las narrativas no se les da importancia a las relaciones de apego o se las idealiza y no pueden dar ejemplos claros de sus caracterizaciones, se considera que estas personas tienen el estilo evitativo descrito por Ainsworth, que sería el reflejo de la movilización subyacente de una estrategia de *desactivación*. Por su parte, las narrativas que se clasifican como preocupadas son de personas que describen preocupaciones intensas y sentimientos conflictivos respecto a sus padres, de los que no pueden hablar sin experimentar rabia o ansiedad, lo que revelaría la movilización subyacente de estrategias de *hiperactivación*.

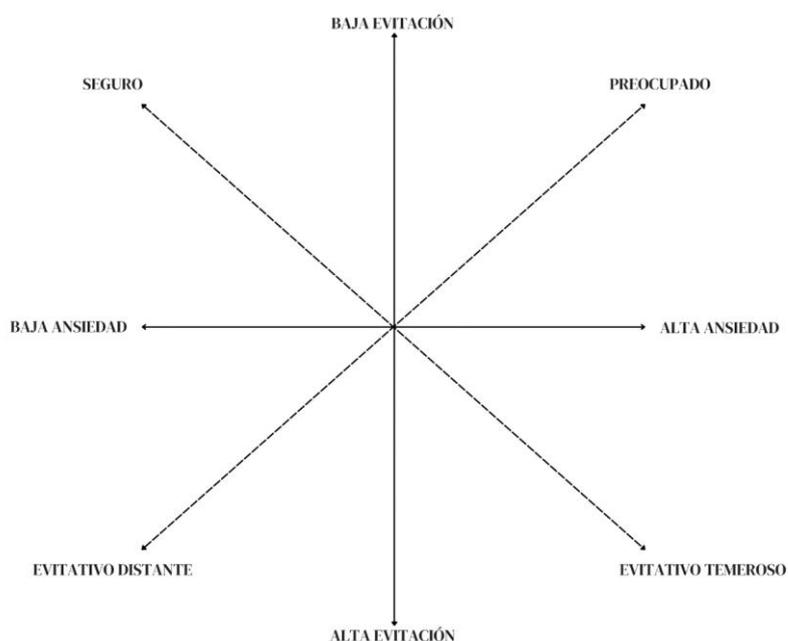
En el contexto de las relaciones de pareja se desarrolló, desde la psicología social, un programa de investigación basado en medidas de autoinforme del estilo de apego. Ya nos hemos referido anteriormente (apartado 3.3.2.), al *Cuestionario del amor* de Hazan y Shaver (1987) y de cómo se acabó estableciendo el modelo de dos dimensiones (*ansiedad*

y *evitación*) sobre el que se construyó el ECR (*Experiences in Close Relationships*), que es un cuestionario compuesto por dos escalas de 18 ítems cada una, que se ha convertido en el instrumento de evaluación más utilizado en la investigación de apego adulto en todo el mundo. Desde este modelo de dos dimensiones, Bartholomew y Horowitz (1991) propusieron su clasificación de estilos de apego.

De acuerdo con este modelo, el estilo de *apego seguro* está definido por una baja *ansiedad* y *evitación* de apego que corresponde a una persona que se siente comfortable con la proximidad y la interdependencia. El estilo de *apego preocupado* está definido por una alta *ansiedad* y una baja *evitación* de apego, que corresponde a una persona que necesita la proximidad de la figura de apego, está preocupada por el rechazo o abandono y confía en sus estrategias de *hiperactivación*. Por otra parte, el estilo de *apego evitativo-distante* está representado por una alta *evitación* y una baja *ansiedad* de apego que corresponde a una persona con una autosuficiencia compulsiva, que prefiere la distancia emocional respecto a los otros y que confía en sus estrategias de *desactivación*. Y ofrecieron, además, una descripción de un cuarto estilo de apego, que consideraban que podía diferenciarse del estilo de *apego evitativo-distante*, al que llamaron estilo de *apego evitativo-temeroso*, con el que describían a las personas que presentaban alta *ansiedad* y alta *evitación* (Figura 4).

Figura 4

Estilos de apego según las dimensiones de ansiedad y evitación (Bartholomew y Horowitz, 1991)



A pesar de las diferencias sustanciales de la evaluación del apego basada en la AAI o en el ECR, tanto por el foco de evaluación (padres-hijos versus relaciones de pareja) como por el método (autoinformes versus análisis de entrevistas), existen relaciones significativas entre ellas. Así, como se puso de manifiesto en un estudio con mujeres casadas, las puntuaciones de *evitación* y *ansiedad* basadas en los autoinformes se predijeron a partir del AAI. Casi lo mismo se encontraba si el análisis se realizaba a la inversa, predicción de la AAI a partir de los autoinformes (Mikulincer y Shaver, 2016).

El sistema de conducta de apego es un sistema motivacional que funciona en interrelación con otros sistemas motivacionales, que se influyen en el estado de activación o *desactivación* de todos ellos (Bowlby, 1969/1998). Por ejemplo, si una persona se encuentra en una situación de amenaza que compromete su sentimiento de seguridad, va

a activarse el sistema de conducta de apego y como consecuencia van a desactivarse otros sistemas de conducta como el sexual o exploratorio. Es decir, si una persona tiene miedo buscará la proximidad de otra persona para recuperar su seguridad, no para propiciar un encuentro sexual o para explorar el entorno relacional en el que se encuentra.

Hasta ahora hemos descrito los aspectos intrapsíquicos del sistema de conducta de apego, a continuación, vamos a enfocar los aspectos interpersonales del mismo, examinando la relación de pareja desde la perspectiva de los objetivos inherentes a los vínculos de apego y de las estrategias de regulación interpersonal que permiten encontrar la distancia óptima en la relación, por medio del ajuste de la separación de la otra persona y de la temperatura emocional con ella.

A continuación, se describen las ideas principales de este apartado:

1. Los estilos de apego, inicialmente observados en niños durante la separación y reencuentro con sus cuidadores en la "Situación Extraña", se clasificaron en seguro, evitativo, ansioso/ambivalente y desorganizado/desorientado.
2. La Entrevista de Apego para Adultos (AAI) permite evaluar las representaciones de apego a partir de los relatos que hacen las personas sobre sus experiencias de apego y clasifica los estilos de apego como: seguro, evitativo (desestimación) y preocupado, con la adición del apego no resuelto para casos con indicadores de trauma o pérdida no resuelta.
3. El autoinforme más utilizado para evaluar los estilos de apego es el ECR (Experiences Close Relationship), a partir de dos dimensiones -ansiedad y evitación- y clasifica los estilos de apego en: seguro, preocupado, evitativo y evitativo-temeroso.

4.2 Manifestaciones interpersonales del sistema de apego adulto

Una relación de pareja satisfactoria necesita que ambos miembros sean capaces de bailar una danza, en la que las necesidades emocionales e interpersonales se satisfagan. Los objetivos interpersonales dependen tanto de las intenciones y de las conductas de la pareja, como de las propias (p.ej. de la capacidad de respuesta a las propuestas de cercanía de la otra persona). Esto va a estar supeditado al contexto en el que se produce la relación,

así como a lo que cada persona busca satisfacer en su relación afectiva con la pareja. P.ej. las personas con *ansiedad de apego* necesitan asegurarse constantemente de que su pareja los ama y de que no les va a abandonar, por lo que pueden adoptar una actitud de demanda de atención y proximidad, a menudo excesiva. En este sentido, las *inseguridades de apego* pueden interferir en la danza relacional porque una persona insegura puede estar tan involucrada en sus preocupaciones y defensas emocionales que se vuelva incapaz de percibir las necesidades de su pareja.

De forma general puede señalarse que las personas con *seguridad de apego* mantienen unas relaciones interpersonales que promueven la intimidad, reducen la tensión y buscan intercambios satisfactorios con los demás. En contraposición, las personas con *evitación de apego* suelen evitar la intimidad, no es infrecuente que se acaben sintiendo tensas o aburridas en las relaciones sociales y, en ocasiones, puedan adoptar actitudes de desvalorización hacia las otras personas. Por su parte, las personas con *ansiedad de apego* pueden sentirse agradecidas con los demás, aunque, con frecuencia, también sienten ambivalencia. Este sentimiento ambivalente es la expresión de un conflicto entre el deseo de proximidad y el miedo al rechazo.

Seguidamente, vamos a analizar tres cuestiones: ¿cuándo y cómo la relación de pareja puede considerarse un vínculo de apego? y ¿en qué consiste la calidad de la relación y cómo las dimensiones del apego influyen en la calidad relacional?

4.2.1 La relación de pareja como vínculo de apego

La pareja puede acabar convirtiéndose en la figura de apego principal, desplazando a las figuras parentales, cuando se concentran en ella las características del vínculo de apego: la búsqueda de proximidad, el refugio de seguridad, la base segura y una vivencia de malestar cuando se produce una separación.

La duración de la relación que es necesaria para que el vínculo afectivo se transforme en un vínculo de apego fue estudiado inicialmente por Hazan y Zeifman (1994), quienes establecieron un esquema conceptual que destacamos por su valor fundacional (Tabla 3).

Tabla 3

Relación de pareja: diferencias entre la fase de atracción y la fase de vínculo de apego

	Fase de atracción	Fase de apego
Tiempo	0-2 años	Más de 2 años
Componentes del apego	Búsqueda de proximidad Refugio emocional	Búsqueda de proximidad Refugio emocional Protesta de separación Base de seguridad
Importancia del sexo	Alta	Baja o moderada
Importancia del cuidado	Baja o moderada	Alta
Fenomenología	Excitación y júbilo	Calma y contención
Función evolutiva	Reunir a la pareja el tiempo suficiente para que se produzca el embarazo	Mantener a las parejas juntas para criar y educar a los hijos

Más adelante, se estableció que, en las relaciones de pareja de más de dos años de duración, casi todas las personas consideraban que su pareja era la principal fuente de apego, de bienestar y seguridad física y emocional. Mientras que solo un tercio de las parejas lo sienten así cuando ha transcurrido más de un año y menos de dos de relación y casi nadie refiere la experiencia de apego si la relación de pareja se ha establecido hace menos de un año (Hazan y Zeifman, 1994, 1999; Mikulincer y Shaver, 2016).

El vínculo de apego adulto tiene similitudes y diferencias con el vínculo de apego infantil. La relación de pareja es una relación afectiva, con una proximidad física y emocional que, habitualmente, es duradera, de la misma forma que ocurre en las relaciones infantiles. Los bebés se apegan a su cuidador principal, de manera similar a como los adultos se apegan a sus parejas. Cuando una pareja se ha convertido en figura de apego, las separaciones o pérdidas provocan reacciones emocionales similares a las que observamos en los niños que no pueden estar junto a sus padres cuando los necesitan (Mikulincer y Shaver, 2022).

En términos generales, ambas relaciones de apego, infantil y adulta, tienen en común que: a) el sistema de apego se activa y se desactiva, b) puede ser activado por diferentes circunstancias, y c) a lo largo del desarrollo, tienen fases sensibles (Bowlby 1969/1998). No obstante, también existen diferencias. Así, las relaciones de pareja son: a) relaciones recíprocas y no asimétricas, lo cual implica la activación mutua del sistema de conducta de apego y de cuidado, b) una relación unilateral de cuidado y protección, como en la infancia, puede ser conflictiva, c) la sexualidad tiene un papel importante en la formación y mantenimiento del vínculo, lo cual implica que también va a activarse el sistema de conducta sexual y d) los miembros de una pareja inician la relación con una historia de relaciones infantiles de apego (Mikulincer y Goodman, 2006; Noller y Feeney, 2013).

Se han sugerido diferentes esquemas acerca de la evolución del apego en las relaciones de pareja. En consonancia con la idea de la equivalencia entre la construcción de apego infantil y adulto, sigue teniendo valor la propuesta de Hazan y Zeifman (1994, 1999), que vamos a referir a continuación y que, como veremos, está en consonancia con propuestas más actuales como la de Gottman y Gottman (2018). Así, Hazan y Zeifman (1999) refieren que en una relación de pareja pueden diferenciarse cuatro etapas:

1) Pre-apego: atracción y flirteo

En esta etapa, el adulto o adolescente tienen una buena disposición hacia la interacción social, es proactivo para tener contacto, es expresivo emocionalmente y es receptivo a las señales que puedan provenir de la otra persona. Estas actitudes pueden diferir de lo que suele observarse en la conducta de flirteo porque la atracción hacia la pareja suele conllevar cierta excitación que puede estar relacionada con el sistema de conducta sexual. El hecho de que ambos miembros de la pareja vayan otorgando al otro un valor intersubjetivo es, tal vez, el factor que más influye en que el vínculo afectivo pueda transformarse en un vínculo de apego.

La atracción presupone deseo sexual, pero suele asociarse a personas concretas, hacia quienes también puede experimentarse una atracción más interpersonal. Esto último no tiene porqué excluir la sexualidad, pero suele estar más en relación con la capacidad empática y la confianza propia del estilo de apego, que son dos capacidades que nos permiten entrar en contacto íntimo con otra persona (López Sánchez, 2013).

En el inicio de la relación, las manifestaciones de inseguridad o ansiedad de algunas parejas no se derivan del estilo de apego, aunque sí son señales de que el sistema de apego está activado. En esta etapa, las personas están más motivadas para promover la proximidad física y emocional del otro, así como a tratar de experimentar la relación como un lugar seguro en el que explorar sus emociones, con independencia del deseo sexual. Esta activación del apego nos permite entender el malestar intenso que puede sobrevenir por un amor correspondido, ya que perder una figura de apego potencial es más estresante que perder una potencial pareja sexual (Lafuente y Cantero, 2015; Pérez Testor, 2019).

2) Apego en formación: enamoramiento

Las interacciones que se producen durante el enamoramiento son similares a las de la atracción inicial en cuanto predomina un estado mental excitado y proactivo, pero son diferentes en que ahora existe una mayor intimidad y sintonía con la pareja. Además, los miembros de la pareja van conociéndose a medida que comparten confidencias y se revelan emocionalmente.

El enamoramiento es un afecto sexual que está vinculado a una persona concreta, quien adquiere tanta importancia que moviliza todos los recursos personales disponibles (fisiológicos, mentales, afectivos y de conducta) para lograr una relación íntima afectiva y, en ocasiones, sexual (López, 2013).

3) Apego definido: amor

En esta etapa, dicen Hazan y Zeifman (1994,1999) que suele disminuir la frecuencia de la actividad sexual, a la vez que aumenta la importancia que se le otorga al apoyo emocional y al cuidado mutuo. La satisfacción relacional parece sostenerse más en la experiencia de bienestar psicológico y el sentimiento de seguridad que se experimenta cuando se está junto a la pareja.

La capacidad de amar es decisiva para sentirnos vinculados a otra persona, sentirnos unidos intersubjetivamente a ella más allá de hacer cálculos interesados y para experimentar la reciprocidad de buscar el bienestar del otro, que, a su vez, se interesa en nuestro propio bienestar. Tal vez por ello es ineludible hacer referencia a Erick Fromm quien en 1979 publicó su “arte de amar” y describió las cuatro características del amor adulto hacia otra persona: a) cuidado y preocupación por el bienestar del otro, b) responsabilidad por las necesidades del otro, c) respeto y aceptación de la manera de ser

de la otra persona y d) conocimiento realista de las necesidades y demandas afectivas de la pareja (López, 2013; Talarn, 2022).

4) Apego consolidado

En esta etapa, dicen Hazan y Zeifman (1994, 1999), si el sentimiento de seguridad hacia la pareja se ha consolidado, el sistema de apego se desactiva y pueden funcionar otros sistemas de conducta. De modo que, la persona se involucra emocionalmente en otras relaciones, p.ej. laborales, de amistad, libre de preocupaciones respecto a su relación de pareja.

De alguna forma, la consolidación del vínculo de apego está asociada a sentimientos de bienestar, afecto, intimidad y seguridad que se originan en una relación afectiva de calidad, mientras que la presencia de emociones negativas como la rabia, la culpa, la tristeza, etc. podrían ser indicativas de una relación afectiva de baja calidad (Farooqi, 2014).

Como decíamos anteriormente, otro modelo de cómo va organizándose la pareja a lo largo del tiempo que tiene similitudes con el que acabamos de presentar es el de Gottman y Gottman (2017). Estos autores plantean que pueden delimitarse tres etapas: a) enamoramiento, que correspondería a la etapa de atracción enamoramiento de Hazan y Zeifman (1994, 1999), b) construcción de la confianza, que hace referencia a la disponibilidad de la pareja, sobre todo cuando se ha construido un vínculo de apego y el otro se ha constituido en figura de apego y c) construcción del compromiso y lealtad, que correspondería a la etapa de vínculo consolidado de Hazan y Zeifman (1994, 1999), aunque aquí se hace más referencia a un balance vital que, tal vez, se genera en la mayoría de las parejas después de una convivencia prolongada y que puede abocarlas a una crisis de pareja o a una pérdida de la calidad relacional. Si bien en algunos casos esto supone la

aparición de conflictos relacionales, no siempre es así, y las parejas pueden instalarse en una situación de emocionalidad aplanada que no es satisfactoria, pero que no se convierte en una amenaza para la continuidad de la pareja (Proulx et al., 2017).

En el próximo apartado nos centraremos en como el vínculo de apego contribuye a la calidad relacional.

A continuación, se describen las ideas principales de este apartado:

1. El desarrollo del apego en las relaciones de pareja se asemeja y difiere del apego infantil. Ambos tipos de apego se activan y desactivan en respuesta a diferentes circunstancias a lo largo del desarrollo.
2. La pareja como figura de apego realiza las siguientes funciones: junto a ella se siente seguridad, se busca su proximidad para restablecer la seguridad y se experimenta malestar si se produce una separación.
3. Hazan y Zeifman (1994) desarrollaron un esquema conceptual a partir del cual se establece que, habitualmente, a partir de los dos años de convivencia adulta, la pareja se percibe como figura de apego.

4.2.2 La relación de pareja en función de la calidad de apego

La calidad es un término al que los investigadores se han referido como satisfacción relacional, ajuste diádico, etc., que es el resultado de un amplio conjunto de factores, como la personalidad, aspectos socioculturales, situación económica, el estilo de apego, etc. De acuerdo con la teoría del apego, si las necesidades de apego están cubiertas por la dinámica de relación puede afirmarse que la relación es satisfactoria, aunque ello no significa que no existan conflictos. Es por ello que una persona con *ansiedad de apego* puede valorar que el apoyo que recibe de la pareja es insuficiente y que no es diferente al apoyo que podría ofrecer una pareja ausente (Gabb y Fink, 2018).

Las relaciones satisfactorias incluyen el tipo de confianza que promueve que puedan resolverse las diferencias de una forma constructiva y que se utilicen las estrategias adecuadas. La relación positiva entre seguridad y calidad de la relación está

mediada por diferentes variables: comunicación fluida y afectiva, tolerancia a las conductas negativas de la pareja, actitud positiva y constructiva con las transgresiones de la pareja, capacidad de regulación del malestar y percepción de que se dispone de una red de apoyo sociofamiliar. Además, en estudios durante el noviazgo, se ha comprobado que las personas con *seguridad de apego* solían mostrar confianza, compromiso y satisfacción relacional. En cambio, las personas con *inseguridad de apego* presentaban menores niveles de confianza y satisfacción relacional. Por ello, el estilo de apego puede considerarse como un predictor de la calidad relacional (Mikulincer y Shaver, 2016; Vangelisti y Perlman, 2018).

No obstante, es preciso considerar cada dimensión de apego por separado para valorar su contribución a la calidad relacional y a las maneras de afrontar los conflictos relacionales que puedan surgir durante la convivencia. Así, en las personas con *seguridad de apego*, si la pareja se muestra disponible y sensible a sus necesidades afectivas, la vivencia relacional suele ser armoniosa y los conflictos relacionales se afrontan de una forma constructiva. En cambio, las personas con *ansiedad de apego*, si perciben que su pareja se muestra poco cercana y afectuosa, tienden a sentir miedo a ser abandonadas y a demandar atención de una forma intensa, como consecuencia del uso de las estrategias secundarias de regulación emocional basadas en la *hiperactivación*, lo cual puede generar conflictos relacionales. Por su parte, en las personas con *evitación de apego*, las propuestas de intimidad de su pareja les incomodan y tienden a distanciarse emocionalmente de ella. Se puede considerar que esto es el resultado del uso de la estrategia secundaria de *desactivación* emocional, lo cual puede provocar insatisfacción en la pareja y, consecuentemente, conflictos de relación (Feeney y Karantzas, 2017; Li y Chan, 2012).

Los resultados obtenidos respecto a las diferencias de género han sido dispares. Parece que la percepción de las conductas de apego es más relevante para las mujeres que para los hombres cuando tienen que valorar la calidad del apego y para determinar el funcionamiento de la pareja. Si bien las mujeres con *seguridad de apego* enfatizan más los sentimientos positivos y hacen un afrontamiento positivo de las emociones, las mujeres con *ansiedad y evitación de apego* pueden sentirse dentro de un bucle de sentimientos negativos que les impide conectar con sentimientos positivos (Sandberg et al., 2017; Sesemann et al., 2017). Sin embargo, en la revisión metaanalítica realizada por Li y Chan (2012) se concluyó que el género no era una variable significativa para explicar la influencia de las dimensiones de apego sobre la calidad relacional.

En otro sentido, la revisión metaanalítica de Hadden et al., (2014) concluyó que la asociación negativa entre la *inseguridad de apego* y la calidad relacional es más fuerte en las relaciones consolidadas que en relaciones de corta duración. Este resultado plantea cuestiones de interés como si los efectos negativos de la inseguridad se acumulan con el paso del tiempo, de si adquieren más relevancia al aumentar las expectativas de intimidad o si el entusiasmo al inicio de la relación amortigua el efecto negativo de la inseguridad.

El estilo de apego de cada uno de los miembros de la pareja constituye lo que algunos autores han llamado *estilo de apego de la pareja* y también es un factor influyente en la valoración de la calidad relacional (Birnbaum, 2023). En términos generales, las parejas que valoran que su relación es más satisfactoria suelen estar compuestas por dos personas con *seguridad de apego*. Y en este ámbito se observan diferencias de género. Así, los hombres muestran más insatisfacción cuando las parejas muestran una *ansiedad alta (apego inseguro ansioso preocupado)* y que se manifiesta a través una actitud posesiva, celosa y con muestras de insatisfacción y de temor a ser abandonadas. Estas actitudes pueden entrar en conflicto con la tendencia del hombre hacia la independencia

y/o autosuficiencia, que puede interpretarse como la interiorización de una cultura que ha reforzado ese rol. Mientras que las mujeres suelen mostrar más insatisfacción cuando sus parejas son hombres *evitativos-distantes* o *evitativos-temerosos* porque para ellas el grado de comodidad de su pareja con la intimidad es un factor importante, que puede interpretarse como la interiorización de una cultura que refuerza un rol de cuidadoras. En términos generales, la calidad relacional está asociada al estilo de apego, pero también a las normas y estereotipos culturales (Del Giudice, 2011; Jiménez-Picón et al., 2021; Sesemann et al., 2017).

Seguidamente, vamos a considerar la relación entre apego y calidad relacional desde la perspectiva de las estrategias de regulación emocional que se utilizan cuando se activa el sistema de apego debido a la percepción de una situación de amenaza. El uso de las estrategias de *hiperactivación* en las personas con *ansiedad de apego* las induce a mostrarse posesivas, controladoras, demandantes, celosas y conflictivas, así como a sentir que sus necesidades afectivas no están satisfechas y a percibir que su pareja no está adecuadamente implicada, razones que pueden inhibir su deseo de iniciar una relación por el temor al rechazo o la decepción. Con frecuencia, el sentimiento de ambivalencia hacia la pareja está en el núcleo de su insatisfacción. En unas ocasiones, la pareja es percibida alternativamente como buena y mala, sin capacidad para construir una representación más integrada. Y, en otras ocasiones, las manifestaciones agresivas del conflicto de la ambivalencia aumentan la insatisfacción, así como la estrategia de dominación de la pareja que es frecuente en este tipo de personas (Seedall y Whampler, 2016).

En cuanto al uso de las estrategias de *desactivación* que hacen las personas con *evitación de apego*, las incita a mostrar una baja capacidad como cuidadores y como fuente de apoyo, una confianza baja en los demás, una actitud de distanciamiento y un

interés bajo en las relaciones interpersonales y de intimidad. No obstante, la naturaleza defensiva del distanciamiento emocional no puede soslayar el conflicto de ambivalencia, ya que estas personas tampoco se sienten del todo bien en las situaciones de separación. La insatisfacción y el desajuste relacional es más evidente en la persona evitativa temerosa (alta *ansiedad* y *evitación*) que en el *evitativo-distante* (alta *evitación* y baja *ansiedad*) quien suele idealizar la relación ofreciendo una imagen de buen ajuste y satisfacción (Velotti et al., 2016).

De acuerdo con Lafuente y Cantero (2015), cada estilo de apego va a tener unas relaciones más o menos satisfactorias:

1. Las personas con *seguridad de apego* van a tener unas relaciones más satisfactorias porque: a) tienen una percepción más positiva de la relación, b) son más capaces de confiar en la otra persona, c) buscan la intimidad y se sienten confortables con ella, d) expresan sus emociones y se adaptan a la relación con flexibilidad y d) tienen capacidad de cuidar al otro
2. Las personas con *ansiedad de apego* suelen tener relaciones más insatisfactorias porque: a) tienen una percepción más negativa de la pareja, b) suele focalizarse en los aspectos negativos de la situación, c) tienen poca capacidad de contención emocional, lo que puede llevar a tomar decisiones precipitadas y d) no utilizan estrategias de afrontamiento positivas de los conflictos
3. Las personas con *evitación de apego* también suelen tener relaciones más insatisfactorias porque: a) suelen valorar poco la relación de pareja, b) se sienten muy incómodos en la intimidad afectiva, c) suelen mostrarse distantes emocionalmente y, por ello, no es infrecuente que sean herméticos y d) tienen tendencia a separarse de la pareja si la relación se convierte en un espacio saturado de hostilidad.

Un análisis completo de la calidad relacional en función del estilo de apego necesita tener en cuenta el momento de la relación en el que se encuentra la pareja, es decir, si la pareja se está formando, está consolidada, está separándose o en proceso de reajuste después haberse separado. En este sentido, las personas con baja *ansiedad* y *evitación*, consideradas como de estilo de *apego seguro*, describen que su experiencia de relación íntima es satisfactoria y confiable, se esfuerzan por aceptar la forma de ser de su pareja, mantienen relaciones duraderas (una media de diez años frente a los cinco años de las personas inseguras) y se divorcian en menor proporción (6%, frente al 10% de ambivalentes y 12% de evitativos). No obstante, pueden vivir solos de forma satisfactoria y suelen elegir bien a su pareja antes de comprometerse, tienen una idea positiva y realista del amor (Mikulincer y Shaver, 2016).

En cuanto a las personas con una alta *evitación*, a quienes clasificamos como *evitativos-distantes* (alta *evitación* y baja *ansiedad*) suelen ser estables emocionalmente, se sienten incómodos con la intimidad, se muestran rígidos con la pareja y consideran que el amor es una entelequía. No obstante, son capaces de vivir sin pareja estable de forma satisfactoria. En cuanto a las personas que clasificamos como *evitativos-temerosos* (alta *ansiedad* y *evitación*) no es infrecuente que sientan celos, aunque sorpresivamente, la mayor conflictividad no parece que aumente el número de rupturas que se producen en las parejas. No obstante, cuando se produce una separación, los hombres la viven menos dolorosamente que las personas seguras, lo cual no se observa en las mujeres. Igual que frente a la separación, también en procesos de duelo los hombres se adaptan con cierta rapidez, debido a su percepción de autosuficiencia y a las estrategias de *desactivación* emocional (Lafuente y Cantero, 2015; Mikulincer y Shaver, 2016; Yáñez-Yaben, 2010, 2013).

Por lo que respecta a las personas con una alta *ansiedad*, a quienes clasificamos como estilo de *apego preocupado* (alta *ansiedad* y baja *evitación*), suelen tener una concepción del amor como una experiencia emocional intensa que se produce a primera vista, que requiere unión, reciprocidad y atracción sexual extrema. Tienen una idea de que el amor es muy importante, pero difícil de encontrar. Todo esto propicia la emergencia del sentimiento de celos, de oscilaciones emocionales; sienten que la pareja se involucra insatisfactoriamente en la relación y, por tanto, les resulta difícil encontrar el verdadero amor que están buscando. Tienden a sentir soledad y a precipitarse en la elección de la pareja, por lo que tienen más probabilidades de que la relación colapse, aunque les cuesta tomar la decisión de separarse. Debido a las dificultades para adaptarse a estar sin pareja, no es infrecuente que después de separarse vuelvan a la relación para darse una oportunidad, incluso cuando el motivo de la separación fuera el maltrato por parte de la pareja (Lafuente y Cantero, 2015; Mikulincer y Shaver, 2016; Yáñez-Yeben, 2010, 2013).

La calidad relacional como un resultado del ajuste diádico que refieren las personas en conjunción con los diferentes estilos de apego es una perspectiva de estudio que aporta datos de interés. Un hombre tiende a percibir un mayor ajuste diádico si su pareja presenta *evitación de apego*, al contrario de la valoración que suele hacer una mujer, quien tiende a considerar que existe un mayor ajuste diádico cuando su pareja muestra *ansiedad de apego*. Las explicaciones que se han ofrecido a estos resultados son: a) en las dos diadas descritas se cumplen las expectativas de género y eso es garantía de estabilidad, b) las mujeres preocupadas (*ansiedad* alta) tienden a emparejarse con hombres evitativos (alta *evitación*) porque, de esta forma, se ven confirmados sus *modelos internos de trabajo*, c) las mujeres preocupadas suelen tener bajas expectativas respecto a sí mismas y se esfuerzan por mantener la relación, mientras que las mujeres evitativas

tienen menos habilidades para mantener la relación, d) los hombres evitativos se emparejan con mujeres seguras o preocupadas, delegando en ellas el esfuerzo de mantener la relación y e) la tendencia de la persona evitativa a huir del conflicto puede convertir el espacio relacional en un espacio anodino pero sin conflicto, lo cual puede favorecer la duración de la relación. En términos generales, la moderación de las inseguridades de cada miembro de la pareja favorece la duración de la relación, además de la complementariedad que se establece entre una persona preocupada y otra evitativa: una muy vulnerable y la otra autosuficiente. No obstante, si las inseguridades son muy intensas (niveles muy altos de ansiedad y de evitación), lo que durante el enamoramiento era atractivo puede convertirse en problema más adelante. Por ejemplo, una persona evitativa que era admirado por su fuerza emocional puede ser vista más adelante como fría e insensible o un preocupado que era percibido como apasionado y divertido puede comenzar a verse como exagerado y caótico (Sousa-Gomes et al., 2023).

A continuación, se describen las ideas principales de este apartado:

1. La calidad de una relación de pareja se ve influenciada por diversos factores, como la personalidad, el contexto sociocultural y el estilo de apego de cada individuo.
2. La relación entre seguridad de apego y calidad relacional está mediada por variables como comunicación, tolerancia a las conductas negativas de la pareja y percepción de apoyo social.
3. El estilo de apego de cada miembro de la pareja parece influir en la satisfacción relacional y en el ajuste diádico.

4.2.3 Variables psicosociales, estilo de apego y calidad relacional

Las implicaciones de la *seguridad* o *inseguridad de apego* sobre la calidad relacional se han estudiado a partir de una serie de características psicosociales. A continuación, vamos a revisar algunos de las variables más relevantes.

- (a) El rol de la comunicación

En términos generales, la comunicación en la pareja es uno de los factores que más influyen en la duración de la relación y en el tipo de afrontamiento de los conflictos relacionales. Las personas con *seguridad de apego* tienden a utilizar estrategias de afrontamiento más constructivas y suelen relacionarse de una forma más comprometida que las personas con *inseguridad de apego*. Además, no es frecuente que se muestren indiferentes frente a los conflictos relacionales, a diferencia de las personas con *ansiedad y evitación de apego* en las que los conflictos tienden a crecer con el paso del tiempo.

Otro aspecto asociado al estilo de apego y relacionado con la comunicación es la auto-revelación (*self-disclosure*). Parece que los hombres con *seguridad de apego* tienden a una comunicación más íntima, mientras que las mujeres con *ansiedad de apego* tienden a adoptar una actitud más dominante y conflictiva que provoca insatisfacción. En términos generales, la *ansiedad* y la *evitación de apego* suelen estar relacionadas con una menor competencia comunicativa, que puede entenderse como una variable compuesta de asertividad, sensibilidad interpersonal y auto-revelación, características más presentes en las personas con *seguridad de apego*. En parejas consolidadas, la comunicación de pensamientos y sentimientos acerca de la relación de pareja es menor en las personas con *inseguridad de apego*, lo cual es importante porque la calidad relacional está asociada positivamente con la autorrevelación focalizada en la relación (Caldwell y Shaver, 2012; Ramos et al., 2020).

(b) Variables moderadoras/mediacionales entre la seguridad y la calidad relacional

Los estudios de mediación y/o moderación son importantes por dos motivos: permiten conocer con más precisión los mecanismos que subyacen a la calidad relacional y hacen posible diversificar las estrategias psicoterapéuticas con las que ayudamos a las parejas que hacen una consulta clínica.

Inicialmente se postuló que los patrones de comunicación en las parejas podían mediar la relación entre la *seguridad de apego* y la satisfacción, aunque los resultados no son del todo concluyentes. Sin embargo, sí existe suficiente evidencia acerca del efecto moderador y/o mediacional del tipo de afrontamiento de los conflictos, la expresividad emocional, la autorrevelación, la competencia comunicativa, las atribuciones benignas hacia la pareja, la tendencia a perdonar, la intensidad del malestar y la percepción de apoyo sociofamiliar (Mikulincer y Shaver, 2016).

Entre personas que iban a tener una primera cita sentimental, la actitud activa hacia la relación actuaba como un factor mediador entre la *ansiedad de apego* y la insatisfacción relacional, a pesar de su miedo a ser rechazados. En parejas recién formadas, las actitudes y conductas que manifestaban a la otra persona que eran importantes moderaban la *inseguridad de apego* y la insatisfacción relacional (Karantzas et al., 2014).

De forma general, los estudios sugieren que las personas con *seguridad de apego* tienen un estilo de relación interpersonal más positivo y abierto. Sin embargo, la complejidad de las dinámicas relacionales asociadas al apego requiere investigación que tengan en cuenta la diversidad de género, el tipo de relación y la dimensión del apego (Cassidy y Shaver, 2016). En la Tabla 4 puede verse un resumen de la asociación entre dimensiones de apego y calidad de la relación de pareja.

Tabla 4*Calidad relacional y dimensiones de apego (Cassidy y Shaver, 2016)*

Evitación de apego	Ansiedad de apego
Insatisfacción relacional	Insatisfacción relacional
Desconfianza de la pareja	Desconfianza de la pareja
Bajo compromiso	Celos
Baja proximidad, interdependencia y conexión	Alto nivel de conflicto
Bajo apoyo	Malestar y dolor al enfrentar el conflicto
Baja expresividad emocional (*)	Afrontamiento del conflicto con tácticas más coercitivas y dominantes (*)
Bajos niveles de autorrevelación, incluyendo flexibilidad y reciprocidad en la autorrevelación (*)	Atribuciones más desadaptativas para la conducta negativa de la pareja (*)
Baja tendencia a perdonar (*)	Baja tendencia al perdón (*)
Baja competencia interpersonal (*)	Baja competencia interpersonal (*)
Baja implicación en rituales familiares (*)	Más evitación de los motivos para el sacrificio (*)
Baja regulación relacional (*)	Baja regulación relacional (*)

(*) Hay evidencia de que esta variable media la asociación entre la *seguridad de apego* y un buen funcionamiento relacional

(c) Separación de la pareja

En estudios de laboratorio en los que se les pide a los participantes que se imaginen separándose de sus parejas, los investigadores encontraron que las personas con alta *ansiedad de apego* referían que tenían más pensamientos negativos y más vivencias catastrofistas acerca de la relación, lo cual era consistente con el uso de estrategias secundarias de *hiperactivación*. Además, la satisfacción relacional y los reencuentros más gratos se producían entre las personas con *seguridad de apego*, a diferencia de las

personas con *inseguridad de apego*, quienes referían reencuentros poco satisfactorios. En este sentido, es interesante resaltar que ni la duración de la relación ni la satisfacción relacional eran factores más influyentes que la *inseguridad de apego* (Mikulincer y Shaver, 2016).

(d) Graves conflictos relacionales

Un conflicto relacional siempre es una amenaza para el vínculo de pareja, que es mayor cuanto más intenso es el conflicto y que puede intensificarse de acuerdo con el estilo de apego. Las personas con alta *ansiedad* tienden a percibir sus relaciones como más negativas después de un conflicto, aunque no es infrecuente que algunas personas expresen que la reconciliación les resultó muy satisfactoria y un momento de mucha intensidad relacional. En situaciones de conflicto grave, suele producirse una expresión conductual del estilo de apego, mientras que, si el conflicto no es tan grave, la expresión del estilo de apego no es tan conductual (Cassidy y Shaver, 2016).

La negociación de la cercanía-conexión/distancia-autonomía plantea un dilema relacional y, como consecuencia, un conflicto que puede activar el sistema de apego cuando las finalidades del apego de cada miembro de la pareja son diferentes. Este problema crea un clima emocional más conflictivo cuando las parejas las forman un hombre *evitativo* y una mujer *ansiosa*. A menudo, los ciclos de acercamiento-distanciamiento reflejan unas necesidades de apego incompatibles, mientras que la pugna por conseguir estar más cerca de la pareja se observa en las díadas en las que ambos miembros son altamente ansiosos. En los casos en los que no es posible regular la distancia emocional puede intensificarse el conflicto y derivar en violencia de pareja. En cuanto al rol del apego en la emergencia de la violencia en la dinámica de pareja, las mujeres con *inseguridad de apego* y menor empatía diádica tendían a ser más agresivas

psicológicamente, mientras que los hombres con menor empatía eran los que tendían a ser más agresivos psicológicamente (Peloquin et al., 2011).

Las heridas emocionales inherentes a la convivencia de pareja son un factor determinante de la estabilidad de esta, que también va a estar condicionada por el daño a las creencias nucleares que constituyen los *modelos internos de trabajo*. Así, las personas con *ansiedad de apego* reaccionan con más malestar y autoculpabilización, mientras que las de mayor *evitación de apego* tienden a no percibir el arrepentimiento de sus parejas, lo que conlleva un conflicto más enconado. En dinámicas relacionales en las que existe una elevada carga de crítica y conflicto, las personas ansiosas que se sienten heridas tienden a amplificar las expresiones de dolor y a fomentar sentimientos de culpa en su pareja. La satisfacción relacional de las personas *ansiosas* aumenta si la pareja hace una expresión intensa de la culpa, que es un indicador de su insatisfacción relacional. Además, la actitud de las personas *ansiosas* mantiene viva la herida relacional, mientras que las personas *evitativas* tienden a mostrarse más transparentes, aunque menos conectados emocionalmente con la experiencia dolorosa (Casidy y Shaver, 2016; Overall et al., 2014).

A efectos de investigación es de interés destacar que las medidas de apego y las dimensiones de la personalidad tienen una relación débil, lo que pone de relieve que cada una de esas variables influye de una forma independiente en el funcionamiento psicológico y/o interpersonal. También se están estudiando en contextos en los que se incluyen relaciones con amigos y mascotas. Además, la validez de las medidas de apego se ha reforzado con pruebas de que mantienen relación con procesos inconscientes, con el procesamiento cognitivo de información relacional y con procesos de excitación y de regulación afectiva (Cassidy y Shaver, 2016; Mikulincer y Shaver, 2016).

Ahora trataremos de dar cuenta de la sexualidad como una dimensión de la vida que nos conforma como seres sexuados frente al mundo, que nos configura como seres singulares frente a los demás y como un sistema motivacional que interrelaciona con otros sistemas motivacionales. En definitiva, vamos a continuar examinando el amor en la cultura del desamor en el contexto de los encuentros sexuales.

A continuación, se describen las ideas principales de este apartado:

1. La seguridad de apego favorece el afrontamiento constructivo de los conflictos, favorece las competencias comunicativas en general, la autorrevelación, la expresividad emocional, la percepción de apoyo socio-familiar, así como la calidad de la relación y la satisfacción relacional.
2. La investigación sobre la relación entre apego y calidad relacional debe tener en cuenta las diferencias de género, la naturaleza de la relación afectiva y el estilo de apego predominante.
3. Los conflictos relacionales pueden intensificarse según el estilo de apego de cada individuo y los conflictos emocionales pueden afectar la estabilidad de la relación de pareja.

5 EL SISTEMA DE CONDUCTA SEXUAL

Vamos a introducir este apartado tratando de caracterizar la sexualidad en el marco de las relaciones de pareja heterosexuales. Después nos centraremos en la clínica, describiendo un esquema de cuáles son los principales factores etiológicos y el sistema de clasificación más utilizado en el contexto de la atención a la sexualidad. A continuación, adoptaremos la lente del apego, que es el núcleo de esta tesis, para describir el sistema de conducta sexual. Y, por último, revisaremos la interrelación entre la satisfacción sexual y la satisfacción relacional, por su relevancia para el trabajo clínico y el trabajo de investigación que nos hemos propuesto en esta tesis.

5.1 La sexualidad en el marco de las relaciones heterosexuales

La mayor parte de las experiencias sexuales se viven en el marco de las relaciones de pareja. Tomando como base a Impett et al. (2014) y añadiendo otras aportaciones, apuntaremos algunos de los factores más relevantes de la sexualidad en el contexto de las relaciones de pareja.

El ámbito de la prevención es uno de los ámbitos en el que se han desarrollado más estudios. La mayoría de las personas quieren mantener relaciones de intimidad sexual con una pareja, logran una moderada satisfacción sexual, obtienen placer sexual de una actividad sexual diversa y lo hacen a lo largo del ciclo vital. De hecho, se considera que la actividad sexual es un factor clave de la felicidad y de la satisfacción en las relaciones de pareja. Sin embargo, se estima que más de la mitad de mujeres jóvenes experimentan su primera relación sexual como dolorosa o decepcionante, casi la mitad de los adolescentes y jóvenes adultos mantienen prácticas sexuales de riesgo que pueden comportar enfermedades de transmisión sexual, entre los adultos la ausencia de deseo

sexual es una demanda de ayuda frecuente en las consultas clínicas y se observa un aumento de la frecuencia de relaciones coercitivas en las relaciones de pareja de corta y larga duración (Vowels, 2023).

Un buen número de estudios se han centrado en las diferencias entre hombres y mujeres heterosexuales en torno a tres aspectos: el foco relacional, el deseo y la fluidez sexuales. Por la naturaleza de esta tesis también nos centraremos en la sexualidad que se experimenta en el marco de las parejas heterosexuales (Erber y Erber, 2017; Harvey et al., 2004).

Si dirigimos nuestra atención al primer aspecto, el foco relacional, en los estudios se observa que las mujeres tienden a enfatizar el contexto relacional en el que se experimenta la sexualidad, mientras que los hombres tienden a separar el sexo del amor y el compromiso. Las fantasías sexuales de las mujeres suelen incluir a la pareja, contienen aspectos afectivos y de compromiso, y suelen describir el lugar en el que se produce la experiencia sexual, mientras que en los hombres es más probable que haya personas que no son pareja, presencia de múltiples parejas, se focalizan en actos sexuales específicos o en partes del cuerpo y, en general, tienen actitudes más permisivas hacia el sexo casual. No obstante, el vínculo entre los factores relacionales y la sexualidad no siempre es más fuerte en las mujeres que en los hombres: p.ej. los hombres suelen enamorarse más rápidamente o parece que pueden obsesionarse con sus parejas en mayor grado que las mujeres. Entre las diversas explicaciones sugeridas para entender estas diferencias en cuanto al foco relacional pueden destacarse: a) las mujeres suelen tener sus primeras experiencias en el contexto de una relación, más que con la masturbación, b) las mujeres han sido socializadas para expresar su deseo sexual principalmente en un contexto de intimidad y c) la influencia de factores biológicos como la oxitocina,

vasopresina y dopamina que inducen a la búsqueda de un vínculo afectivo (Harrison y Shortall, 2011; Harvey et al., 2004)

En cuanto al deseo sexual, se considera que es la motivación para la búsqueda de relaciones sexuales con otra persona. Una cantidad considerable de estudios señalan que los hombres tienen más interés en el sexo, tienen más fantasías sexuales, piensan más en mantener relaciones sexuales y experimentan deseo sexual con más frecuencia que las mujeres. Sin embargo, estas diferencias de género en el deseo sexual son menores en un contexto relacional de intimidad y al inicio de las relaciones, por lo que es más apropiado referirse al deseo sexual de las mujeres como más variable que no como de menor intensidad o frecuencia. Además, es importante distinguir entre tener un interés intrínseco por el sexo y la capacidad de excitarse sexualmente en un contexto relacional, de modo que el deseo sexual de las mujeres puede ser tan intenso como el de los hombres si se encuentran suficientemente excitadas, aunque pueden ser más vulnerables a las interferencias en el mismo (Mark y Lasslo, 2018; Vowels, 2023).

Siguiendo con el aspecto del deseo sexual, la frecuencia de las relaciones sexuales se ha tenido en cuenta como un indicador de éste. Es frecuente que los hombres expresen que tienen menos relaciones sexuales de las que desearían, mientras que las mujeres refieren que tienen las que quieren. Además, los hombres en relaciones heterosexuales que comunican discrepancias de deseo sexual con sus parejas suelen referir menor nivel de satisfacción sexual y relacional. También, los hombres suelen informar de que la vida sexual activa es más importante de lo que lo es para sus parejas, así como que la insatisfacción sexual es un predictor más relevante de las rupturas de pareja en los hombres que en las mujeres, mientras que la disminución de la satisfacción sexual a lo largo del tiempo es similar en hombres y mujeres. Entre las diversas explicaciones que se han sugerido vamos a destacar: a) las diferencias de tasas de andrógenos y estrógenos y

b) el marco social esencialmente patriarcal en el que a las mujeres se les ha asignado el rol de cuidadoras, lo que hace más difícil que sean conscientes de sus impulsos sexuales (Van Anders et al., 2022; Vowels, 2023)

Otras cuestiones relevantes respecto al deseo sexual en el marco de las relaciones de pareja son: a) la diferenciación entre el deseo sexual espontáneo y reactivo, con el que se ha caracterizado la respuesta sexual en las mujeres (Basson, 2000), aunque la experiencia clínica pone de relieve que es un modelo que nos ayuda también a entender los cambios en la sexualidad de los hombres como consecuencia del paso del tiempo, b) los factores asociados a la disminución del deseo sexual son numerosos, por lo que es preciso destacar que cuando un miembro de la pareja tiene problemas de respuesta sexual es frecuente observar disfunciones sexuales en el otro miembro de la pareja, c) las discrepancias entre la frecuencia de relaciones sexuales reales e imaginadas influye en la calidad de la relación, la satisfacción relacional y la estabilidad de la relación a lo largo del tiempo. Algunas parejas igualan la calidad de sus relaciones sexuales con la calidad de su relación en general. En este sentido hay que tener en cuenta que el deseo sexual no es sinónimo de frecuencia sexual, de modo que los motivos que explican un bajo deseo sexual van a influir en el impacto sobre la satisfacción relacional, d) cuando se produce un embarazo o después del parto suele producirse una disminución del deseo sexual, aunque en ocasiones puede observarse que aumenta el deseo sexual en algunos momentos del embarazo y el interés por las actividades sexuales no coitales, e) en general, el deseo sexual tiende a disminuir con el paso del tiempo en las relaciones de pareja consolidadas, aunque no está claro en qué medida es inevitable que ocurra ya que, si bien los elementos pasionales disminuyen, no tienen que hacerlo los elementos románticos, entre los que puede incluirse el deseo sexual, sobre todo cuando la motivación del encuentro sexual es propositiva (búsqueda del placer propio o de la pareja) y no evitativa (evitar reacciones

negativas de la pareja) y f) el deseo sexual es sensible a los cambios en las emociones y en la calidad de la relación en las personas y las parejas, lo cual es más acentuado en las mujeres que en los hombres (Mark y Laszlo, 2018; Quinn-Nilas, 2020; Vowels, 2023).

En relación con el tercer aspecto sexual al que hacíamos referencia, la fluidez sexual, con él se describe en qué medida las creencias y conductas sexuales pueden cambiar por la influencia de factores culturales, sociales y situacionales. En términos generales, parece que las mujeres tienden a mostrar más cambio en la sexualidad que los hombres a lo largo del tiempo, son más flexibles en cuanto a sus actitudes y conductas sexuales y suelen priorizar el bienestar interpersonal a sus propias necesidades sexuales. No obstante, todas estas conclusiones deberán ser revisadas desde la perspectiva de los avances culturales que permiten salirnos de modelos sexuales masculinizados y heteronormativos (Erber y Erber, 2017; Van Anders et al., 2022)

Seguidamente, puesto que esta tesis se ubica en un contexto clínico, es preciso disponer de un esquema diagnóstico de las disfunciones sexuales que, como decíamos en el apartado 3.1., es necesario para el trabajo interdisciplinar. Junto al diagnóstico, también haremos referencia a un esquema de factores con valor etiológico en el contexto de la medicina sexual y la sexología clínica.

A continuación, se describen las ideas principales de este apartado:

1. La actividad sexual de las parejas está condicionada por factores como la satisfacción relacional y la dinámica de riesgo y/o coerción.
2. Los aspectos a los que se da más importancia en la relación -afectos, conductas, así como el deseo sexual- suelen ser diferentes en función del género. Las mujeres tienden a ser más flexibles en sus actitudes sexuales, priorizando el bienestar interpersonal.
3. La frecuencia de las relaciones sexuales y el grado de satisfacción sexual pueden cambiar con el tiempo y están influenciadas por diversos factores.

5.1.1 Evidencias empíricas del modelo de activación del sistema de apego

Una vez revisada la parte conceptual del modelo de activación del sistema de apego, a continuación, vamos a examinar algunos trabajos diseñados para buscar las pruebas empíricas necesarias en las que sustentan el modelo. De acuerdo con Mikulincer y Shaver (2007, 2016), vamos a considerar estudios relacionados con: la activación del apego, la disponibilidad de la figura de apego y las manifestaciones interpersonales e intrapersonales de la organización del apego.

5.1.1.1 Activación del sistema de apego

La activación preconscious o automática del sistema de apego en los adultos parece tener efectos en la realización de tareas cognitivas. En estudios experimentales en los que las participantes son expuestas a palabras con contenido neutro o amenazante (p.ej. palabras de fracaso, enfermedad, muerte), se comprobó que: a) las personas conectadas con palabras que describen amenazas acceden más rápidamente al recuerdo las figuras de apego, según el estilo de *seguridad* o *inseguridad de apego* que predomine, b) las personas con ansiedad de apego conectan más rápido con los temas de apego, tanto en una situación neutra como que implique riesgo, lo cual es coherente con la estrategia de regulación emocional de *hiperactivación* y c) las personas con *ansiedad de apego* funcionan de un forma parecida a las personas con *seguridad de apego* en cuanto al acceso a la representación de las figuras de apego. Con la excepción de que si se encuentran en una situación amenazante, en las personas que tienen *seguridad de apego* se enlentece dicha conexión, mientras que esto no ocurre en las personas con *evitación de apego*. Este resultado es coherente con el uso de las estrategias de *desactivación* que caracteriza a estas últimas; (Bosmans y Borelli, 2022; Gillath et al., 2022; Mikulincer y Shaver, 2016).

5.1.1.2 Disponibilidad de la figura de apego

Los trabajos realizados pueden clasificarse en dos líneas de investigación: a) los que estudian la contribución de las estrategias de apego en la evaluación subjetiva de la disponibilidad y apoyo de las figuras de apego y b) los que estudian los efectos de contar con una figura de apego disponible sobre la ejecución de las estrategias de apego.

Algunas de las conclusiones son: a) las representaciones mentales de las figuras de apego primarias, tanto en la *ansiedad de apego* como en la evitación, contienen la imagen de cuidadores no disponibles y que no ofrecían apoyo, b) las personas con *seguridad de apego* perciben a sus parejas como más afectuosas que las personas con *inseguridad de apego*, c) la percepción de disponibilidad amortigua el impacto de las estrategias secundarias de *hiperactivación* y *desactivación* que utilizan las personas con *inseguridad de apego* y d) la cohesión grupal favorece la resolución de tareas del grupo de las personas con *ansiedad de apego*, pero no de quienes tienen *evitación de apego* (Gori et al., 2023; Mikulincer y Shaver, 2016; Zhang et al., 2022).

5.1.1.3 Manifestaciones intra- e interpersonales de las estrategias de apego

Los estudios realizados en este apartado se focalizan en las diversas expresiones de las estrategias de apego y se han agrupado en tres categorías:

1. La conducta interpersonal y las relaciones íntimas.

En cuanto a la primera categoría se encuentran estudios que se centran en:

1. La construcción de las experiencias amorosas

En uno de los estudios fundacionales sobre los estilos de apego adulto (Hazan y Shaver, 1987), las personas seguras describían sus experiencias amorosas como relaciones de intimidad y apoyo, amistosas, cálidas, confiables, solidarias y estables. Por

otro lado, las personas evitativas las describían como frías, poco comprometidas y de duración incierta, lo cual era coherente con las estrategias de *desactivación*. Mientras que las personas ansiosas las describían como pasionales, con intensa atracción física, con deseos de una relación simbiótica y con tendencia al enamoramiento, lo cual era consecuente con las estrategias de *hiperactivación*. A la vez que reprochaban a sus parejas que no les apoyaran lo suficiente, que les provocaran celos y que les inquietara de forma constante que les pudieran abandonar (Mikulincer y Shaver, 2016; Overall et al., 2022; Thompson et al., 2022).

2. El manejo de los conflictos interpersonales en las relaciones de intimidad

Las personas seguras se sienten confiadas en que podrán resolver los conflictos, mientras que las personas inseguras tienden a sentir que los conflictos quedarán sin resolver o que se agravarán. Concretamente, el uso de las estrategias de *hiperactivación* de las personas con *ansiedad de apego* suele producir que los conflictos se intensifiquen y que se adopte una actitud agresiva con la pareja. Por su parte, las estrategias de *desactivación* de las personas con *evitación de apego* suelen conllevar que se distancien del conflicto y de la confrontación con la pareja (Mikulincer y Shaver, 2016; Péloquin et al., 2022).

3. La predisposición a compartir información personal y revelar sentimientos

Las personas seguras buscan relaciones en las que las revelaciones emocionales recíprocas son cruciales para conformar un espacio de intimidad, mientras que el patrón de revelaciones emocionales de las personas evitativas es el reflejo de sus estrategias de *desactivación* que tiene como propósito blindarse emocionalmente (“compulsive closure”, Mikulincer y Nachshon, 1991). Por su parte, las personas ansiosas utilizan la revelación emocional para sentirse fusionadas con la pareja y aliviar el miedo al abandono, más que como un medio para reforzar la intimidad. De modo que utilizan la

revelación emocional indiscriminadamente, sin tener en cuenta la receptividad de la pareja y muestran poca receptividad a las revelaciones emocionales del otro (Mikulincer y Shaver, 2016; Péloquin et al., 2022).

4. El grado de confianza en las relaciones de pareja

Las personas seguras mostraron que la búsqueda de cercanía era la meta fundamental asociada a la confianza, mientras que en las personas ansiosas era recibir validación constante de la pareja, en consonancia con sus estrategias de *hiperactivación*. En cuanto a las personas evitativas, controlar la conducta de la pareja era lo fundamental, en consonancia con las estrategias de *desactivación*. Los episodios de desencuentro con la pareja también son manejados de forma diferente según el estilo de apego. Las personas seguras suelen ser más comprensivas y desplazan el conflicto del centro de la relación, mientras que las personas ansiosas suelen adoptar una actitud de rumiación y tienen reacciones emocionales negativas. En cuanto a las personas evitativas, suelen incrementar la distancia emocional respecto a la pareja para protegerse de la frustración asociada al desencuentro, aunque si el conflicto no puede ser evitado suelen reaccionar con una ansiedad elevada (Evraire et al., 2022; Mikulincer y Shaver, 2016).

2. *El afrontamiento del estrés: la estrategia de regulación emocional y el estilo de apego*

El afrontamiento del estrés va a estar claramente influido por el estilo de apego predominante. Así, las personas con *seguridad de apego* tienden a evaluar el estrés como menos amenazante y a mostrar un sentimiento de autoeficacia mayor, mientras que las personas con *ansiedad de apego* suelen amplificar la percepción del estrés y experimentar más dudas acerca de su capacidad para hacerle frente, en consonancia con sus estrategias de *hiperactivación*. Por su parte, el patrón de las personas evitativas es más dependiente del contexto en el que se produce el estrés (Mikulincer y Shaver, 2016).

En cuanto a las estrategias de afrontamiento también se encuentran diferencias respecto al estilo de apego. Las personas con *seguridad de apego* suelen buscar el apoyo de la pareja en quien han depositado confianza y se centran en resolver el problema. Por su parte, las personas con *ansiedad de apego* se centran en la emoción y de esa forma la amplifican, para así tratar de garantizar la proximidad de la figura de apego. Mientras que las personas con *evitación de apego* se distancian de la fuente del conflicto para minimizarlo y se van a sentir mal si se las intenta ayudar (Mikulincer y Shaver, 2016; Vedelago et al., 2023).

Otra línea de estudios ha examinado la experiencia en torno a la vivencia de la muerte. Las personas seguras tratan de amortiguar el temor a la muerte confiando en su estrategia primaria de apego. Las personas evitativas sienten que la muerte les despoja del control que constituye el núcleo de su sentimiento de seguridad. Para ello, tratan de disociar sus temores y/o engrandecer su autoestima para sentirse invulnerables, aunque esta estrategia pierde su efectividad a medida que el temor se hace más consciente. Y, por último, en las personas ansiosas su miedo a morir está amplificado por la interpretación de que es un escenario en el que se realizará uno de sus grandes temores, el abandono. Para amortiguar sus temores se adhieren a la visión cultural dominante, con el fin de reforzar una vivencia de pertinencia que genere sentimientos de estar acompañado y ser aceptado, aunque, por el carácter de rumiación de las estrategias de *hiperactivación*, nunca será totalmente efectiva (Menzies y Menzies, 2023; Mikulincer y Shaver, 2022).

3. El procesamiento de la información que puede ser una amenaza para la relación de apego

En situaciones de separación provisional con la pareja, las personas con *evitación de apego* no experimentaban cambios emocionales respecto a la pareja, mientras que las

personas con *ansiedad de apego* sí mostraban más tristeza y ansiedades de separación (Mikulincer y Shaver, 2016).

En situaciones en las que se producían conflictos de pareja, las personas con *seguridad de apego* no solían interpretar que la pareja tuviera una intención hostil hacia ellos, solían buscar la forma de reparar la relación, conservaban la conexión emocional y encontraban formas de expresar de forma contenida sus sentimientos de rabia. En cambio, las personas con *ansiedad de apego* solían sentirse abrumados emocionalmente, tendían a expresar los sentimientos de rabia de forma desmesurada y no era infrecuente que sintieran que la pareja tenía una actitud hostil hacia ellos. En contraposición, las personas con *evitación de apego* no expresan abiertamente sus sentimientos de rabia y tampoco atribuyen intenciones hostiles a su pareja, lo que es congruente con su tendencia a dissociar la emoción del pensamiento (Mikulincer y Shaver, 2016; Momeni et al., 2022).

En términos generales, las personas con *seguridad de apego* tienden a estar conectadas con el malestar emocional, con las experiencias concretas donde se ha originado el conflicto y suelen ser capaces de realizar un trabajo elaborativo sobre su experiencia emocional, lo cual se interpreta como prueba de una estructura mental integrada y diferenciada que les permite regular sus emociones en situaciones de estrés. Por el contrario, las personas con *inseguridad de apego* tienen dificultades para regular sus emociones. Las personas con *evitación de apego* suelen estar dissociadas de su vida emocional y viven, en mayor o menor grado, como si no existieran las emociones, mientras que las personas con *ansiedad de apego* se sienten abrumadas emocionalmente, sobre todo cuando se trata de emociones negativas, lo cual puede considerarse como una prueba de la existencia de una estructura mental poco integrada y diferenciada (Mikulincer y Shaver, 2016; Zhang et al., 2022).

4. Implicaciones de las estrategias de apego en las representaciones mentales

En general, los estudios realizados con diferentes metodologías (p.ej. experimental, cualitativa) señalan que el uso de las estrategias primarias de apego de las personas seguras favorece que se construyan representaciones positivas y una visión equilibrada y coherente de sí mismos, lo que aumenta su tolerancia a la frustración. Por lo que respecta a las personas ansiosas, el uso de las estrategias de *hiperactivación* facilita el acceso a características negativas de sí mismo y la generalización al resto del funcionamiento personal. Por contraste, las estrategias de *desactivación* de las personas evitativas fortalecen la disociación entre los atributos negativos de sí mismos y el resto de los atributos de la personalidad. A diferencia de las personas ansiosas, la discrepancia que se observa entre la autoimagen real y la autoimagen ideal está relacionada con las exigencias, a menudo inasumibles, que se derivan de una construcción personal engrandecida (Dugan et al., 2022; Mikulincer y Shaver, 2016; Thompson et al., 2022).

5. Implicaciones de las estrategias de apego sobre la percepción de las otras personas

En general, los estudios señalan que las estrategias secundarias inducen un sesgo en la percepción de los demás. Las estrategias de *hiperactivación* de las personas ansiosas tienden a sobrevalorar las similitudes con los otros, de modo que reaccionan a las situaciones de conflicto evocando rasgos de la pareja que le son afines. Además, tienden a proyectar sobre la pareja aspectos valorados de sí mismos con el fin de sentirse más conectados a ella. En sentido contrario, las estrategias de *desactivación* de las personas evitativas tienden a sobrevalorar las diferencias con las otras personas y reaccionan a los conflictos evocando rasgos de la pareja que no le son afines.

En cambio, las personas *evitativas* sienten que su percepción de la pareja no se altera cuando se produce un conflicto. En estas personas, las proyecciones sobre la pareja son de aspectos no deseables de sí mismos con el fin de lograr la distancia emocional que

buscan. Es importante destacar que las representaciones de las personas seguras no estaban demasiado influidas por las proyecciones de aspectos personales, lo cual permite que la relación sea más diferenciada y que puedan tolerarse las contradicciones o ambigüedades que puedan surgir en la relación (Mikulincer y Shaver, 2016; Tu et al., 2022).

6. Implicaciones de las estrategias de regulación emocional sobre las respuestas afectivas y la salud mental

El carácter positivo o negativo de las representaciones mentales del self y de los otros suele tener una función defensiva para la persona, es decir, permite regular la intensidad de las emociones. Esta actitud defensiva supone un sesgo en la percepción y en las interpretaciones que se realizan de las experiencias de relación emocionales. Por ello, las personas con *ansiedad de apego* que utilizan estrategias de *hiperactivación* suelen presentar más síntomas psicopatológicos, tanto en la esfera psíquica, como somática e interpersonal, y es habitual que el bienestar psicológico quede afectado. En cambio, las personas con *evitación de apego* realizan algo así como una bajada del volumen emocional que las vuelve, aparentemente, impertérritas a las adversidades. No obstante, cuando la adversidad tiene un fuerte impacto emocional y desborda la defensa de la evitación, no es infrecuente que emerja el desbordamiento emocional que parecía inexistente (Mikulincer y Shaver, 2016, 2023; Sagone et al., 2023).

A continuación, se describen las ideas principales de este apartado:

1. La activación del sistema de apego en adultos puede influir en el funcionamiento cognitivo.
2. La percepción de disponibilidad de la figura de apego varía según el estilo de apego y afecta la forma en que las personas manejan el estrés y los conflictos.
3. Las estrategias de regulación emocional asociadas con diferentes estilos de apego tienen implicaciones para la salud mental: la hiperactivación suele estar relacionada con más síntomas psicopatológicos y la desactivación suele estar más libre de síntomas, salvo que la persona viva una situación de estrés intenso.

5.1.2 Conceptualización de la salud sexual y de las disfunciones sexuales

Desde finales del siglo XIX, existe un interés por fijar criterios sobre la salud sexual, aunque la pluralidad y variabilidad de las expresiones sexuales da cuenta de la complejidad de la tarea. En el 2000, la Organización Panamericana de la Salud (OPS), juntamente con la Asociación Mundial de Sexología (WAS), elaboraron un documento sobre la promoción de la salud sexual de acuerdo a como había sido formulada por la OMS (2000): “la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual, por medios que sean positivamente enriquecedores y que potencien la personalidad, la comunicación y el amor” (p. 9).

Con la intención de precisar el concepto de salud sexual, en 1994, Felix López hizo una propuesta que continúa siendo relevante: a) criterio social, que incluye las creencias y valores socioculturales en los que realiza su vida la persona, b) criterio estadístico, que plantea que es saludable lo que hace la mayoría, c) criterio subjetivo, que se refiere a que cada persona es singular y crea su propia versión de la sexualidad, d) criterio de pareja, que plantea que el punto de vista del otro con el que nos encontramos en la intimidad sexual es crucial y e) criterio científico, que integra el conocimiento interdisciplinar que se va generando sobre el funcionamiento de la sexualidad. Anteriormente, Mace et al., (1974) hicieron una propuesta que sigue siendo útil en el contexto clínico, a pesar del tiempo transcurrido desde que formuló. Par estos autores, la sexualidad saludable se caracteriza por la aptitud para disfrutar éticamente, la ausencia de emociones negativas que inhiban la experiencia sexual y la ausencia de trastornos orgánicos que impidan la práctica sexual.

Si pasamos de lo general a lo particular, en realidad cada persona tiene que enfrentar la construcción singular de su sexualidad, es decir, conformar la versión de su vida sexual. En esta línea y tratando de integrar el conocimiento clínico atesorado en el

Servicio de Psicología Clínica de la Fundació Puigvert con el tratamiento de los problemas en la sexualidad podría añadirse que la clasificación de dichos problemas debe incluir tres categorías, como ya señalamos en el apartado 3.1.: a) la sexualidad como una dimensión de la personalidad, b) la sexualidad como una dimensión relacional y c) la sexualidad como respuesta sexual.

En el ámbito de la psicología clínica uno de los sistemas clasificatorios en los que se incluyen criterios diagnósticos de los trastornos de la sexualidad es el DSM-5 (APA, 2013). Aunque compartimos gran parte de las críticas que se han hecho a estos sistemas de clasificación, vamos a presentar esas propuestas por varias razones: a) lo utilizamos en el trabajo clínico diario en el trabajo interdisciplinar con los médicos andrólogos para formular el diagnóstico biopsicosocial y diseñar el plan de tratamiento, b) se utiliza en muchos de los trabajos de investigación que se publican en el contexto internacional de la medicina sexual y c) forma parte del contexto teórico y metodológico en el que se inscribe la investigación empírica de la que damos cuenta en esta tesis.

Según el DSM-5, las disfunciones sexuales son un grupo heterogéneo de trastornos que se caracterizan por una alteración clínicamente significativa de la respuesta sexual o de la capacidad para experimentar placer sexual. Un paciente puede sufrir varias disfunciones simultáneamente, de hecho, en la clínica la comorbilidad es lo más habitual y tenerlo en cuenta nos orienta acerca de cuál es la mejor estrategia terapéutica. En todos los casos, esta clasificación debe considerar el juicio clínico, por ejemplo, para determinar si los problemas sexuales son el resultado de una estimulación inadecuada porque en tal caso no se realizaría un diagnóstico de disfunción sexual. No obstante, si una persona consulta por un problema sexual como el que hemos referido debemos atenderlo, pero evitando problematizar o patologizar el motivo de consulta. Con este fin, en el contexto

clínico nos resulta útil diferenciar entre variaciones normales de la sexualidad, problemas y disfunciones sexuales.

En esta clasificación, cada disfunción sexual tiene que especificarse en cuanto a su inicio porque puede indicar diferentes etiologías e intervenciones terapéuticas. Así, las disfunciones “de toda la vida” (*lifelong*) -primarias-, han estado presentes desde el inicio de la vida sexual y las “adquiridas” (*acquired*) -secundarias- han aparecido después de un periodo en el que la función sexual era adecuada. Además, otra especificación que es necesario hacer es si el paciente la sufre en todas las situaciones sexuales, con todo tipo de estimulaciones y/o parejas sexuales o no; es decir, es generalizada o situacional.

Además, de los subtipos referidos, se sugiere que se valoren una serie de factores psicológicos, relacionales y sociales que pueden ser relevantes para el diagnóstico y el tratamiento: a) factores de pareja (p.ej. problemas sexuales o de salud general de la pareja), b) factores relacionales (p.ej. comunicación difícil en la pareja, discrepancias en el deseo sexual), c) factores de vulnerabilidad (p.ej. representación negativa del cuerpo, historia de abusos sexuales o emocionales, comorbilidades psiquiátricas como la ansiedad o la depresión o estresores como pérdida del trabajo, duelo, etc.), d) factores religiosos o culturales (p.ej. represión sexual, actitudes erotofóbicas) y e) factores médicos relevantes para el pronóstico, curso o tratamiento.

La conceptualización que hace el DSM-5 de las disfunciones sexuales podría considerarse que está enmarcada en el modelo biopsicosocial, aunque su énfasis está puesto en la respuesta sexual, tal y como se ha descrito en los modelos de Masters y Johnson (1970) y Kaplan (1974). En consonancia con esto, señala que un sistema de clasificación también debe incluir reglas para descartar lo que no son propiamente disfunciones sexuales, a pesar de que haya presentes síntomas sexuales. Concretamente se refiere a aquellos síntomas sexuales que pueden explicarse por los efectos de una

medicación o consumo de droga, por una condición médica (p.ej. prostatectomía radical) o por estresores relacionales importantes como es la violencia de pareja u otros. Tampoco debería diagnosticarse como disfunción si el síntoma sexual puede explicarse por un trastorno mental no sexual (p.ej. trastorno depresivo o bipolar, trastorno de ansiedad, trastorno de estrés post-traumático, trastorno psicótico); en estos casos únicamente diagnosticaríamos el trastorno mental. En la Tabla 5 se recogen los criterios diagnósticos y algunos datos epidemiológicos de las principales disfunciones sexuales masculinas contempladas en el DSM-5.

Hemos señalado anteriormente que, si bien el sistema diagnóstico del DSM-5 es una herramienta útil para el trabajo interdisciplinar, es limitado para dar cuenta de la riqueza de los problemas clínicos, para poner al paciente en el centro de la atención y para articular planes de intervención complejos que vayan más allá del síntoma sexual.

Cada vez más, la sexualidad tiene un rol más importante durante el envejecimiento, cuando se reconceptualiza el significado que tiene para hombres y mujeres, pero en el que los factores de riesgo y los problemas de salud pueden impedir adaptar el funcionamiento sexual a lo deseable y generar malestar personal e interpersonal (McCabe et al., 2016; López y Olazabal, 2005). En cuanto a este proceso de adaptación, los estereotipos sociales y culturales pueden convertirse en barreras para la satisfacción de las personas mayores, aunque en los últimos años, las actitudes hacia la sexualidad parecen converger en la idea de una experiencia gozosa de expresar y compartir emociones en el encuentro íntimo sexual. Por otro lado, cada vez con más frecuencia, hay hombres de menos de 40 años que consultan por sufrir una **DE**, lo cual se observa como un cambio del perfil de los pacientes que buscan ayuda. Una de las explicaciones que se están comenzando a investigar es la influencia del consumo de la pornografía (Andresen et al., 2022; Grubbs & Gola, 2019; Nguyen et al., 2017).

Tabla 5*Disfunciones sexuales masculinas incluidas en el DSM-5: criterios diagnósticos y epidemiología*

<p>Trastorno del deseo sexual hipoactivo</p> <p>Disminución o ausencia persistente o recurrente de pensamientos y fantasías respecto a la actividad sexual</p> <p>El diagnóstico tiene que basarse en el juicio clínico que tendrá en cuenta los factores que pueden afectar el funcionamiento sexual, como la edad y el contexto de vida del paciente</p> <p>Los síntomas persisten aproximadamente durante 6 meses y provocan un malestar clínicamente significativo</p> <p>Los síntomas no se explican mejor por un trastorno mental no sexual, por el impacto negativo de malestar relacional grave, por los efectos del estrés, los efectos de una medicación/substancia y/o la influencia de otra condición médica (*)</p>
<p>Trastorno de la erección</p> <p>Al menos tres criterios deben experimentarse en un 75%-100% de la actividad sexual: a) dificultad para obtener una erección, b) dificultad para mantener una erección hasta el final de la actividad sexual y c) una disminución significativa de la rigidez peniana</p> <p>Los síntomas persisten aproximadamente durante 6 meses y producen un malestar clínicamente significativo</p> <p><i>Epidemiología:</i> Hay un incremento a partir de los 50 años. 13%-21% de hombres entre 40-80 años tienen algún problema de erección. El 2% aprox. de hombres jóvenes entre 40-50 años consultan por problemas de erección. 40%-50% de hombres entre 60-70 años tienen problemas erección significativos. 20% aprox. están preocupados de no tener suficiente erección en su primera experiencia sexual y el 8% aprox. tiene dificultades para realizar el coito</p>
<p>Eyacuación precoz</p> <p>Un persistente o recurrente patrón de eyacuación que ocurre durante la actividad sexual, aproximadamente dentro del 1 minuto siguiente a la penetración vaginal y antes de que la persona lo desee</p> <p>Debe ocurrir en el 75%-100% de las ocasiones que se tiene actividad sexual</p> <p>Los síntomas persisten aproximadamente durante 6 meses y producen un malestar clínicamente significativo</p> <p><i>Epidemiología:</i></p> <p>Internacionalmente, se considera que el 20%-30% de hombres entre 18-70 años expresan preocupación acerca del tiempo de control eyaculatorio. Con el criterio de 1 minuto de IELT (tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal) se estima que existen un 1%-3% hombres con ey.precoz</p>
<p>Eyacuación retardada</p> <p>Cualquiera de los dos síntomas debe experimentarse en un 75%-100% de la actividad sexual en pareja: a) retraso significativo de la eyacuación b) infrecuente o ausencia significativa de eyacuación</p> <p>Los síntomas persisten aproximadamente durante 6 meses y provocan un malestar clínicamente significativo</p> <p><i>Epidemiología:</i></p> <p>Es la disfunción sexual menos frecuente. Únicamente el 75% de los hombres refieren que eyaculan siempre en todas sus relaciones sexuales y menos del 1% se quejarán de que sea un problema</p>

(*) Criterio aplicable a todos los trastornos

Desde una perspectiva clínica es preciso subrayar la importancia de que el diagnóstico integre la valoración de los factores subjetivos, los significados de las relaciones y los contextos sociales en los que se desarrollan. Concretamente desde una

perspectiva psicodinámica, basada en el modelo de las relaciones objetales, la normalidad y patología de las relaciones amorosas se basa en las experiencias de relación que nos han constituido como sujetos desde el inicio de la vida, con nuestra participación en contextos significativos de relación (intersubjetividad), constituyendo *estados sexuales de la mente* (Kernberg, 1995; Meltzer, 1973). En este sentido, y con la intención de sintetizar una visión de la sexualidad problematizada con la que trabajamos en la clínica, podríamos decir que: a) la vida sexual es una construcción singular de cada persona en base a las experiencias de relación significativas que haya tenido, b) la vida sexual es el resultado de la constitución de lo que somos y de los modelos de relación que tenemos disponibles, c) la experiencia sexual es el resultado del significado que adquieren las relaciones actuales en el espacio de encuentro intersubjetivo que es la intimidad, de acuerdo a las relaciones pasadas que se actualizan en el presente, d) la vida sexual es el reflejo de unos modelos de relación que van progresando a lo largo del ciclo vital, de forma que en cada etapa tienes unos objetivos y unos desafíos relacionales a cumplir; esto nos permite analizar de forma diferenciada la sexualidad infantil, adolescente, adulta y de la vejez, y f) los problemas sexuales, con mucha frecuencia, suelen ser síntomas que expresan conflictos o déficits estructurales que también están interfiriendo en el funcionamiento psicológico global. Esto no implica que, en algunas ocasiones, el tratamiento sintomático dirigido a aliviar el síntoma sea la indicación de tratamiento más adecuada. No obstante, no quisiera dejar de añadir que el tema de la sexualidad en el marco psicoanalítica es un tema de enorme complejidad que va más allá de los objetivos de este trabajo.

En consonancia con esta concepción acerca del funcionamiento sexual, la teoría del apego de Bowlby y nuestro enfoque basado en el modelo de Mikulincer y Shaver, que hemos descrito en el apartado 3 de la tesis, nos proporciona una herramienta de análisis

clínico útil para el diagnóstico, la intervención terapéutica y la investigación empírica (Diamond, et al., 2014).

A continuación, se describen las ideas principales de este apartado:

1. La OMS define la salud sexual como una integración de aspectos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual.
2. El DSM-5 clasifica las disfunciones sexuales como alteraciones significativas en la respuesta o el placer sexual, considerando los factores biopsicosociales que influyen en el diagnóstico y tratamiento.
3. Se enfatiza la importancia de considerar aspectos subjetivos, significados relacionales y contextos sociales en el diagnóstico clínico, especialmente desde una perspectiva psicodinámica basada en el modelo de las relaciones de objeto.

5.1.3 Etiología de los problemas sexuales

Los problemas sexuales tienen que ser estudiados en un contexto amplio que incluya la historia biográfica, el funcionamiento psicológico e interpersonal, así como el momento vital de la persona, su estado de salud y sus condiciones actuales de vida. No obstante, la vida sexual es una construcción compleja que no puede reducirse a esquemas simples. Por ejemplo, las actitudes negativas de la familia durante la infancia parece que indican que es más frecuente la aparición de problemas sexuales. Esto mismo esperaríamos de quienes han sufrido experiencias abusivas durante la infancia y/o adolescencia. Sin embargo, no parece que dicha experiencia traumática diferencie entre quienes padecen problemas sexuales y quienes no. Tal vez este resultado pueda explicarse por el efecto moderador de factores como el apego, en cuanto implican unas estrategias de regulación emocional que pueden tener un efecto amortiguador del impacto de experiencias emocionales negativas (Cassioli et al., 2022; Castillo, 2017, Maestre et al., 2021).

En un 40% de las ocasiones, los hombres presentan simultáneamente más de un problema sexual. De hecho, como decíamos, la concurrencia o comorbilidad de problemas sexuales es más la norma que la excepción en la consulta clínica. Por el lado

de la comorbilidad con otros factores de salud, los más relevantes son la **DE** y la eyaculación prematura con presión arterial alta, colesterol, obesidad y trastorno del estado de ánimo. Además, las parejas de estos hombres muestran más problemas de excitación, menor satisfacción sexual y anorgasmia (McCabe y Connaughton, 2014; Roth y Fonagy, 2005). No obstante, el hecho de que existan más de un problema de salud no parece que aumente la tasa de **DE**, aunque ello puede explicarse por cómo se han realizado los estudios (p.ej. solo incluyendo hombres con edades avanzadas, en los que el número total de problemas de salud no es la mejor forma de visibilizar esa relación). En cambio, sí que influyen en la eyaculación retardada y la disminución del deseo sexual (Rowland, et al., 2021).

Los factores psicológicos más relevantes asociados a los problemas sexuales que se destacan en la bibliografía incluyen la depresión, el estrés, la ansiedad generalizada, la ansiedad de rendimiento, el procesamiento cognitivo negativo, la masculinidad, la satisfacción sexual, así como factores relacionados con el estilo de vida, como la obesidad, imagen corporal, alcohol y el tabaco.

Más específicamente, entre los hombres con problemas sexuales se encuentran tasas altas de síntomas depresivos; no obstante, no es frecuente que estos síntomas sean tributarios de un diagnóstico de trastorno depresivo, según el DSM. Entre los síntomas depresivos y los problemas sexuales existe una relación bidireccional, con frecuencia asociada a los efectos secundarios de los antidepresivos (Corona, 2022; Gonçalves et al., 2023). No obstante, en los análisis de McCabe y Connaughton (2014) ni la depresión ni los síntomas depresivos tiene una relación significativa con la función eréctil ni la eyaculación prematura/precoz, aunque sí con la eyaculación retardada y con la disminución del deseo sexual.

También la ansiedad se considera un factor relevante en cuanto a su contribución a los problemas sexuales, de forma particular en la eyaculación prematura y, aunque no siempre se ha confirmado, con la **DE**. Es más consistente la relación con la eyaculación retardada y la disminución del deseo sexual (Velurajah et al., 2022).

Por lo que respecta a las tasas de estrés entre hombres heterosexuales con problemas de erección entre 20-75 años, suelen ser más elevadas que en la población normal. Sin embargo, también se ha comprobado que, en algunas personas, un incremento de estrés da lugar a un aumento del deseo sexual (Bahnsen et al., 2022).

En muchos estudios se ha encontrado que existe una relación significativa entre obesidad y **DE**, aunque es posible que otras condiciones de salud, como la hipertensión, el colesterol y la diabetes o más globalmente el síndrome metabólico, sean más influyentes que la propia obesidad (Corona et al., 2023; Cirillo et al., 2023)

En los problemas que pueden presentarse en cualquier fase de la respuesta sexual (problemas de erección, eyaculación prematura, disminución del deseo sexual y eyaculación retrasada), la satisfacción sexual es un variable predictora. Concretamente, en los problemas de erección, la satisfacción sexual, el estilo de vida y el índice de masa corporal explicarían el 59% de la aparición de problemas de erección. Pero no solo la disminución de la satisfacción sexual se verifica en la **DE**, sino también en la eyaculación prematura, el bajo deseo sexual y la eyaculación retardada (McCabe y Connaughton, 2014).

En cuanto a los factores interpersonales más relevantes que se describen en la bibliografía: intimidad, satisfacción relacional, conflictos relacionales y problemas sexuales de las parejas. En general, los hombres con problemas sexuales tienen más dificultades con la intimidad y presentan más alteraciones en todas las fases de la

respuesta sexual. Además, los hombres que refieren una mayor satisfacción relacional presentan menos problemas sexuales. Sin embargo, no está claro que los problemas sexuales afecten a la satisfacción relacional. Concretamente, la satisfacción relacional, junto a la satisfacción sexual y la ansiedad de rendimiento, es un factor predictivo relevante únicamente en la eyaculación prematura. En estudios realizados con mujeres cuyas parejas tenían problemas sexuales, las dificultades de erección y eyaculación prematura eran los más frecuentes. La recuperación de la función eréctil de los hombres afecta positivamente el deseo de sus parejas. Además, la expresión de deseo de la pareja suele aumentar la excitación sexual de los hombres (Carvalho y García-Gómez, 2022; Sprecher y Cate, 2004).

De acuerdo con todo esto, puede concluirse que un marco biopsicosocial de los problemas sexuales de los hombres es fundamental para un diagnóstico global que incluya factores con diferente valor etiológico, un trabajo interdisciplinar y de colaboración desde el que poder mejorar las estrategias de intervención terapéuticas. Los desarrollos de la farmacoterapia, como la Viagra en 1998 (un inhibidor de la fosfodiesterasa), ofrecieron a los sexólogos y andrólogos unos tratamientos efectivos que parecían que amenazaban con volver innecesarios los tratamientos psicológicos. Esta amenaza fue contestada desde la propia clínica por los mismos pacientes que los utilizaban. No todos los pacientes se beneficiaban de su utilización, pero, además, un 40% de los pacientes que habían tratado con éxito su *DE* con Viagra, abandonaban el tratamiento al cabo de unos meses. Entre las explicaciones de los propios pacientes no es menor la que aludía al precio del tratamiento, aunque la mayoría coincidían en que la pastilla sí les ayudaba a tener una erección, pero no proporcionaba una experiencia sexual satisfactoria (Althoff, 2002; Mazzilli et al., 2022; Tiefer, 2004).

La satisfacción estaba más allá de los fármacos y no se limitaba al logro de una buena respuesta sexual. El riesgo del reduccionismo biomédico en el tratamiento de las disfunciones sexuales se contrarresta apelando a una concepción de la sexualidad como un fenómeno complejo, multicausal y multidimensional que requiere de unas estrategias de tratamiento que combinen los aspectos psicológicos, sociales y biológicos (Binik y Meana, 2009; McCarthy y McDonald, 2009). Los tratamientos integradores que se han propuesto desde entonces se fundamentan teóricamente en el modelo biopsicosocial. Este modelo se considera el tratamiento principal de la disfunción sexual, cuya estrategia de intervención se denomina terapia combinada. Ésta es una terapia de naturaleza interdisciplinaria e integradora, que intenta evitar planteamientos reduccionistas en cuanto al diagnóstico (psicológico u orgánico) o a la intervención (psicoterapia o farmacoterapia) (Corona et al., 2023; Carvalho y Nobre, 2011; Metz et al., 2017).

Seguidamente presentamos el esquema de factores etiológicos consensuado en la *Third International Consultation on Sexual Medicine* que se realizó en París, por *The Psychological and Interpersonal Committee of Sexual Function and Dysfunction* (Althoff et al., 2005; McCabe et al., 2010):

1. *Factores predisponentes*: son aquellos que crean las condiciones de vulnerabilidad en las que se produce el desarrollo personal e interpersonal. En ellos se incluyen aspectos constitucionales (p.ej. enfermedades congénitas, alteraciones anatómicas) y experiencias vitales tempranas (p.ej. apego inseguro, parentalidades conflictivas, estilos educativos represivos, experiencias de abuso físico y/o sexual).
2. *Factores precipitantes*: son aquellos que desencadenan los problemas sexuales. No es posible establecer a priori qué factores ni en qué circunstancias puede quedar afectado el funcionamiento sexual, pero sí que podemos identificar vulnerabilidades personales que pueden interferir en la respuesta sexual o en el desarrollo de la intimidad sexual.

P.ej. la expresión de insatisfacción sexual de la pareja puede afectar a un hombre con inseguridad acerca de su capacidad para ser sexualmente satisfactorio. O un miembro de la pareja que descubre una infidelidad puede sentirse inhibido en la intimidad sexual o, al contrario, sentir más deseo sexual. Es frecuente constatar que las experiencias sexuales insatisfactorias generan un sentimiento de inseguridad y pueden ser un obstáculo para acercarse a la intimidad y/o disfrutar de la misma.

3. *Factores de mantenimiento*: son aquellos elementos, condiciones o aspectos que contribuyen a la persistencia o agravamiento de una disfunción sexual a lo largo del tiempo. Entre ellos podemos incluir: la ansiedad de rendimiento, la estimulación sexual inadecuada, la pérdida de la atracción sexual, el miedo a la intimidad, el sentimiento de culpa, la intensificación de la inseguridad, el deterioro de la autoestima, los conflictos de pareja, la falta de comunicación en la pareja, la ausencia de relaciones íntimas, etc. Estos son algunos de los factores que pueden contribuir a que los problemas se hagan persistentes y refractarios a las ayudas terapéuticas, así como a que se agraven con el paso del tiempo.
4. *Factores contextuales*: son aquellos que hacen referencia al momento vital de la pareja y de cada uno de los miembros. Entre ellos se incluyen: problemas económicos graves, la falta de actividad laboral, la crianza de los hijos, la responsabilidad de cuidar a algún progenitor, hijo o pareja enferma. También formarían parte de este grupo, factores ambientales como la falta de privacidad entre los miembros de la pareja o el hecho de vivir en lugares geográficamente separados o la incompatibilidad de horarios laborales entre los miembros de la pareja.

La vida sexual más o menos satisfactoria va a depender de la confluencia de un conjunto de factores que no solo va a afectar el funcionamiento sexual, sino que es frecuente que afecte el funcionamiento psicológico global, individual e interpersonal. No

es infrecuente que en la clínica de la sexualidad sea difícil diferenciar claramente la naturaleza de los factores intervinientes. P.ej. una ansiedad clínicamente significativa puede ser un factor de mantenimiento, a la vez que ser indicativo de una inseguridad básica. No obstante, este modelo etiológico es un mapa que nos permite orientarnos en la complejidad en la que se inscriben los problemas del funcionamiento sexual, tal y como se presentan en la clínica.

A continuación, vamos a describir específicamente las características del sistema de conducta sexual, cuya estructura y funcionamiento es similar al sistema de conducta de apego, aunque tiene unas especificidades que pueden ser fructíferas en para los estudios futuros sobre sexualidad, problemas sexuales y apego.

A continuación, se describen las ideas principales de este apartado:

1. Se destaca la necesidad de estudiar los problemas sexuales dentro de un contexto amplio que incluya la historia biográfica, el funcionamiento psicológico e interpersonal, el estado de salud y las condiciones actuales de vida de la persona.
2. Los problemas sexuales no pueden reducirse a esquemas simples, ni suelen presentarse de forma aislada.
3. Se propone un esquema etiológico de los problemas sexuales compuesto por factores predisponentes, precipitantes, de mantenimiento y contextuales.

5.2 El sistema de conducta sexual

La utilización del concepto de *sistemas conductuales* le permite a la Teoría del Apego de Bowlby (1984) explicar el funcionamiento del sistema sexual, como un sistema equivalente al sistema de apego. Se considera que los comportamientos sexuales están regulados por un sistema de conducta sexual concebido como innato y que está al servicio de la reproducción. Las funciones principales de este sistema son las de impulsar el deseo y la satisfacción sexual para cumplir con el mandato evolutivo de la reproducción, aunque las diferencias individuales en cuanto a la motivación, las cogniciones, las emociones y

las conductas sexuales van a conformar el funcionamiento de este sistema de conducta. (Birnbaum, 2010; Bowlby, 1984; Mikulincer y Shaver, 2016).

La naturaleza innata de este sistema de conducta significa que su funcionamiento no depende de los procesos de socialización, ni de desencadenantes ambientales, aunque tampoco significa que funcione en el vacío. Su regulación puede estar moldeada por el sistema de apego, que es el sistema conductual que se desarrolla más tempranamente en los seres humanos. Aunque las vinculaciones de apego y el deseo sexual son motivaciones independientes que se rigen por mecanismos fisiológicos diferenciados, su funcionamiento conjunto suele caracterizar las relaciones de pareja (Birnbaum, 2010; Diamond et al., 2014).

De acuerdo con lo anterior, el encuentro con una pareja sexual puede activar el sistema de conducta sexual y, a partir de ahí, pueden derivarse una serie de conductas de aproximación sexual. La estrategia primaria del sistema de conducta sexual consiste en responder a las señales de la pareja sexual con la expresión de deseo sexual y con conductas de aproximación íntima a la persona que ha generado la atracción sexual. Y el funcionamiento óptimo del sistema sexual se logra cuando los dos miembros de la pareja se encuentren en un espacio de intimidad física y emocional (Rubin y Campbell, 2012). Además, el encuentro íntimo satisfactorio puede promover el bienestar psicológico de la pareja (Birnbaum, 2014; Levin, 2007) y la calidad de las relaciones de pareja (Impett et al., 2013; Sprecher y Cate, 2004).

La estrategia primaria del sistema de conducta sexual puede sufrir interferencias de diferentes fuentes como la existencia de emociones negativas (p.ej. la rabia, el dolor, la ansiedad, la decepción) o la influencia de representaciones negativas de la experiencia sexual (p.ej. enfermedades de transmisión sexual, embarazos no deseados) que pueden provocar conflictos relacionales y/o acabar afectando a la satisfacción relacional. Cuando

las estrategias primarias no pueden cumplir su cometido, se activan dos de las estrategias secundarias disponibles: la *hiperactivación* o la *desactivación*. Dichas estrategias subyacen a las actitudes, motivos, sentimientos y comportamientos sexuales de las personas e influyen en que la sexualidad pueda ser fuente de placer o sufrimiento (Birnbaum, 2022; Mikulincer y Shaver, 2016; Quinn-Nilas, 2020).

Respecto al uso de la estrategia de la *hiperactivación* del sistema sexual, al igual que ocurre con el sistema de conducta de apego, comporta una intensificación de la estrategia primaria, lo cual implica una activación crónica del deseo sexual que va acompañado de ansiedades acerca del rendimiento sexual y preocupaciones acerca del rechazo sexual. La *hiperactivación* sexual es una estrategia de regulación emocional que intenta disminuir las emociones negativas derivadas de la percepción de inadecuación sexual teniendo el mayor número posible de relaciones sexuales. Estas personas tienden a enfatizar la importancia del sexo en sus relaciones porque consideran que son un indicativo de la calidad de sus relaciones afectivas, suelen estar preocupadas acerca del interés sexual de sus parejas y sienten miedo de que éstas les abandonen, por lo que pueden adoptar actitudes y conductas sexuales que no tienen en cuenta los deseos de su pareja. De esta forma, no es infrecuente que las experiencias sexuales sean frustrantes y que se creen ciclos viciosos de excitación sexual y ansiedad relacionada con el sexo (Mikulincer y Shaver, 2016).

En cambio, la estrategia de *desactivación* del sistema sexual va a suponer la supresión de las necesidades sexuales porque no dejan de ser experimentadas como una fuente de placer. Después de haber vivido de forma recurrente experiencias sexuales frustrantes o en las que se han sentido rechazadas, estas personas tienden a: a) evitar los encuentros sexuales para no sentirse mal, b) inhibir el deseo sexual para preservar cierto sentimiento de seguridad sexual, c) quitar importancia al sexo en sus relaciones, d)

mantener una actitud de indiferencia hacia el sexo y e) distanciarse de los estímulos eróticos. Esta actitud hacia el encuentro sexual supone que no tengan relaciones sexuales motivadas por la búsqueda de placer sexual y que se refuerce la expectativa de que la experiencia sexual va a ser poco satisfactoria. Por ello, se considera que el sistema de conducta sexual va a permanecer crónicamente desactivado, a pesar de no haber logrado ninguna de sus metas (Mikulincer y Shaver, 2016).

De acuerdo con esta conceptualización de las diferencias individuales del sistema sexual, Birnbaum et al., 2014) han construido una Escala para evaluar el Funcionamiento del Sistema Sexual (SFSS). Vamos a referir los principales resultados del estudio de validación realizado por sus autores, a pesar de que todavía no ha sido validado con población española:

1) De forma similar a las escalas de la ECR, las escalas de *hiperactivación* y *desactivación* sexual son esencialmente ortogonales (perpendiculares), lo que permite diferenciar cuatro áreas de evaluación: a) el confort o placer sexual entendido como confianza en la deseabilidad y habilidad sexual, que corresponde a puntuaciones bajas en *ansiedad* y *evitación* y a la utilización de la estrategia primaria para regular los afectos sexuales y b) el malestar sexual que correspondería a puntuaciones altas en alguna de las dos dimensiones y que está en relación al uso de las estrategias secundarias de regulación emocional. Así, las personas que utilizan la *hiperactivación* sexual experimentan una excitación sexual constante que no logran ni calmar ni satisfacer, mientras que las que utilizan la *desactivación* sexual se alejan de los estímulos y actividades sexuales para dejar de sentirlos,

2) las puntuaciones que se obtienen muestran estabilidad y coincidencias entre lo que evalúan la persona individual y su pareja,

3) los resultados de las evaluaciones son coherentes (validez convergente) con otros autoinformes sobre motivos, sentimientos y comportamientos sexuales,

4) las evaluaciones permiten predecir las creencias y sentimientos relacionados con el sexo, más allá de la varianza explicada por otras medidas de personalidad y relación,

5) la *hiperactivación* y la *desactivación* evaluados por la SSFS están asociados con otros constructos relacionados con el sexo,

6) las personas que puntúan alto en la dimensión de *hiperactivación*: a) presentan correlaciones con la excitación sexual, el bienestar sexual, la preocupación relacionada con el sexo y los sentimientos aversivos experimentados durante las relaciones sexuales, b) los motivos sexuales pueden ser de aproximarse para reforzar la intimidad o para alejarse y así reducir la inseguridad y c) la ambivalencia hacia la actividad sexual se deriva de los intentos frustrados de satisfacerla,

7) las personas que puntúan alto en la dimensión de *desactivación* del sistema sexual se sienten ansiosos frente a la posibilidad de tener un contacto sexual y tienen representaciones sexuales negativas, lo cual suele estar asociado a experiencias sexuales frustrantes y a preocupaciones acerca del atractivo y el rendimiento sexuales. La actitud de retirada característica de la *desactivación* del sistema sexual puede expresarse a través de una actitud erotofóbica, reticencias a las relaciones sexuales ocasionales, una disminución de la satisfacción sexual y disminución del encuentro sexual como una forma de acercamiento relacional,

8) la disminución de la satisfacción sexual y la experiencia de malestar con la intimidad sexual como consecuencia de la *hiperactivación* o la *desactivación* aumenta el riesgo de sufrir una disfunción sexual, aunque de forma diferente: a) la *hiperactivación*

sexual promueve conductas intrusivas y agresivas y b) la *desactivación* sexual aleja la actividad sexual de las condiciones de intimidad, por lo que existe la posibilidad de que se produzcan experiencias sexuales correctivas,

9) en general, un funcionamiento sexual supeditado a las estrategias de *hiperactivación* y *desactivación* se califica de subóptimo y es bastante probable que afecte al bienestar sexual y psicológico, ya que las experiencias sexuales, positivas o negativas, se codifican según las representaciones del yo y de los otros que conforman los *modelos de trabajo internos* de cada persona. Por ello, el funcionamiento sexual subóptimo puede reforzar una percepción negativa del self, puede incrementar las dudas acerca del rendimiento sexual y puede afectar el bienestar psicológico, por lo que, en alguna medida, se considera un factor de riesgo para el desarrollo de problemas intra e interpersonales (Birnbaum et al., 2014; Mikulincer y Shaver, 2016), y

10) desde la perspectiva de la personalidad, la *hiperactivación* y la *desactivación* sexual correlacionan moderadamente con diferentes rasgos de personalidad, lo cual sugiere que no son meramente una expresión de ellos. En general, los rasgos impulsivos están asociados a la *hiperactivación* sexual y a la búsqueda incesante de actividad sexual. Mientras que la inhibición conductual y la poca apertura a nuevas experiencias relacionadas con la *desactivación* sexual ayuda a limitar la exposición a estímulos sexuales y suprimir los impulsos sexuales.

Desde un punto de vista evolutivo, el objetivo principal del sistema de conducta sexual es la reproducción, aunque junto a éste existen unos objetivos sexuales secundarios respecto al compromiso con la pareja que también modelan las diferencias en la expresión de la conducta sexual. Estas diferencias se han estudiado en cuatro ámbitos: las actitudes sexuales (erotofobia o erotofilia), los aspectos fisiológicos (excitación o inhibición), el comportamiento sexual (tendencia a las relaciones con compromiso o episódicas) y las

representaciones cognitivas de la sexualidad (concepciones sexuales y sus implicaciones) (Birnbaum, 2010, 2014, 2022; Mikulincer y Shaver, 2016).

De acuerdo con el análisis se ha propuesto un modelo que explicita cuáles son los objetivos secundarios del sistema sexual que citamos por su interés clínico y de investigación, pues ha impulsado a la construcción de un autoinforme para evaluar dichos objetivos (Birnbaum y Gillath, 2006; Vangelisti y Perlman, 2018) y que conecta con propuestas actuales realizadas en el marco de la Psicoterapia Psicoanalítica de Pareja (Pérez-Testor, 2019): a) unir a la pareja y establecer una relación que vaya más allá de un único episodio sexual. Si bien es cierto que las relaciones sexuales pueden darse sin que haya vínculo afectivo, también lo es que la actividad sexual puede promover dicho vínculo, b) mantener cerca a la pareja durante el mayor tiempo posible. Este objetivo se fundamenta en hechos fisiológicos (p.ej. la ovulación oculta, la producción de oxitocina) y anatómicos (p.ej. la cópula que favorece el contacto físico) que propician el vínculo de apego, c) favorecer la gratificación y el deseo sexuales para motivar a que se mantengan relaciones sexuales y d) restringir las expresiones de sexualidad cuando la actividad sexual se percibe como una experiencia aversiva e incompatible con otros objetivos personales o interpersonales importantes.

En este sentido, percibir la sexualidad como una experiencia negativa puede tener varias funciones: 1) evitar las consecuencias negativas de las expresiones sexuales sin restricciones y no poner en riesgo relaciones de pareja que son satisfactorias y 2) alertar de la existencia de emociones, como la ansiedad, la frustración, la indiferencia, etc., que pueden afectar el bienestar psicológico y relacional.

En el próximo apartado, nos vamos a analizar la relación entre apego y sexualidad. Para ello, vamos a dirigir nuestra atención a la interrelación entre ambos constructos, describiremos un modelo teórico integrador que se asienta en la idea de que la experiencia

sexual es un episodio emocional que necesita ser regulado y en la relación bidireccional existente entre la satisfacción sexual y relacional, que son dos conceptos importantes de esta tesis y que son el foco de atención de la sexología moderna.

A continuación, se describen las ideas principales de este apartado:

1. El sistema de conducta sexual se activa cuando existe atracción/deseo hacia otra persona y su funcionamiento óptimo se produce en un espacio de intimidad sexual.
2. La estrategia primaria del sistema de conducta sexual es la aproximación a una pareja potencial cuando existe deseo y atracción sexual. Mientras que las estrategias secundarias de hiperactivación y desactivación del sistema sexual, consisten en amplificar o minimizar el deseo sexual.
3. El sistema de conducta sexual tiene un objetivo principal que es la reproducción de la especie y unos objetivos secundarios que atañen a la calidad del vínculo de pareja.

6 APEGO ADULTO Y FUNCIONAMIENTO SEXUAL

A finales de los años ochenta, Shaver y Hazan (1988) sugirieron que la teoría del apego de Bowlby podía ser un marco de referencia interesante para estudiar las relaciones de pareja adulta y el amor romántico. Para ello, asumieron que: a) las relaciones de pareja implicaban una combinación de tres sistemas de conducta innatos: apego, cuidado y sexo, b) que cada sistema de conducta tenía sus propias funciones evolutivas y c) que los sistemas interaccionaban entre sí, aunque cada uno de ellos podía ser conceptualizado como un sistema diferente. Desde esta perspectiva, y volviendo de nuevo al tema del amor que preside este trabajo, el amor lo definieron como un estado dinámico que implica las necesidades afectivas de la pareja y las capacidades para el apego, el cuidado y el sexo (Mikulincer y Goodman, 2006; Mikulincer y Shaver, 2016).

La inclusión del sistema de cuidado en la ecuación del amor nos obliga a detenernos nuevamente en la descripción de este sistema conductual. El mecanismo central del sistema de cuidado es el uso de la empatía, juntamente con actitudes y/o conductas de apego, para aliviar el sufrimiento de la pareja y favorecer sentimientos de seguridad y bienestar psicológico. El buen funcionamiento de este sistema va a influir positivamente en la satisfacción y la calidad relacional. P.ej. si la persona que cuida consigue que la pareja se sienta mejor es posible que experimente un sentimiento de autoeficacia que refuerce la representación positiva de sí mismo y que mejore la relación entre ellos. Mientras que, si la persona que cuida se siente incapaz de responder empáticamente a las necesidades afectivas de la pareja, pueden producirse tensiones relacionales, preocupaciones acerca del futuro de la relación, actitudes negativas y conductas hostiles. En consecuencia, puede incrementarse la *inseguridad del apego* y las dudas acerca del amor de la pareja (Mikulincer y Shaver, 2016). Las disfunciones del

sistema de cuidado, como las disfunciones de los otros sistemas conductuales, también van a conceptualizarse en términos de estrategias de *hiperactivación* y *desactivación*.

Vamos a referirnos a continuación a la relación de reciprocidad entre el sistema de apego y el sistema sexual, al carácter dinámico y bidireccional de la misma, lo cual podría llevarnos a pensar que no existe propiamente una direccionalidad de la relación, sino que ésta puede adoptar diferentes formas según el contexto intra e interpersonal implicado.

6.1 Interrelación entre el sistema de conducta sexual y de apego

Entre ambos sistemas de conducta existe una interdependencia que podemos enfocarla desde el vértice de las contribuciones de un sistema sobre otro. De acuerdo con Birnbaum (2023a), las actitudes, las motivaciones, las conductas y las expectativas relacionales que forman parte de los modelos internos de trabajo del sistema de apego van a influir en la representación de la sexualidad, la motivación, las conductas y la respuesta sexual (Mikulincer y Shaver, 2016). Está bien establecido que el estilo de apego que se construye a lo largo de la historia infantil va a continuar siendo significativo durante la adolescencia y adultez, por ejemplo, condicionando hacia qué personas se siente uno atraído sexualmente (Ferguson et al., 2023). En función de ello, se ha establecido que la *seguridad de apego* va a promover: a) unas experiencias emocionales satisfactorias en el sentido sexual, relacional y psicológico, b) un despliegue de la vida sexual orientado a la búsqueda de relaciones íntimas y comprometidas y c) un enfoque relajado de la sexualidad. Mientras que la *inseguridad del apego* puede influir en: a) un enfoque desconfiado de la sexualidad que va a impedir que sea satisfactoria y b) una

afectación negativa de la calidad relacional (Birnbaum y Reis, 2019; Mikulincer y Shaver, 2016).

Más específicamente, respecto a la motivación, pueden observarse diferencias individuales en los objetivos sexuales inherentes a cada estilo de apego. Así, en las personas con *seguridad de apego*, las relaciones de intimidad sexual tienen dos finalidades, la satisfacción sexual y el afianzamiento de la relación de pareja. En cambio, en las personas con *ansiedad de apego*, la finalidad de la intimidad sexual suele expresarse en términos de búsqueda de intimidad emocional con la pareja, para buscar su aprobación y para potenciar el interés de la pareja por mantenerse a su lado (Nowacka, 2019). En términos generales, como hemos ido señalando a lo largo de este trabajo, los encuentros sexuales se viven como una oportunidad para satisfacer necesidades afectivas que no son estrictamente sexuales. Cuando estos objetivos no pueden satisfacerse, pueden aparecer preocupaciones relacionales y sexuales que afecten al ajuste diádico y a la satisfacción relacional. Por parte de las personas con *evitación de apego*, los objetivos por los que buscan un encuentro sexual suelen tener más que ver con un intento de reforzar y/o realzar la imagen de sí mismos que por un propósito de intensificar el contacto emocional con la pareja. Para ello, tratan de disociar los componentes emocionales de los físicos, lo que parece expresarse en una menor frecuencia de relaciones sexuales y una mayor frecuencia del uso de la masturbación (Birnbaum et al., 2006; Ciocca et al., 2015).

Cuando se ponen en el centro del análisis los problemas sexuales, también pueden constatarse diferencias individuales. Las personas con *ansiedad de apego* suelen experimentar con tanta intensidad las emociones negativas asociadas a la relación de pareja que es comprensible que el encuentro sexual adquiera una función instrumental que interfiera con la respuesta sexual, con la satisfacción sexual y con el funcionamiento sexual global, y que ello se exprese en algún tipo de problema sexual. Las personas con

evitación de apego, por su parte, se distancian tanto de sus emociones y se esfuerzan tanto por separar lo emocional y lo físico que los problemas sexuales pueden quedar enmascarados detrás de una actitud de indiferencia hacia la intimidad sexual y/o una actitud manifiestamente erotófila, aunque, de forma latente, suele haber miedo a la intimidad sexual, que es vivida como una amenaza a su equilibrio emocional (Capogrosso et al., 2019; Mikulincer y Shaver, 2016; Stefanou y McCabe, 2012). Un resumen de todo ello puede verse en la Figura 5.

Figura 5

Interrelación entre apego y sexualidad (Maestre et al., 2021)



En lo que atañe al impacto de la *inseguridad de apego* en el ajuste relacional, las personas con *ansiedad de apego* pueden afectar la calidad de su relación de pareja por el uso instrumental que hacen del encuentro sexual. Las necesidades afectivas no satisfechas suelen convertir la sexualidad en un barómetro de cómo está la relación y la negativa a mantener relaciones sexuales o la insatisfacción con las mismas en una señal de que algo malo va a pasar en la relación. En cambio, las personas con *evitación de apego* pueden ver afectada su calidad relacional por todo lo contrario. Su indiferencia y distanciamiento afectivo no queda compensado por la intimidad sexual, que es un escenario de relación al que se le concede poco valor relacional, de modo que cuando existen conflictos relacionales no van a poderse beneficiar del recurso de la intimidad afectivo-sexual para afrontar el desencuentro de pareja (Birnbaum y Reis, 2019). Quizás sea este uno de los mecanismos que explican que las disfunciones sexuales persistan durante tiempo sin que sean vividas como un problema y que sólo recurran a una consulta profesional cuando el ajuste de pareja comienza a deteriorarse y vivirse como una amenaza para la continuidad de la relación de pareja. En este sentido, no es infrecuente que las demandas de ayuda se formulen más como una preocupación por la pareja que por uno mismo.

Lo dicho anteriormente estaría en sintonía con la propuesta del Modelo de Proceso de Diátesis-Estrés del Apego (Kural y Kovacs, 2021; Mikulincer y Shaver, 2018; Simpson y Rholes, 2017). Los autores señalan que el estrés inherente a los conflictos de pareja, sobre todo cuando son vividos como una amenaza de ruptura de la pareja, puede activar el sistema de apego e interferir en el funcionamiento del sistema de conducta sexual. En estos casos, las personas con *ansiedad de apego* tienden a: a) asumir el deseo sexual de la pareja como propio, b) sentirse ambivalentes respecto a la pareja, c) experimentar frustración y rabia, d) tener fantasías en las que se representan a sí mismas como débiles y dependientes, e) adoptar actitudes de control intrusivo de la pareja y, en

ocasiones, conductas violentas que pueden provocar rupturas de pareja. No obstante, a pesar de estos obstáculos para sentirse satisfechos con su relación y con su intimidad sexual, se ha comprobado que las personas con alta *ansiedad de apego* suelen sobreponerse con más rapidez a las separaciones de pareja que las personas con baja ansiedad. En cambio, las personas con *evitación de apego* tienden a: a) regular el malestar alejándose del conflicto relacional, b) aumentar la frecuencia de las relaciones sexuales para reforzar su autoestima y, c) tener fantasías sexuales en las que se representan a sí mismos como invulnerables.

En definitiva, la activación del sistema sexual trata de amplificar las conductas, motivaciones y actitudes relacionales derivadas de la activación del sistema de apego y de sus estrategias de regulación emocional. Lo habitual es que cuando se unen el estrés situacional y los conflictos de pareja se generen pensamientos y sentimientos negativos que tienen el potencial de afectar la respuesta y la satisfacción sexuales. Así, la *ansiedad de apego* induce a utilizar el sexo para mantener la relación, por lo que el sexo puede verse afectado (p.ej. disminución del deseo sexual) y la *evitación de apego* incita a distanciarse de la pareja y, así, a disociar el sexo de la relación. La *seguridad de apego*, por su parte, inclina hacia el uso de estrategias más constructivas para resolver el conflicto o disminuir el estrés (Birnbaum et al., 2019). Sin embargo, en ocasiones, los conflictos relacionales pueden incentivar la motivación hacia los encuentros sexuales, en vez de inhibirlos (Ågmo y Laan, 2023; Davis et al., 2004; Santona et al., 2023).

Siguiendo lo expuesto anteriormente sobre la relación de reciprocidad entre el apego y la sexualidad, también existen pruebas empíricas de que el funcionamiento sexual puede moderar los efectos de la *inseguridad de apego* sobre el bienestar personal y la satisfacción relacional. Más concretamente, se observa que, en las personas con *ansiedad de apego*, el sistema de apego y el sistema sexual parecen estar fusionados, de manera

que el funcionamiento sexual actúa como un amortiguador (*buffer*) del malestar personal e interpersonal. Mientras que, en las personas con *evitación de apego*, se observa que el sistema sexual funciona de forma autónoma respecto al sistema de apego, no teniendo efectos en la relación de pareja. Y por su parte, las personas con *seguridad de apego* suelen presentar una interdependencia moderada entre los aspectos sexuales y emocionales implicados en una relación de pareja (Dewitte, 2012; Little et al., 2010; Zhao et al., 2022).

Como acabamos de decir, se ha comprobado que un funcionamiento sexual satisfactorio entre los miembros de la pareja puede amortiguar el impacto del *apego inseguro* en la satisfacción y calidad relacional. No obstante, con el paso del tiempo, parece que el distanciamiento emocional que adoptan las personas con *evitación de apego* acaba afectando al ajuste diádico (Little et al., 2010; Shoikhedbrod et al., 2022). A pesar de ello, en términos generales, la hipótesis de que existe una relación bidireccional entre la satisfacción sexual y relacional es la que cuenta con más apoyos, aunque no siempre puede confirmarse, tal vez porque, entre las variables moderadoras, únicamente cuando existe un fuerte estrés o tensión en la relación de pareja puede verificarse la conexión entre la satisfacción relacional y sexual (Herzberg et al., 2022; McNulty et al., 2021).

A pesar de que el sexo pueda producirse como un acto solitario de placer, la importancia de la dimensión relacional implica que la satisfacción o insatisfacción sexual no va a ser únicamente el resultado de una persona, sino que va a depender también del tipo de experiencia que tenga la pareja. Por ejemplo, las parejas de personas con *ansiedad de apego* no suelen comunicar que se sientan más insatisfechas sexualmente que quienes no tienen una pareja con *apego ansioso*, al menos en muestras no clínicas (Butzer y Campbell, 2008). Esto se explica porque la persona con *ansiedad de apego* intenta mantener relaciones sexuales para compensar los conflictos que se producen en el ámbito

relacional, adoptando, en ocasiones, un sexo de reconciliación. No obstante, también pueden observarse en la práctica clínica y en algunos estudios de investigación cómo las personas con *ansiedad de apego* pueden incomodar a las parejas con propuestas sexuales incesantes que están al servicio de calmar sus temores, que pueden haberse hecho presentes después de un encuentro sexual que no ha sido satisfactorio (Birnbaum, 2023).

Por el contrario, las parejas de las personas con *evitación de apego* suelen manifestar que no están satisfechas con su vida sexual, aunque es menos probable que esa insatisfacción sexual provoque más conflicto relacional. De hecho, cuando hay conflictos de pareja, entre las personas con *evitación de apego* suelen inhibirse ciertos aspectos sexuales (p.ej. placer sexual, el sentimiento de valoración de la pareja) y se tiende a ignorar las necesidades sexuales y no sexuales de la pareja. Cuando la relación la componen dos personas con *evitación de apego*, es posible que puedan sentir que su vida de pareja fluye, sin que la falta de vida sexual influya en su satisfacción relacional. En cambio, si la pareja del evitativo es una persona con alta ansiedad, pueden incrementarse los problemas sexuales porque se reducen los encuentros sexuales, mientras que la intimidad sexual pierde su función de regular los conflictos relacionales y su ausencia puede convertirse en una fuente de estrés (Butzer y Campbell, 2008; Raposo y Muise, 2021).

Otra línea de pruebas de la relación teórica entre el sexo y el vínculo emocional lo encontramos en las narraciones que hacen las personas de sus experiencias sexuales. En general, tanto hombres como mujeres suelen describir que el encuentro sexual fomenta la intimidad y fortalece el vínculo emocional. Además, la motivación más frecuente por la que se busca el encuentro sexual es de naturaleza relacional, es decir, deseo de proximidad emocional e intención de vigorizar la relación. De hecho, parece que el mero hecho de pensar en la relación sexual puede amplificar el deseo de acercarse a personas

desconocidas o de intensificar una relación con la pareja actual (Birnbbaum y Reis, 2019; Meston et al., 2020; Mikulincer et al., 2008).

A continuación, vamos a revisar algunos de los resultados más relevantes de la investigación empírica realizada acerca de la interdependencia entre los sistemas de conducta de apego y sexual. Para ello, seguiremos el trabajo de Mikulincer y Shaver (2016), abordando: a) el tipo de actividades sexuales en las que participa la persona, b) las actitudes hacia el sexo casual y sin compromiso, c) la experiencia subjetiva de las actividades sexuales, d) la motivación sexual, e) las fantasías sexuales, f) la autoconfianza, la comunicación y la exploración sexual, g) las conductas sexuales de riesgo y h) la coerción sexual.

Por lo que respecta al *tipo de actividades sexuales* en las que se implican las personas, se cuenta con pruebas empíricas de que la *evitación de apego* inhibe la activación del sistema sexual. Así, los adolescentes evitativos retrasan el inicio de los encuentros sexuales y la realización del sexo coital y, cuando ya comienzan a tener relaciones sexuales, practican sexo con menos frecuencia que sus coetáneos no evitativos, mostrando en muchos casos su preferencia por la masturbación. También, las personas adultas con alta *evitación de apego*, por el hecho de utilizar la estrategia de regulación basada en la *desactivación* emocional, refieren tener menos deseo de mantener relaciones sexuales con un extraño, ser menos receptivos a las señales sexuales de la pareja y tener menos relación con su pareja, sobre todo, si ésta tiene una alta *ansiedad de apego*. Todo esto indica que la alta *evitación de apego* contribuye a evitar el sexo, incluso en las relaciones comprometidas de larga duración (Birnbbaum, 2023; Cadely et al., 2020).

En lo que se refiere al vínculo entre *ansiedad de apego* y las actividades sexuales se destaca que existen diferencias de género que son consistentes. Así, mientras que entre los hombres jóvenes la *ansiedad de apego* conlleva una menor frecuencia de relaciones

sexuales y una edad más tardía de inicio, entre las mujeres jóvenes con alta ansiedad, es más probable que se inicien antes en las relaciones sexuales, lo que puede explicarse por el rol de supeditar su deseo sexual al deseo sexual de las parejas, con el consecuente aumento de los embarazos no deseados y la enfermedades de transmisión sexual (Gentzler y Kerns, 2006; Walter et al., 2020).

En lo que concierne a las *actitudes hacia el sexo casual y sin compromiso*, las personas con alta evitación prefieren actividades sexuales en las que se reduzca la posibilidad de que exista intimidad e interdependencia. Además, estas personas son más propensas a mantener relaciones sexuales fuera de la pareja y a sentirse atraído por la conquista sexual de personas que se encuentran en pareja. También, refieren que se sienten más afectadas si la infidelidad de su pareja es de naturaleza sexual que si únicamente es sentimental. En referencia a las personas con alta *ansiedad de apego*, éstas prefieren las relaciones comprometidas a largo plazo, lo cual es coherente con su deseo y búsqueda de amor y cuidado. No es infrecuente que la demanda de afecto constante, su necesidad de verificar la disponibilidad afectiva de la pareja, la vivencia de que lo que recibe nunca es suficiente y la tendencia a poner a prueba constantemente a la pareja puede originar rechazo por parte de ella (Frías et al., 2014; Schmitt y Jonason, 2015).

En lo que atañe a la *experiencia subjetiva de las actividades sexuales*, la alta *ansiedad y evitación de apego* están asociadas a unas vivencias sexuales más negativas y/o menos positivas, una elevada ansiedad sexual, una disminución de la excitación sexual, una mayor insatisfacción sexual y, habitualmente, una evaluación negativa de sus cualidades sexuales. Las diferencias entre los estilos de apego se observan en que las personas con alta evitación le quitan importancia al sexo, no expresan sus necesidades afectivas a la pareja, mientras que quienes presentan una alta ansiedad expresan su deseo de compromiso durante la intimidad sexual y adoptan una actitud erotofílica hacia el sexo

(Birnbaum, 2023). En términos generales, lo descrito es coherente con la idea de que existe una representación negativa del sexo por parte de las personas con *evitación de apego*, mientras que una representación ambivalente del sexo (un deseo fuerte de sexo y amor coexiste con impulsos coercitivos) es común entre las personas con *ansiedad de apego*. También, los estudios confirman que las mujeres con *inseguridad de apego* suelen tener dificultades para alcanzar el orgasmo, expresan más insatisfacción sexual y más presencia de dolor pélvico (dispareunia). Las mujeres con alta *ansiedad de apego* suelen considerar las relaciones sexuales como una señal de que la pareja está disponible y como una muestra de amor, lo cual explicaría la menor satisfacción sexual que refieren: el sexo estaría satisfaciendo necesidades afectivas y las preocupaciones sobre la relación interferirían en la satisfacción sexual (Davis et al., 2004). Por el lado de las mujeres con alta evitación, suelen referir insatisfacción con los aspectos físicos del sexo, lo cual puede ser una prueba de su actitud distanciada y poco comprometida hacia la práctica sexual (Bogaert y Sadava, 2002; Yu et al. 2022).

En lo que refiere a la *motivación por la que se busca la relación de intimidad sexual*, las razones para buscar tener sexo son diferentes en función del estilo de apego. Así, los adolescentes con *ansiedad de apego* tienden a tener sexo para evitar el rechazo de la pareja, mientras que para aquellos con *evitación de apego* la expresión afectiva no suele formar parte de sus experiencias sexuales, inician sus relaciones con el fin de perder la virginidad y, así, ganar aceptación entre compañeros y reforzar su autoestima (Tracy et al., 2003).

En una encuesta con adultos sexualmente activos en la que se les preguntaba por los motivos para realizar sexo, se encontraron los siguientes resultados en las personas con *ansiedad de apego* (Davis et al., 2004): a) fomentar la cercanía, b) asegurarse el apoyo de la pareja, c) reducir el estrés y d) manipular a la pareja. Por otro lado, entre las personas

con *evitación de apego*, no pudieron determinarse las razones en positivo, ya que prevalecía los motivos para no tener encuentros sexuales. En esta línea, Schachner y Shaver (2004) especificaron que las personas con *evitación de apego* practicaban sexo para reforzar su autoestima y responder a las expectativas del grupo.

Estas conclusiones han sido confirmadas por estudios longitudinales y de laboratorio. En concreto, se estudió la motivación sexual cuando se presenta una amenaza relacional y no relacional y se concluyó que, cuando está presente una alta *ansiedad de apego*, disminuyen los motivos hedonistas y la actividad sexual puede utilizarse como una forma de repararse a uno mismo en la relación tratando de que ésta vuelva a ser un espacio seguro. Como era de esperar, cuando está presente la alta evitación, las amenazas relacionales se intentan reparar fuera de la relación, por lo que la sexualidad pierde todavía más relevancia para estas personas. No obstante, en términos generales, parece que los conflictos relacionales pueden inhibir la motivación sexual, sea cual sea el estilo de apego predominante, aunque los objetivos y motivaciones derivados de los estilos de apego van a afectar a las razones por las que se busca el encuentro sexual: minimizar la intimidad y ganar estatus social, en el caso de la *evitación de apego*, y aferrarse a la pareja, valorar el interés de la pareja y complacer los deseos de la pareja, cuando predomina la alta ansiedad (Birnbaum et al., 2023; Mikulincer y Shaver, 2016).

En referencia a las *fantasías sexuales*, la frecuencia con la que se tienen fantasías sexuales y los contenidos de estas están influidos por el estilo de apego predominante. Así, las personas con *ansiedad de apego* tienden a utilizarlas como una realización de deseos, mientras que en personas con alta *ansiedad de apego* las construyen en torno a temas que reflejan el distanciamiento y con representaciones de los otros como agresivos y alienados (Birnbaum y Reis, 2019).

En lo que se refiere a la *autoconfianza, comunicación y exploración*, la *inseguridad de apego* afecta a la autopercepción acerca de ser una persona atractiva y con habilidades sexuales. La *inseguridad de apego* también es un obstáculo para atreverse a adoptar una actitud de exploración en la intimidad sexual y de revelación de los deseos sexuales a la pareja (Khoury y Findlay, 2014; Sutherland, 2022).

En términos de la *práctica de un sexo seguro*, tanto la alta ansiedad como la *evitación de apego* favorecen las prácticas sexuales de riesgo, dando lugar a un aumento de las infecciones de transmisión sexual (Kim y Miller, 2020).

Y en último lugar, también la *inseguridad de apego*, en sus modalidades de alta *ansiedad y evitación*, está relacionada con la coerción física hacia las parejas sexuales y la participación en relaciones sexuales no queridas, pero consensuadas. En la *ansiedad de apego*, como era previsible, para restablecer la cercanía y la sintonía con la pareja. Por su parte, entre los hombres con alta evitación de apego se encuentra la tasa más alta de coacción sexual durante las primeras citas, lo que revela una visión negativa de la pareja o una representación de la misma como un objeto sexual (Dugal et al. 2021).

Por su interés heurístico, vamos a referirnos a las principales conclusiones de una revisión sobre sexualidad y apego, basada en estudios empíricos que incluían participantes hombres y mujeres heterosexuales y homosexuales, mayoritariamente población universitaria caucásica y de países occidentales y que en casi todos los casos únicamente tenía en cuenta una perspectiva individual, en vez de interpersonal (Stefanou y McCabe, 2012):

(a) Las personas con ansiedad y evitación de apego, independientemente del tipo de relación (heterosexual, homosexual) o la naturaleza de la relación (relaciones de pareja consolidadas o citas ocasionales), tienden a referir una menor satisfacción sexual.

(b) Únicamente las personas con *ansiedad de apego* manifestaron que sentían insatisfacción sexual, mientras que no se encontraba esta asociación en las personas con evitación de apego, tal vez porque cuando predomina la evitación se tiende a abandonar las relaciones de pareja antes de experimentar la insatisfacción sexual. Por el contrario, las personas de apego ansioso tienden a continuar con la relación, a pesar de la insatisfacción relacional.

(c) Las personas con ansiedad y evitación de apego presentan menos excitación y lubricación sexuales, más anorgasmia y dolor sexual, y más *DE* en general; en el caso de las personas evitativas, todo ello se hace más evidente en el encuentro sexual que en la masturbación. Además, tanto los hombres como las mujeres evitativas, como hemos dicho, suelen tener menos relaciones sexuales, a diferencia de las personas con *ansiedad de apego* quienes -como hemos dicho- usan las relaciones sexuales frecuentes para satisfacer necesidades afectivas y reducir la inseguridad del apego.

(d) Las experiencias sexuales de las personas con ansiedad de apego suelen utilizarse como un barómetro de la calidad relacional, donde la satisfacción sexual se equipará a ser amado por la pareja, mientras que la insatisfacción sexual se interpreta como signo premonitorio de que van a ser abandonados. Por el contrario, las personas con evitación de apego perciben el sexo y el vínculo amoroso como aspectos independientes, experimentan malestar con la intimidad y no valoran la experiencia sexual como un indicador de la calidad relacional.

(e) Por último, Stefanou y McCabe (2012) hallaron que los factores de moderación y mediación entre el apego y el sexo son el género, el apego inseguro, la satisfacción y la comunicación sexual.

En el próximo apartado, vamos a centrarnos en el modelo teórico de Dewitte (2012) en el que se articula la bidireccionalidad comentada, en términos de la respuesta sexual y las estrategias de regulación emocional asociadas a los diferentes estilos de apego.

A continuación, se describen las ideas principales de este apartado:

1. El sistema de conducta de apego y sexual tienen una relación de interdependencia.
2. La seguridad de apego facilita la satisfacción del encuentro en la intimidad sexual, mientras que la inseguridad de apego promueve experiencias sexuales insatisfactorias que se expresan en problemas sexuales.
3. El estilo de apego predominante puede impactar en el ajuste diádico: satisfaciendo necesidades afectivas -ansiedad de apego- o evitando el encuentro sexual -evitación de apego-.

6.2 Un modelo teórico integrador de los aspectos motivacionales y emocionales de la experiencia sexual

El vínculo entre el estilo de apego y el bienestar psicológico está bien establecido en la investigación. Por un lado, las personas con seguridad de apego experimentan un mayor bienestar psicológico, una afectividad más positiva, una menor tendencia a experimentar síntomas psicopatológicos y una mayor satisfacción relacional. Por el contrario, la inseguridad de apego suele estar asociada a un mayor malestar psicológico y a más psicopatología. El apego inseguro también va a influir en la calidad del vínculo afectivo, de manera que la satisfacción relacional y el ajuste diádico pueden verse afectados negativamente (Brandao et al., 2020; Mikulincer y Shaver, 2016).

El estudio de los procesos que subyacen a la relación entre el funcionamiento del apego y el sexual se ha realizado principalmente a un nivel macro de análisis, corriendo el riesgo de alejarse tanto de las diferencias individuales como de los fenómenos clínicos,

que pueden quedar oscurecidos. Creemos que el análisis puede enriquecerse si se adopta un nivel micro de análisis. Hasta ahora, se ha considerado que los estilos de apego son variables mediadoras o de mediación del estímulo sexual y se ha pensado que la respuesta sexual es un fenómeno de excitación complejo que se activa de forma diferente según la naturaleza del estímulo (Jansenn y Bancroft, 2023).

En muchos de los estudios empíricos realizados, el sexo se ha considerado como una motivación sexual que gravita en torno a diferentes objetivos sexuales que, por un lado, condicionan la interpretación y respuesta que le demos a los estímulos sexuales y, por otro, modelan la experiencia sexual que se tenga. Por ello, tanto la conducta sexual como los problemas sexuales van a estar asociados a experiencias emocionales diferentes según la naturaleza de las motivaciones que impulsen la sexualidad (Dewitte, 2012; Pawlowska et al., 2023). Respecto a la motivación, un análisis relevante clínicamente es el que propone diferenciar entre: a) el deseo de buscar un resultado sexual positivo (aproximación) o de evitar un resultado negativo (evitación) y b) el objetivo sexual centrado en uno mismo (intraindividual) o centrado en los demás (interpersonal) (Cooper et al., 2006).

A continuación, vamos a describir un modelo que integra los aspectos emocionales y motivacionales inherentes a la respuesta sexual. Según Dewitte (2012), las diferencias individuales en el funcionamiento del apego se han interpretado como una fuente de variación en el tipo de motivación sexual. De modo que, la persona con *seguridad de apego* suele buscar la relación sexual para expresar su amor y reforzar el vínculo emocional, mientras que la persona con *ansiedad de apego* tiende a tener relaciones sexuales para complacer a su pareja, obtener reconocimiento o reforzar su autoestima. Y, por su parte, en las personas con evitación de apego, el funcionamiento sexual se basa en motivos centrados en sí mismo y para eludir una mala experiencia. En general, las

inseguridades de apego tienen en común una motivación de evitación que causa malestar y puede afectar al bienestar personal e interpersonal.

A lo largo de las últimas décadas, el enfoque de la motivación sexual ha perdido poder explicativo a favor de teorías más amplias sobre el procesamiento de la información y la regulación emocional, que han desplazado la atención desde el sexo como un motivo único a interacción dinámica entre cogniciones, emociones y motivaciones (Toates, 2009). Se ha pasado de la consideración de que la motivación sexual es únicamente una fase de la activación del sistema de conducta sexual, a la consideración de que la motivación sexual está supeditada al significado emocional al que está asociada. De manera que, la excitación sexual ha pasado a considerarse como un episodio emocional compuesto por factores cognitivos (evaluación y valoración del estímulo), experienciales (la experiencia subjetiva), fisiológicos (sistemas de respuesta del sistema nervioso autónomo), motivacionales (preparación y apoyo a la acción) y conductuales (la acción sexual) (Jansenn et al., 2008; Moors, 2009).

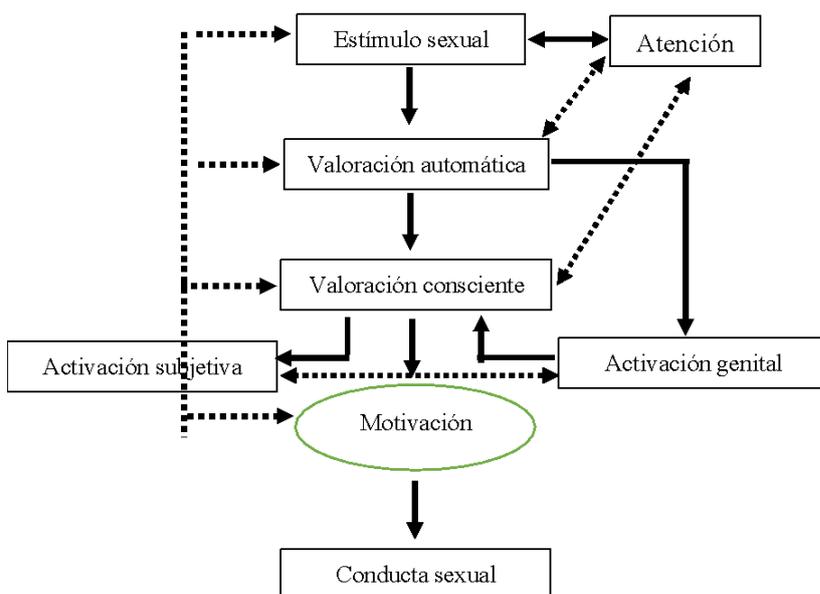
Este planteamiento permite estudiar cómo las diferentes orientaciones de apego interactúan con el procesamiento emocional de los estímulos sexuales, de manera que la respuesta sexual asociada a un estímulo sexual va a depender de las representaciones cognitivas a las que esté asociado y del significado que se otorgue a dichos estímulos (p.ej. los modelos de trabajo interno).

Según el modelo (Figura 6), la presencia de un estímulo sexual puede evocar una respuesta afectiva y motivacional asociada a una expectativa, y producir un episodio sexual si el estímulo capta la atención y se valora como potencialmente gratificante. Cuando la valoración positiva se asocia a una respuesta de excitación y a una sensación subjetiva de deseo, puede generarse la motivación de aproximarse a otra persona con el fin de propiciar un encuentro sexual. Por el contrario, cuando la persona realiza una

valoración negativa de la estimulación sexual, es muy posible que el resultado sea una inhibición de la respuesta sexual y de la motivación sexual.

Figura 6

Modelo motivacional-emocional de excitación sexual (Dewitte, 2012)



La importancia de la valoración de la estimulación sexual supone que en todas las fases del procesamiento sexual pueden influir los modelos de trabajo internos de trabajo que caracterizan el apego. En la primera fase, estos modelos de trabajo pueden sesgar la atención que se le presta a los estímulos sexuales, de forma que, mientras las personas con evitación de apego van a distanciarse del sexo, las ansiosas van a estar, a menudo, en un estado de alerta hacia las señales sexuales. Además, los modelos de trabajo también pueden sesgar la valoración de los estímulos sexuales, devaluando o sobrevalorando su capacidad de excitación, aunque es preciso destacar que el contexto relacional en el que

se produce la excitación puede asignar un valor que no es estrictamente sexual a los estímulos sexuales. Esto implica que el valor erótico/sexual de un estímulo puede estar modulado por la activación de otros sistemas motivacionales, como el sistema de apego (Toates, 2009).

De acuerdo con esto, la *seguridad de apego* va a destacar la relevancia del estímulo sexual, mientras que la inseguridad de apego, particularmente la evitación, puede disminuir su importancia. También puede ocurrir que, frente a un estímulo sexual, las expectativas de apego tengan prioridad sobre las sexuales, como ocurre en las personas con *ansiedad de apego*, para quienes, a menudo, es más importante la preocupación de perder a la pareja que el placer sexual que pueda obtenerse. Por ello, la importancia de las orientaciones de apego en el desencadenamiento y dirección del proceso sexual queda bien apuntada en este modelo (Janssen y Bancroft, 2023).

No obstante, la claridad del modelo teórico no puede eludir la complejidad inherente al estudio de las relaciones entre el apego y la sexualidad. Un problema es la simultaneidad entre las valoraciones conscientes e inconscientes. Por ejemplo, es probable que las personas con evitación de apego que tienen una buena calidad relacional con su pareja valoren la intimidad sexual de forma positiva, aunque esta valoración puede cambiar si se activan las estrategias defensivas. Por su parte, las personas con *ansiedad de apego* tienden a valorar positivamente los estímulos sexuales, pero sus preocupaciones acerca de ser queridas o rechazadas puede inducirles a valorar dichos estímulos como no gratificantes en un nivel más consciente. Otra complicación estaría relacionada con la falta de correspondencia entre los niveles subjetivo, fisiológico y conductual de la emoción, cuya investigación va a requerir metodologías que complementen los autoinformes con evaluaciones fisiológicas (Dewitte, 2012; Janssen y Bancroft, 2023).

Desde la perspectiva del sexo como un mecanismo de regulación de la emoción es preciso detenerse en considerar varios aspectos: (a) la regulación de las emociones sexuales, (b) las diferencias individuales en la regulación de las emociones sexuales, (c) la regulación de las emociones inherentes a la activación del sistema de apego, (d) la regulación de las emociones ajenas a la activación del sistema de apego y (e) la correulación (Dewitte, 2012; Jansenn y Bancroft, 2023; Mikulincer y Shaver, 2016; Toates, 2009). A continuación, seguiremos a los autores citados para hacer referencia a cada uno de estos aspectos.

(a) *Función reguladora del sexo*. Ésta hace referencia a las estrategias que se utilizan para controlar qué emociones se tienen, con quién, cómo se experimentan y expresan. Se ha descrito que el funcionamiento sexual utiliza estrategias para incrementar, mantener o disminuir uno o más componentes de la respuesta sexual. Basándonos en el modelo del proceso de excitación sexual que hemos descrito anteriormente, las estrategias de regulación emocional pueden organizarse de acuerdo con cuándo actúan en el proceso de generar emociones y a qué componente emocional van dirigidas (p.ej. atención, procesos de evaluación, excitación genital, etc.). De esta forma, la regulación emocional puede generar cambios en diferentes fases de la respuesta sexual según se produzca de forma automática o controlada, y que ocurra durante el procesamiento de las señales emocionales o después de que la respuesta emocional se ha producido, en el sentido de la subregulación o la suprarregulación de la activación del sistema sexual.

(b) *Diferencias individuales en la regulación de las emociones sexuales*. Cada estilo de apego supone una regulación diferente de las emociones sexuales, fundamentalmente porque a la actividad sexual se le van a asignar unos significados y metas diferentes. Las estrategias sexuales que utilizan las personas con *evitación* de apego

son de carácter inhibitorio, mientras que las *ansiosas* son de carácter excitatorio. De modo que las personas con *ansiedad de apego* estarían muy sensibilizadas a cualquier señal sexual, pero podrían tender a evaluarlas como una potencial amenaza de rechazo o insatisfacción de otras necesidades afectivas que podrían interferir en la experiencia emocional del encuentro sexual.

(c) *Regulación de las emociones inherentes a la activación del sistema de apego.*

El sistema sexual no sólo influye en la regulación de emociones estrictamente sexuales como el deseo o la excitación sexual, sino que puede influir en las emociones relacionadas con otros sistemas motivacionales que interactúan con el sistema sexual. De modo que, desde esta perspectiva, el sistema de apego y el sexual se influyen de forma recíproca y son similares en que ambos están dirigidos a la regulación emocional. Mientras que las relaciones de apego son el contexto relacional en el que se pueden regular las emociones y las experiencias sexuales, cabe esperar que las estrategias sexuales influyan en la regulación que se genera durante la activación del sistema de apego. P.ej. ya hemos comentado algunas pruebas en las que la percepción de una amenaza relacional está asociada a un incremento de la motivación sexual y está moderada por los estilos de apego.

(d) *Regulación de las emociones activadas en un contexto que no es relacional ni de apego.* No está suficientemente claro que los estilos de apego influyan en las respuestas sexuales que pueden producirse frente a situaciones de peligro que no son relacionales, aunque sí hay personas que utilizan el sexo para afrontar el afecto negativo, el estrés o las tensiones posteriores a un conflicto.

(e) *Co-regulación.* Las personas pueden responder al comportamiento sexual de la otra persona (*reactive*) o pueden adaptarse de forma proactiva a las condiciones cambiantes de relación con la pareja (*responsive*). De acuerdo con esta interdependencia

es decisivo que se estudien los vínculos diádicos en la respuesta emocional, es decir, no se trata únicamente de entender cómo las emociones personales influyen en el otro, sino que también es necesario conocer cómo las emociones de la pareja influyen en las propias. De esta manera, puede esperarse que el estilo de apego de un miembro de la pareja influya en las respuestas sexuales del otro miembro de la pareja. Por ejemplo, el estilo sexual obsesivo y dependiente de las personas con *ansiedad* de apego puede inducir a que su pareja inhiba sus demandas de intimidad sexual, lo que podría generar insatisfacción en la relación si la persona ansiosa lo interpreta como una confirmación de sus temores de que no es suficientemente querida.

A todo lo anterior podría añadirse que entre las parejas implicadas en una dinámica de relación conflictiva es más probable que se problematice su funcionamiento sexual, sea la respuesta sexual (p.ej. deseo sexual, excitación) y/o la experiencia sexual (p.ej. satisfacción sexual). En estos contextos relacionales, las personas con *ansiedad de apego* pueden utilizar la relación sexual para reparar la relación, más que para obtener satisfacción sexual, y utilizan estrategias que consisten en un aumento de las demandas sexuales que se dirigen a la pareja. Por ello, la persistencia del desajuste diádico y la ineficacia de las estrategias de reparación relacional pueden acabar inhibiendo el deseo y los encuentros sexuales. Mientras que las personas con evitación de apego no suelen tener relaciones sexuales cuando perciben que la relación de pareja no está funcionando, lo cual es coherente con su tendencia a utilizar estrategias de distanciamiento (Thompson et al., 2022).

En conclusión, es necesario tener en cuenta la interacción dinámica que existe entre apego y experiencia sexual para comprender la respuesta sexual en las relaciones de apego, a lo cual podríamos añadir que dicha interacción va a ser diferente según en qué momento se encuentre la pareja en el marco de vida en común.

Volviendo ahora a un nivel superior de análisis y siguiendo en la línea de la interdependencia entre el sistema de conducta de apego y sexual, surgen una serie de cuestiones que es necesario que se investiguen por la relevancia conceptual y las implicaciones clínicas que pueden tener (Thompson et al., 2022): a) ¿puede la satisfacción sexual mantenida en el tiempo reducir la inseguridad del apego?, b) los encuentros sexuales que se producen en las relaciones de pareja, ¿son un reflejo de la calidad relacional cuando se trata de relaciones consolidadas?, mientras que ¿son un factor que contribuye a la calidad del vínculo en las primeras etapas de la relación?, c) ¿los aspectos no sexuales de la relación pueden compensar la disfunción sexual o la insatisfacción sexual?, d) ¿las emociones que se generan durante la activación del sistema de conducta sexual pueden afectar a la calidad relacional?, y e) ¿qué diferencias existen entre las parejas en las que el deseo sexual disminuye con el paso del tiempo y aquellas en las que se mantiene?

Seguidamente, vamos a dedicar el siguiente apartado a estudiar la satisfacción sexual y relacional como constructos independientes, pero interrelacionados. Hay dos razones que justifican este apartado: a) el hecho de haberlas utilizado como dos variables dependientes en que hemos monitorizado el impacto de la **DE** de los hombres que conforman nuestro grupo de estudio y b) el hecho de que tanto la psicología especializada en problemas de la sexualidad como la sexología más clásica han subrayado la satisfacción como la variable en la que tienen que reflejarse los efectos de las intervenciones psicoterapéuticas y/o sexológicas.

A continuación, se describen las ideas principales del apartado:

1. La seguridad de apego se asocia con bienestar psicológico y satisfacción relacional, mientras que la inseguridad de apego se relaciona con malestar y dificultades en las relaciones.
2. El estilo de apego predominante influye en la naturaleza de la motivación sexual hacia la pareja: conexión emocional -seguridad de apego-, asegurar la proximidad -ansiedad de apego- y evitar conflictos -evitación de apego-.

3. El estilo de apego predominante influye en cómo se perciben y valoran los estímulos sexuales, así como en la forma como se regulan las emociones que se derivan del estímulo sexual.

6.3 Satisfacción sexual y satisfacción relacional

La satisfacción sexual se ha conceptualizado como una reacción emocional que se produce después de que la persona ha valorado los aspectos positivos y negativos de su encuentro sexual. Aunque existen estudios que prueban que un buen funcionamiento sexual está relacionado con una alta satisfacción sexual (Maxwell y McNulty, 2019; Vangelisti y Perlman, 2018; Zhao et al., 2022), la evidencia clínica que reunimos en las consultas por problemas sexuales nos indica que la satisfacción sexual es una experiencia en la que se conjugan el funcionamiento sexual (la respuesta sexual), el funcionamiento psicológico global y el estilo de relación interpersonal, como señalábamos en el punto 4.2. Además, en la experiencia o no de satisfacción sexual también van a influir el contexto social en cada uno de los cuatro niveles en que podemos subdividir esta variable: a) el microsistema social, que se refiere a las características individuales (p.ej. género, edad, personalidad, autoestima), b) el mesosistema social, que se refiere a las relaciones de intimidad, es decir, el ambiente inmediato del individuo (p.ej. satisfacción marital, comunicación, funcionamiento sexual, disfunción sexual). Más específicamente, las variables que hemos utilizado en esta tesis se clasificarían en este nivel: la disfunción sexual, el estilo de apego, la satisfacción relacional, el ajuste diádico y la satisfacción sexual, c) exosistema social que se refiere a las redes sociales o el estatus social (p.ej. relaciones familiares, parentalidad, apoyo social, estatus socioeconómico) y d) macrosistema social que se refiere a los factores sociales e institucionales (p.ej. ideología política, creencias religiosas). En este sentido, la satisfacción sexual es un concepto multidimensional que también se considera clave en la calidad de vida, el bienestar

psicológico y la salud mental y física (Harvey et al., 2004; Sánchez, 2015; Zhao et al., 2022).

La utilización del constructo de satisfacción sexual como medida de resultado en los estudios de salud sexual ha planteado un debate acerca de si existen diferencias entre la satisfacción y el malestar sexual. Por un lado, están aquellos investigadores que consideran que son dos polos de un mismo continuum, de manera que la presencia de una baja satisfacción sexual está indicando la presencia de un alto malestar sexual y viceversa. Y, por otro lado, los investigadores que plantean que son dos factores independientes que se refieren a aspectos diferentes de la experiencia sexual y, por tanto, que tienen que evaluarse también de forma diferenciada. Estos últimos consideran que el malestar sexual hace referencia a la preocupación, la frustración y la ansiedad relacionada con la actividad sexual, que se incluye como un criterio clínico necesario para hacer un diagnóstico de disfunción sexual según el DSM-5, tal y como explicábamos en el apartado 5.2. y que, en los grupos de trabajo previos a la publicación del DSM-5, fue cuestionado desde la posición de autores que afirman que, con frecuencia, las personas tienen problemas sexuales que no les hacen sufrir, especialmente en el caso de las mujeres.

En este sentido, Stephenson y Meston (2010) realizaron un estudio con una muestra de mujeres jóvenes que estaban en psicoterapia por un problema de excitación sexual y un grupo de mujeres sin problemas sexuales como grupo control, a quienes se les pidió que completaran unos cuestionarios sobre satisfacción sexual, función sexual y ajuste diádico. Los resultados obtenidos señalaban que la satisfacción y el malestar sexual estaban muy estrechamente relacionados, aunque eran parcialmente independientes. Estas diferencias pueden ser importantes porque: a) la evaluación del malestar sexual en población clínica puede estar más relacionada con los diferentes aspectos del funcionamiento sexual, que serían más sensibles a la influencia de la psicoterapia sexual,

b) la satisfacción y el malestar sexual pueden estar asociadas a diferentes tipos de problema sexual y, por tanto, ser sensibles a diferentes tipos de tratamiento. Por ejemplo, el malestar sexual producido por una disfunción sexual puede disminuir con una intervención sintomática, mientras que la satisfacción sexual va a aumentar si se trata la dimensión interpersonal de la disfunción sexual, c) de acuerdo con estos resultados, la satisfacción relacional parece estar más relacionada con la satisfacción sexual que con el malestar y d) puede que sean diferentes las variables que moderen la relación entre la satisfacción relacional y la satisfacción y el malestar sexual. Estos resultados obtenidos en un estudio con mujeres deberían poderse realizar con hombres (Ciocca et al., 2020).

Uno de los modelos teóricos desde los que se ha conceptualizado y desarrollado una medida global de satisfacción sexual es el IEMSS -Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction- (Lawrance y Byers, 1992, 1995, 1998). Nos detendremos a explicar el modelo porque los instrumentos de evaluación de la satisfacción sexual y relacional que utilizamos en esta tesis son dos subescalas que forman parte de la medida global a la que nos hemos referido.

En esta teoría, se considera que la conducta y las evaluaciones interpersonales son el resultado de elecciones racionales por parte de los miembros de la pareja. También se asume que en la relación interpersonal se da un proceso de dar y recibir que se vive con satisfacción si lo que se logra es más de lo que se esperaba lograr. De acuerdo con este planteamiento, la satisfacción sexual es el resultado de un balance en el que se recibe más de lo que se esperaba y, además, en el marco de una relación de equidad entre los miembros de la pareja. Los autores de la IEMSS proponen una evaluación multidimensional mediante el uso de varias escalas, en las que se les pide a las personas que valoren aspectos de la relación sexual de acuerdo a unas dimensiones bipolares: bueno-

malo, agradable-desagradable, positivo-negativo, satisfactorio-insatisfactorio y valioso-sin valor.

La sexualidad que se tiene en las relaciones de pareja es la que suele ir asociada a mayores niveles de satisfacción, que tienden a mantenerse a lo largo de tiempo en parejas estables. Tal vez, dos de los factores más relevantes que obstaculizan y promueven la satisfacción sexual son la discrepancia sexual y la comunicación de la pareja (Harvey et al., 2004).

Por lo que respecta a la discrepancia en cuanto a la frecuencia y la preferencia por diferentes prácticas sexuales, así como a las dificultades para lograr el orgasmo, no es infrecuente que se convierta en un factor de insatisfacción sexual que puede acabar afectando a la satisfacción con la relación. Respecto al orgasmo, las pruebas indican que esta dificultad es más frecuente en mujeres que en hombres; aunque alcanzar el orgasmo no garantiza la satisfacción sexual, sí puede promover sentimientos amorosos, reciprocidad y, por tanto, una mayor satisfacción relacional. De acuerdo con esto, la asociación entre orgasmo y satisfacción sexual suele explicarse como: a) las personas satisfechas relacionalmente se implican más en la experiencia sexual, b) las parejas más satisfechas relacionalmente tienen una comunicación sexual más conectada y fluida y c) la frecuencia orgásmica también contribuye a que la pareja perciba una mayor calidad relacional (Vangelisti y Perlman, 2018).

En cuanto a la comunicación acerca de los problemas sexuales y/o del interés sexual, ésta puede fomentar el compromiso de la pareja. A pesar de su importancia, la comunicación sexual es un constructo difícil de investigar porque suele producirse en el ámbito de la privacidad. Las parejas que hablan de sexo en general suelen estar más satisfechas en aspectos sexuales y no sexuales. Cuando es posible revelar las preferencias sexuales a la pareja, la satisfacción sexual y relacional parecen ser mejores (Vangelisti y

Perlman, 2018). Sin embargo, una buena comunicación en torno a la intimidad sexual no impide que la pareja pueda tener conflictos y que estos requieran ser tratados por un profesional. De hecho, los conflictos sexuales son una de las causas más frecuentes por las que se pide ayuda psicoterapéutica, tanto en las parejas de larga como de corta duración (Pérez-Testor, 2019). Los conflictos sexuales pueden o no estar relacionados con un problema sexual concreto y, en ocasiones, con actitudes relacionales coercitivas que deterioran el bienestar psicológico y ponen en peligro la viabilidad de la relación (Harvey et al., 2004; Mallory, 2022).

Ya hemos señalado que cuando existe una respuesta sexual disfuncional se puede generar insatisfacción o malestar sexual, pero no en todas las ocasiones ni con la intensidad con la que esperaríamos encontrar el malestar en el contexto clínico. En este sentido, no es infrecuente observar que los hombres con disfunción sexual expresan que sus dificultades sexuales les hacen sentir incómodos por el hecho de que hay algo que no puede hacerse, pero que no les hace sufrir en exceso. De hecho, en el contexto clínico puede constatarse que la actitud cuidadora de los miembros de la pareja es un factor que suele realzar la satisfacción sexual y relacional y, posiblemente, aliviar la incomodidad a la que nos acabamos de referir.

La interdependencia se hace evidente cuando se comprueba que el estado emocional de un miembro de la pareja acerca de la relación puede contribuir a la satisfacción sexual y relacional. Si algún miembro de la pareja se siente muy estresado puede resentirse la satisfacción sexual. Así, las personas que cargan con muchas responsabilidades o conflictos familiares suelen sentir menos satisfacción sexual. En este sentido, se observa que hombres y mujeres funcionan de forma diferente. Las mujeres estresadas no suelen buscar la sexualidad para aliviar el estrés, mientras que los hombres

no es infrecuente que recurran a la relación sexual para aliviar el impacto del estrés sobre su bienestar psicológico e interpersonal (Vangelisti y Perlman, 2018).

El papel central que la sexualidad ha ido adquiriendo en la vida social contemporánea, como hemos referido en el apartado 2 sobre el amor en la cultura del desamor, ha realzado el valor de la satisfacción, llegándose a considerar como un barómetro de la calidad y la satisfacción relacional. Así, las parejas que se sienten satisfechas sexualmente suelen ser las que refieren mayor percepción de calidad relacional y ajuste diádico, en factores como el amor, el compromiso o la estabilidad de la relación de pareja. Además, los cambios en la satisfacción sexual suelen estar en consonancia a modificaciones de la satisfacción relacional, aunque es preciso tener en cuenta dos cuestiones: a) la satisfacción sexual es únicamente un tipo específico de satisfacción que contribuye a la satisfacción relacional, pero que el ajuste diádico, en última instancia, se sustenta en otros factores como la cohesión, el consenso y la expresión de afecto (así lo veremos al describir la prueba de ajuste diádico, DAS, que utilizamos en el trabajo empírico de esta tesis) y b) la asociación entre satisfacción sexual y relacional no supone que la influencia etiológica vaya en un único sentido, sino que parece más adecuado pensar que existe una relación bidireccional (Harvey et al., 2004; Zhao et al., 2022).

La hipótesis de una relación bidireccional entre satisfacción sexual y relacional se sustenta en las pruebas empíricas que indican que el funcionamiento sexual modera el impacto sobre la satisfacción relacional de factores como el neuroticismo, la mala imagen corporal o la inseguridad de apego. Además de que las parejas que refieren estar satisfechas al inicio de su relación suelen tener mayor satisfacción relacional a lo largo del tiempo. En este sentido, una serie de estudios longitudinales han dado cuenta de que la satisfacción sexual refuerza el vínculo afectivo entre los miembros de la pareja y que

los aspectos gratificantes del sexo pueden persistir de manera significativa (McNulty et al., 2016; Meltzer et al., 2017).

En algunos estudios empíricos puede observarse que la experiencia sexual no sólo tiene un impacto directo sobre la baja satisfacción relacional, sino que también modera el efecto de otros factores como el neuroticismo y la inseguridad del apego. Así, una actividad sexual frecuente o satisfactoria puede amortiguar el impacto negativo sobre la satisfacción relacional de los dos factores mencionados porque favorece la proximidad relacional con garantías de seguridad para personas con un perfil de vulnerabilidad, y refuerza el afecto positivo que se deriva del encuentro sexual con la pareja. Estos procesos pueden interpretarse desde la perspectiva de la cognición social, en la que apela dos procesos cognitivos: a) los procesos automáticos, en los que un tipo de afecto va a quedar asociado a un tipo de experiencia sexual y b) los procesos controlados, por medio de los cuales se le da un significado a la experiencia sexual. Esto podría dar cuenta tanto de la razón por la que una frecuencia alta de experiencias sexuales positivas puede inducir juicios más positivos de la pareja y lo inverso, cómo las experiencias menos positivas o frecuentes pueden tender hacia juicios menos positivos de la calidad relacional (Lafortune et al., 2022; Maxwell y McNulty, 2019; Sherman et al., 2014).

Siguiendo con lo anterior, podría explicarse por qué las evaluaciones sobre la satisfacción relacional no siempre van a ser consistentes con la satisfacción sexual, ya que el significado y la importancia que se le otorgue al encuentro sexual pueden inducir a evaluaciones más negativas o neutras, a pesar de que exista satisfacción sexual. Tal vez es lo que ocurre con las personas con *evitación* de apego, que pueden sentirse satisfechos sexualmente, pero pueden referir que no se sienten satisfechos relacionalmente, o viceversa. Naturalmente, los encuentros sexuales no satisfactorios pueden tener efectos opuestos, es decir, aumentar el impacto negativo sobre la satisfacción relacional.

En este sentido, es de interés apuntar el resultado de algunos estudios en los que se informa de que la frecuencia sexual no siempre está asociada con la satisfacción relacional y que la frecuencia con la que se logra el orgasmo sólo se asocia con afectividad positiva hacia las parejas en aquellas personas que tienen una concepción de que el sexo es importante para la relación. Esto no significa que las evaluaciones deliberativas sobre la calidad relacional (o ajuste diádico) se impongan siempre a las evaluaciones automáticas, sino que a veces son las que conforman la evaluación más consciente, lo cual ocurre con frecuencia cuando la persona se encuentra en una circunstancia estresante y se dispone de menos recursos cognitivos (Hicks et al., 2016, 2018; McNulty et al., 2013).

No obstante, también se han publicado estudios en los que no se han encontrado pruebas de que exista relación ni en uno ni en el otro sentido, lo cual podría explicarse por cuestiones metodológicas, como el uso de periodos de evaluación muy largos en los que la relación queda enmascarada por los cambios dinámicos que se han ido produciendo (Cao et al., 2019; Maxwell y McNulty, 2019; Muise et al., 2016).

Otra explicación para el hecho de que las evidencias acerca de la bidireccionalidad no sean concluyentes, hace referencia a la intermediación de variables moderadoras, en concreto: el género, el neuroticismo, la inseguridad del apego, la autoestima, el estrés agudo, las experiencias infantiles, la edad de la primera relación sexual y/o la edad y la duración del matrimonio (Zhao et al., 2022).

Por lo que respecta a la naturaleza del apego, que es el tema de esta tesis, las personas con una alta *ansiedad de apego* tienden a considerar que la satisfacción sexual es un criterio importante en la valoración que hacen del ajuste diádico con su pareja. Por el contrario, las personas con una alta *evitación* de apego suelen preferir que sus encuentros sexuales se produzcan fuera de una relación íntima, por lo que la satisfacción

sexual y relacional se valoran como factores más independientes entre sí (Birnbaum, 2007; Butzer y Campbell, 2008; Russell y McNulty, 2011).

Siguiendo con la importancia del estilo de apego y la perspectiva que nos aporta el modelo de activación del apego, que hemos descrito en el apartado 4.1.2., los factores contextuales, como el estrés, pueden activar el sistema de apego. En este sentido, en el estudio de Zhao et al. (2022) se concluye que el estrés acentúa el grado en que algunos factores predicen los resultados interpersonales y hacen una precisión útil desde la perspectiva clínica: la satisfacción sexual predice la satisfacción relacional que se experimenta al día siguiente, sólo si la persona siente que está viviendo una situación de elevado estrés y, a la inversa, la satisfacción relacional predice la satisfacción sexual sólo en condiciones de elevado estrés. En la discusión de los resultados, los autores afirman que el estrés aumenta la tendencia a que la evaluación de la relación se base en áreas específicas, como la sexual, mientras que si la persona se encuentra en una situación de bajo estrés tendría tendencia a hacer una evaluación de la satisfacción sexual focalizándose en los aspectos relacionales.

Queremos enfatizar la importancia de que la persona se encuentre en una situación estresante porque en esta tesis, una de sus particularidades es la de haber utilizado una muestra clínica, hemos supuesto que el hecho de sufrir una disfunción sexual y consultar a un especialista por ese motivo suponía una circunstancia estresante con poder para activar el sistema de conducta de apego. Para esta suposición nos hemos basado en la conclusión de McNulty et al. (2021) en la que afirman que la existencia de estrés activa procesos psicológicos cruciales dentro de las relaciones de pareja, que en condiciones no estresantes no se activarían. No obstante, necesitamos de la constatación empírica del supuesto que hemos referido para podernos aproximar a la formulación de un modelo de

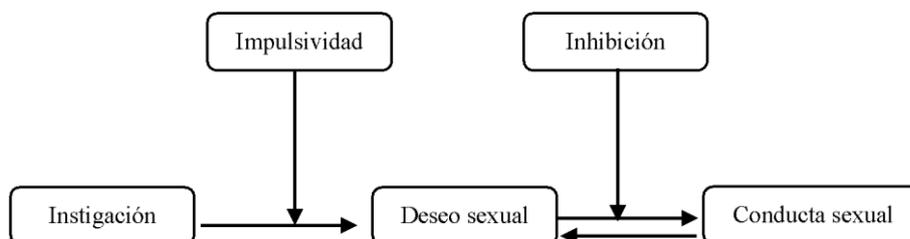
la relación entre la satisfacción sexual y relacional apropiado en el caso de las personas que sufren una disfunción sexual.

En consonancia con lo anterior, puede afirmarse que la experiencia sexual tiene un rol relevante en la satisfacción y la calidad relacional, aunque en la actualidad es imperativo que las investigaciones incluyan muestras con diferentes tipos de relaciones, como las de personas del mismo sexo, relaciones no monógamas consensuadas o relaciones de larga duración.

En esta articulación entre la experiencia sexual y la relacional es interesante la aportación de Birnbaum (2018), en la que se aborda específicamente el valor del deseo sexual en los procesos de relación.

Figura 7

Factores sexuales que influyen en la conducta sexual (Birnbaum, 2018)



Como puede verse en la Figura 7, siguiendo a Birnbaum (2018), los tres procesos claves del modelo para entender cómo influyen los factores sexuales sobre la conducta sexual son: a) la incitación: tiene que ver con la exposición a una señal sexual en un contexto específico con la pareja, b) la impulsividad: hace referencia a factores situacionales que pueden predisponer a que se le presten atención a las señales sexuales

y c) la inhibición: hace referencia a factores situacionales que pueden inducir a que se anule el impulso sexual de actuar el deseo sexual que pueda existir, como por ejemplo malentendidos en la percepción e interpretación del deseo sexual de la pareja. Otra de las premisas del modelo al que hacemos referencia es que la incitación (provocación) varía de alta a baja, mientras que la impulsividad y la inhibición varían de negativa a muy positiva. Y, por último, la inhibición sexual es negativa si es difícil que la persona renuncie al impulso sexual, mientras que es positiva si es capaz de hacerlo en aquellos casos en los que hay factores contextuales que desaconsejan la conducta sexual.

Este modelo se alinea con otros modelos de sexualidad en los que se reconoce la naturaleza contextual y diádica del deseo, como son el modelo circular de Basson (2000) y el modelo de control dual de Bancroft y Janssen al que nos hemos referido en el apartado 6.2., en el que se sugiere que las respuestas sexuales son el resultado de la interacción de procesos excitatorios que aumentan el deseo y procesos inhibitorios que lo disminuyen. De nuevo, creemos que el modelo de control dual ofrece un análisis de la experiencia sexual sugerente para entender la interferencia en el funcionamiento sexual de los niveles de respuesta automático y controlado, o sobre la naturaleza de los procesos inhibitorios. Es de interés destacar que la inhibición puede referirse a tres tipos de factores a) un objetivo por el que tiene sentido subregular la excitación sexual o reprimir la conducta sexual b) una aversión sexual hacia la situación o el estímulo y c) una limitación en la respuesta sexual que se observa en los hombres en su menor capacidad de excitarse después de un orgasmo si ha pasado poco tiempo desde que lo experimentó.

Como vimos cuando describimos el modelo motivacional-emocional del funcionamiento sexual, apartado 6.2., en él se integraban las diferencias individuales en cuanto a los estilos de apego. Ahora vamos a hacer referencia a cómo las relaciones cambian con el tiempo y cómo el deseo sexual contribuye al desarrollo y al

mantenimiento de los vínculos de apego en las relaciones de pareja. Para ello seguiremos, las cinco etapas relacionales que describen Birnbaum y Finkel (2015): 1) etapa de conciencia unilateral, 2) etapa de contacto superficial, 3) etapa de relación emergente, 4) etapa de relación establecida y 5) etapa en el limbo ardiente o pasional.

Siguiendo a estos autores, en la *etapa de conciencia unilateral*, una persona conoce a otra y comienza a formarse algunas impresiones acerca de su forma de ser. La presencia de deseo sexual es uno de los factores que inciden en la motivación de una persona para acercarse a otra con el objetivo de explorar las posibilidades de una relación de pareja.

En la *etapa de contacto superficial*, la relación se extiende en el tiempo, pero todavía no existe un vínculo afectivo propiamente dicho. En este momento, cada miembro de la pareja evalúa si el otro reúne las características necesarias de compatibilidad para llevar la relación actual hacia una relación más comprometida. En esta etapa, la presencia de deseo sexual suele interpretarse como un signo de compatibilidad, mientras que la ausencia de éste suele entenderse como una incompatibilidad que induce a dejar la relación. Las parejas potenciales despiertan interés solo si su comportamiento indica que son compañeros que apoyarán los objetivos personales y si muestran disponibilidad para vincularse, aunque esto es únicamente válido entre las personas menos evitativas (Birnbaum y Reis, 2012; Fletcher et al., 2014).

En la *etapa de relación emergente* comienza a observarse una interdependencia entre las actitudes y conductas de ambos miembros de la pareja. El deseo sexual comienza a perfilarse como una motivación relevante para mantenerse cerca de la otra persona y construir un vínculo (Gillath et al., 2008); después, a medida que la relación progresa, el deseo sexual funciona como un factor que refuerza el vínculo amoroso. De manera que, cuanto más deseo sexual tenga una persona por su pareja, menos probable será que piense

en dejar la relación. A todo esto, puede añadirse que las sucesivas experiencias de intimidad sexual favorecen una actitud más confortable y placentera hacia la intimidad afectivo-sexual (Eastwick y Finkel, 2008; Rubin y Campbell, 2012).

Por lo que respecta a la *etapa de las relaciones establecidas*, la relación ya ha adoptado las características de reciprocidad, compromiso e intimidad que son inherentes a un vínculo afectivo en una pareja. En esta etapa, el deseo sexual contribuye a que la relación se mantenga, aunque su contribución a la calidad de la relación de pareja sea menor que la que juegan otros aspectos relacionales (Birnbaum et al., 2006). Sin embargo, en los casos en los que la relación de pareja está en peligro, la experiencia sexual puede adquirir un papel más relevante porque la búsqueda de ésta promueve la proximidad y la cercanía entre los miembros de la pareja y, por tanto, los encuentros sexuales pueden ser oportunidades para arreglar los aspectos disfuncionales que están deteriorando la calidad de la relación y/o el ajuste diádico. Todo ello sugiere que la intimidad sexual, en ocasiones, puede convertirse en una ruta compensatoria para satisfacer necesidades afectivas insatisfechas (Birnbaum, 2014; Birnbaum et al., 2008; Russell y McNulty, 2011). En definitiva, de acuerdo con las pruebas empíricas disponibles, se sugiere -como hemos señalado anteriormente- que el encuentro sexual ofrece una vía para satisfacer necesidades que no son estrictamente sexuales (Birnbaum, 2016).

Y finalmente, en la *etapa del limbo ardiente* se describe la situación de las parejas que han decidido separarse, pero en las que continúa existiendo un deseo sexual que las lleva a mantener encuentros sexuales, después de que se haya consumado la ruptura (Spielmann et al., 2013). Cuando el restablecimiento de la relación ya no es posible y las parejas se han distanciado emocionalmente, no es infrecuente que se mantenga el contacto y que cuando ello ocurre se experimente cierto deseo sexual hasta el punto de mantener relaciones sexuales. Es posible que siga existiendo un sentimiento de ambivalencia

respecto a la pareja y no es infrecuente que haya una expectativa de reanudar la relación. Esto es más probable cuando existe un deseo sexual fuerte y supone que pueden seguir teniendo encuentros sexuales, mientras acaban de resolver si se separan definitivamente o vuelven a intentar estar juntos (Birnbaum, 2016).

En términos globales, puede afirmarse que el deseo y la satisfacción sexual no solo favorecen la construcción del vínculo afectivo de la pareja, sino que tienen un papel relevante en la consolidación y mantenimiento de las relaciones de pareja, ya que las experiencias sexuales satisfactorias generan emociones positivas que contribuyen a la satisfacción relacional. Por el contrario, las disfunciones sexuales suelen ser fuentes de conflicto relacional que puede dañar el vínculo afectivo de la pareja y pueden generar emociones negativas que serán reguladas de forma diferente, según las estrategias utilizadas por el sistema de apego y sexual de cada persona. Por ello, la hipótesis en la que se sustenta este trabajo es la de que existe una relación dinámica entre la función sexual, la experiencia sexual y el contexto relacional que está regulada por el estilo de apego predominante (Dewitte, 2014; Pawlowska et al., 2023; Van Lankveld et al., 2022).

A continuación, se describen las ideas principales de este apartado:

1. La satisfacción sexual puede estar condicionada por una gran diversidad de factores, entre los que se incluyen el funcionamiento sexual, el contexto interpersonal y el estrés.
2. El deseo y la satisfacción sexual pueden contribuir positivamente a la calidad de la relación, mientras que las disfunciones sexuales pueden generar conflictos.
3. La relación entre función sexual, experiencia sexual y contexto relacional parecen estar influenciadas por el estilo de apego de cada individuo.

El *objetivo* de esta tesis, como señalábamos en la introducción, es investigar la interrelación del apego con algunas de las variables psicosociales que tanto la investigación como la práctica clínica revelan que son significativas en los hombres que

sufren DE: la función sexual -alterada por la disfunción-, la satisfacción sexual, la satisfacción relacional, el ajuste diádico y la sintomatología psicológica.

Estudios previos realizados con población normal y algún estudio realizado con población clínica, han observado que los hombres con DE presentan perfiles de apego peculiares: *¿Se confirma que los hombres con DE presentan altas puntuaciones de evitación de apego y bajas de ansiedad de apego?*

Partimos del supuesto de que la DE supone una situación de estrés que puede comportar malestar emocional, aunque la práctica clínica indica que los hombres que consultan acostumbran a referir un malestar psicológico moderado. Si se confirma la presencia de alta *evitación de apego*, ello implica mecanismos defensivos de preservación del *self* tendentes a la *desactivación* emocional y, en consecuencia, a minimizar el malestar: *¿Qué intensidad tiene la sintomatología psicopatológica que sufren los hombres con DE?*

La *DE* va a tener algún impacto sobre la satisfacción sexual y sobre la relación de pareja, aunque -como hemos visto en la parte teórica- el apego también va a ejercer una función moduladora: *¿Cómo evalúan los hombres con DE su satisfacción sexual, satisfacción relacional y ajuste diádico?*

En línea con las preguntas que nos formulamos en esta investigación, teniendo en cuenta la literatura teórica y empírica revisada, formulamos las siguientes *hipótesis*:

- H1: Los hombres con *DE* van a presentar una **satisfacción sexual y relacional** y un ajuste diádico **inferiores** a los datos normativos poblacionales.
- H2: Los hombres con *DE* van a presentar un **mayor malestar psicológico** que la población normativa sin trastorno psicopatológico, aunque **menor** que la población con trastornos psicósomáticos.

- H3: Los hombres con *DE* presentarán mayoritariamente **alta evitación y baja ansiedad de apego**.
- H4: La *ansiedad de apego* estará asociada a **mayor malestar psicológico** y a **menor satisfacción sexual, menor ajuste diádico y menor satisfacción relacional** en los hombres con *DE*; la *evitación de apego*, por el contrario, estará asociada a **menor malestar psicológico y mayor satisfacción sexual, relacional y ajuste diádico**.
- H5: La **varianza de la satisfacción sexual** será una función de la **gravedad de la DE**, la **satisfacción con la relación de pareja**, el **ajuste diádico** y la **ansiedad y evitación de apego**.
- H6: La **varianza de la satisfacción relacional** será una función de la **gravedad de la DE**, la **satisfacción sexual**, la **satisfacción con la relación de pareja**, el **ajuste diádico** y la **ansiedad y evitación de apego**.

7 MÉTODO

7.1 Participantes

Se ha realizado un estudio selectivo, transversal, evaluando a pacientes que habían realizado una primera consulta en el *Servicio de Andrología* de la *Fundació Puigvert*, que atiende pacientes en el marco del sistema público de salud de Barcelona. Se establecieron como criterios de inclusión: (a) hombres con diagnóstico de **DE** y (b) con capacidad para firmar el consentimiento informado y dominio suficiente del idioma español como para comprender y responder a los cuestionarios.

Un total de 600 hombres diagnosticados de disfunción eréctil (**DE**) fueron incluidos en el estudio, si bien los que respondieron de manera completa a los cuestionarios son 536 (ECR, apego), 567 (SCL-90-R, síntomas psicopatológicos) y 550 (IIEF, función eréctil). La evaluación de la calidad sexual y relacional, y del ajuste diádico se añadió tiempo después de iniciado el estudio, de manera que son menos los pacientes que respondieron a los cuestionarios GMREL (477), GMSEX (488) y DAS (457). En el caso de la recogida de datos sobre factores de riesgo asociados a la salud, un número significativo de pacientes dejó sin responder preguntas sobre el consumo de alcohol y de tabaco. El hecho de que la evaluación se realizase en un contexto clínico y con notable presión asistencial, dificultó comprobar que los pacientes hubieran respondido a los cuestionarios de manera completa: este aspecto se recogerá en las limitaciones del estudio.

7.2 Procedimiento

Después de una primera consulta médica en el *Servicio de Andrología de la Fundació Puigvert*, los participantes fueron evaluados por un psicólogo clínico (el autor de esta tesis), que descartó la presencia de un trastorno mental al que pudiera estar asociada la **DE**. Tras ser informados sobre el objetivo del estudio, los pacientes firmaron el consentimiento informado y cumplieron los instrumentos de evaluación psicométrica descritos en el apartado siguiente. El estudio había sido previamente autorizado por el *Comité de Ética Asistencial de la Fundació Puigvert*.

7.3 Medidas

Los pacientes incluidos en el estudio, después de darles de hoja de información del estudio y cumplimentar el formulario del consentimiento informado (Anexo 1), respondieron un cuestionario sociodemográfico (Anexo 2). También se evaluaba la presencia de diferentes factores de riesgo de salud (tabaquismo, consumo de alcohol, hipertensión, hiperlipidemia, etc.), qué fármacos tomaba el paciente y diferentes aspectos de la DE (generalizada o situacional, carácter primario o secundario, duración). A continuación, los pacientes respondían a los cuestionarios sobre función eréctil, síntomas psicopatológicos, apego, ajuste diádico y satisfacción sexual y relacional (Anexo 3).

7.3.1 Función eréctil: IIEF

Para evaluar el funcionamiento sexual se utilizó el *International Index of Erectile Function* (IIEF) de Rosen et al. (1997). Una versión en español del instrumento (Bobes, 2003) es la más utilizada en el ámbito de la urología para evaluar la DE, si bien la adaptación y validación en población española ha sido realizada recientemente (Díaz-

Mohedo, et al., 2023). Los ítems de esta adaptación española son idénticos a los utilizados en nuestro estudio. El IIEF es una escala autoaplicada de 15 ítems tipo Likert que evalúa la presencia de problemas en las diferentes fases de la respuesta sexual: deseo, erección, eyaculación y orgasmo. También evalúa cómo impactan esos problemas sexuales en la satisfacción con la vida sexual y en la relación sexual con la pareja. El rango de la puntuación total de la prueba es 5-75, donde la menor puntuación indica mayor disfunción y más insatisfacción. En el dominio específico de la función eréctil la puntuación oscila entre 1 y 30, y los puntos de corte en la población española son 6-10 (**DE** grave), 11-16 (moderada), 17-25 (leve) y 26-30 (sin **DE**). La consistencia interna del IIEF fue alta, tanto en su puntuación total ($\alpha = 0.968$) como en sus diferentes dominios: función eréctil ($\alpha = 0.955$), satisfacción con la relación ($\alpha = 0.891$), función orgásmica ($\alpha = 0.938$), deseo sexual ($\alpha = 0.923$) y satisfacción global ($\alpha = 0.912$).

7.3.2 Apego: ECR

El apego fue evaluado mediante la versión española del *Experiences in Close Relationships* (ECR) (Alonso, Balluerka y Shaver, 2007). El ECR es una escala autoaplicada de 36 ítems, 18 que evalúan la dimensión ansiedad del apego (definida como el miedo al rechazo y al abandono) y 18 que evalúan la dimensión evitación (malestar que genera la proximidad y la dependencia respecto a otras personas). Cada ítem es puntuado en una escala de 7 puntos, de 1 (totalmente en desacuerdo) a 7 (totalmente de acuerdo). El instrumento ha mostrado una consistencia interna satisfactoria tanto para la dimensión ansiedad ($\alpha = 0.85$) como evitación ($\alpha=0.87$).

7.3.3 Malestar psicológico: SCL-90-R

El malestar psicológico fue evaluado con el *Symptom Checklist 90 Revised* (SCL-90-R) (González de Rivera et al., 1988). Se trata de una escala autoaplicada de síntomas psicopatológicos compuesta por 90 ítems que evalúan nueve dimensiones: somatización, obsesión-compulsión, sensibilidad interpersonal, depresión, ansiedad, hostilidad, ideación paranoide, ansiedad fóbica y psicoticismo. En este estudio se utilizó el índice GSI ($\alpha=0.97$), que proporciona una medida global del malestar psicológico a partir del número de síntomas que presenta el paciente y de su intensidad.

7.3.4 Satisfacción sexual y relacional: GMSEX y GMREL

La satisfacción sexual fue evaluada mediante la versión española del *Global Measure of Sexual Satisfaction* (GMSEX) y la satisfacción relacional mediante el *Global Measure of Relationship Satisfaction* (GMREL) (Sánchez-Fuentes et al., 2015). Ambos instrumentos son subescalas del *Interpersonal Exchanges of Sexual Satisfaction*, Tanto el GMSEX ($\alpha=0.92$) como el GMREL ($\alpha=0.94$) están compuestos de cinco ítems tipo Likert, cuyo rango de puntuación es de 5-35, y donde las puntuaciones más altas indican mayor satisfacción.

7.3.5 Ajuste diádico: DAS

El ajuste diádico fue evaluado mediante la adaptación española de la Dyadic Adjustment Scale (DAS) de Spanier (1976). La DAS consta de 32 ítems tipo likert, ofrece una puntuación de ajuste global de la relación de pareja y evalúa también las dimensiones de *consenso* (grado de acuerdo en aspectos relevantes para la relación, como las finanzas, filosofía de la vida, tareas domésticas, tiempo libre, etc.), *satisfacción* (confianza, besar a

la pareja, discusiones, pensar en el divorcio, etc.), *afecto* (demostraciones de cariño, relaciones sexuales) y *cohesión* (compartir aficiones, ideas estimulantes, reírse, colaborar). La DAS presenta una adecuada fiabilidad, tanto su escala global ($\alpha=0.94$) como sus dimensiones (*consenso*: 0.88; *satisfacción*: 0.88; *cohesión*: 0.85; *afecto*: 0.69). La validez es también correcta, tanto respecto al análisis factorial confirmatorio del modelo de cuatro factores como a la validez convergente y discriminante.

8 RESULTADOS

8.1 Características de la disfunción eréctil de los pacientes

La *DE* secundaria se presenta en el 92,3 % de los pacientes y la primaria en el 7,7%. En cuanto a la gravedad, el 54,3% lo considera de gravedad moderada, el 31,9% grave y el 13,8% leve. La duración de la disfunción oscila entre un mes y treinta años ($M = 4.56$ años; $DT = 4.84$).

8.2 Datos sociodemográficos

Como puede verse en la Tabla 6, el promedio de edad de los pacientes es de 57.01 ($DT = 12.39$). Todos los pacientes mantienen una relación de pareja, de los cuales conviven el 61.8% y han cursado estudios secundarios (39.5%), universitarios (29.5%) o primarios (24.5%). La mayoría está activa laboralmente (55.1%) o jubilada (30.3%).

Tabla 6

Datos sociodemográficos de la muestra

	<i>N</i>	%		<i>N</i>	%
Estado civil	572		Estudios	583	
Casado	348	60.8 %	Secundarios	230	39.5%
Divorciado	106	18.5%	Universitarios	172	29.5%
Soltero	104	18.2%	Primarios	143	24.5%
Viudo	14	2.4%	Sin estudios	13	2.2%
Situación laboral	578		Otros	25	4.3%
Activo	313	55.1%			
Jubilado	172	30.3%			
No activo	50	8.8%			
Otros	33	5.9%			

8.3 Factores de riesgo asociados a la salud

En la Tabla 7 se recogen los factores de riesgo asociados a la muestra de estudio. Los fumadores representan el 33,6% y los exfumadores son el 32,9%. Respecto a las condiciones de salud que se consideran factores de riesgo, la hipertensión está presente en el 43.4% de los pacientes, los problemas cardiológicos en el 8.1%, la diabetes en el 18.7%, la hiperlipidemia en el 37.4%, los problemas vasculares en el 13.5%, los problemas hormonales en el 6.8%, las alteraciones renales en el 12.7%, las dificultades neurológicas en el 11.5%, los problemas traumatológicos en el 13.5%, las alteraciones de la próstata en el 25.1%, las alteraciones urinarias en el 22.7% y las dificultades articulatorias en el 24.9%. En el 51.8% de la muestra, los pacientes están tomando alguna medicación por motivos de salud. En cuanto a las infecciones de transmisión sexual (ITS), están presentes en el 5.3% de los pacientes.

Tabla 7

Consumo de tabaco y alcohol y factores de riesgo de salud de los pacientes de la muestra

		<i>N</i>	<i>%</i>			<i>N</i>	<i>%</i>
Tabaco		306		Alcohol		258	
	Fumador	103	33.6 %		No consume	143	55.4 %
	Exfumador	101	32.9 %		Consume	106	41.1 %
	No fumador	102	33.2 %		Exalcohólico	9	3.5 %
Otros factores de riesgo							
	Hipertensión	195	43.4 %		Prob. Neurológicos	51	11.5 %
	Prob. Cardiacos	36	8.1 %		Trauma-lesión	60	13.5 %
	Diabetes	84	18.7 %		Prob. Próstata	112	25.1 %
	Hiperlipidemia	167	37.4 %		Prob. Urinarios	102	22.7 %
	Prob. Vasculares	60	13.5 %		Prob. Articulaciones	112	24.9 %
	Prob. Hormonales	30	6.8 %		Enf. Trans. Sexual	24	5.3 %
	Prob. Renales	57	12.7 %		Medicación	265	58.5 %

8.4 Satisfacción sexual y relacional

La media del conjunto de pacientes en la escala GMSEX es 20.79 (DT=9.95) y la media en la escala GMREL es de 27.79 (DT=8.101). El rango de puntuaciones de ambas escalas es 5-35, indicando las puntuaciones más altas mayor satisfacción. El promedio de la muestra está por debajo de la media de la población, tanto en el caso del GMSEX (30.91; DT=5.9), como del GMREL (31.26; DT=5.63). En el caso del GMSEX, 262 pacientes (53.7 %) valoran su sexualidad como satisfactoria, considerando que la escala likert va entre 1 y 7, por lo que el valor medio sería 4 y el total 20. Ocurre lo mismo la GMREL, en la que 393 pacientes (81.3 %) valoran su relación de pareja como satisfactoria. De hecho, 138 pacientes (28.9% del total) autoevalúan su calidad relacional con la máxima puntuación posible (35).

8.5 Síntomas psicopatológicos

En cuanto al SCL-90-R, la media del índice gravedad sintomática (GSI) es de 0.72 (DT=0.54) y la media del total de síntomas positivos (PST) es de 35.02 (DT=21.53). Del conjunto de la muestra (567 pacientes evaluados con el SCL-90-R), 553 pacientes (96.4 %) presentan un valor de malestar global psicopatológico (GSI) por encima del valor de la población normal (percentil 50 = 0,38), 200 pacientes (34.7%) superan el valor medio del baremo psicosomático (percentil 50 = 0.82) y 107 (18.2%) alcanzan un valor superior al promedio de la población psiquiátrica (percentil 50 = 1.14).

8.6 Ajuste diádico de pareja

En la Tabla 7 pueden verse las medias y desviaciones tipo de los pacientes evaluados en las diferentes dimensiones de la DAS y en su puntuación total. Los valores

normativos de la adaptación española son: consenso (47.45), satisfacción (34.59), cohesión (13.82), expresión afectiva (7.4) y ajuste diádico total (103.26). En comparación con estos valores normativos, los pacientes con **DE** refieren mayor ajuste diádico global y también puntuaciones superiores en *consenso*, *expresión afectiva* y *cohesión*, mientras que la puntuación global es inferior en la dimensión *satisfacción*.

El 22.46% de los de pacientes con **DE** que respondieron la escala DAS (95 del total de 423 pacientes) presentan una puntuación en ajuste diádico inferior a la muestra normativa, el 52.96 % tienen puntuaciones inferiores en *satisfacción*, el 29.08% en *consenso*, el 16.78% en *expresión afectiva* y el 13.82 en *cohesión*.

Tabla 7

Escala DAS de ajuste diádico: medias y desviaciones tipo de los pacientes y de la muestra normativa (puntuaciones total y dimensiones)

	<i>Pacientes con Disf Eréctil M (DT)</i>	<i>Muestra normativa M (DT)</i>
DAS total (N = 457)	114.72 (20.34)	103.26 (21.85)
DAS Consenso	49.71 (9.83)	47.45 (9.05)
DAS Satisfacción	31.71 (5.54)	34.59 (7.96)
DAS Expresión Afectiva	8.65 (2.45)	7.4 (2.89)
DAS Cohesión	17.61 (5.00)	13.82 (5.22)

8.7 Apego

La media de la dimensión *ansiedad de apego* es 2.97 (DT=0.84) y la media de *evitación de apego* es 3.73 (DT=1.07). El 84.7 % de los pacientes de la muestra tienen una alta *evitación de apego* y el 92.7% tienen una baja *ansiedad de apego*. Aunque el

instrumento utilizado (ECR) evalúa dimensiones y no tipologías, podemos hacer una trasposición orientativa, siguiendo el esquema de Alonso-Arbiol et al. (2007) (Figura 8). Considerando los puntos de corte de la adaptación española de la prueba (media de *ansiedad* = 4.2 y media de *evitación* = 2.59), el 77.84 % son *evitativo-distantes* (alta *evitación* y baja *ansiedad*, N=411), el 15.15 % de la muestra tienen *apego seguro* (baja *ansiedad* y baja *evitación*, N=80), el 6.82 % son *evitativo-temerosos* (alta *ansiedad* y alta *evitación*, N=36) y el 0.19% son *preocupados* (alta *ansiedad* y baja *evitación*, N=1).

Figura 8

Porcentaje de pacientes con alta y baja ansiedad y evitación del apego (N = 536)



La prueba de Chi-cuadrado de Pearson indica que existen diferencias estadísticamente significativas entre los porcentajes de los diferentes tipos de apego:

$$X^2_{(1)} = 4.893 (p = .027).$$

8.8 Comparación de pacientes con alta/baja ansiedad y evitación del apego

Teniendo en cuenta los valores normativos del ECR, podemos comparar a los pacientes que tienen alta *ansiedad de apego* con los que la tienen baja. Los pacientes con baja *ansiedad de apego* (92.7%) presentan menor sintomatología psicopatológica en todas las dimensiones del SCL-90-R, refieren mayor satisfacción sexual y relacional (GMSEX y GMREL) y también mayor calidad relacional (DAS). La puntuación de los pacientes con baja ansiedad del apego es también significativamente superior en todas las subescalas del IIEF, indicando menos problemas en la función sexual (Tabla 8).

Tabla 8

Comparación (t de Student) entre pacientes con alta y baja ansiedad del apego

	<i>Alta ansiedad</i>	<i>Baja ansiedad</i>		
	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>	<i>t (gl)</i>	<i>Sig</i>
ECR Ansiedad	4.57 (0.34)	2.84 (0.73)	-27.06 (69.45)	<.001***
Evitación	4.33 (0.96)	3.67 (1.06)	-3.56 (526)	<.001***
SCL-90 Total	102.28 (61.65)	61.21 (46.01)	-3.70 (33.33)	.001**
PST	42.72 (23.94)	34.39 (20.97)	-2.36 (534)	.018*
GSI	1.14 (0.68)	0.68 (0.51)	-3.70 (33.33)	.001**
GMSEX	13.72 (9.35)	21.31 (9.73)	4.26 (451)	<.001***
GMREL	19.56 (10.02)	28.64 (7.24)	5.02 (33.57)	<.001***
DAS Total	97.19 (25.65)	116.06 (19.20)	4.83 (429)	<.001***
Consenso	42.72 (12.53)	50.39 (9.19)	4.22 (436)	<.001***
Satisfacción	27.66 (7.48)	32.07 (5.17)	3.12 (29.96)	.004**
Expr. Afectiva	6.57 (3.06)	8.83 (2.29)	4.92 (420)	<.001***
Cohesión	13.79 (4.99)	17.87 (4.85)	4.30 (430)	<.001***
IIEF Total	33.03 (15.10)	42.11 (17.25)	3.07 (499)	.002**
F. Eréctil	13.08 (6.51)	16.21 (8.21)	2.23 (509)	.026*
F. Orgásmica	5.76 (4.01)	7.36 (3.75)	2.49 (499)	.013*
Sat. rel. sexual	6.50 (3.57)	8.14 (4.05)	2.35 (503)	.019*
Deseo sexual	5.00 (2.20)	5.80 (2.10)	2.22 (510)	.027*
Satisf. global	3.09 (1.94)	4.85 (2.46)	4.931 (40.01)	<.001***

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

Los pacientes con alta evitación de apego (84.7%) presentan valores significativamente superiores de *ansiedad de apego* y más psicopatología en todas las dimensiones del SCL-90-R, menor satisfacción sexual y relacional (GMSEX y GMREL) y menor ajuste diádico (DAS). Por lo que respecta al IIEF, no se observan diferencias en ninguna de las dimensiones de la función sexual (Tabla 9).

Tabla 9

Comparación (t de Student) entre pacientes con alta y baja evitación del apego

	<i>Alta evitación</i>	<i>Baja evitación</i>	<i>t (gl)</i>	<i>Sig</i>
	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>		
ECR Ansiedad	3.06 (0.82)	2.43 (0.73)	-6.50 (526)	<.001***
Evitación	4.03 (0.87)	2.10 (0.34)	-34.77 (308.65)	<.001***
SCL-90 Total	68.89 (48.88)	35.14 (30.93)	-8.05 (158.56)	<.001***
PST	37.59 (21.17)	21.21 (16.48)	-6.67 (534)	<.001***
GSI	0.77 (0.54)	0.39 (0.34)	-8.05 (158.56)	<.001***
GMSEX	13.72 (9.35)	21.31 (9.73)	3.79 (97.31)	<.001***
GMREL	19.56 (10.02)	28.64 (7.24)	4.57 (103.57)	<.001***
DAS Total	113.68 (19.52)	122.89 (21.48)	3.43 (428)	.001**
Consenso	49.50 (9.57)	52.51 (8.98)	2.35 (434)	.019*
Satisfacción	31.46 (5.45)	33.75 (5.13)	3.15 (426)	.002**
Expr. Afectiva	8.56 (2.38)	9.68 (2.16)	3.46 (419)	.001**
Cohesión	17.28 (4.86)	19.6 (4.94)	3.49 (429)	.001**
IIEF Total	41.52 (17.27)	42.19 (17.59)	0.309 (501)	.757
F. Eréctil	16.17 (8.12)	15.91 (8.50)	-2.54 (510)	.800
F. Orgásmica	7.22 (3.75)	7.53 (3.93)	0.64 (500)	.525
Satisf. relac.	7.94 (4.01)	8.45 (4.19)	1.00 (505)	.318
Deseo sexual	5.74 (2.14)	5.75 (2.04)	0.01 (511)	.993
Satisf. global	4.72 (2.46)	4.89 (2.50)	0.53 (476)	.598

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

8.9 Comparación entre pacientes con DE que viven o no viven en pareja

En comparación con los que no viven en pareja, los pacientes que viven en pareja refieren menor evitación del apego, menor sintomatología psicopatológica y menos deseo sexual. La calidad relacional es mayor en los hombres que viven en pareja (GMREL, DAS Total y subescalas de *consenso*, *satisfacción* y *cohesión*), excepto en la dimensión *expresión afectiva* (Tabla 10).

Tabla 10

Comparación (t de Student) entre pacientes que viven o no viven en pareja

	<i>Viven en pareja</i>	<i>NO viven en pareja</i>	<i>t (gl)</i>	<i>Sig</i>
	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>		
ECR Ansiedad	2.93 (0.83)	3.04 (0.85)	1.475 (372.565)	.141
Evitación	3.66 (1.09)	3.85 (1.03)	1.981 (410.225)	.048*
SCL-90 Total	60.55 (46.24)	72.48 (52.48)	2.782 (551)	.006**
PST	33.45 (21.02)	38.12 (22.18)	2.497 (425.291)	.013*
GSI	0.67 (0.51)	0.81 (0.58)	2.782 (551)	.006**
GMSEX	20.54 (10.16)	21.52 (9.54)	1.037 (334.726)	.300
GMREL	28.75 (7.53)	26.19 (8.70)	-3.260 (464)	.001**
DAS Total	117.83 (19.40)	108.89 (20.84)	-4.37 (277.737)	<.001***
Consenso	51.13 (9.64)	47.09 (9.51)	-4.266 (311.235)	<.001***
Satisfacción	32.49 (5.33)	30.12 (5.68)	-4.223 (273.204)	<.001***
Expr. Afectiva	8.63 (2.43)	8.66 (2.50)	0.098 (278.824)	.922
Cohesión	18.16 (5.01)	16.59 (4.85)	-3.209 (314.724)	.001**
IIEF Total	40.47 (17.56)	42.38 (17.08)	1.237 (409.445)	.217
F. Eréctil	15.44 (8.16)	16.50 (8.26)	1.456 (414.524)	.146
F. Orgásmica	7.01 (3.85)	7.57 (3.71)	1.662 (409.687)	.097
Satisf. relac.	7.86 (3.87)	8.02 (4.32)	0.455 (544)	.649
Deseo sexual	5.57 (2.19)	6.02 (1.99)	2.457 (551)	.014*
Satisf. global	4.60 (2.44)	4.88 (2.42)	1.227 (344.723)	.221

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

8.10 Correlaciones entre las variables

Como puede verse en la Tabla 13, la edad de los pacientes correlaciona negativamente con el GSI (SCL-90-R) y con el GMSEX, y positivamente con la puntuación total del DAS y las subescalas de *consenso* y *satisfacción*. Y correlaciona negativamente con todas las dimensiones del IIEF.

Por su parte, la *ansiedad de apego* correlaciona positivamente con la evitación, con el GSI, y negativamente con el GMSEX, GMREL y todas las puntuaciones del DAS. Y también correlaciona negativamente con todas las dimensiones del IIEF.

Si lo miramos desde la evitación de apego, encontramos correlaciones positivas con el GSI, correlación negativa con el GMSEX y GMREL, y con todas las puntuaciones de la DAS, pero en todos los casos, esas correlaciones son menores que las que encontramos con la ansiedad del apego. De nuevo, nos encontramos con que no se observan correlaciones significativas entre la evitación del apego y las puntuaciones del IIEF.

Respecto a la satisfacción sexual (GMSEX) se observan correlaciones significativas con la satisfacción relacional (GMREL). También encontramos correlaciones positivas con el DAS y todas sus escalas, así como con todas las dimensiones del IIEF. Dado que las puntuaciones más altas del IIEF corresponden a una respuesta sexual más satisfactoria, entonces la mayor satisfacción sexual está asociada a una menor gravedad de la *DE*. En cuanto al GMREL encontramos correlaciones positivas con todas las dimensiones de la DAS y con las dimensiones del IIEF, lo cual indica que a una mayor satisfacción relacional estaría asociada a una menor gravedad de la *DE*.

La puntuación total de la DAS correlaciona significativamente con la puntuación total del IIEF y con las dimensiones de satisfacción de la relación sexual y la vida sexual. Específicamente, la *DAS-satisfacción* correlaciona positivamente con el valor total de

IIEF, con función eréctil, función orgásmica, satisfacción de la relación sexual y satisfacción global. En cambio, no se observan correlaciones con el deseo sexual. La DAS-*expresión afectiva* correlaciona positivamente con la puntuación total de IIEF, función eréctil, deseo sexual, satisfacción de la relación sexual y satisfacción de la vida sexual. En cambio, no correlaciona con la función orgásmica. En cuanto a la DAS-*cohesión* correlaciona positivamente con la puntuación total del IIEF y todas sus subescalas. En la Tabla 13, como decíamos, se recogen todos estos resultados.

Tabla 13
Correlaciones entre variables

Variables	M (DT)	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17
1. Edad	57.01 (12.38)	-																
2. Ansiedad de apego	2.97 (0.84)	.013	-															
3. Evitación de apego	3.73 (1.07)	.075	.325**	-														
4. GSI (SCL-90-R)	0.72 (0.54)	-.123**	.311**	.296**	-													
5. GMSEX	20.79 (9.95)	-.094*	-.344**	-.122**	-.246**	-												
6. GMREL	27.79 (8.10)	-.038	-.478**	-.221**	-.296**	.531**	-											
7. DAS Total	114.72 (20.34)	.102*	-.463**	-.210**	-.314**	.357**	.635**	-										
8. DAS Consenso	49.71 (9.83)	.146**	-.374**	-.166**	-.281**	.210**	.511**	.901**	-									
9. DAS Satisfacción	31.71 (5.54)	.118*	-.396**	-.231**	-.278**	.370**	.534**	.811**	.615**	-								
10. DAS Expr. Afectiva	8.65 (2.45)	-.016	-.397**	-.224**	-.226**	.421**	.536**	.676**	.567**	.509**	-							
11. DAS Cohesión	17.61 (4.99)	.007	-.422**	-.162**	-.264**	.311**	.529**	.754**	.538**	.512**	.481**	-						
12. IIEF Total	41.07 (17.36)	-.266**	-.223**	-.012	-.170**	.561**	.302**	.124**	.035	.134**	.196**	.154**	-					
13. IIEF Función eréctil	15.76 (8.17)	-.258**	-.161**	.012	-.130**	.461**	.229**	.076	.003	.098*	.131**	.099**	.936**	-				
14. IIEF Función orgásmica	7.20 (3.79)	-.249**	-.171**	-.086	-.164**	.384**	.229**	.075	-.006	.095*	.078	.140**	.779**	.613**	-			
15. IIEF Satisf. rel. sexual	7.91 (4.02)	-.200**	-.208**	-.041	-.146**	.553**	.297**	.160**	.076	.177**	.250**	.150**	.907**	.826**	.605**	-		
16. IIEF Deseo sexual	5.74 (2.13)	-.188**	-.189**	.019	-.164**	.268**	.167**	.048	.028	-.001	.124*	.110*	.516**	.350**	.395**	.379**	-	
17. IIEF Satisf. global	4.70 (2.44)	-.167**	-.232**	-.022	-.166**	.637**	.349**	.141**	.039	.169**	.251**	.134**	.817**	.677**	.619**	.756**	.393**	-

8.11 Comparación de pacientes con DE primaria o secundaria

Comparando a los hombres con DE primaria (la han tenido desde el inicio de su vida sexual) y con DE secundaria (apareció después de un tiempo de funcionamiento sexual normal), no se observan diferencias significativas en ninguna de las escalas administradas (Tabla 11).

Tabla 11

Comparación (t de Student) entre pacientes con DE Primaria y DE Secundaria

	<i>DE Primaria</i>	<i>DE Secundaria</i>	<i>t (gl)</i>	<i>Sig</i>
	<i>M (DT)</i>	<i>M (DT)</i>		
ECR Ansiedad	3.17 (1.04)	2.96 (0.82)	1.566 (518)	.118
Evitación	3.52 (1.02)	3.73 (1.07)	-1.246 (45.090)	.219
SCL-90 Total	74.28 (62.70)	63.44 (47.24)	1.347 (545)	.179
PST	36.19 (24.97)	34.70 (21.33)	0.379 (47.068)	.706
GSI	0.83 (0.70)	0.70 (0.52)	1.347 (545)	.179
GMSEX	19.76 (10.35)	20.94 (9.88)	-0.642 (37.817)	.525
GMREL	28.48 (7.97)	27.83 (8.05)	0.456 (37.210)	.651
DAS Total	112.79 (19.52)	114.89 (20.57)	-0.511 (26.011)	.614
Consenso	49.77 (8.89)	49.75 (9.92)	0.011 (28.936)	.991
Satisfacción	30.44 (6.36)	31.82 (5.52)	-1.061 (26.197)	.298
Expr. Afectiva	9.08 (2.55)	8.63 (2.45)	0.864 (26.762)	.396
Cohesión	16.04 (5.32)	17.72 (4.99)	-1.542 (26.562)	.135
IIEF Total	42.17 (16.77)	41.02 (17.49)	0.395 (40.748)	.695
F. Eréctil	16.10 (8.26)	15.77 (8.24)	0.242 (44.039)	.810
F. Orgásmica	7.87 (3.81)	7.16 (3.82)	1.121 (44.255)	.268
Satisf. relac.	8.29 (4.13)	7.86 (4.02)	0.614 (42.502)	.542
Deseo sexual	5.57 (1.89)	5.73 (2.15)	-0.510 (43.078)	.612
Satisf. global	4.74 (2.50)	4.70 (2.43)	0.094 (38.992)	.926

8.12 Comparación de pacientes con DE grave, moderada o leve

El IIEF establece una diferenciación entre **DE** grave, moderada y leve. La comparación de puntuaciones entre los tres subgrupos de pacientes pone de manifiesto que no existen diferencias significativas en la sintomatología psicopatológica. Sí las hay -como era esperable- entre las diferentes dimensiones de la sexualidad: peor función eréctil, peor función orgásmica y menor deseo sexual en los pacientes con **DE** grave respecto a los otros dos subgrupos, e idéntico resultado si comparamos **DE** moderada con **DE** leve. Respecto a las dimensiones del apego, no hay diferencias en la *evitación*, pero la *ansiedad de apego* de los pacientes con **DE** grave es superior a la que refieren los pacientes con **DE** moderada.

Tabla 12

Comparación (ANOVA) entre pacientes con DE grave, moderada o leve

	<i>Disf Eréctil grave: G M (DT)</i>	<i>Disf Eréctil moderada: M M (DT)</i>	<i>Disf Eréctil Leve: L M (DT)</i>	<i>F (gl)</i>	<i>Sig</i>	<i>Post-hoc Scheffe</i>
ECR Ansiedad	3.20 (0.86)	2.82 (0.86)	2.97 (0.79)	8.03 (3/504)	<.001***	G>M
Evitación	3.81 (0.98)	3.54 (1.12)	3.82 (0.97)	2.16 (3/506)	.091	
SCL-90 Total	73.36	60.61 (46.82)	65.73 (46.82)	4.61 (3/528)	.003**	
GSI	0.82 (0.61)	0.67 (0.52)	0.73 (0.52)	4.61 (3/528)	.003**	
GMSEX	15.10 (10.54)	19.39 (9.42)	22.94 (8.18)	39.59 (3/465)	<.001***	G<M<L
GMREL	24.55 (9.91)	28.29 (7.47)	28.69 (7.19)	11.49 (3/455)	<.001***	G<M;G<L
DAS Total	110.71 (23.35)	117.80 (17.54)	114.49 (20.13)	2.96 (3/431)	.032*	
Consenso	49.04 (10.36)	50.79 (8.90)	50.22 (9.29)	0.75 (3/436)	.520	
Satisfacción	30.86 (6.14)	31.97 (5.14)	31.64 (5.73)	2.73 (3/431)	.044*	
Expr. Afectiva	8.17 (2.76)	8.92 (2.26)	8.68 (2.19)	3.61 (3/421)	.013*	
Cohesión	16.37 (5.50)	18.49 (4.53)	17.34 (5.16)	4.62 (3/436)	.003**	G<M
IIEF Total	21.47 (5.77)	38.26 (7.77)	50.62 (7.20)	990.62 (3/544)	<.001***	G>M>L
F. Eréctil	7.20 (1.37)	12.91 (1.71)	20.49 (2.53)	2851.47 (3/555)	<.001***	G>M>L
F. Orgásmica	3.89 (3.16)	7.67 (3.39)	8.33 (2.70)	119.01 (3/532)	<.001***	G>M;G>L
Satisf. relac.	3.72 (1.50)	7.58 (2.87)	10.08 (2.50)	371.61 (3/543)	<.001***	G>M>L
Deseo sexual	4.56 (2.23)	5.99 (1.96)	6.35 (1.79)	30.12 (3/543)	<.001***	G>M;G>L
Satisf. global	2.57 (1.26)	4.40 (2.24)	5.46 (1.98)	134.29 (3/504)	<.001***	G>M>L

* $p < .05$, ** $p < .01$, *** $p < .001$

En cuanto a la calidad de la relación, el GMREL indica mayor calidad relacional entre los pacientes con **DE** moderada y leve en comparación con los pacientes con **DE** grave, aunque no existen diferencias entre disfunción moderada y leve. Solo una de las dimensiones de la DAS denota diferencias entre los pacientes: hay menor *cohesión* en los

pacientes con **DE** grave en comparación con los que sufren disfunción moderada. Todo ello puede verse en la Tabla 12.

8.13 Análisis de regresión y ecuaciones estructurales

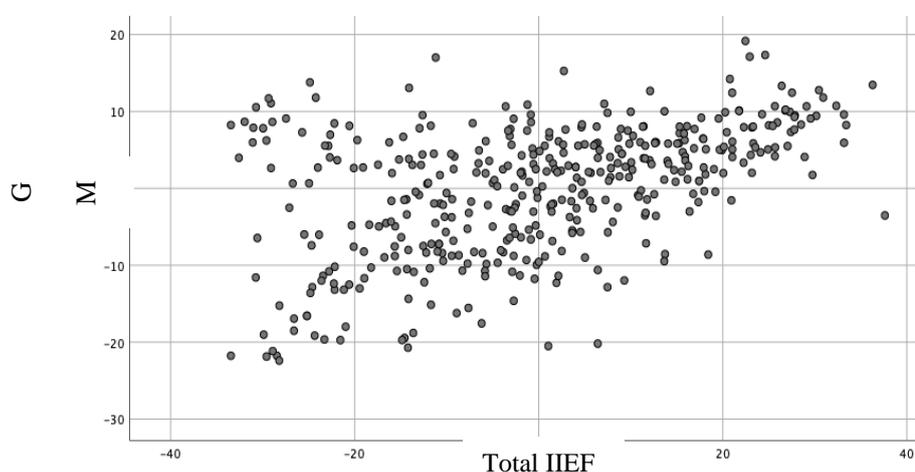
8.13.1 Análisis de regresión con la variable dependiente GMSEX

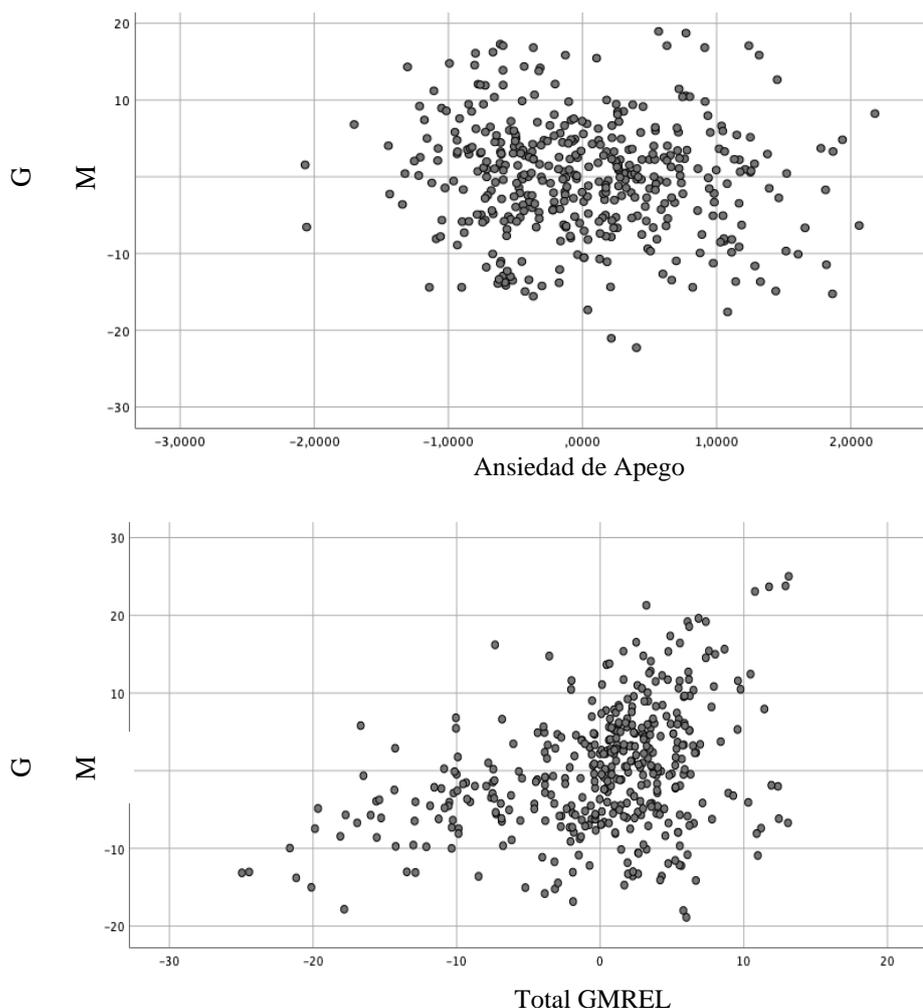
Se realizó un análisis de regresión lineal múltiple en el que se consideró como variable dependiente la satisfacción sexual evaluada mediante el GMSEX ($R^2 = 0.463$, $Adj-R^2 = 0.458$; $F(3, 340) = 96.817$; $p < .001$), resultando como variables regresoras el IIEF total ($b_{std} = 0.419$; $p < .001$), la *ansiedad de apego* ($b_{std} = -0.110$; $p < .05$) y la satisfacción relacional-GMREL ($b_{std} = 0.362$; $p < .001$). En otras palabras, una mayor satisfacción sexual es el resultado de una **DE** menos grave (puntuaciones más elevadas del IIEF), una menor *ansiedad de apego* y una mayor satisfacción relacional.

Han quedado excluidas del modelo la variable evitación del apego ($p = .984$), el índice de sufrimiento psicopatológico general (índice GSI de la SCL-90-R, $p = .459$) y la puntuación total de la DAS ($p = 0.915$) (Figura 9).

Figura 9

Análisis de regresión: satisfacción sexual (GMSEX) como variable dependiente





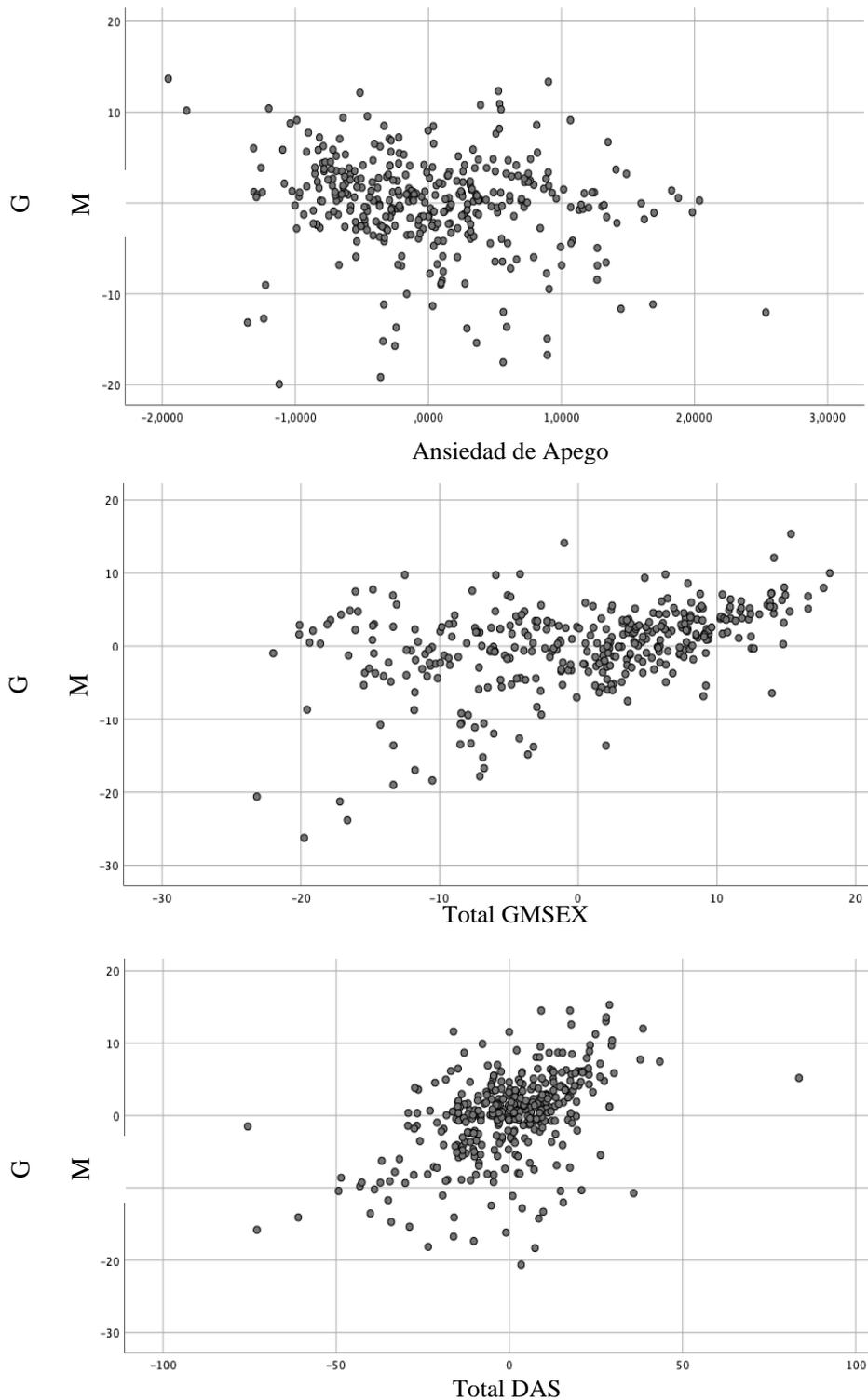
8.13.2 Análisis de regresión con la variable dependiente GMREL

Se realizó un segundo análisis de regresión lineal múltiple en el que se consideró como variable dependiente la satisfacción relacional evaluada mediante el GMREL ($R^2 = 0.522$, $Adj-R^2 = 0.517$; $F(3, 340) = 122.496$; $p < .001$), resultando como variables regresoras la DAS total ($b_{std} = 0.458$; $p < .001$), la *ansiedad de apego* ($b_{std} = -0.123$; $p < .01$) y la satisfacción sexual evaluada mediante el GMSEX ($b_{std} = 0.335$; $p < .001$). Por tanto, una mayor satisfacción relacional es el resultado de un mayor ajuste diádico (DAS total), una menor *ansiedad de apego* y una mayor satisfacción sexual (GMSEX).

Han quedado excluidas del modelo la variable evitación del apego ($p = .627$), el índice de sufrimiento psicopatológico general (índice GSI de la SCL-90-R, $p = .661$) y la gravedad de la **DE** (puntuación total de la IIEF, $p = 0.541$) (Figura 10).

Figura 10

Análisis de regresión: satisfacción relacional (GMREL) como variable dependiente



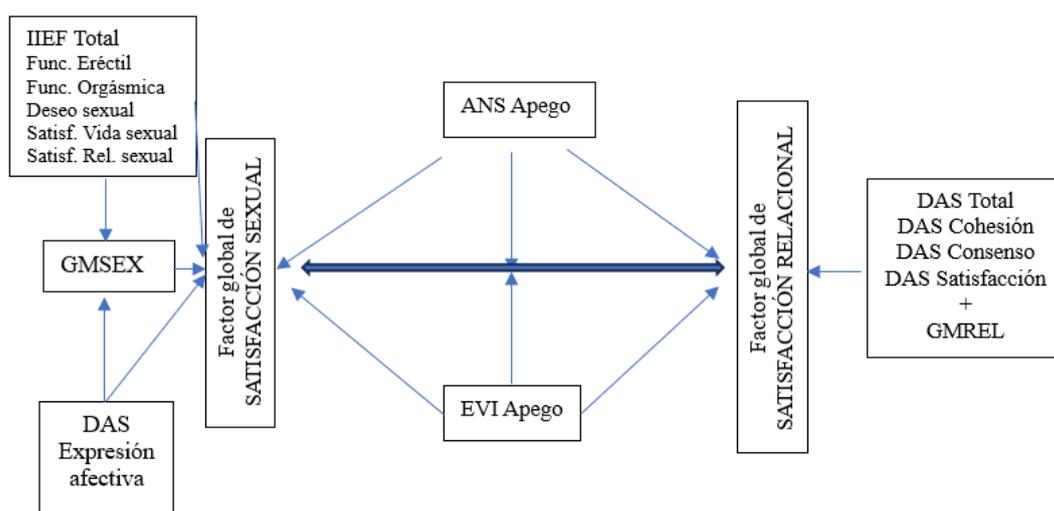
8.13.3 Ecuaciones estructurales

A partir de la literatura revisada sobre la relación entre las variables del estudio, se han analizado tres modelos de covariación de las variables del estudio a través de modelos de ecuaciones estructurales (*Structural Equation Models, SEM*):

- Modelo 1 (Figura 11): La satisfacción sexual y la satisfacción relacional tienen una relación causal recíproca, siendo la ansiedad y la evitación de apego factores que moderan dicha asociación. La dimensión *expresión afectiva* de la DAS evalúa aspectos asociados a la sexualidad, de manera que también forma parte del factor satisfacción sexual. Cuando aparece una *DE*, los hombres con más *ansiedad de apego* referirán mayor insatisfacción sexual y mayor insatisfacción relacional (*hiperactivación*), mientras que la evitación de apego la *ansiedad de apego* rebajará dicha insatisfacción (*desactivación*).

Figura 11

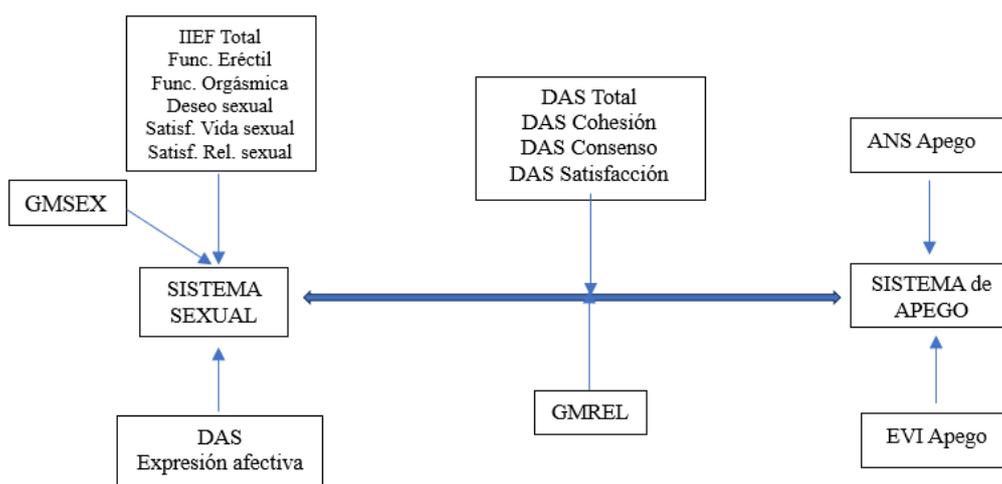
Modelo 1 (SEM)



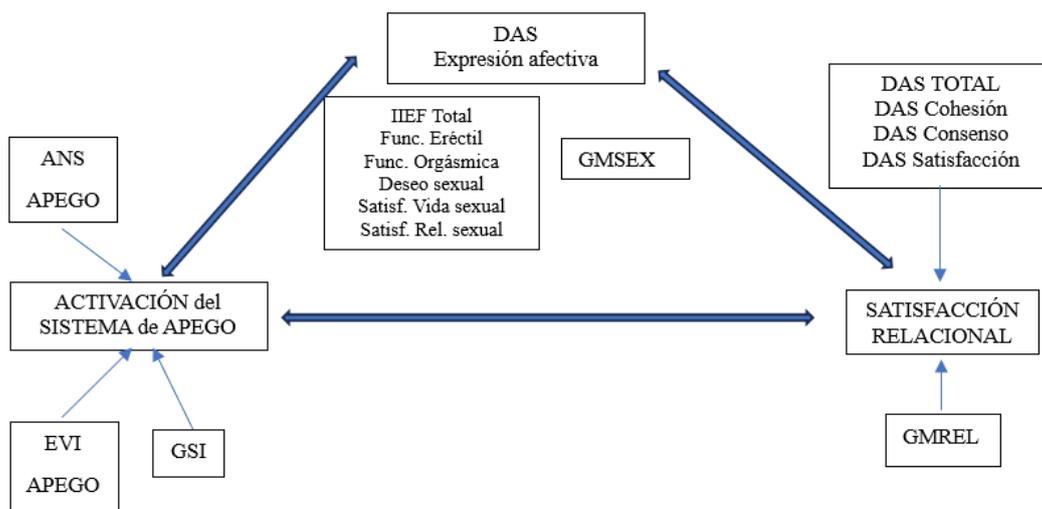
- Modelo 2 (Figura 12): La activación del sistema sexual puede dar lugar a una disfunción sexual, y ello puede activar el sistema de apego. En función de la predominancia de la ansiedad o la evitación de apego (según el tipo de estrategia de regulación emocional utilizada), puede empeorar la disfunción sexual. La activación de alguno de los sistemas (sexual y/o de apego) puede dañar el ajuste diádico y la satisfacción relacional, o -como defensa- reforzar los aspectos no sexuales de la pareja (*cohesión, consenso, satisfacción*).

Figura 12

Modelo 2 (SEM)



- Modelo 3 (Figura 13): Cuando se activa el sistema de apego por algún motivo, se puede usar la sexualidad como estrategia secundaria de regulación emocional, lo cual puede tener consecuencias en la satisfacción relacional y/o el ajuste diádico.

Figura 13*Modelo 3 (SEM)*

Para que la bondad de ajuste se considere adecuada, el *RMSEA* ha de ser <0.08 (Ruíz, Pardo y San Martín, 2010). Según este criterio, ninguno de los modelos analizados cumple esa característica:

- Modelo 1: $CFI = 0.829$; $RMSEA = 0.141$
- Modelo 2: $CFI = 0.856$; $RMSEA = 0.132$
- Modelo 3: $CFI = 0.833$; $RMSEA = 0.128$

9 DISCUSIÓN

El trabajo realizado en esta tesis ha partido de un hecho clínico: los pacientes hombres que consultan por un problema de disfunción sexual expresan un malestar clínico (sexual, relacional y psicológico) menor del esperado. Desde ahí hemos tratado de analizar ese hecho enmarcándolo en la teoría del apego con el fin de dar sentido a esa observación clínica. El propósito ha sido triple: 1) identificar algunas de las variables más destacadas en la presentación clínica de los problemas sexuales y validarlas desde el punto de vista empírico, 2) comprobar si dichas variables presentes en un contexto clínico en el que se consulta por una disfunción sexual, podían encajarse en el modelo de *activación* del sistema de apego de Mikulincer y Shaver (2016) y 3) formular un modelo conceptual de la relación entre *seguridad/inseguridad de apego*, **DE** y satisfacción sexual, relacional y psicológica.

Se ha evaluado la disfunción eréctil (**DE**) en un grupo de 600 pacientes que consultan en el *Servei de Andrologia* de la *Fundació Puigvert*. Después de una primera visita en dicho servicio, se realiza una evaluación en el *Servei de Psicologia Clínica*, para establecer un diagnóstico biopsicosocial y orientar el tratamiento psicológico, en los casos en los que el factor psicológico sea etiológicamente relevante. Los pacientes de la muestra han completado instrumentos para evaluar la función eréctil (mediante el IIEF), las dimensiones de *ansiedad y evitación de apego* (ECR), la sintomatología psicopatológica (SCL-90-R), la satisfacción sexual y relacional (GMSEX y GMREL) y el ajuste diádico de pareja (DAS).

Según el análisis de nuestros resultados, la **DE** secundaria se presenta en nueve de cada diez personas, mientras que la primaria lo hace en una de cada diez. La mayor prevalencia de **DE** secundaria puede explicarse por la edad promedio de la muestra que

es algo superior a los cincuenta y cinco años. Este dato es coherente con la epidemiología, que señala un incremento de la incidencia de la *DE* a partir de esa edad, tanto por el aumento de las comorbilidades de salud (Corona et al., 2023; APA, 2013), como por el hecho de afrontar la “crisis de la edad media de la vida”. Este momento vital supone hacer un balance del que puede derivarse un malestar que se exprese somáticamente y, en algunos casos, adopta la forma de alteraciones de la respuesta sexual (López y Olazábal, 2005; Metz et al., 2017). Además, se disponen de evidencias que señalan que la *DE* primaria acostumbra a presentarse en pacientes adolescentes y adultos jóvenes (McCabe et al., 2016).

En torno a la importancia de la edad, en la actualidad se está observando una tendencia a que sean hombres cada vez más jóvenes quienes hagan una consulta clínica por su problema de disfunción sexual. Esto se explicaría por varios factores: a) una mayor conciencia de la salud sexual (Capogrosso et al., 2019) y b) el incremento del consumo de pornografía entre hombres jóvenes (Grubbs y Gola, 2019).

En términos clínicos, la especificación primaria-secundaria también es importante porque nos orienta qué tipo de intervención está más indicada. Los pacientes con *DE* primaria suelen tener problemas relacionados con la organización de la personalidad que les han impedido desarrollar una vida sexual, es decir, nos orienta hacia problemas del desarrollo y hacia estrategias terapéuticas que van a requerir un trabajo de más profundidad y tiempo, y en pocos casos limitado a resolver el síntoma sexual. En cambio, en las personas con *DE* secundaria, los pacientes acostumbran a estar confrontados a los hechos de la vida, como son las pérdidas de personas queridas o cambios laborales, que les obligan a hacer un esfuerzo de reorganización personal y adaptación. En definitiva, la *DE* primaria suele estar asociada a un déficit del desarrollo y la *DE* secundaria a un conflicto vital (Farré et al., 1992; Kernberg, 2005). La comparación entre ambos

subgrupos (*DE* primaria y *DE* secundaria) no muestra diferencia en ninguna de las variables evaluadas, lo cual su que lo relevante es el hecho de que exista la disfunción. Si la diferencia clínica es relevante pero no hemos encontrado diferencias en la comparación empírica de ambos tipos de *DE*, ello da cuenta de la complejidad de la sexualidad como ámbito de investigación y de la necesidad de afinar más las variables de estudio.

En cuanto a la gravedad, algo más de la mitad de los pacientes refieren una *DE* con gravedad moderada y aproximadamente un tercio de ellos una *DE* grave. Por lo que respecta a la duración de la *DE*, ésta supera los cuatro años, similar a estudios previos realizados por nuestro equipo (Maestre-Lorén et al., 2021), aunque superior a los dos años y medio de duración que se han reportado en otros estudios (Salonia et al., 2012).

9.1 Factores de riesgo asociados a la salud

Los pacientes de nuestro estudio presentan diferentes problemas de salud que constituyen factores de riesgo para sufrir *DE*, principalmente ser fumador o exfumador, tener hipertensión, hiperlipidemia, alteraciones de la próstata, problemas urinarios y dificultades articulatorias (Mazzilli, 2022). La *DE* es considerada como un “síntoma centinela” que advierte de la posibilidad de que se produzcan futuros episodios cardiovasculares (Terentes-Printzios et al., 2022; Zhao et al., 2019). Además, es relevante considerar los efectos secundarios de las medicaciones que se utilizan para tratar estas condiciones de salud, ya que algo más de la mitad de la muestra consume algún tipo de fármaco (Li et al., 2022; Servicio de Andrología de la Fundació Puigvert, 2013).

9.2 Malestar psicológico, satisfacción sexual y relacional

Los pacientes con *DE*, como era esperable, presentan globalmente menor satisfacción sexual y menor satisfacción relacional que la muestra normativa del GMSEX y el GMREL. Se cumple, pues, la hipótesis 1 (**H1**). Sin embargo, es muy destacable que más de la mitad de los pacientes del estudio consideran que su vida sexual es satisfactoria, a pesar de la *DE*, y que ocho de cada diez pacientes no valoran su relación de pareja como insatisfactoria. Podríamos explicar este resultado por el hecho de que la satisfacción sexual está influida por la *DE*, pero no queda reducida a la misma, como puede verse, por ejemplo, en pacientes con una disfunción sexual secundaria a la prostatectomía realizada para tratar su cáncer de próstata y que refieren tener una sexualidad activa y satisfactoria y placentera (Fode et al., 2017; Vowels et al., 2022). También se pone de manifiesto que la satisfacción sexual, así como otros aspectos del funcionamiento sexual, son el resultado de un conjunto de factores bio-psico-sociales (Lynn et al., 2023).

Respecto al malestar psicológico, solo un tercio de los pacientes refieren sintomatología superior a la de las personas con problemas psicósomáticos, según el SCL-90-R. Se cumple, pues, la **H2**. En la práctica clínica, se observa -en efecto- que los pacientes expresan menos malestar sexual, psicológico y relacional del que sería esperable, lo que justificaría, como hemos señalado, el tiempo transcurrido entre la aparición del problema y la consulta. En este sentido, podría explicarnos este dato el considerar que no es lo mismo el malestar psicológico *que se siente* y el malestar psicológico *que se expresa*. En los hombres con *DE*, el hecho de que el malestar se exprese por una vía somática a menudo comporta que no se reconozca como tal, sino como un problema físico para el que se necesita un remedio físico.

9.3 Ajuste diádico de pareja

En comparación con los valores normativos de la adaptación española de la DAS, los pacientes con *DE* refieren mayor ajuste diádico global y también puntuaciones superiores en *Consenso* (manejo de la economía, tiempo de ocio, religión, tareas domésticas, decisiones sobre el futuro...), *Expresión Afectiva* (demostraciones de cariño, relaciones sexuales) y *Cohesión* (actividades externas a la familia, colaboración en proyectos conjuntos), mientras que la puntuación es inferior en la dimensión *Satisfacción* (frecuencia con que se habla sobre la relación, grado de confianza, magnitud de los conflictos -perder el control, discutir-). En la muestra clínica de nuestro estudio los hombres, pues, refieren que su relación de pareja está muy preservada. Podemos plantear -como decíamos- que los pacientes minimizan las repercusiones emocionales de su disfunción sexual, reforzando otros aspectos relacionales. La relación de pareja podría estar haciendo de amortiguador (*buffer*) del impacto emocional asociado a las dificultades sexuales (Santona et al., 2023). También es posible que la valoración del funcionamiento sexual y del ajuste diádico se realice como si se tratara de ámbitos psicológicos independientes que no tienen ninguna relación entre sí, lo que sería propia de personas que tienen una alta evitación de apego, que es una característica de la población estudiada, como veremos más adelante.

La *Satisfacción* es la dimensión de la DAS más afectada en nuestros pacientes, pudiendo ser un indicador que revele que la relación de pareja sí se está viendo afectada. Cuando en la clínica se pregunta al paciente sobre su grado de preocupación por la relación de pareja, la preocupación interpersonal puede expresarse a través del temor a que, aunque la pareja pueda funcionar en diferentes aspectos (cohesión, consenso, incluso en expresión afectiva), existe el riesgo de que la relación de pareja pueda resentirse, ir

progresivamente disminuyendo la satisfacción y acabe entrando en crisis (Pérez-Testor, 2019).

También hay que tener en cuenta que -como veremos enseguida- la *evitación de apego* es prevalente en el grupo de pacientes estudiados, lo que comporta distanciamiento emocional respecto a las necesidades afectivas de la pareja (Birnbaum, 2023; Birnbaum y Reis, 2019), y ello puede sesgar sus respuestas al cuestionario DAS. Por ejemplo, un paciente puede responder “Casi siempre de acuerdo” cuando se le pregunta por las “Demostraciones de cariño” (ítem 4), quizás porque no ha recibido ningún mensaje explícito de queja al respecto por parte de su pareja, mientras que es más difícil no percibir la aparición de conflictos que comportan perder el control, discutir, etc. (dimensión *Satisfacción* de la DAS).

Es la pareja, por tanto, quien “eleva el volumen” y ubica de nuevo el problema en el hombre, hasta el punto de hacer imposible la invisibilización de este. Insistiendo en lo anterior, la persona con *evitación de apego* se distancia para no sentir, algo así como “hacer la vista gorda”, pero es lo que ha dejado de ver, la pareja, lo que puede desencadenar el malestar que ha intentado ignorar, pudiéndose resentir el ajuste diádico, la satisfacción sexual y relacional. Todo ello nos lleva a señalar que en estudios futuros hay que incluir la perspectiva de la pareja, quien en muchas ocasiones también suele presentar problemas en la sexualidad (Birnbaum, 2023; Raposo y Muise, 2021).

9.4 Comparación entre pacientes con DE que viven o no viven en pareja

Todos los pacientes del estudio mantienen una relación de pareja, de los cuales casi dos de cada tres conviven. Los que viven en pareja, en comparación con los que no, refieren menor *evitación de apego*, menor sintomatología psicopatológica, mayor deseo

sexual y mayor satisfacción relacional. Respecto al ajuste diádico, también éste es mayor en todas las subescalas, excepto en la de *expresión afectiva*.

Los resultados indican que vivir en pareja disminuye el impacto de la **DE**, quizás porque la convivencia favorece la percepción de disponibilidad del otro, lo cual podría moderar el impacto de la frustración asociada a la disfunción (Mallory, 2022) y mantiene el sistema de apego desactivado, lo cual minimiza la necesidad del otro (Mikulincer y Shaver, 2016). No obstante, este aparente equilibrio, como ya hemos señalado, puede acabar alterándose y generando desajustes diádicos que pueden promover la consulta profesional (Shoikhedbrod et al., 2022). Enfatizando en este punto, la satisfacción relacional en los pacientes con *evitación de apego* que conviven puede favorecer el uso de la estrategia de regulación emocional caracterizada por la *desactivación*, ya que la presencia física puede tener un efecto paradójico: por un lado, puede incrementar la percepción de disponibilidad, lo que tiene un efecto tranquilizador, pero por otro lado es un recordatorio permanente de que algo no funciona. La duda estaría en si el paciente con **DE** que convive tiene realmente una mejor relación de pareja o, como estrategia defensiva, sesga su respuesta a las preguntas sobre la relación en la línea de destacar una mayor calidad relacional de la que en realidad existe. Los pacientes de nuestro estudio tienen -como hemos dicho- una media de edad próxima a los sesenta años y una relación de pareja consolidada, lo que comporta que la sexualidad ocupe un lugar menos relevante en el ajuste diádico (McCabe et al., 2010). Tal vez, hasta el momento de la consulta clínica, esta estrategia ha funcionado pero lo que motiva a consultar es que ha surgido una percepción de problema que antes no existía.

9.5 Apego

Uno de los resultados a destacar de nuestro estudio es que los pacientes con **DE** se caracterizan por puntuaciones elevadas en *evitación de apego* (ocho de cada diez) y puntuaciones bajas en *ansiedad de apego* (nueve de cada diez): se cumple la **H3**. Ello concuerda con un estudio anterior de nuestro equipo realizado con una muestra más pequeña (Maestre-Lorén et al., 2021).

Los estudios sobre apego y disfunción sexual realizados con población clínica son escasos. Uno de los estudios más relevantes sea el de Ciocca et al. (2015) en el que aportan evidencias de que: a) entre los hombres con **DE** existe una alta prevalencia de *evitación de apego*, con el consecuente malestar en la intimidad afectivo-sexual y b) la *evitación de apego* es un factor etiológico predisponente y de mantenimiento, esto último debido al círculo vicioso que puede establecerse entre la *evitación* y la disfunción.

Por tanto, aunque el ECR no evalúa tipologías sino dimensiones, sí que podemos sintetizar estos resultados a modo orientativo señalando que -aproximadamente- tres de cada cuatro pacientes presentarían un estilo de *apego evitativo distante* (alta *evitación* y baja *ansiedad*). La presencia de pacientes con los estilos de *apego seguro* y *evitativo temeroso* es minoritaria, mientras que la de pacientes con *apego preocupado* (alta *ansiedad* y baja *evitación*) es prácticamente inexistente. En mujeres con disfunción sexual, la alta *ansiedad de apego* es prevalente, indicando una clara diferenciación de género en el ámbito de la sexualidad (Ciocca et al., 2020; Stephenson y Meston, 2010).

Los pacientes con *apego evitativo distante* (baja *ansiedad* y alta *evitación*) se caracterizan por el uso de la estrategia secundaria de *desactivación* emocional del sistema de conducta de apego. Li y Chan (2012) señalan que la *ansiedad* y la *evitación de apego* tienen un efecto diferente sobre la calidad relacional. La *ansiedad* afecta a la mayor

presencia de conflictos relacionales y la evitación reduce la satisfacción global y/o ajuste diádico.

La *desactivación* comporta la disminución de las necesidades sexuales y el aumento del malestar asociado a la proximidad que promueve la intimidad de pareja (Birnbaum, 2019; Birnbaum y Reis 2019). En este sentido, en hombres con **DE**, la *evitación de apego* puede incrementarse porque, a la tendencia de alejarse de la intimidad, se añade que ésta puede convertirse en una amenaza para el *self*: el encuentro sexual deviene en un espacio relacional todavía más insatisfactorio. Insistimos en esto, la intimidad deja de ser un espacio incómodo para transformarse en un espacio amenazante, ya que reproduce experiencias frustrantes anteriores en las que se intentó mantener un encuentro sexual sin lograrlo (Ciocca et al., 2015; Maestre et al., 2021).

En este sentido, si pensamos que para la persona con *evitación de apego* la sexualidad está más al servicio del *self* que de la relación de pareja, sería esperable una mayor presencia del malestar psicológico, ya que las estrategias de regulación emocional serían menos efectivas para proteger al *self*. Si pensamos en un *self* defendido (blindado), también podemos suponer una situación de más fragilidad personal y, por tanto, un mayor contacto con el riesgo que supone la **DE** para la relación de pareja. Esto concuerda con la presentación que hacen los pacientes de su problema, quienes dicen que la **DE** les molesta, que ellos perciben que la relación de pareja es sólida, pero que sí les preocupa que su pareja no se sienta satisfecha con la situación. Por ello, tienden a evitar los encuentros sexuales, inhiben el deseo sexual para preservar cierto sentimiento de seguridad, le quitan importancia al sexo en sus relaciones, adoptan una actitud de indiferencia hacia él, evitan los estímulos sexuales con la pareja y no buscan la satisfacción sexual. No por ello dejan de tener encuentros sexuales destinados a restablecer una percepción de fortaleza personal, más que a satisfacer necesidades

estrictamente sexuales. Por ello, no es infrecuente que estas experiencias sexuales acaben siendo insatisfactorias (Birnbaum , 2019; Shoikhedbrod et al., 2022).

Al comparar a los pacientes con alta y baja *ansiedad de apego*, observamos que los pacientes con baja *ansiedad de apego* refieren menos problemas sexuales, menor malestar psicológico, mayor satisfacción sexual y relacional, así como un mayor ajuste diádico. Una baja *ansiedad de apego* significa menor miedo al abandono y reduce la necesidad de proximidad con la pareja para aminorar el malestar (Ciocca et al., 2015; Ciocca et al., 2020). Por contraste, la alta *ansiedad de apego* induce a buscar intensamente el contacto con la pareja, a demandar proximidad, más relaciones sexuales, y a estar permanentemente alerta a las señales que pudieran indicar distanciamiento, disminución del amor, temor al abandono, etc. (Kural y Kovacs, 2021; Mikulincer y Shaver, 2016).

Los pacientes con alta *evitación de apego*, en comparación con los de baja *evitación*, no presentan diferencias en la función sexual pero sí en las demás variables estudiadas: más síntomas psicopatológicos, menor satisfacción sexual y relacional y menor ajuste diádico. Los pacientes de nuestra muestra con alta *evitación* tienen también mayor *ansiedad de apego* que los de baja *evitación*, y sería la dimensión *ansiedad* del apego la que explicaría la presencia de más sufrimiento psicopatológico, peor satisfacción relacional y peor ajuste diádico en todas sus dimensiones, en línea con los resultados de otros estudios (Ciocca et al., 2020; McNulty et al., 2021).

En población general, el malestar psicológico tiene una asociación positiva con la *ansiedad de apego*. Así, el estilo de *apego preocupado* y el *evitativo-temeroso*, ambos con una alta *ansiedad* de apego, son quienes suelen presentar más psicopatología, mientras que el *apego evitativo-distante* presenta menor malestar clínicamente significativo (Bosmans y Borelli, 2022; Ein-Dor et al., 2016). No obstante, cuando se estudian poblaciones clínicas, como en nuestro estudio, la *evitación* también estaría

asociada con el malestar psicológico (Ciocca et al., 2020). Lo que se observa en la población normal no puede generalizarse automáticamente a la población clínica.

Si consideramos que la **DE** es un episodio emocional que frustra y puede convertirse en una amenaza para el bienestar psicológico y el ajuste diádico, suponemos que tiene capacidad para activar el sistema de apego. Dependiendo de la estrategia de regulación emocional predominante, el malestar sexual generado por la **DE** puede tener un efecto diferente sobre la calidad de la relación de pareja (Zhao et al., 2022). Así, en las personas con *ansiedad de apego* esperaríamos que las estrategias de *hiperactivación*, junto a los *modelos de trabajo interno* que incluyen una representación negativa del self y positiva de la pareja (Bartholomew y Horowitz, 1991), induzcan a la persona a buscar una confirmación de que la pareja no va abandonarles. Ello supondrá un aumento de la demanda de atención por parte de la pareja que puede inyectar malestar y, en ocasiones, poner en peligro la relación que intentan proteger. Por otro lado, en las personas con *evitación de apego* esperaríamos que las estrategias de *evitación* y las representaciones negativas del otro y positivas del *self*, minimicen el impacto de la **DE** sobre la calidad de la relación de pareja, en base a aumentar la distancia emocional y a desconectar (disociar) lo relacional y lo sexual (Birnbaum, 2023), aunque con el paso del tiempo, la evitación de apego acaba afectando el ajuste diádico (Shoikhedbrod et al., 2022), lo que puede incidir en el tiempo que transcurre entre que aparece la disfunción eréctil y se hace una consulta profesional.

9.6 Comparación de pacientes con DE grave, moderada o leve

El IIEF establece una diferenciación entre **DE** grave, moderada y leve. La comparación de puntuaciones entre los tres subgrupos de pacientes pone de manifiesto

que no existen diferencias significativas en cuanto a la presencia de sintomatología psicológica, lo cual restaría relevancia a la gravedad de la disfunción como factor etiológico. Sin embargo, sería esperable que hubiera diferencias pues su afectación intrapsíquica e interpersonal va a ser diferente. El hecho de no encontrar estas diferencias podría estar relacionado con que las personas que consultan por su problema sexual suelen llegar con la idea de que se trata de un problema somático, de forma que el malestar psicológico puede quedar enmascarado. Esto nos parece que iría en la línea del planteamiento de Corona et al. (2008), que identifican diferentes perfiles de **DE** asociados a diferentes formas de expresión del malestar psicológico. En otro sentido, la invisibilización del malestar psicológico puede ser el resultado del uso de las estrategias de *desactivación* emocional con las que las personas con *evitación de apego* tratan sus emociones (Birnbaum y Reis, 2019; Raposo y Muise, 2021).

Si analizamos las dimensiones del apego, encontramos que no hay diferencias asociadas a la gravedad en cuanto a la *evitación de apego*, en la línea de lo reportado por Stephenson (2019), quien afirma que la relación entre *evitación de apego* y función eréctil es negativa. Sin embargo, sí que hay diferencias en cuanto a la *ansiedad de apego*, tal vez porque a más gravedad pueden hacerse más evidentes las necesidades afectivas insatisfechas y se puede entrar en un círculo catastrofista al que no se ve salida, lo cual puede aumentar la insatisfacción relacional y sexual y alterar el ajuste diádico (Pérez-Testor, 2019).

Respecto al ajuste diádico, la menor *cohesión* que se observa en los pacientes con **DE** más grave, puede interpretarse que la persona está viviendo la situación como algo más que una preocupación; tal vez, como decíamos anteriormente, es vivido como una amenaza que trasciende la esfera individual y que puede afectar a la esfera relacional (Simpson y Rholes, 2017). En estas condiciones de conflicto relacional es cuando la

relación entre la satisfacción relacional y sexual se verifica con más intensidad (McNulty et al., 2021).

9.7 Correlaciones entre las variables

La edad de los pacientes correlaciona negativamente con el nivel global de psicopatología, con la satisfacción sexual y con la gravedad de la **DE**, mientras que correlaciona positivamente con la puntuación total de ajuste diádico y las subescalas de *consenso* y *satisfacción* de la DAS. La literatura señala que la respuesta sexual cambia con el paso del tiempo, en donde el declive del rendimiento físico sexual repercute en la vivencia emocional (disminución del bienestar psicológico y disminución de la satisfacción sexual) (Mallory, 2022). Sin embargo, con el paso del tiempo también se consolida la relación de pareja, sobre todo en aspectos del ajuste diádico: a) *consenso* (grado de acuerdo entre ambos miembros de la pareja en aspectos relevantes de la relación), b) *cohesión* (grado en que la pareja se implica en actividades conjuntas), c) *satisfacción* (grado de satisfacción de la pareja con la relación actual y grado de compromiso para continuar con dicha relación) y d) *expresión de afectos* (grado en que la pareja está satisfecha con la expresión del afecto dentro de la relación y con la satisfacción sexual). De forma que podemos considerar que la relación deviene un espacio de seguridad que puede amortiguar el malestar intra e interpersonal (Jiménez-Picón et al., 2021).

La *ansiedad de apego* está asociada a mayor sintomatología psicológica, en la línea de lo que señalan Ciocca et al., (2020): a mayor *ansiedad de apego*, mayor sintomatología, peor funcionamiento sexual, menor satisfacción sexual y relacional y peor ajuste diádico. Esta relación estaría explicada por el uso de las estrategias de

hiperactivación para aliviar la inquietud de que la relación pueda deteriorarse. La *evitación de apego* correlaciona negativamente con la satisfacción sexual, la satisfacción relacional y el ajuste diádico, como se esperaba, pero no con la sintomatología psicopatológica: la **H4** se cumple parcialmente. Una posible explicación a este resultado puede atribuirse a que la disfunción puede ir restando eficacia a la defensa propia de la *evitación*, apareciendo entonces la sintomatología. Más adelante abundaremos en este aspecto.

La *evitación de apego* no correlaciona significativamente con la gravedad de la **DE**, seguramente debido a que el IIEF enfatiza el componente físico de la disfunción, mientras que los pacientes con alta *evitación de apego* tienden a separar lo físico y lo afectivo para preservar tanto el *self* como la percepción de la calidad o el ajuste diádico (Birnbaum, 2023). De nuevo, la disociación, la desactivación y/o el distanciamiento entre lo afectivo y lo sexual tiene un efecto defensivo que preserva la relación de pareja del impacto de la disfunción eréctil. En los pacientes estudiados, suponemos que las expectativas acerca de la relación pueden mantenerse durante un tiempo al margen de la alteración del funcionamiento sexual (Birnbaum y Reis, 2019; Cadely et al., 2020).

La *ansiedad* y la *evitación de apego* correlacionan negativamente con el ajuste diádico, la satisfacción relacional y sexual, lo que puede explicarse por medio de dos mecanismos psicológicos distintos. En los pacientes de nuestro estudio predomina la *evitación de apego*, la *desactivación* emocional, y esa estrategia -aunque es más eficaz para minimizar los síntomas (correlaciones más bajas de la *evitación* que de la *ansiedad de apego*), con el tiempo puede acabar resultando ineficaz: se mantiene el malestar a raya, pero temporalmente. En nuestra experiencia clínica, como decíamos, cuando la pareja expresa insatisfacción con la relación (que se ha hecho más distante) es cuando el hombre

con **DE** puede experimentar un incremento del malestar psicológico que necesita buscar a alguien que lo calme, en ocasiones, un profesional que lo atienda.

La puntuación total de la DAS presenta una correlación positiva con la puntuación total del IIEF, lo cual denota que un mayor ajuste diádico está asociado a una menor afectación de la función sexual (puntuaciones más elevadas del IIEF). Sin embargo, las dimensiones más físicas del funcionamiento sexual (función eréctil, función orgásmica y deseo sexual) no correlacionan significativamente con la calidad relacional y/o ajuste diádico evaluado con la DAS. Es interesante que la subescala *consenso* no correlacione significativamente con ninguna dimensión del funcionamiento sexual (IIEF): como decíamos anteriormente, puede hipotetizarse que el grado de acuerdo entre los miembros de la pareja (*consenso*) se convierta en una forma de afrontar las dificultades en la esfera de la intimidad sexual.

Respecto a la satisfacción sexual, se observan correlaciones significativas con la satisfacción relacional, el ajuste diádico y el funcionamiento sexual: la menor gravedad de la **DE** está asociada a una mayor satisfacción sexual y relacional. Si planteamos una relación bidireccional entre satisfacción sexual y relacional (McNulty et al., 2021; Zhao et al., 2022), es posible pensar que en los casos en los que la satisfacción relacional queda preservada, la **DE** tendrá menos impacto en el funcionamiento psicológico global de la persona y en la vida de pareja (Lafortune et al., 2022).

9.8 Análisis de regresión y ecuaciones estructurales

Se han realizado dos análisis de regresión lineal múltiple, considerando como variables dependientes la satisfacción sexual y satisfacción relacional, dando como resultado:

- Una mayor satisfacción sexual es función de una *DE* menos grave, una menor ansiedad de apego y una mayor satisfacción relacional.
- Una mayor satisfacción relacional es función de un mayor ajuste diádico, una menor ansiedad de apego y una mayor satisfacción sexual.

Hipotetizábamos que todas las variables estudiadas tendrían un papel en cómo experimentan los pacientes su satisfacción sexual y relacional, pero no ha sido así (no se cumple la **H5** ni la **H6**). Mientras que la satisfacción sexual sí está asociada a la gravedad de la *DE*, llama la atención que dicha gravedad no es un factor que determine/condicione la satisfacción relacional. Ello puede interpretarse como que los aspectos fisiológicos de la respuesta sexual (función eréctil, función orgásmica y deseo sexual) no impactan directamente sobre la satisfacción relacional, sino que son los aspectos vivenciales que caracterizan la experiencia sexual, es decir, la satisfacción sexual, lo que moderará el impacto (*buffer*) sobre la calidad de la relación de pareja y/o ajuste diádico (McNulty et al., 2021; Shoikhedbrod et al., 2022).

En cuanto a los factores que influyen en los niveles de satisfacción sexual y relacional, es llamativo que la *evitación de apego* no sea significativa estadísticamente en los análisis de regresión realizados. Posiblemente esto es debido a que la *evitación* es un factor que está presente en la mayoría de los pacientes evaluados y que caracteriza su funcionamiento psicológico e interpersonal, mientras que la *ansiedad de apego* modula la intensidad del sufrimiento y de los conflictos relacionales (Maestre et al, 2021; Vangelisti y Perlman, 2018).

La *ansiedad de apego* está en el núcleo de la interacción entre el apego y la sexualidad. No obstante, hay que diferenciar entre *ansiedad de apego* y ansiedad psicopatológica. La primera tiene un carácter relacional que no siempre está presente en la segunda. En la *ansiedad de apego* suele temerse por la relación de pareja y la ansiedad

psicopatológica suele ser el resultado de una contradicción interna entre lo que se desea y lo que es posible. La *ansiedad de apego* implica a la relación de pareja (Mikulincer y Shaver, 2018).

En cuanto a la búsqueda de un modelo clínico que orientara respecto a la causalidad, ninguna de las ecuaciones estructurales analizadas presenta un adecuado ajuste estadístico. Hemos analizado tres modelos:

- Modelo 1: se establecía una relación bidireccional entre la satisfacción sexual y relacional (GMREL y DAS), planteando que la ansiedad y la evitación de apego funcionaban como factores moderadores.
- Modelo 2: se planteaba que la activación del sistema sexual podía dar lugar a una disfunción sexual y ello activar el sistema de apego; la relación de pareja actuaría como factor de moderación y/o de mediación.
- Modelo 3: se planteaba que, cuando el sistema de apego está activado, la satisfacción sexual funcionaría como variable que moderaría el impacto sobre la dimensión relacional.

¿Qué razones podemos plantear para que ninguno de estos modelos haya sido corroborado por los resultados? En la literatura revisada no se ha encontrado ningún modelo contrastado empíricamente sobre la interrelación entre estas variables clínicas: apego, satisfacción (sexual, relacional y psicológica) y disfunción sexual. De acuerdo con la práctica clínica es excesivamente pretencioso querer encontrar un modelo que se ajuste a todos los hombres con *DE*. Quizás algunas de las variables evaluadas no son suficientemente precisas para recoger las diferencias individuales de los pacientes, tal vez, la disfunción eréctil en hombres en parejas estables no supone una situación estresante como para activar el sistema de apego, puede que la relevancia de cada variable vaya cambiando a medida que pasa el tiempo o a lo mejor es preciso incluir otras variables

clínicas para examinar la expresión clínica de los problemas sexuales. Por ejemplo, se podrían estudiar características como la alexitimia (Berenguer et al., 2019), la pornografía (Grubbs y Gola, 2019) o evaluar específicamente el malestar sexual en lugar de considerar que la baja satisfacción sexual supone malestar o la pornografía (Stephenson, y Meston, 2010). Todo lo que se ha explorado nos empuja a continuar indagando nuevas articulaciones que nos expliquen y/o que nos permitan comprender la clínica de la sexualidad.

Respecto a las **limitaciones de nuestro estudio**, destacaríamos su carácter transversal, que impide comprender cómo evoluciona la **DE** en nuestros pacientes a lo largo del tiempo. La ausencia de un grupo control conformado por hombres que no consultan por disfunción sexual, impide averiguar si los resultados obtenidos son específicos de los hombres que sí consultan. La edad de los pacientes de nuestro estudio delimita los resultados a un momento vital y a una etapa de la relación de pareja muy determinados, lo que no permite generalizar los resultados a otros momentos vitales y relacionales (p.e. hombres más jóvenes, cuya tasa de consulta está incrementándose). Aunque se cuenta con un número significativo de participantes, éstos son de un solo centro sanitario, lo que puede afectar a la generalización de los resultados.

Los autoinformes comportan sesgos en la evaluación, teniendo en cuenta que los pacientes responden según su percepción y ésta depende de factores como las características de personalidad, la capacidad de introspección y la deseabilidad social, variables que no han sido controladas. El hecho de realizar el estudio en un ámbito clínico y con notable presión asistencial, dificultó poder comprobar que los cuestionarios se hubieran respondido de manera completa. Ello comportó la pérdida de información, especialmente de algunas características sociodemográficas.

Sin duda, sería interesante considerar el funcionamiento sexual desde una perspectiva más amplia que la mera respuesta sexual, y utilizar entrevistas y una metodología cualitativa para explorar la experiencia de la **DE** y su impacto en la persona y en su relación de pareja. Incluir la perspectiva de la pareja es imprescindible para comprender la dinámica relacional, que en nuestro estudio ha quedado reducida a la perspectiva del hombre. Debería también estudiarse la disfunción en hombres homosexuales y, en general, dar cabida a toda la diversidad sexual.

Futuros estudios deberían incluir la evaluación de aspectos más cercanos a la experiencia que tiene el hombre con DE, así como tener en cuenta variables más ajustadas a los modelos que dan cuenta de la interrelación entre apego, malestar intra- e interpersonal y calidad de la relación de pareja. En el modelo de Mikulincer y Shaver, por ejemplo, tienen un papel central las estrategias de *hiperactivación* y *desactivación*, que no han podido ser evaluadas directamente; también hay que precisar la evaluación del sistema de conducta sexual. Con todo ello se acercaría la distancia entre la teoría y los datos recogidos, teniendo así más posibilidades de obtener una comprensión más precisa del papel del apego en la experiencia de la **DE**.

A pesar de estas limitaciones, como sintetizaremos en el próximo apartado, creemos que el estudio aporta resultados relevantes que tienen evidentes implicaciones para la evaluación y el tratamiento de hombres con **DE**.

10 CONCLUSIONES E IMPLICACIONES CLÍNICAS

En **conclusión**, los resultados de nuestro estudio plantean la relevancia del apego, la satisfacción sexual y la satisfacción relacional y/o ajuste diádico como variables psico(pato)lógicas con valor etiológico en la sexualidad problematizada que atendemos en los contextos clínicos, aunque la articulación de estas sigue esperando el autor que la formule.

Para pensar en las implicaciones que pueden derivarse de esta tesis, sugerimos partir de tres postulados acerca de la disfunción eréctil:

a) la **DE** es un acontecimiento emocional, en el que es preciso diferenciar la respuesta sexual de la satisfacción sexual,

b) la **DE** es un evento que no ocurre en el vacío, sino que acostumbra a suceder en el contexto de una relación, a menudo de pareja. Por ello, cuando ocurre la **DE**, la satisfacción relacional, la calidad relacional y/o ajuste diádico pueden verse afectadas, y

c) la **DE** es una circunstancia que va a convertirse en hecho clínico en los casos en que la regulación emocional sea insuficiente.

De acuerdo con esto, la **emoción**, la **relación** y la **regulación emocional**, teniendo en cuenta (a) la observación clínica de que los pacientes refieren menor malestar sexual, relacional y psicológico del que sería esperable cuando se padece una **DE** (punto de partida de esta tesis), y (b) el objetivo de buscar la mejor ayuda terapéutica para los problemas de los pacientes que consultan, puede formularse las siguientes implicaciones clínicas:

1. Los tratamientos de la **DE** deben tener en cuenta la experiencia emocional inherente a la disfunción sexual, incluso cuando parezca que dicha vivencia es inexistente. Ello

ocurre en muchos de los hombres del estudio, que presentan una actitud distante respecto a las emociones, lo cual no debe llevarnos a confundir el malestar expresado con el malestar sentido.

2. Tener en cuenta las emociones supone adoptar una estrategia terapéutica que atienda la **DE** integrando el significado que ésta tiene para el paciente; supone también que cualquier tratamiento médico/psicológico va a conectarse con ese marco de significado que constituye la singularidad del paciente.
3. Tener en cuenta las emociones y el significado que se deriva de ellas, supone que la evaluación que se realiza debe incluir el contexto biográfico en el que ha aparecido la **DE**, ya que éste es el que nos va a permitir dilucidar la demanda de ayuda - expectativas, preocupaciones, miedos-, tanto si el profesional es un médico andrólogo como un psicólogo. Es decir, lo importante no es si el tratamiento es médico (p.e. un inhibidor de la fosfodiesterasa) o una intervención psicológica, sino que lo importante es que el paciente reciba lo que necesita para afrontar el problema sexual que le ha llevado a la consulta.
4. Tener en cuenta las emociones conlleva que ningún tratamiento, ni médico ni psicológico, es inocuo. Por ello, el tratamiento debe evitar convertir una alteración en el funcionamiento sexual en un problema que debe ser tratado, ya que el objetivo de los tratamientos no siempre es el de restablecer la **DE**, aunque a veces sea fundamental, porque una respuesta sexual restablecida no es sinónimo de una sexualidad satisfactoria. En este sentido, creemos que tanto los tratamientos médicos como los psicológicos y los tratamientos combinados, deben ser prescritos desde una posición ética, es decir, una posición que tenga en cuenta el cuerpo, la experiencia, la situación y el contexto. Y pensamos que tener en cuenta la emoción, la relación y la

regulación, puede ayudarnos a asentar la praxis sexológica en el terreno de la ética asistencial.

5. Tener presente el contexto relacional en el que aparece la *DE* no significa que toda disfunción sexual tenga que ser tratada en pareja. Quiere decir que las actitudes, las motivaciones, las experiencias emocionales, las conductas etc., de una persona siempre tienen en cuenta una representación del otro (en la tesis, las parejas) y del *self*, lo cual va a conformar un estilo de apego en el que la sexualidad, en sentido amplio, va a tener un lugar más o menos valorado para la persona.
6. La representación del otro (pareja) como alguien que tiene pensamientos, sentimientos, deseos, expectativas etc. transforma el encuentro sexual en una experiencia sexual. De ahí las limitaciones de los enfoques puramente sexológicos que se centran en eliminar el síntoma sexual. Y aquí, de la tesis, la constatación de que la satisfacción sexual y la satisfacción relacional son las variables dependientes por excelencia en las que es preciso evaluar los efectos de las ayudas terapéuticas que ofrecemos.
7. Si es posible trabajar en los puntos 5 y 6, los terapeutas tenemos la oportunidad de introducir calidad en la relación de pareja al promover cambios en las representaciones mentales. No obstante, en ocasiones, va a ser preciso incluir a la pareja en el tratamiento. La experiencia clínica del *Servicio de Psicología Clínica de Fundació Puigvert* indica que la participación de la pareja puede darse a diferentes niveles: a) tratando su propio problema sexual, cuando lo haya, circunstancia que no es infrecuente y/o b) revisando sus propias representaciones de sí misma, del otro y de la relación de pareja, de forma individual o conjuntamente.
8. El modelo biopsicosocial es el marco de trabajo más potente para el tratamiento de los problemas sexuales, aunque siempre es un reto la articulación interdisciplinar. En

esa articulación, los problemas sexuales en los que el factor psicológico es predominante, las variables identificadas en esta tesis pueden constituir un mapa de orientación. Esto nos permite prestar una atención especial a los casos en los que el problema sexual sea simplemente un síntoma, para no confundir el tratamiento del síntoma con el tratamiento del problema que lo causa. Además, desde esta perspectiva, la dicotomía **DE** orgánica-psicógena deja de tener sentido, ya que hasta en la que tiene un claro y determinante factor orgánico (p.e. en el caso de una prostatectomía por cáncer de próstata), van a intervenir aspectos psicológicos. Dicho de otra manera, cualquier **DE** la padece alguien con nombres y apellidos, y esto es lo que visibilizamos con las variables del apego, la satisfacción sexual, relacional y el bienestar psicológico.

9. La regulación emocional está sujeta a estrategias diversas que caracterizan cada uno de los estilos de apego definidos en la teoría y verificados en la tesis. La prevalencia del *estilo de apego evitativo* en hombres con **DE** nos pone sobre el aviso de la tendencia de estos hombres a formular sus problemas disociando lo afectivo de lo puramente físico. Por tanto, cualquier intervención médica o psicológica debe tender a integrar estos aspectos: lo afectivo, lo somático y lo relacional. En este sentido, la regulación emocional también puede beneficiarse de una prescripción médica, como vemos en las consultas clínicas, que otorgue la confianza y la seguridad necesaria para transformar el espacio de la intimidad en un *refugio seguro* y en un lugar de *seguridad* desde el que explorar la intimidad sexoafectiva.
10. En la teoría de la regulación emocional se reconocen dos sistemas: primario y secundario. El secundario hace referencia a la mentalización (trabajar con las representaciones mentales de cada miembro de la pareja), mientras que el primario hace referencia a la actividad del sistema nervioso autónomo (sistema simpático y

parasimpático). Posiblemente, el sistema de regulación primario es un terreno fértil de colaboración futura entre médicos andrólogos y psicólogos.

11 REFERENCIAS

- Ágmo, A., & Laan, E. (2023). The sexual incentive motivation model and its clinical applications. *The Journal of Sex Research*, *60*(7), 969-988. <https://doi.org/10.1080/00224499.2022.2134978>
- Ainsworth, M. D. S., Blehar, M. C., Waters, E., & Wall, S. (1978). *Patterns of attachment: A psychological study of the strange situation*. Erlbaum.
- Ainsworth, M. S., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American psychologist*, *46*(4), 333. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0003-066X.46.4.333>
- Allen, B. (2023). *The science and clinical practice of attachment theory: A guide from infancy to adulthood*. American Psychological Association.
- Alonso-Arbiol, I., Balluerka, N., & Shaver, P. R. (2007). A Spanish version of the Experiences in Close Relationships (ECR) adult attachment questionnaire. *Personal Relationships*, *14*(1), 45-63. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2006.00141.x>
- Althof, S. E. (2002). When an erection alone is not enough: biopsychosocial obstacles to lovemaking. *International Journal of Impotence Research*, *14*(1), S99-S104. <https://doi.org/10.1038/sj.ijir.3900799>
- Althof, S. E., Leiblum, S. R., Chevret-Measson, M., Hartmann, U., Levine, S. B., McCabe, M., Plaut, M., Rodrigues, O., & Wylie, K. (2005). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction, *The Journal of Sexual Medicine*, *2*(6), 793-800. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2005.00145.x>

- Andresen, J. B., Graugaard, C., Andersson, M., Bahnsen, M. K., & Frisch, M. (2022). Sexual inactivity and dysfunction in Denmark: A project SEXUS study. *Archives of Sexual Behavior*, 51(8), 3669-3688. <https://rdcu.be/dr3I5>
- APA (2013). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (5a ed.). American Psychiatric Association.
- Argullol, R. (2023). *Danza humana*. Barcelona: Acantilado.
- Attaky, A., Kok, G., & Dewitte, M. (2022). Attachment orientation moderates the sexual and relational implications of sexual desire discrepancies. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 48(4), 343-362. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2021.1991537>
- Bahnsen, M. K., Graugaard, C., Andersson, M., Andresen, J. B., & Frisch, M. (2022). Physical and mental health problems and their associations with inter-personal sexual inactivity and sexual dysfunctions in Denmark: Baseline assessment in a national cohort study. *The Journal of Sexual Medicine*, 19(10), 1562-1579. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2022.07.004>
- Balercia, G., Boscaro, M., Lombardo, F., Carosa, E., Lenzi, A., & Jannini, E. A. (2007). Sexual symptoms in endocrine diseases: Psychosomatic perspectives. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 76(3), 134-140. <https://doi.org/10.1159/000099840>
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.61.2.226>
- Basson, R. (2000). The female sexual response: A different model. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 26(1), 51-65.

- Bauman, Z. (2003). *Amor líquido: Acerca de la fragilidad de los vínculos humanos*. Fondo de Cultura Económica.
- Bauman, Z. (2007). *Tiempos líquidos: Vivir en época de incertidumbre*. Tusquets
- Beck, U., y Beck-Gersheim, E. (1998). *El normal caos del amor: Las nuevas formas de la relación amorosa*. Paidós.
- Beck, U., y Beck-Gersheim, E. (2012). *Amor a distancia: Nuevas formas de vida en la era global*. Paidós.
- Bell, R. A., Daly, J. A., & Gonzalez, M. C. (1987). Affinity-maintenance in marriage and its relationship to women's marital satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, 49(2), 445–454. <https://doi.org/10.2307/352313>
- Berenguer, C., Rebôlo, C., & Costa, R. M. (2019). Interoceptive awareness, alexithymia, and sexual function. *Journal of sex & marital therapy*, 45(8), 729-738.
- Berry, M. D., & Berry, Ph. D. (2013) Contemporary treatment of sexual dysfunction: Reexamining the biopsychosocial model. *The Journal of Sexual Medicine*, 10(11), 2627-2643. <https://doi.org/10.1111/jsm.12273>
- Biggs, A., Brough, P., & Drummond, S. (2017). Lazarus and Folkman's psychological stress and coping theory. In C. L. Cooper, & J. Campbell (Eds.), *The handbook of stress and health: A guide to research and practice* (pp. 349-364). Wiley.
- Binik, Y. M., & Meana, M. (2009). The future of sex therapy: Specialization or marginalization? *Archives of Sexual Behavior*, 38, 1016-1027.
- Birnbaum, G. E. (2007). Attachment orientations, sexual functioning, and relationship satisfaction in a community sample of women. *Journal of Social and Personal Relationships*, 24(1), 21–35. <https://doi.org/10.1177/0265407507072576>

- Birnbaum, G. E. (2010). Bounds to interact: The divergent goals and complex interplay of attachment and sex within romantic relationships. *Journal of Social and Personal Relationships*, 27(2), 245-252. <https://doi.org/10.1177/0265407509360902>
- Birnbaum, G. E. (2014). Sexy building blocks: The contribution of the sexual system to attachment formation and maintenance. En M. Mikulincer & P. R. Shaver (Eds.), *Mechanisms of social connection: From brain to group* (pp. 315–332). American Psychological Association. <https://doi.org/10.1037/14250-018>
- Birnbaum, G. E. (2015). Like a horse and carriage? The dynamic interplay of attachment and sexuality during relationship development. *European Psychologist*, 20(4), 265–274. <https://doi.org/10.1027/1016-9040/a000237>
- Birnbaum, G. E. (2016). Attachment and sexual mating: The joint operation of separate motivational systems. In J. Cassidy, & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications* (3rd ed.) (pp. 464-483). Guilford.
- Birnbaum, G. E. (2018). Attachment and sexual mating: The joint operation of separate motivational systems. En J. Cassidy, & P. R. Shaver, *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (3rd ed.) (464-483). Guilford Press.
- Birnbaum, G. E. (2022). Temptation at your door: Receiving mate poaching attempts and perceived partners' desirability. *Personal Relationships*, 29(3), 566-580. <https://doi.org/10.1111/per.12433>
- Birnbaum, G. E. (2023a). Evolving connections: Attachment and human mating strategies. En M. D. Buss (Ed.), *The Oxford handbook of human mating* (pp. 427-446). Oxford University Press.

- Birnbaum, G. E. (2023b). The enticement of feeling understood, validated, and cared for: How does perceiving a partner as responsive affect the sexual arena? *Current Opinion in Psychology*, 101594. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2023.101594>
- Birnbaum, G. E., & Finkel, E. J. (2015). The magnetism that holds us together: sexuality and relationship maintenance across relationship development. *Current Opinion in Psychology*, 1, 29-33. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2014.11.009>
- Birnbaum, G. E., & Gillath, O. (2006). Measuring subgoals of the sexual behavioral system: What is sex good for? *Journal of Social and Personal Relationships*, 23(5), 675–701. <https://doi.org/10.1177/0265407506065992>
- Birnbaum, G. E., & Laser-Brandt, D. (2002). Gender differences in the experience of heterosexual intercourse. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 11(3-4), 143-158.
- Birnbaum, G. E., Mikulincer, M., Szepeswol, O., Shaver, P. R., & Mizrahi, M. (2014). When sex goes wrong: A behavioral systems perspective on individual differences in sexual attitudes, motives, feelings, and behaviors. *Journal of Personality and Social Psychology*, 106(5), 822–842. <https://doi.org/10.1037/A0036021>
- Birnbaum, G. E., Mizrahi, M., & Reis, H. T. (2019). Fueled by desire: Sexual activation facilitates the enactment of relationship-initiating behaviors. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(10), 3057-3074. <https://doi.org/10.1177/0265407518811667>
- Birnbaum, G. E., & Reis, H. T. (2012). When does responsiveness pique sexual interest? Attachment and sexual desire in initial acquaintanceships. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 38(7), 946–958. <https://doi.org/10.1177/0146167212441028>

- Birnbaum, G.E., & Reis, H. T. (2019). Evolved to be connected: The dynamics of attachment and sex over the course of romantic relationships. *Current Opinion in Psychology*, 25, 11-15. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.02.005>
- Birnbaum, G. E., Reis, H. T. , Mikulincer, M., Gillath, O., & Orpaz, A. (2006). When sex is more than just sex: Attachment orientations, sexual experience, and relationship quality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 91(5), 929-943. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.91.5.929>
- Birnbaum, G. E., Svitelman, N., Bar-Shalom, A., & Porat, O. (2008). The thin line between reality and imagination: Attachment orientations and the effects of relationship threats on sexual fantasies. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 34(9), 1185-1199. <https://doi.org/10.1177/0146167208319692>
- Bobes. J. (2003). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Ars Medica.
- Bogaert, A. F., & Sadava, S. (2002). Adult attachment and sexual behavior. *Personal Relationships*, 9, 191-204. <https://doi.org/10.1111/1475-6811.00012>
- Borrell, F. (2002). La ética de la dignidad (o el sentido de nuestro trabajo). *Jano*, LXIII (1452), 1480-1.
- Borrell, F. (2012). La relación medico-paciente en un mundo cambiante. En J. L. Tizón, X. Clèries y N. Daurella (Comp.), *¿Bioingeniería o medicina? El futuro de la medicina y la formación de los médicos* (pp. 41-69). Red-Ediciones.
- Borrell, F., y Cebrià, J. (1995). Relación asistencial y modelo biopsicosocial. En A. Martín Zurro y F. Cano (Eds.), *Atención primaria* (pp. 82-98). Harcourt Brace.

- Bosmans, G., & Borelli, J. L. (2022). Attachment and the development of psychopathology: Introduction to the special issue. *Brain Sciences*, 12(2), 174. <https://doi.org/10.3390/brainsci12020174>
- Bowlby, J. (1998). *El apego y la pérdida: Vol. 1. El apego*. Paidós. (Obra original publicada en 1969)
- Bowlby, J. (1985). *El apego y la pérdida: Vol. 2. La separación afectiva*. Paidós. (Obra original publicada en 1973)
- Bowlby, J. (1993). *El apego y la pérdida: Vol. 3. La pérdida*. Paidós. (Obra original publicada en 1984)
- Bowlby, J. (1989). *Una base segura: Aplicaciones clínicas de una teoría del apego*. Paidós.
- Brandão, T., Matias, M., Ferreira, T., Vieira, J., Schulz, M. S., & Matos, P. M. (2020). Attachment, emotion regulation, and well-being in couples: Intrapersonal and interpersonal associations. *Journal of Personality*, 88(4), 748-761. <https://doi.org/10.1111/jopy.12523>
- Brassard, A., Shaver, P. R., & Lussier, Y. (2007). Attachment, sexual experience, and sexual pressure in romantic relationships: A dyadic approach. *Personal Relationships*, 14, 475-493. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2007.00166.x>
- Brennan, K. A., Clark, C. L., & Shaver, P. R. (1998). Self-report measurement of adult attachment: An integrative overview. En J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Attachment theory and close relationships* (pp. 46-76). New York, NY, US: Guilford Press.
- Brody, S., Costa R. M., Klapilová, K., & Weiss, P. (2018). Specifically penile-vaginal intercourse frequency is associated with better relationship satisfaction: A

- commentary on Hicks, McNulty, Meltzer, and Olson (2016). *Psychological Science*, 29(4), 667-669. <https://doi.org/10.1177/0956797617691547>
- Bulosan, C. M. T. (2023). *Role of stress in attachment activation and behavioral systems in adult pair-bond relationships* [Tesis doctoral, Alliant International University]. ProQuest Dissertations and Theses Global.
- Butzer, B., & Campbell, L. (2008). Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples. *Personal Relationships*, 15, 141-154. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2007.00189.x>
- Byers, E. S. (2005). Relationship satisfaction and sexual satisfaction: A longitudinal study of individuals in long-term relationships. *The Journal of Sex Research*, 42(2), 113-118. <https://www.jstor.org/stable/3813147>
- Cadely, H. S. E., Finnegan, V., Spears, E. C., & Kerpelman, J. L. (2020). Adolescents and sexual risk-taking: The interplay of constraining relationship beliefs, healthy sex attitudes, and romantic attachment insecurity. *Journal of Adolescence*, 84(1), 136-148. <https://doi.org/10.1016/j.adolescence.2020.08.010>
- Caldwell, J. G., & Shaver, P. R. (2012). Exploring the cognitive-emotional pathways between adult attachment and ego-resiliency. *Individual Differences Research*, 10(3), 141-152.
- Cameron, J. J., Finnegan, H., & Morry, M. M. (2012). Orthogonal dreams in an oblique world: A meta-analysis of the association between attachment anxiety and avoidance. *Journal of Research in Personality*, 46(5), 472-476. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2012.05.001>
- Cao, H., Zhou, N., Fine, M. A., Li, X., & Fang, X. (2019). Sexual satisfaction and marital satisfaction during the early years of Chinese marriage: A three-wave, cross-

- lagged, actor-partner interdependence model. *Journal of Sexual Research*, 56(3), 391–407. <https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1463503>
- Capogrosso, P., Ventimiglia, E., Boeri, L., Cazzaniga, W., Chierigo, F., Pederzoli, F., ... & Salonia, A. (2019). Age at first presentation for erectile dysfunction: Analysis of changes over a 12-yr period. *European Urology Focus*, 5(5), 899-905. <https://doi.org/10.1016/j.euf.2018.02.006>
- Carvalho, J., & García-Gómez, B. (2022). Introduction. Epidemiology and etiology of sexual dysfunctions in men and women. En S. Sarikaya, G. I. Russo, & D. Ralph (Eds.), *Andrology and sexual medicine* (pp. 1-17). Springer International Publishing. https://link.springer.com/chapter/10.1007/978-3-031-12049-7_1
- Carvalho, J., & Nobre, P. (2011). Biopsychosocial determinants of men's sexual desire: Testing an integrative model. *The Journal of Sexual Medicine*, 8(3), 754-763. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.02156.x>
- Cassidy, J., & Kobak, R. R. (1988). Avoidance and its relation to other defensive processes. In J. Belsky & T. Nezworski (Eds.), *Clinical implications of attachment* (pp. 300–323). Erlbaum.
- Cassidy, J., & Shaver, P. (Eds.). (2016). *Handbook of Attachment: Theory, Research, and Clinical Applications*. The Guilford Press.
- Cassioli, E., Rossi, E., Vizzotto, C., Malinconi, V., Vignozzi, L., Ricca, V., & Castellini, G. (2022). Avoidant attachment style moderates the recovery of healthy sexuality in women with anorexia nervosa treated with enhanced cognitive behavior therapy (CBT-E): A 2-year follow-up study. *The Journal of Sexual Medicine*, 19(2), 347-355. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2021.12.001>

- Castellà, R., y Farré, L.I. (2000). Camino y obstáculo: belleza y misterio, maravilla y sufrimiento en el desarrollo del método psicoanalítico. *Intercanvis/Intercambios*, 4, 29-41. <https://intercanvis.eu/es/camino-y-obstaculo-belleza-y-misterio-maravilla-y-sufrimiento-en-el-desarrollo-del-metodo-psicoanalitico/>
- Castillo-Garayoa, J. A. (2017). Formulación clínica. En V. Cabré, J. A. Castillo, y C. Nofuentes (Eds.), *Casos clínicos: Evaluación, diagnóstico e intervención en salud mental* (pp. 33-49). Herder.
- Castillo-Garayoa, J. A., & Echevarría, R. (2023). Reflections on the reception of attachment theory by psychoanalysts: A review of publications, *The International Journal of Psychoanalysis*, 104(3), 509-526 <https://doi.org/10.1080/00207578.2022.2158092>
- Castillo-Garayoa, J. A., y Medina, P. (2007). Maltrato en la relación de pareja: Apego, intimidad y cambios sociales. En A. Talam (Comp.), *Globalización y salud mental* (pp. 393-416). Herder.
- Ciocca, G., Limoncin, E., Di Tommaso, S., Mollaioli, D., Gravina, G. L., Marcozzi, A., Tullii, A., Carosa, E., Di Sante, S., Gianfrilli, D., Lenzi, A., & Jannini, E. A. (2015). Attachment styles and sexual dysfunctions: a case-control study of female and male sexuality. *International Journal of Impotence Research*, 27(3), 81-85. <https://doi.org/10.1038/ijir.2014.33>
- Ciocca, G., Rossi, R., Collazzoni, A., Gorea, F., Vallaj, B., Stratta, P., Longo, I., Limoncin, E., Mollaioli, D., Gibertoni, D., Santarnecchi, E., Pacitti, F., Niolu, C., Siracusano, A., Jannini, E. A., & Di Lorenzo, G. (2020). The impact of attachment styles and defense mechanisms on psychological distress in a non-clinical young

adult sample: A path analysis. *Journal of Affective Disorders*, 273, 384-390.

<https://doi.org/10.1016/j.jad.2020.05.014>

Cirillo, L., Fusco, G. M., Di Bello, F., Morgera, V., Cacace, G., Di Mauro, E., Mastrangelo, F., Romano, L., Calace, F. P., La Rocca, R., & Napolitano, L. (2023). Sexual dysfunction: time for a multidisciplinary approach? *Archivio Italiano di Urologia e Andrologia*, 95(1).

<https://doi.org/10.4081/aiua.2023.11236>

Cooper, M. L., Shaver, P. R., & Collins, N. L. (1998). Attachment styles, emotion regulation, and adjustment in adolescence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74(5), 1380-1397. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.74.5.1380>

Cooper, M. L., Pioli, M., Levitt, A., Talley, A. E., Micheas, L., & Collins, N. L. (2006). Attachment styles, sex motives, and sexual behavior. *Dynamics of romantic love: Attachment, caregiving, and sex*, 243-274.

Corona, G. (2022). Erectile dysfunction and premature ejaculation: a continuum movens supporting couple sexual dysfunction. *Journal of Endocrinological Investigation*, 45(11), 2029-2041. <https://rdcu.be/dr3Mf>

Corona, G., Ricca, V., Bandini, E., Mannucci, E., Petrone, L., Fisher, A. D., ... & Maggi, M. (2008). Association between psychiatric symptoms and erectile dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(2), 458-468. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00663.x>

Corona, D. G., Vena, W., Pizzocaro, A., Rastrelli, G., Sparano, C., Sforza, A., & Maggi, M. (2023). Metabolic syndrome and erectile dysfunction: a systematic review and

- meta-analysis study. *Journal of Endocrinological Investigation*, 46(11), 2195-2211. <https://doi.org/10.1007/s40618-023-02136-x>
- Cortina, M., y Marrone, M. (Comp.) (2017). *Apego y psicoterapia: Un paradigma revolucionario*. Psimática.
- Davis, D., Shaver, P. R., & Vernon, M. L. (2004). Attachment style and subjective motivations for sex. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 30(8), 1076-1090. <https://doi.org/10.1177/0146167204264794>
- Del Giudice, M. (2011). Sex differences in romantic attachment: A meta-analysis. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 37(2), 193-214. <https://doi.org/10.1177/0146167210392789>
- DeRogatis, L. R., & Burnett, A. L. (2008). The epidemiology of sexual dysfunctions. *The Journal of Sexual Medicine*, 5(2), 289–300. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00668.x>
- Dewitte, M. (2012). Different perspectives on the sex-attachment link: Towards an emotion-motivational account. *The Journal of Sex Research*, 49(2-3), 105-124. [10.1080/00224499.2011.576351](https://doi.org/10.1080/00224499.2011.576351)
- Dewitte, M., Bettocchi, C., Carvalho, J., Corona, G., Flink, I., Limoncin, E., Pascoal, P. , Reisman, Y, & Van Lankveld, J. (2021). A Psychosocial Approach to Erectile Dysfunction: Position Statements from the European Society of Sexual Medicine (ESSM). *Sexual Medicine*, 9(2), 100307. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2021.100434>
- Diamond, D., Blatt, S. J., & Lichtenbert, J. D. (2014). *Attachment and sexuality*. Guilford.
- Díaz-Mohedo, E., Meldaña, A., Cabello, F., Molina, E., Hernández, S., & Hita-Contreras, F. (2023). The Spanish version of the International Index of Erectile Function:

- Adaptation and validation. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 20(3), 1830. <https://doi.org/10.3390/ijerph20031830>
- Dong, J., Zhang, Y., & Qin, L. (2011). Erectile dysfunction and risk of cardiovascular disease: meta-analysis of prospective cohort studies. *Journal of the American College of Cardiology*, 58(13), 1378-1385. <https://doi.org/10.1016/j.jacc.2011.06.024>
- Dugal, C., Brassard, A., Claing, A., Lefebvre, A. A., Audet, A., Paradis-Lavallée, R., Godbout, N., & Péloquin, K. (2021). Attachment insecurities and sexual coercion in same- and cross-gender couples: The mediational role of couple communication patterns. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 47(8), 743-763. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2021.1944937>
- Dugan, K. A., Fraley, R. C., Gillath, O., & Deboeck, P. R. (2022). Changes in global and relationship-specific attachment working models. *Journal of Social and Personal Relationships*, 39(10), 3015-3043. <https://doi.org/10.1177/02654075211051408>
- Dupont, K., Gervai, J., Danis, I., Tóth, I., Koren, R., & Török, S. (2022). Factor structure, psychometric properties, and validation of the Hungarian version of the Experiences in Close Relationships Revised (ECR-R-HU) questionnaire in a nationally representative community sample. *Journal of Personality Assessment*, 104(6), 747-758. <https://doi.org/10.1080/00223891.2021.2019054>
- Duschinsky, R. (2020). *Cornerstones of attachment research*. Oxford.
- Duschinsky, R., Bakkum, L., Mannes, J. M. M., Skinner, G. C. M., Turner, M., Mann, A., Coughlan, B., Reijman, S., Foster, S., & Beckwith, H. (2021). Six attachment discourses: convergence, divergence and Relay. *Attachment & Human Development*, 23(4), 355-374. <https://doi.org/10.1080/14616734.2021.1918448>

- Eastwick, P. W., & Finkel, E. J. (2008). Sex differences in mate preferences revisited: Do people know what they initially desire in a romantic partner? *Journal of Personality and Social Psychology*, 94(2), 245–264. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.94.2.245>
- Ein-Dor, T., Mikulincer, M., Doron, G., & Shaver, P. R. (2010). The attachment paradox: How can so many of us (the insecure ones) have no adaptive advantages? *Perspectives on Psychological Science*, 5(2), 123-141. <http://dx.doi.org/10.1177/1745691610362349>
- Ein-Dor, T., Viglin, D., & Doron, G. (2016). Extending the transdiagnostic model of attachment and psychopathology. *Frontiers in Psychology*, 7, 484. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2016.00484>
- Engel, G. L. (1977). The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science*, 196, 129-136. <https://doi.org/10.1126/science.847460>
- Erber, R., & Erber, M. (2017). *Intimate relationships: Issues, theories, and research*. Psychology Press.
- Errázuriz, P. (2012). *Misoginia romántica, psicoanálisis y subjetividad femenina*. Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- Esposito, K., & Giugliano, D. (2011). Obesity, the metabolic syndrome, and sexual dysfunction in men. *Obesity & Metabolic Syndrome*, 90(1), 169-173. <https://doi.org/10.1038/clpt.2011.91>
- Evraire, L. E., Dozois, D. J. A., & Wilde, J. L. (2022). The contribution of attachment styles and reassurance seeking to trust in romantic couples. *Europe's Journal of Psychology*, 18(1), 19-39. <https://doi.org/10.5964/ejop.3059>
- Ezquerro, A. (2017). *Relatos de apego: Encuentros con John Bowlby*. Psimática.

- Farooqi, S. R. (2014). The construct of relationship quality. *Journal of Relationships Research*, 5, 1-11. <https://doi.org/10.1017/jrr.2014.2>
- Farré, Ll., Hernández, V., y Martínez, M. (1992). *Psicoterapia psicoanalítica focal y breve: Una experiencia clínica con psicoterapia a tiempo limitado*. Paidós.
- Feeney, J. A., & Karantzas, G. C. (2017). Couple conflict: Insights from an attachment perspective. *Current Opinion in Psychology*, 13, 60-64. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.04.017>
- Feeney, B. C., & Thrust, R. L. (2010). Relationship influences on exploration in adulthood: The characteristics and function of a secure base. *Journal of Personality and Social Psychology*, 98(1), 57-76. <http://dx.doi.org/10.1037/a0016961>
- Ferenczi, S. (1984). Confusión de lenguas entre los adultos y el niño. El lenguaje de la ternura y de la pasión. En S. Ferenczi, *Psicoanálisis* (Tomo IV, pp. 139-149). Espasa-Calpe. (Obra original publicada en 1933).
- Ferguson, G. M., Causadias, J. M., & Simenec, T. S. (2023). Acculturation and psychopathology. *Annual Review of Clinical Psychology*, 19, 381-411. <https://doi.org/10.1146/annurev-clinpsy-080921-080622>
- Fletcher, G. J. O., Kerr, P. S. G., Li, N. P., & Valentine, K. A. (2014). Predicting romantic interest and decisions in the very early stages of mate selection: Standards, accuracy, and sex differences. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 40(4), 540–550. <https://doi.org/10.1177/0146167213519481>
- Fode, M., Serefoglu, E. C., Albersen, M., & Sønksen, J. (2017). Sexuality following radical prostatectomy: is restoration of erectile function enough? *Sexual medicine reviews*, 5(1), 110-119.

Fonagy, P. (2001). *Teoría del apego y psicoanálisis*. Espaxs.

Fonagy, P., & Campbell, C. (2016). Attachment theory and mentalization. En *The Routledge Handbook of Psychoanalysis in the Social Sciences and Humanities* (pp. 115-131).

Fraley, R. C. (2019). Attachment in adulthood: Recent developments, emerging debates, and future directions. *Annual Review of Psychology*, 70, 401-422.
<https://doi.org/10.1146/annurev-psych-010418-102813>

Fraley, R. C., & Shaver, P. R. (2000). Adult romantic attachment: Theoretical developments, emerging controversies, and unanswered questions. *Review of general psychology*, 4(2), 132-154.

Fraley, R. C., & Roisman, G. I. (2019). The development of adult attachment styles: Four lessons. *Current Opinion in Psychology*, 25, 26-30.
<https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.02.008>

Fredrickson, B. L. (2001). The role of positive emotions in positive psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions. *American Psychologist*, 56(3), 218–226. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.56.3.218>

Frías, M. T., Shaver, P. R., & Díaz-Loving, R. (2014). Individualism and collectivism as moderators of the association between attachment insecurities, coping, and social support. *Journal of Social and Personal Relationships*, 31(1), 3-31.

Gabb, J., & Fink, J. (2018). *Couple relationships in the 21st Century*. Palgrave Macmillan.

- Gentzler, A., & Kerns, K. (2006). Adult attachment and memory of emotional reactions to negative and positive events. *Cognition & Emotion, 20*(1), 20-42. <https://doi.org/10.1080/02699930500200407>
- George, C., Kaplan, N., y Main, M. (1985). *Adult attachment interview*. Berkeley: University of California.
- George, C. C., & West, M. L. (2001). The development and preliminary validation of a new measure of adult attachment: the Adult Attachment Projective. *Attachment & Human Development, 3*, 30 - 61. <https://doi.org/10.1080/14616730010024771>
- Gillath, O., Hart, J., Nofle, E. E., & Stockdale, G. D. (2009). Development and validation of a state adult attachment measure (SAAM). *Journal of Research in Personality, 43*(3), 362–373. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2008.12.009>
- Gillath, O., Karantzas, G. C., Romano, D., & Karantzas, K. M. (2022). Attachment security priming: A meta-analysis. *Personality and Social Psychology Review, 26*(3), 183-241. <https://doi.org/10.1177/10888683211054592>
- Gonçalves, W. S., Gherman, B. R., Abdo, C. H. N., Coutinho, E. S. F., Nardi, A. E., & Appolinario, J. C. (2023). Prevalence of sexual dysfunction in depressive and persistent depressive disorders: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Impotence Research, 35*(4), 340-349. <https://doi.org/10.1038/s41443-022-00539-7>
- González de Rivera, J. L., De las Cuevas, C., Rodríguez, M., & Rodríguez, F. (1988). *SCL-90-R, Cuestionario de 90 síntomas*. Pearson.
- Gori, A., Russo, S., & Topino, E. (2023). Love addiction, adult attachment patterns and self-esteem: Testing for mediation using path analysis. *Journal of Personalized Medicine, 13*(2), 247. <https://doi.org/10.3390/jpm13020247>

- Gottman, J. M., & Gottman, J. S. (2018). *The science of couples and family therapy: Behind the scenes at the "love lab"*. WW Norton & Company.
- Gray, J. S., & Dunlop, W. L. (2019). Structure and measurement invariance of adult romantic attachment. *Journal of Personality Assessment*, 101(2), 171-180. <http://dx.doi.org/10.1080/00223891.2017.1391274>
- Grubbs, J. B., & Gola, M. (2019). Is pornography use related to erectile functioning? Results from cross-sectional and latent growth curve analyses. *The Journal of Sexual Medicine*, 16(1), 111–125. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2018.11.004>
- Hadden, B. W., Smith, C. V., & Webster, G. D. (2014). Relationship duration moderates associations between attachment and relationship quality: Meta-analytic support for the temporal adult romantic attachment model. *Personality and Social Psychology Review*, 18(1), 42-58. <https://doi.org/10.1177/1088868313501885>
- Han, B.C. (2012). *La agonía del Eros*. Herder.
- Han, B. C. (2023). *La crisis de la narración*. Herder.
- Hanak, N., & Dimitrijevic, A. (2013). A Serbian version of Modified and Revised Experiences in Close Relationships Scale (SM–ECR–R). *Journal of Personality Assessment*, 95(5), 530-538. <https://doi.org/10.1080/00223891.2013.778271>
- Harkness, S. (2015). The strange situation of attachment research: A review of three books. *Reviews in Anthropology*, 44(3), 178-197. <https://doi.org/10.1080/00938157.2015.1088337>
- Harrison, M. A., & Shortall, J. C. (2011). Women and men in love: Who really feels it and says it first? *The Journal of Social Psychology*, 151(6), 727–736. <https://doi.org/10.1080/00224545.2010.522626>

- Harvey, J. H., Wenzel, A., & Sprecher, S. (Eds.) (2004). *The handbook of sexuality in close relationships*. Erlbaum.
- Hassebrauck, M., & Fehr, B. (2002). Dimensions of relationship quality. *Personal Relationships, 9*, 253-270. <https://doi.org/10.1111/1475-6811.00017>
- Hazan, C., & Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualized as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*(3), 511–524. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.52.3.511>
- Hazan, C., & Zeifman, D. (1994). Sex and the psychological tether. In K. Bartholomew & D. Perlman (Eds.), *Attachment processes in adulthood* (pp. 151–178). Jessica Kingsley Publishers.
- Hazan, C., & Zeifman, D. (1999). Pair bonds as attachments: Evaluating the evidences. En J. Cassidy, & P. R. Shaver (Eds.), *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications* (pp. 336-354). The Guilford Press.
- Herzberg, P. Y., Wildfang, S., & Quittschalle, J. (2022). The association between relationship orientation, relationship quality and sexual satisfaction. *International Journal of Applied Positive Psychology, 7*(3), 439-459. <http://dx.doi.org/10.1007/s41042-022-00076-0>
- Hicks, L. L., McNulty, J. K., Meltzer, A. L., & Olson, M. A. (2016). Capturing the interpersonal implications of evolved preferences? Frequency of sex shapes automatic, but not explicit, partner evaluations. *Psychological Science, 27*(6), 836-847. <https://doi.org/10.1177/0956797616638650>
- Hicks, L. L., McNulty, J. K., Meltzer, A. L., & Olson, M. A. (2018). A dual-process perspective on how sexual experiences shape automatic versus explicit relationship satisfaction: Reply to Brody, Costa, Klapilová, and Weiss (2018).

Psychological Science, 29(4), 670-672.

<https://doi.org/10.1177/0956797618760848>

Holmes, J. (2009). Teoría del apego y psicoterapia: en busca de la base segura. Desclée de Brouwer.

Holmes, J., y Slade, A. (2019). *El apego en la práctica terapéutica*. DDB.

Holmes, P., & Farnfield, S. (Eds.). (2022). *The Routledge Handbook of Attachment*. Taylor & Francis.

Illouz, E. (2009). *El consumo de la utopía romántica: El amor y las contradicciones culturales del capitalismo*. Katz.

Illouz, E. (2010). *La salvación del alma moderna*. Katz.

Illouz, E. (comp.) (2019). *Capitalismo, consumo y autenticidad: las emociones como mercancía*. Katz.

Illouz, E. (2020). *El fin del amor: Una sociología de las relaciones negativas*. Katz.

Illouz, E., y Kaplan, D. (2019). *El capital sexual en la modernidad tardía*. Herder.

Impett, E. A., Muise, A., & Peragine, D. (2014). Sexuality in the context of relationships. En D. L. Tolman, & L. M. Diamond (Eds.), *APA Handbook of sexuality and psychology: Vol. 1: Person-based approaches* (pp. 269-315). American Psychological Association.

Impett, E. A., Strachman, A., Finkel, E. J., & Gable, S. L. (2008). Maintaining sexual desire in intimate relationships: The importance of approach goals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 94(5), 808–823. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.94.5.808>

- Janssen, E., & Bancroft, J. (2023). The dual control model of sexual response: A scoping review, 2009–2022. *The Journal of Sex Research*, 60(7) 948-968. <https://doi.org/10.1080/00224499.2023.2219247>
- Janssen, E., McBride, K. R., Yarber, W., Hill, B. J., & Butler, S. M. (2008). Factors that influence sexual arousal in men: A focus group study. *Archives of Sexual Behavior*, 37(2), 252–265. <https://doi.org/10.1007/s10508-007-9245-5>
- Jiménez-Picón, N., Romero-Martín, M., Ramírez-Baena, L., Palomo-Lara, J. C., & Gómez-Salgado, J. (2021). Systematic review of the relationship between couple dyadic adjustment and family health. *Children*, 8(6), 491. <https://doi.org/10.3390/children8060491>
- Jong, E. (1973). *Miedo a volar*. Punto de Lectura.
- Kaplan, H. S. (1974). *The new sex therapy: Active treatment of sexual dysfunctions*. Brunner/Mazel.
- Karantzas, G. C., Feeney, J. A., Goncalves, C. V., & McCabe, M. P. (2014). Towards an integrative attachment-based model of relationship functioning. *British Journal of Psychology*, 105(3), 413–434. <https://doi.org/10.1111/bjop.12047>
- Kaufmann, J. C. (2012). *Sex@mor: Las nuevas claves de los encuentros amorosos*. Pasos Perdidos.
- Kernberg, O. F. (1995). *Relaciones amorosas: Normalidad y patologia*. Paidós.
- Khosravi, M., & Kasaeiyan, R. (2020). The relationship between neuroticism and suicidal thoughts among medical students: Moderating role of attachment styles. *Journal of Family Medicine and Primary Care*, 9(6), 2680-2687. [10.4103/jfmpe.jfmpe_1200_19](https://doi.org/10.4103/jfmpe.jfmpe_1200_19)

Khoury, C. B., & Findlay, B. M. (2014). What makes for good sex? The associations among attachment style, inhibited communication and sexual satisfaction. *Journal of Relationships Research, 5*, e7. <https://doi.org/10.1017/jrr.2014.7>

Kim, H. M., & Miller, L. C. (2020). Are insecure attachment styles related to risky sexual behavior? A meta-analysis. *Health Psychology, 39*(1), 46-57. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/hea0000821>

Kroonstadt, E. C. C. (2021). Efectos del posmodernismo en el divorcio de la pareja. *PsicoSophia, 3*(2), 55-59.

Kural, A. I., & Kovacs, M. (2021). Attachment anxiety and resilience: The mediating role of coping. *Acta Psychologica, 221*, 103447. <https://doi.org/10.1016/j.actpsy.2021.103447>

Lafortune, D., Girard, M., Bolduc, R., Boislard, M. A., & Godbout, N. (2022). Insecure attachment and sexual satisfaction: A path analysis model integrating sexual mindfulness, sexual anxiety, and sexual self-esteem. *Journal of Sex & Marital Therapy, 48*(6), 535–551. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2021.2011808>

Lafuente, M. J., y Cantero, M. J. (2015). *Vinculaciones afectivas*. Pirámide.

Laumann, E. O., Paik, A., & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *JAMA, 281*(6), 537–544. [10.1001/jama.281.6.537](https://doi.org/10.1001/jama.281.6.537)

Lawrance, K.-A., & Byers, E. S. (1992). Development of the interpersonal exchange model of sexual satisfaction in long term relationships. *Canadian Journal of Human Sexuality, 1*(3), 123–128.

Lawrance, K.-A., & Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal*

Relationships, 2(4), 267–285. <https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.1995.tb00092.x>

Lawrance, K. & Byers, E.S. (1998). Interpersonal exchange model of sexual satisfaction questionnaire. In C. M. Davis, W. L. Yarber, R. Bauserman, G. Schreer & S. L. Davis (Eds.), *Sexuality-related measures: A compendium (2n ed.)* (pp. 525-530). Sage.

Lazarus, R. S., y Folkman. S. (1984). *Estrés y procesos cognitivos*. Martínez Roca.

Levine, S. B. (2007). The first principle of clinical sexuality. *The Journal of Sexual Medicine*, 4(4), 853-854. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2007.00514.x>

Levine, S. B., Risen, C. B., & Althof, S. E. (2016). *Handbook of clinical sexuality for mental health professionals* (3rd ed.). Routledge.

Li, J. Z., Maguire, T. A., Zou, K. H., Lee, L. J., Donde, S. S., & Taylor, D. G. (2022). Prevalence, comorbidities, and risk factors of erectile dysfunction: Results from a prospective real-world study in the United Kingdom. *International Journal of Clinical Practice*, 2022. <https://doi.org/10.1155/2022/5229702>

Li, T., & Chan, D. K-S. (2012). How anxious and avoidant attachment affect romantic relationship quality differently: A meta-analytic review. *European Journal of Social Psychology*, 42(4), 406-419. <https://doi.org/10.1002/ejsp.1842>

Little, K. C., McNulty, J. K., & Russell, V. M. (2010). Sex buffers intimates against the negative implications of attachment insecurity. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(4), 484-498. <https://doi.org/10.1177/0146167209352494>

Litzinger, S., & Gordon, K. C. (2005) Exploring relationships among communication, sexual satisfaction, and marital satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy*,

31(5), 409-424.

<http://dx.doi.org/10.1080/00926230591006719>

Lo, C., Walsh, A., Mikulincer, M., Gagliese, L., Zimmermann, C., & Rodin, G. (2009).

Measuring attachment security in patients with advanced cancer: Psychometric properties of a modified and brief Experiences in Close Relationships Scale.

Psycho-Oncology, 18(5), 490-499.

<http://dx.doi.org/10.1002/pon.1417>

López Sánchez, F. (2009). *La educación sexual*. Biblioteca Nueva

López-Mondejar, L. (2022). *Invulnerables e invertebrados: Mutaciones antropológicas del sujeto contemporáneo*. Anagrama.

López-Mondéjar, L. (2023). Sexo y temperamento en los nativos digitales. Una

psicoanalista en el planeta virtual. *Clínica e Investigación Relacional*, 17(2): 347-

389. <http://dx.doi.org/10.21110/19882939.2023.170202>

López Sánchez, F. (2013). *Amores y desamores: Procesos de vinculación y desvinculación sexuales y afectivos*. Siglo XXI.

López Sánchez, F., y Olazábal, J. C. (2005). *Sexualidad en la vejez*. Pirámide.

Lozano, E. B., & Fraley, R. C. (2023). Anxious to detect deceit: an empirical investigation of social defense theory. *Attachment & Human Development*.

<https://doi.org/10.1080/14616734.2023.2272252>

Lynn, M., Iftekhar, N., Adams, W., & Mumby, P. (2023). Multidisciplinary approach to the treatment of sexual dysfunction in couples using a biopsychosocial model. *The*

Journal of Sexual Medicine, 20(7), 991-997.

<https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdad059>

- Mace, D. R., Bannerman, R. H., Burton, J., & World Health Organization. (1974). The teaching of human sexuality in schools for health professionals. World Health Organization.
- Madigan, S., Fearon, R. M., van IJzendoorn, M. H., Duschinsky, R., Schuengel, C., Bakermans-Kranenburg, M. J., ... & Verhage, M. L. (2023). The first 20,000 strange situation procedures: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 149(1-2), 99. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/bul0000388>
- Maestre-Lorén, F., Castillo-Garayoa, J.A., López-i-Martín, X., Sarquella-Geli, J., Andrés, A., & Cifre (2021). Psychological distress in erectile dysfunction: The moderating role of attachment. *Sexual Medicine*, (5), 1. <https://doi.org/10.1016/j.esxm.2021.100436>
- Main, M., & Solomon, J. (1986). Discovery of an insecure-disorganized /disoriented attachment pattern. En T. B. Brazelton & M. W. Yogman (Eds.), *Affective development in infancy* (pp. 95-124). Ablex Publishing.
- Main, M. (1990). Cross-cultural studies of attachment organization: Recent studies, changing methodologies, and the concept of conditional strategies. *Human development*, 33(1), 48-61. <https://doi.org/10.1159/000276502>
- Main, M. (1995). Discourse, prediction, and recent studies in attachment: Implications for psychoanalysis. In T. Shapiro & R. N. Emde (Eds.), *Research in psychoanalysis: Process, development, outcome* (pp. 209–244). International Universities Press, Inc.
- Mallory, A. B. (2022). Dimensions of couples' sexual communication, relationship satisfaction, and sexual satisfaction: A meta-analysis. *Journal of Family Psychology*, 36(3), 358-371. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/fam0000946>

- Mann, A., Thompson, M., Foster, S., Beckwith, H., Madigan, S., Fearon, R. P., Schuengel, C., & Duschinsky, R. (2023). The perspectives of senior researchers in applied disciplines on the current state of developmental attachment research: An interview study. *Sage Open*, 13(2). <https://doi.org/10.1177/21582440231179204>
- Mark, K. P., & Laszlo, J. A. (2018). Maintaining sexual desire in long-term relationships: A systematic review and conceptual model. *The Journal of Sex Research*, 55(4-5), 563-581. <https://doi.org/10.1080/00224499.2018.1437592>
- Masters, W. H., & Johnson, V. E. (1970). *Human sexual inadequacy*. Little, Brown and Company.
- Maxwell, J. A., & McNulty, J. K. (2019). No longer in a dry spell: The developing understanding of how sex influences romantic relationships. *Current Directions in Psychological Science*, 28(1), 102-107. <https://doi.org/10.1177/0963721418806690>
- Mazzilli, F. (2022). Erectile dysfunction: causes, diagnosis and treatment: An update. *Journal of Clinical Medicine*, 11(2), 6429. <https://doi.org/10.3390/jcm11216429>
- McCabe, M., Althof, S. E., Assalian, P., Chevret-Measson, M., Leiblum, S. R., Simonelli, Ch., & Wylie, K. (2010). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *The Journal of Sexual Medicine*, 7(1_2), 327-336. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2009.01618.x>
- McCabe, M. P., & Connaughton, C. (2014). Psychosocial factors associated with male sexual difficulties. *Journal of Sex Research*, 51(1), 31-42. <https://doi.org/10.1080/00224499.2013.789820>

- McCabe, M. P., Sharlip, I. D., Lewis, R., Atalla, E., Balon, R., Fisher, A. D., ... & Segraves, R. T. (2016). Incidence and prevalence of sexual dysfunction in women and men: A consensus statement from the Fourth International Consultation on Sexual Medicine 2015. *The Journal of Sexual Medicine*, *13*(2), 144-152. <https://doi.org/10.1016/j.jsxm.2015.12.034>
- McCarthy, B. W., & McDonald, D. O. (2009). Psychobiosocial versus biomedical models of treatment: Semantics or substance. *Sexual and Relationship Therapy*, *24*(1), 30-37. <https://doi.org/10.1080/14681990802582055>
- McDougall, J. (2012). *Alegato por una cierta anormalidad*. Paidós.
- McNulty, J. K., Meltzer, A. L., Neff, L. A., & Karney, B. R. (2021). How both partners' individual differences, stress, and behavior predict change in relationship satisfaction: Extending the VSA model. *Proceedings of the National Academy of Sciences*, *118*(27), e2101402118. <https://doi.org/10.1073/pnas.2101402118>
- McNulty, J. K., Olson, M. A., Jones, R. E., & Acosta, L. M. (2017). Automatic associations between one's partner and one's affect as the proximal mechanism of change in relationship satisfaction: Evidence from evaluative conditioning. *Psychological Science*, *28*(8), 1031-1040. <https://doi.org/10.1177/0956797617702014>
- McNulty, J. K., Olson, M. A., Meltzer, A. L., & Shaffer, M. J. (2013). Though they may be unaware, newlyweds implicitly know whether their marriage will be satisfying. *Science*, *342*, 1119-1120. <http://www.sciencemag.org/content/342/6162/1119.full.html#ref-list-1>
- McNulty, J. K., Wenner, C. A., & Fisher, T. D. (2016). Longitudinal associations among relationship satisfaction, sexual satisfaction, and frequency of sex in early

marriage. *Archives of Sexual Behavior*, 45(1), 85–97. <https://doi.org/10.1007/s10508-014-0444-6>

McWilliams, L. A., & Coveney, A. (2022). A psychometric evaluation of the tripartite attachment battery. *Interpersonal: An International Journal on Personal Relationships*, 16(1), 56-74. <https://doi.org/10.5964/ijpr.6427>

Mead, N., & Bower, P. (2000). Patient-centredness: A conceptual framework and review of the empirical literature. *Social Science & Medicine*, 51(7), 1087–1110. [https://doi.org/10.1016/S0277-9536\(00\)00098-8](https://doi.org/10.1016/S0277-9536(00)00098-8)

Melero, R. (2008). *La relación de pareja. Apego, dinámicas de interacción y actitudes amorosas: consecuencias sobre la calidad de la relación* [Tesis doctoral inédita]. Universitat de València.

Mèlich, J. C. (2014). *La lógica de la crueldad*. Herder.

Mèlich, J. C. (2021). *La fragilidad del mundo: Ensayo sobre un tiempo precario*. Tusquets.

Meltzer, A. L., Makhanova, A., Hicks, L. L., French, J. E., McNulty, J. K., & Bradbury, T. N. (2017). Quantifying the sexual afterglow: The lingering benefits of sex and their implications for pair-bonded relationships. *Psychological Science*, 28(5), 587-598. <https://doi.org/10.1177/0956797617691361>

Meltzer, D. (1973). *Sexual states of mind*. Clunie Press.

Meltzer, D. (1998). *Metapsicología ampliada*. Spatia Edition.

Menzies, R. E., & Menzies, R. G. (2023). Death anxiety and mental health: Requiem for a dreamer. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 78, 101807. <https://doi.org/10.1016/j.jbtep.2022.101807>

- Meston, C. M., Kilimnik, C. D., Freihart, B. K., & Buss, D. M. (2020). Why humans have sex: development and psychometric assessment of a short-form version of the YSEX? instrument. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *46*(2), 141-159. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2019.1654581>
- Metz, M., Epstein, N., & McCarthy, B. (2017). *Cognitive-behavioral therapy for sexual dysfunction*. Routledge.
- Mey, J., & Cattáneo, J. (2023). *Sin miedo a vivir*. Single en Spotify.
- Mikulincer, M. (1986) Attributional processes in the learned helplessness paradigm: the behavioral effects of globality attributions. *Journal of Personality and Social Psychology*, *51*(6), 1248–1256. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.51.6.1248>
- Mikulincer, M. (2006). Attachment, caregiving, and sex in romantic relationships: A behavioral systems perspective. En M. Mikulincer, & G. S. Goodman (Eds.), *Dynamics of romantic love: Attachment, caregiving, and sex* (pp. 23-46). Guilford.
- Mikulincer, M., Gillath, O., & Shaver, P. R. (2002). Activation of the attachment system in adulthood: Threat-related primes increase the accessibility of mental representations of attachment figures. *Journal of Personality and Social Psychology*, *83*(4), 881–895. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.83.4.881>
- Mikulincer, M., & Goodman, G. S. (Eds.). (2006). *Dynamics of romantic love: Attachment, caregiving, and sex*. Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Nachshon, O. (1991). Attachment styles and patterns of self-disclosure. *Journal of Personality and Social Psychology*, *61*(2), 321–331. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.61.2.321>

- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2001). Attachment theory and intergroup bias: Evidence that priming the secure base schema attenuates negative reactions to out-groups. *Journal of Personality and Social Psychology*, *81*(1), 97-115. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-3514.81.1.97>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2003). The attachment behavioral system in adulthood: Activation, psychodynamics, and interpersonal processes. *Advances in Experimental Social Psychology*, *35*, 53-152. [https://doi.org/10.1016/S0065-2601\(03\)01002-5](https://doi.org/10.1016/S0065-2601(03)01002-5)
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2007). Reflections on security dynamics: Core constructs, psychological mechanisms, relational contexts, and the need for an integrative theory. *Psychological Inquiry*, *18*(3), 197-209. <https://doi.org/10.1080/10478400701512893>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2016). *Attachment in adulthood*. Guilford Press.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2018). Attachment theory as a framework for studying relationship dynamics and functioning. En A. L. Vangelisti & D. Perlman (Eds.), *The Cambridge handbook of personal relationships* (pp. 175–185). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316417867.015>
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2020). Applications of attachment theory and research. In J. P. Forgas, W. Crano, & K. Fiedler (Eds.), *Applications of social psychology: How social psychology can contribute to the solution of real-world problems* (pp. 187–206). Routledge.
- Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2022). Enhancing the “broaden-and-build” cycle of attachment security as a means of overcoming prejudice, discrimination, and

racism. *Attachment & Human Development*, 24(3), 260-273.

<https://doi.org/10.1080/14616734.2021.1976921>

Mikulincer, M., & Shaver, P. R. (2023). *Attachment security and coping with existential concerns. The psychology of insecurity: Seeking certainty where none can be had*. New York: Routledge.

Mizrahi, M., Reis, H. T., Maniaci, M. R., & Birnbaum, G. E. (2019). When insecurity dampens desire: Attachment anxiety in men amplifies the decline in sexual desire during the early years of romantic relationships. *European Journal of Social Psychology*, 49(6), 1223-1236. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2567>

Mikulincer, M., Shaver, P. R., & Slav, K. (2006). Attachment, mental representations of others, and gratitude and forgiveness in romantic relationships. En M. Mikulincer & G. S. Goodman (Eds.), *Dynamics of romantic love: Attachment, caregiving, and sex* (pp.190-215). Guilford.

Momeni, K., Amani, R., Janjani, P., Majzoobi, M. R., Forstmeier, S., & Nosrati, P. (2022). Attachment styles and happiness in the elderly: the mediating role of reminiscence styles. *BMC Geriatrics*, 22(1), 349. <https://doi.org/10.1186/s12877-022-03053-z>

Moors, A. (2009). A review of theories concerned with emotion causation. *Cognition and Emotion*, 23, 625-662.

Muise, A., Kim, J. J., McNulty, J. K., & Impett, E. A. (2016). The positive implications of sex for relationships. En C. R. Knee, & E. A. Impett (Eds.), *Positive approaches to optimal relationship development* (pp. 124-147). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/CBO9781316212653.007>

- Nguyen, H. M. T., Gabrielson, A. T., & Hellstrom, W. J. (2017) Erectile dysfunction in young men: A review of the prevalence and risk factors. *Sexual Medicine Reviews*, 5(4), 508-520. <https://doi.org/10.1016/j.sxmr.2017.05.004>
- Nogués, R. M. (2003). *Sexo, cerebro y género*. Paidós.
- Noller, P., & Feeney, J. A. (Eds.). (2013). *Close relationships: Functions, forms and processes*. Psychology Press.
- Nowacka, M. (2019). The influence of attachment styles in romantic relationships on sexual motivation. *Przeegląd Seksuologiczny*, 19(1), 12-20.
- Nowalis, S., Godleski, S. A., & Schenkel, L. S. (2022). Attachment as a moderator in the relation between child maltreatment and symptoms of depression. *Journal of Interpersonal Violence*, 37(3-4), NP1516-NP1543. <https://doi.org/10.1177/0886260520933050>
- Oliver, D. (2022). *Maternidades precarias. Tener hijos en el mundo actual: entre el privilegio y la incertidumbre*. Arpa.
- Organización Mundial de la Salud (2000). *Promoción de la salud sexual: Recomendaciones para la acción*. OMS.
- Ortiz Barón, M. J., Gómez Zapiain, J., & Apodaca, P. (2002). Apego y satisfacción afectivo-sexual en la pareja. *Psicothema*, 14(2), 469-475. <https://www.psicothema.com/pii?pii=750>
- Overall, N. C., Pietromonaco, P. R., & Simpson, J. A. (2022). Buffering and spillover of adult attachment insecurity in couple and family relationships. *Nature Reviews Psychology*, 1(2), 101-111. <https://doi.org/10.1038/s44159-021-00011-1>

- Park, Y., Debrot, A., Spielmann, S. S., Joel, S., Impett, E., & MacDonald, G. (2019). Distinguishing dismissing from fearful attachment in the association between closeness and commitment. *Social Psychological and Personality Science*, *10*(4), 563-572. <https://doi.org/10.1177/1948550618768823>
- Pawłowska, A., Janssen, E., & Dewitte, M. (2023). The way you make me feel: an ecological momentary assessment study on couple similarity in sexual arousal and its sexual, relational, and affective correlates. *The Journal of Sexual Medicine*, *20*(8), 1115-1125. <https://doi.org/10.1093/jsxmed/qdad080>
- Péloquin, K., Dutrisac, C., Jean, M., Benoit, Z., Brassard, A., Mondor, J., & Lussier, Y. (2022). Relational instability in couples seeking therapy: The contribution of attachment, caregiving and sex. *Journal of Sex & Marital Therapy*, *48*(8), 804-818. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2022.2060886>
- Péloquin, K., Lafontaine, M.-F., & Brassard, A. (2011). A dyadic approach to the study of romantic attachment, dyadic empathy, and psychological partner aggression. *Journal of Social and Personal Relationships*, *28*(7), 915-942. <https://doi.org/10.1177/0265407510397988>
- Pérez Testor, C. (2019). Psicopatología de la pareja. En C. Pérez Testor (Comp.), *Psicoterapia psicoanalítica de pareja* (pp. 85-100). Herder.
- Pérez Testor, C. (2023). La familia desde la mirada psicoanalítica. En C. Pérez Testor y A. Vilaregut (Eds.), *La terapia familiar: Una mirada psicoanalítica y sistémica* (pp. 35-53). Herder.
- Pérez Testor, C., y Castillo, J. A. (2019). El divorcio. En C. Pérez Testor (Comp.), *Psicoterapia psicoanalítica de pareja* (241-256). Herder.

- Petersen, J., & Hyde, J. S. (2010). Gender differences in sexuality. In J. C. Chrisler & D. R. McCreary (Eds.), *Handbook of gender research in psychology, Vol. 1. Gender research in general and experimental psychology* (pp. 471–491). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-1465-1_23
- Proulx, C. M., Ermer, A. E., & Kanter, J. B. (2017). Group-based trajectory modeling of marital quality: A critical review. *Journal of Family Theory & Review*, 9(3), 307–327. <https://doi.org/10.1111/jftr.12201>
- Quinn-Nilas, C. (2020). Relationship and sexual satisfaction: A developmental perspective on bidirectionality. *Journal of Social and Personal Relationships*, 37(2), 624–646. <https://doi.org/10.1177/0265407519876018>
- Ramírez, E. C., Camargo, Y. R., & Arévalo, D. V. (2020). La experiencia de divorcio y la terapia familiar: Miradas diversas. *Poiésis*, 38, 63-83. <https://doi.org/10.21501/16920945.3555>
- Ramos, K., Langer, S. L., Todd, M., Romano, J. M., Ghosh, N., Keefe, F. J., ... & Porter, L. S. (2020). Attachment style, partner communication, and physical well-being among couples coping with cancer. *Personal Relationships*, 27(3), 526-549. <https://doi.org/10.1111/pere.12330>
- Raposo, S., & Muise, A. (2021). Perceived partner sexual responsiveness buffers anxiously attached individuals' relationship and sexual quality in daily life. *Journal of Family Psychology*, 35(4), 500–509. <https://doi.org/10.1037/fam0000823>
- Rodríguez, K. (2013). El amor y las relaciones de pareja en la modernidad: Un análisis transcultural del libro de Beck y Beck titulado “El normal caos del amor”.

Cuadernos de Antropología, 23, 55-82.

<http://dx.doi.org/10.15517/cat.v23i1.12838>

Rosen, R. C., Fisher, W. A., Eardley, I., Niederberger, C., Nadel, A., & Sand, M. (2004).

The multinational Men's Attitudes to Life Events and Sexuality (MALES) study:

I. Prevalence of erectile dysfunction and related health concerns in the general population. *Current Medical Research and Opinion*, 20(5), 607-617.

<https://doi.org/10.1185/030079904125003467>

Rosen R. C., Riley A., Wagner G., Osterloh, I. H., Kirkpatrick, J., & Mishra, A. (1997).

The International Index of Erectile Function (IIEF): A multidimensional scale for assessment of erectile dysfunction. *Urology*, 49(6), 822-830.

[https://doi.org/10.1016/S0090-4295\(97\)00238-0](https://doi.org/10.1016/S0090-4295(97)00238-0)

Roth, A., & Fonagy, P. (2005). *What works for whom? A critical review of psychotherapeutic research*. Guilford.

Rowland, D. L., Oosterhouse, L. B., Kneusel, J. A., & Hevesi, K. (2021). Comorbidities

among sexual problems in men: results from an internet convenience sample. *Sexual Medicine*, 9(5), 100416.

<https://doi.org/10.1016/j.esxm.2021.100416>

Rubin, H., & Campbell, L. (2012). Day-to-day changes in intimacy predict heightened

relationship passion, sexual occurrence, and sexual satisfaction: A dyadic diary analysis. *Social Psychological and Personality Science*, 3(2), 224-231.

<https://doi.org/10.1177/1948550611416520>

Ruíz, M. A., Pardo, A., & San Martín, R. (2010). Modelos de Ecuaciones Estructurales.

Papeles del Psicólogo, 31(1), 34-45.

<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=77812441004>

- Russell, V. M., & McNulty, J. K. (2011). Frequent sex protects intimates from the negative implications of their neuroticism. *Social Psychological and Personality Science*, 2(2), 220–227. <https://doi.org/10.1177/1948550610387162>
- Sagone, E., Commodari, E., Indiana, M. L., & La Rosa, V. L. (2023). Exploring the association between attachment style, psychological well-being, and relationship status in young adults and adults—A cross-sectional study. *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, 13(3), 525-539. <https://doi.org/10.3390/ejihpe13030040>
- Salonia, A., Ferrari, M., Saccà, A., Pellucchi, F., Castagna, G., Clementi, M. C., ... & Montorsi, F. (2012). Delay in seeking medical help in patients with new-onset erectile dysfunction remained high over and despite the PDE5 era—an ecological study. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(12), 3239-3246. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02953.x>
- Sánchez-Fuentes, M. M., Santos-Iglesias, P., Byers E. S., y Sierra, J. C. (2015). Validation of the interpersonal exchange model of sexual satisfaction questionnaire in a Spanish sample. *The Journal of Sex Research*, 52(9), 1028–1041. <http://dx.doi.org/10.1080/00224499.2014.989307>
- Sandberg, J. G., Bradford, A. B., & Brown, A. P. (2017). Differentiating between attachment styles and behaviors and their association with marital quality. *Family Process*, 56(2), 518-531. <https://doi.org/10.1111/famp.12186>
- Santona, A., Vismara, L., Gorla, L., Tognasso, G., Ambrosini, C., Luli, A., & Rollè, L. (2023). The relationship between attachment, dyadic adjustment, and sexuality: A comparison between infertile men and women. *International Journal of*

Environmental Research and Public Health, 20(4), 3020.

<https://doi.org/10.3390/ijerph20043020>

Schluchter, W. (2017). *El desencantamiento del mundo: Seis ensayos sobre Max Weber*.

Fondo de Cultura Económica.

Schmiedeberg, C., & Schröder, J. (2016). Does sexual satisfaction change with relationship duration? *Archives of Sexual Behavior*, 45, 99–107.

<https://link.springer.com/article/10.1007/s10508-015-0587-0>

Schneider, M. E., & Katz, J. (2017). Adult attachment and heterosexual college women's hookup behaviors: Mediating effects of sexual motives. *Sex Roles*, 77, 419-429.

<https://doi.org/10.1007/s11199-016-0726-7>

Seedall, R. B., & Wampler, K. S. (2016). Couple emotional experience: Effects of attachment anxiety in low and high structure couple interactions. *Journal of Family Therapy*, 38(3), 340–363.

<https://doi.org/10.1111/1467-6427.12113>

Seikkula, J., y Erik, T. (2016). *Diálogos terapéuticos en la red social*. Herder

Seikkula, J., y Erik, T. (2019). *Diálogos abiertos y anticipaciones terapéuticas*.

Respetando la alteridad en el momento presente. Herder.

Servicio de Psicología Clínica de la Fundació Puigvert (2013). *Protocolos clínicos*.

Documento interno no publicado.

Sesemann, E. M., Kruse, J., Gardner, B. C., Broadbent, C. L., & Spencer, T. A. (2017).

Observed attachment and self-report affect within romantic relationships. *Journal of Couple & Relationship Therapy*, 16(2), 102-121.

<https://doi.org/10.1080/15332691.2016.1238794>

- Shaver, P. R., & Hazan, C. (1988). A biased overview of the study of love. *Journal of Social and Personal Relationships*, 5(4), 473-501.
<https://doi.org/10.1177/0265407588054005>
- Shaver, P., Hazan, C., & Bradshaw, D. (1988). Love as attachment. In R. J. Sternberg & M. L. Barnes (Eds.), *The psychology of love* (pp. 68–99). Yale University Press.
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2002). Attachment-related psychodynamics. *Attachment & Human Development*, 4(2), 133-161. [10.1080/14616730210154171](https://doi.org/10.1080/14616730210154171)
- Shaver, P. R., & Mikulincer, M. (2004). What do self-report attachment measures assess? En J. A. Simpson & W. S. Rholes (Eds.), *Adult attachment: New directions and emerging issues* (pp. 17-54). Guilford.
- Sherman, J. W., Gawronski, B., & Trope, Y. (Eds.). (2014). *Dual process theories of the social mind*. Guilford.
- Shoikhedbrod A., Rosen N. O., Corsini-Munt, S., Harasymchuk, C., Impett, E. A., & Muise, A. (2022). Being responsive and self-determined when it comes to sex: How and why sexual motivation is associated with satisfaction and desire in romantic relationships. *The Journal of Sex Research*, 60(8), 1113-1125.
<https://doi.org/10.1080/00224499.2022.2130132>
- Sibilia, P. (2008). *La intimidad como espectáculo*. Fondo de Cultura Económica.
- Simpson, J. A., & Rholes, W. S. (2017). Adult attachment, stress, and romantic relationships. *Current Opinion in Psychology*, 13, 19–24. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2016.04.006>

- Schmitt, D. P., & Jonason, P. K. (2015). Attachment and sexual permissiveness: Exploring differential associations across sexes, cultures, and facets of short-term mating. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, *46*(1), 119-133. <https://doi.org/10.1177/0022022114551052>
- Sroufe, A., Szteren, L., & Causadias, J. (2014). El apego como un sistema dinámico: Fundamentos de la teoría del apego. En Torres, Causadias, & Posada (Eds.), *La teoría del apego: Investigación y aplicaciones clínicas* (pp. 27-39). Psimática.
- Sousa-Gomes, V., Lemos, L., Moreira, D., Ribeiro, F. N., & Favero, M. (2023). Predictive effect of romantic attachment and difficulties in emotional regulation on the dyadic adjustment. *Sexuality Research and Social Policy*, *20*(2), 676-691. <https://doi.org/10.1007/s13178-022-00708-9>
- Spanier, G. B. (1976). Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads. *Journal of Marriage and the Family*, 15-28. <https://doi.org/10.2307/350547>
- Spielmann, S. S., MacDonald, G., Maxwell, J. A., Joel, S., Peragine, D., Muise, A., & Impett, E. A. (2013). Settling for less out of fear of being single. *Journal of Personality and Social Psychology*, *105*(6), 1049-1073. <https://doi.org/10.1037/a0034628>
- Sprecher, S., & Cate, R. M. (2004). Sexual satisfaction and sexual expression as predictors of relationship satisfaction and stability. In J. H. Harvey, A. Wenzel, & S. Sprecher (Eds.), *The handbook of sexuality in close relationships* (pp. 235–256). Erlbaum.

- Springstein, T., Hamerling-Potts, K. K., Landa, I., & English, T. (2023). Adult attachment and interpersonal emotion regulation motives in daily life. *Emotion, 23*(5), 1281-1293. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/emo0001169>
- Sroufe, L. A. Szteren, L., y Causadias, J. M. (2014). El apego como un Sistema dinámico: fundamentos de la teoría del apego. En B. Torres, J. Causadias, y G. Posada (Eds.), *La teoría del apego: Investigación y aplicaciones clínicas* (pp. 27-39). Psimática.
- Stefanou, C., & McCabe, M. P. (2012). Adult attachment and sexual functioning: A review of past research. *The Journal of Sexual Medicine, 9*(10), 2499-2507. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2012.02843.x>
- Steiner, J. (2003). *Psychic retreats: Pathological organizations in psychotic, neurotic and borderline patients*. Routledge.
- Stephenson, K. R. (2020). Exploring the role of sexual avoidance in male sexual dysfunction. *The Journal of Sex Research, 57*(4), 522-533. <https://doi.org/10.1080/00224499.2019.1663480>
- Stephenson, K. R., & Meston, C. M. (2010). Differentiating components of sexual well-being in women: Are sexual satisfaction and sexual distress independent constructs? *The Journal of Sexual Medicine, 7*(7), 2458-2468. <https://doi.org/10.1111/j.1743-6109.2010.01836.x>
- Stewart, M. (2001). Towards a global definition of patient centred care: The patient should be the judge of patient centred care. *BMJ, 322*(7284), 444-445. <https://doi.org/10.1136/bmj.322.7284.444>
- Sutherland, S. (2022). *The interpersonal context of desire: Exploring associations between sexual desire, relationship satisfaction, and sexual satisfaction in*

- romantic relationships* [Tesis doctoral, University of Waterloo-Canadá].
<https://uwspace.uwaterloo.ca/handle/10012/18850>
- Szepeswol, O., & Simpson, J. A. (2018). Attachment within life history theory: An evolutionary perspective on individual differences in attachment. *Current Opinion in Psychology*, 25, 65-70. <https://doi.org/10.1016/j.copsyc.2018.03.005>
- Talarn, A. (2007). *Globalización y salud mental*. Herder.
- Talarn, A. (2022). *Erich Fromm en castellano. Síntesis y guía de lectura*. Ágora Relacional.
- Tammilehto, J., Bosmans, G., Kuppens, P., Flykt, M., Peltonen, K., Kerns, K. A., & Lindblom, J. (2022). Dynamics of attachment and emotion regulation in daily life: uni-and bidirectional associations. *Cognition and Emotion*, 36(6), 1109-1131.
<https://doi.org/10.1080/02699931.2022.2081534>
- Tan, N., Overall, J. C., Taylor, J. K. (2012). Let's talk about us: Attachment, relationship-focused disclosure, and relationship quality. *Personal Relationships*, 19, 521-534.
<https://doi.org/10.1111/j.1475-6811.2011.01383.x>
- Tenorio, N. (2012). Repensando el amor y la sexualidad: Una mirada desde la segunda modernidad. *Sociológica*, 27(76), 7-52.
- Terentes-Printzios, D., Ioakeimidis, N., Rokkas, K., & Vlachopoulos, C. (2022). Interactions between erectile dysfunction, cardiovascular disease and cardiovascular drugs. *Nature Reviews Cardiology*, 19(1), 59-74.
<https://doi.org/10.1038/s41569-021-00593-6>
- Thompson, R. A., Simpson, J. A., & Berlin, L. J. (2022). Taking perspective on attachment theory and research: Nine fundamental questions. *Attachment &*

Human Development, 24(5), 543-560.

<https://doi.org/10.1080/14616734.2022.2030132>

Tiefer, L. (2004) *Sex is Not a Natural Act and Other Essays (2nd edition)*. Boulder, CO: Westview Press.

Tizón, J. L. (2000). *Componentes psicológicos de la práctica médica. Una perspectiva desde APS*. Masson.

Tizón, J. L., Clèries, X., & Daurella, N. (Eds.). (2012). *¿Bioingeniería o medicina? El futuro de la medicina y la formación de los médicos*. Red Ediciones.

Toates, F. (2009) An integrative theoretical framework for understanding sexual motivation, arousal, and behavior, *The Journal of Sex Research*, 46(2-3), 168-193.
<https://doi.org/10.1080/00224490902747768>

Torres, B., Causadias, J. M., y Posada, G. (Eds.). (2014). *La teoría del apego: investigación y aplicaciones clínicas*. Psimática.

Tracy, J. L., Shaver, P. R., Albino, A. W., & Cooper, M. L. (2003). Attachment styles and adolescent sexuality. Adolescent romance and sexual behavior: *Theory, research, and practical implications*, 137-159.

Tripodi, F., Reisman, Y., Lowenstein, L. (2022). The biopsychosocial approach in sexual medicine disorders. En: Y. Reisman, L. Lowenstein, & F. Tripodi (Eds.), *Textbook of rare sexual medicine conditions* (pp.7-18). Springer.
https://doi.org/10.1007/978-3-030-98263-8_2

Tu, E., Maxwell, J. A., Kim, J. J., Peragine, D., Impett, E. A., & Muise, A. (2022). Is my attachment style showing? Perceptions of a date's attachment anxiety and

- avoidance and dating interest during a speed-dating event. *Journal of Research in Personality*, 100, 104269. <https://doi.org/10.1016/j.jrp.2022.104269>
- Turan, B., & Vicary, A. M. (2010). Who recognizes and chooses behaviors that are best for a relationship? The separate roles of knowledge, attachment, and motivation. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 36(1), 119-131. <https://doi.org/10.1177/0146167209349374>
- Van Anders, S. M., Herbenick, D., Brotto, L. A., Harris, E. A., & Chadwick, S. B. (2022). The heteronormativity theory of low sexual desire in women partnered with men. *Archives of Sexual Behavior*, 51(1), 391-415. <https://rdcu.be/dr6H8>
- Van Lankveld, J., Dewitte, M., Thewissen, V., Jacobs, N., & Verboon, P. (2022). Predicting sexual desire in daily life from an attachment perspective: An experience sampling study. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 47(4), 311-324. <https://doi.org/10.1080/0092623X.2020.1871141>
- Vangelisti, A. L., & Perlman, D. (Eds.). (2018). *The Cambridge handbook of personal relationships* (2nd ed.). Cambridge University Press. <https://doi.org/10.1017/9781316417867>
- Vedelago, L., Balzarini, R. N., Fitzpatrick, S., & Muise, A. (2023). Tailoring dyadic coping strategies to attachment style: Emotion-focused and problem-focused dyadic coping differentially buffer anxiously and avoidantly attached partners. *Journal of Social and Personal Relationships*, 40(6), 1830-1853. <https://doi.org/10.1177/02654075221133575>
- Velotti, P., Balzarotti, S., Tagliabue, S., English, T., Zavattini, G. C., & Gross, J. J. (2016). Emotional suppression in early marriage: Actor, partner, and similarity effects on

marital quality. *Journal of Social and Personal Relationships*, 33(3), 277-302.

<https://doi.org/10.1177/0265407515574466>

Velurajah, R., Brunckhorst, O., Waqar, M., McMullen, I., & Ahmed, K. (2022). Erectile dysfunction in patients with anxiety disorders: a systematic review. *International Journal of Impotence Research*, 34(2), 177-186. <https://doi.org/10.1038/s41443-020-00405-4>

Verhage, M. L., Schuengel, C., Duschinsky, R., van IJzendoorn, M. H., Fearon, R. M. P., Madigan, S., Roisman, G. I., Bakermans–Kranenburg, M. J., & Oosterman, M. (2020). The Collaboration on Attachment Transmission Synthesis (CATS): A Move to the Level of Individual-Participant-Data Meta-Analysis. *Current Directions in Psychological Science*, 29(2), 199-206. <https://doi.org/10.1177/0963721420904967>

Verhage, M. L., Tharner, A., Duschinsky, R., Bosmans, G., & Fearon, R. P. (2023). Editorial Perspective: On the need for clarity about attachment terminology. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 64(5), 839-843. <https://doi.org/10.1111/jcpp.13675>

Vlachopoulos, C. V., Terentes-Printzios, D. G., Ioakeimidis, N. K., Aznaouridis, K. A., & Stefanadis, C. I. (2013). Prediction of cardiovascular events and all-cause mortality with erectile dysfunction: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Circulation: Cardiovascular Quality and Outcomes*, 6(1), 99-109. <https://doi.org/10.1161/CIRCOUTCOMES.112.966903>

Vowels, L. M. (2023). Sexual desire: Relationship factors. En T. K. Shackelford (Ed.), *Encyclopedia of Sexual Psychology and Behavior* (pp. 1-2). Springer.

[https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-3-031-08956-5_2187-](https://link.springer.com/referenceworkentry/10.1007/978-3-031-08956-5_2187-1)

[1](#)

Vowels, L. M., & Mark, K. P. (2020). Relationship and sexual satisfaction: A longitudinal actor–partner interdependence model approach. *Sexual and Relationship Therapy, 35*(1), 46–59. <https://doi.org/10.1080/14681994.2018.1441991>

Vowels, L. M., Vowels, M. J., & Mark, K. P. (2022). Identifying the strongest self-report predictors of sexual satisfaction using machine learning. *Journal of Social and Personal Relationships, 39*(5), 1191-1212. <https://doi.org/10.1177/02654075211047004>

Walker, J. (2008). The use of attachment theory in adoption and fostering. *Adoption & Fostering, 32*(1), 49-57. <https://doi.org/10.1177/030857590803200107>

Walter K. V., Conroy-Beam, D., Buss, D. M., Asao, K., Sorokowska, A., Sorokowski, P., Aavik, T., Akello, G., Alhabahba, M. M., Alm, Ch., Amjad, N., Anjum, A., Batama, Ch. S., Duyar, D. A., Ayebare, R., Batres, C., Bendixen, M., Bensafia, A., Bizumic, B., ... Zupancic M (2020). Sex differences in mate preferences across 45 countries: A large-scale replication. *Psychological Science, 31*(4), 408–423. <https://doi.org/10.1177/0956797620904154>

Wei, M., Russell, D. W., Mallinckrodt, B., & Vogel, D. L. (2007). The Experiences in Close Relationship Scale (ECR)-short form: Reliability, validity, and factor structure. *Journal of Personality Assessment, 88*(2), 187–204. <https://doi.org/10.1080/00223890701268041>

Wincze, J. P., & Carey, M. P. (2001). *Sexual dysfunction: A guide for assessment and treatment*. Guilford.

Winterson, J. (2021). *12 Bytes*. Grove Press.

Wolfberg, E., y Marrone, M. (Comp.) (2021). *Parentalidad y teoría del apego*. Psimática.

Yáñez-Yaben, S. (2010). Hacia la coparentalidad post-divorcio: percepción del apoyo de la ex pareja en progenitores divorciados españoles. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, *10*(2), 295-307.

Yáñez-Yaben, S. (2013). ¿Y si todo fue un error? Pensamientos negativos y ajuste al divorcio. *Estudios de Psicología*, *34*(2), 185-195.
<https://doi.org/10.1174/021093913806751393>

Yu, K., Yu, D., & Zhou, R. (2022). A short-term longitudinal investigation of insecure attachments and hooking up among chinese college students. *Sexuality Research and Social Policy*, *19*(4), 1997-2006. <https://doi.org/10.1007/s13178-022-00753-4>

Zhang, X., Li, J., Xie, F., Chen, X., Xu, W., & Hudson, N. W. (2022). The relationship between adult attachment and mental health: A meta-analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, *123*(5), 1089-1137.
<http://dx.doi.org/10.1037/pspp0000437>

Zhao C., McNulty, J. K., Turner, J. A., Hicks, L. L., & Meltzer, A. L. (2022). Evidence of a bidirectional association between daily sexual and relationship satisfaction that is moderated by daily stress. *Archives of Sexual Behavior*, *51*(8), 3791–3806.
<https://doi.org/10.1007/s10508-022-02399-0>

ANEXO 1

Hoja de información al paciente

Estudio sobre Disfunción eréctil y Estilo de Relación Afectiva

Le proponemos participar en una investigación sobre el papel de las relaciones afectivas en su problema de disfunción eréctil.

Su participación en este estudio es voluntaria. Si decide no participar, su decisión no influirá en la atención clínica que usted reciba ahora o en el futuro.

Objeto de estudio

La aparición de un problema sexual suele producir malestar personal e interpersonal. El estilo de relación afectiva puede determinar la vivencia e intensidad de ese malestar, debido a su importancia en las relaciones afectivo-sexuales.

La identificación de los estilos de relación predominantes puede darnos la oportunidad de diseñar tratamientos psico-bio-sociales más efectivos.

En qué consiste el estudio

Si acepta participar en el estudio le pedimos que, de forma complementaria al proceso asistencial habitual, complete unos cuestionarios clínicos que tienen como objeto valorar el estilo afectivo, el malestar personal y el malestar interpersonal.

Beneficios e inconvenientes

Usted no recibirá ningún beneficio inmediato por su participación en el estudio y continuará siendo tratado de acuerdo con la práctica habitual. No obstante, los resultados de este estudio pueden contribuir a un conocimiento más integral de la disfunción eréctil

y a poder establecer en el futuro unos criterios útiles para una elaboración particularizada del plan terapéutico. Los resultados podrían en un futuro optimizar el tratamiento de los pacientes con disfunción eréctil.

El único inconveniente es el derivado del tiempo que tiene que dedicar a completar los cuestionarios.

Confidencialidad

Durante la realización del estudio, se actuará con la más estricta confidencialidad. Sus datos serán recogidos y tratados de forma disociada de acuerdo con lo que establece la Ley Orgánica 15/1999 de 13 de diciembre de Protección de datos de carácter personal, y serán usados exclusivamente para los fines de este estudio. De acuerdo con lo que establece la legislación mencionada, usted puede ejercer los derechos de acceso, modificación, oposición y cancelación de datos, para lo cual deberá dirigirse al investigador responsable del estudio, Francesc Maestre (Adjunto del Servicio de Psicología Clínica, c/ Llorens i Barba, 66, 08025 Barcelona; teléfono de contacto: 93.416.97.13). El acceso a su información personal quedará restringido al investigador, personal autorizado y autoridades sanitarias, todos ellos sujetos al deber de confidencialidad.

Revocación del consentimiento

Si Ud. quisiera en el futuro anular su consentimiento (en cualquier momento posterior a la firma) puede hacerlo sin tener que explicar los motivos. Ello no afectará de modo alguna la asistencia clínica para su problema.

Problemas o preguntas

En caso de cualquier problema o pregunta que le pueda surgir en relación con este estudio, en cuanto a sus derechos como participante en la investigación clínica o en relación con cualquier aspecto relacionado con la investigación, por favor, póngase en contacto con el investigador principal (Francesc Maestre).

Consentimiento informado

Si usted decide participar en el estudio deberá firmar el formulario de consentimiento escrito que se adjunta. Por favor, además de su firma, usted mismo debe completar todos los datos que se piden en la hoja de consentimiento escrito, de su puño y letra.

Formulario de consentimiento

Estudio sobre Disfunción eréctil y Estilo de Relación Afectiva

Yo,..... (nombre y apellidos del participante)

He leído la Hoja de Información que se me ha dado

He podido hacer preguntas sobre el estudio

He recibido suficiente información sobre el estudio

He hablado con.....(nombre del investigador), y he entendido que la participación en este estudio no alterará la atención clínica que haya de recibir del hospital.

Comprendo que mi participación es voluntaria

Comprendo que puedo retirarme del estudio

1º Cuando quiera

2º Sin dar explicaciones

3º Sin que esto repercuta en la atención clínica

Doy libremente mi conformidad para participar en el estudio

Firma participante

Firma investigador

Fecha:

Fecha:

ANEXO 2

Datos sociodemográficos

Fecha visita: ___/___/_____ (dd/mm/aaaa)

Nombre y apellidos

Identificación:

Grupo asignado: Grupo GADET seguimiento andrólogo

Datos sociodemográficos

Fecha nacimiento: ___/___/_____ (dd/mm/aaaa)

Estado civil: Soltero Casado Separado/divorciado Viudo

Nivel de estudios:

Sin estudios Primarios Secundarios Universitarios Otros _____

Situación laboral: Activo No activo Jubilado Otros _____

Entorno familiar:

Vive solo Vive pareja Vive con hijos Residencia/sociosanitario Otros

¿Ha tenido hijos? NO SI (Número: _____ edades de los hijos: _____)

Hábitos tóxicos

Tabaquismo:

No fumador

Fumador

Ex fumador

Numero cigarrillos/día |__|_|_| Años fumando: |__|_|_|

Consumo Alcohol (NO/Si/Ex Alcoholismo)

Alergias conocidas: (NO/SI)

Motivos consulta

Elija la frase que mejor describe su motivo de consulta:

- Marcada dificultad en la obtención de su erección durante la actividad sexual
- Marcada dificultad en el mantenimiento de una erección hasta la finalización de la actividad sexual
- Marcado descenso de la rigidez
- Marcada disminución del deseo para iniciar una relación sexual

Marque una de las dos opciones y rellene:

- La alteración está presente desde siempre
- La alteración empezó después de un periodo de funcionamiento sexual relativamente normal.
- ¿Desde cuándo tiene el problema? ___ años

Marque una de las dos opciones y rellene:

- El problema no se limita a ciertos tipos de estimulación, simulaciones o parejas (ocurre siempre)
- El problema sólo ocurre con ciertos tipos de estimulación, situaciones o parejas

¿Considera que su alteración le genera malestar?

- NO
- SI Especifique la gravedad de su malestar Leve Moderado Grave

Aspectos psicológicos

¿Ha tenido algún problema psicológico en el pasado (ansiedad, estrés, depresión)?

NO SI

Dicho problema ¿ha sido diagnosticado por algún profesional? NO SI

Indique qué profesional hizo el diagnóstico

Psicólogo Psiquiatra Medico cabecera Otros (especifique: _____)

¿Tiene algún informe donde conste el diagnóstico? NO SI

¿Continúa tratándose por su problema psicológico? NO SI

¿Qué tipo de tratamiento realiza o continúa realizando?

psicológico psiquiátrico (farmacológico, hospital de día) Psicológico-Psiquiátrico

¿Cree que existen factores estresantes en su vida? (estrés, duelos...) NO SI

¿Puede indicar dónde experimenta el estrés?

- Problemas relativos a la familia
- Problemas relativos al entorno
- Problemas relativos a la enseñanza
- Problemas laborales
- Problemas de vivienda
- Problemas económicos
- Otros problemas

Marque la casilla que mejor describa sus circunstancias en los últimos 6 meses

- He estado viviendo con mi esposa
- He estado viviendo con mi pareja
- He tenido pareja sexual pero no hemos vivido juntos
- No he tenido pareja sexual

*Si **NO** ha tenido pareja sexual en los últimos 6 meses, no responda las cuestiones que hacemos a continuación*

En términos generales, diría que su pareja tiene una salud

- Excelente
- Muy buena
- Buena
- Regular
- Mala

En cuanto al grado de satisfacción de la relación general (no sexual) con su pareja usted se siente:

- Muy satisfecho
- Moderadamente satisfecho
- Tan satisfecho como insatisfecho
- Moderadamente insatisfecho
- Muy insatisfecho

¿Cree que su pareja tiene problemas sexuales? NO SI

¿Cree que tiene problemas de comunicación con su pareja? NO SI

¿Cree que existen discrepancias entre usted y su pareja en el deseo de la actividad sexual? NO SI

ANEXO 3

Global Measure of Sexual Satisfaction (GMSEX)

De forma general, ¿cómo describiría su relación sexual con su pareja?

1. Muy mala...	1	2	3	5	6	7	...Muy buena
2. Muy poco placentera...	1	2	3	5	6	7	...Muy placentera
3. Muy negativa...	1	2	3	5	6	7	...Muy positiva
4. Muy insatisfactoria...	1	2	3	5	6	7	...Muy satisfactoria
5. Muy poco valiosa...	1	2	3	5	6	7	...Muy valiosa

Global Measure of Relationship Satisfaction (GMREL)

De forma general, ¿cómo describiría su relación de pareja?

1. Muy mala...	1	2	3	5	6	7	...Muy buena
2. Muy poco placentera...	1	2	3	5	6	7	...Muy placentera
3. Muy negativa...	1	2	3	5	6	7	...Muy positiva
4. Muy insatisfactoria...	1	2	3	5	6	7	...Muy satisfactoria

ANEXO 4

International Index Erectile Function (IIEF)

INDICE INTERNACIONAL DE FUNCION ERECTIL - IIEF -

Iniciales del paciente _____ Nº identificación _____ Fecha _____

¿Es usted sexualmente activo (definitivo como actividad sexual con pareja o estimulación manual)?

SI

NO

En caso afirmativo, por favor cumplimente el cuestionario relativo a su actividad sexual. (en cada pregunta, marque sólo una casilla).

	SIN ACTIVIDAD SEXUAL	CASI NUNCA ó NUNCA	MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES	LA MITAD DE LAS VECES	MAS DE LA MITAD DE LAS VECES	CASI SIEMPRE ó SIEMPRE
1. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia logró una erección durante la actividad sexual ¹ ?	0	1	2	3	4	5
2. Durante las últimas 4 semanas, cuando tuvo erecciones con la estimulación sexual ² , ¿con qué frecuencia fue suficiente la rigidez para la penetración?	0	1	2	3	4	5
3. Durante las últimas 4 semanas, al intentar una relación sexual ³ , ¿con qué frecuencia logró penetrar a su pareja?	0	1	2	3	4	5
4. Durante las últimas 4 semanas, durante la relación sexual ³ , ¿con qué frecuencia logró mantener la erección después de la penetración?	0	1	2	3	4	5

	SIN ACTIVIDAD SEXUAL	EXTREMADAMENTE DIFICIL	MUY DIFICIL	DIFICIL	ALGO DIFICIL	SIN DIFICULTAD
5. Durante las últimas 4 semanas, durante la relación sexual ³ , ¿cuál fue el grado de dificultad para mantener la erección hasta completar la relación sexual?	0	1	2	3	4	5

	NINGUNA	1-2 VECES	3-4 VECES	5-6 VECES	7-10 VECES	11 ó MAS
6. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuántas veces intentó una relación sexual ³ ?	0	1	2	3	4	5

	SIN ACTIVIDAD SEXUAL	CASI NUNCA ó NUNCA	MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES	LA MITAD DE LAS VECES	MAS DE LA MITAD DE LAS VECES	CASI SIEMPRE ó SIEMPRE
7. Durante las últimas 4 semanas, cuando intentó una relación sexual ³ , ¿con qué frecuencia resultó satisfactoria para usted?	0	1	2	3	4	5

INDICE INTERNACIONAL DE FUNCION ERÉCTIL - IIEF - (cont.)

	NO REALICE EL ACTO	NO DISFRUTE NADA	NO DISFRUTE MUCHO	DISFRUTE ALGO	DISFRUTE BASTANTE	DISFRUTE MUCHO
8. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuánto ha disfrutado de la relación sexual ^A ?	0	1	2	3	4	5
	SIN ACTIVIDAD SEXUAL	CASI NUNCA ó NUNCA	MENOS DE LA MITAD DE LAS VECES	LA MITAD DE LAS VECES	MAS DE LA MITAD DE LAS VECES	CASI SIEMPRE ó SIEMPRE
9. Durante las últimas 4 semanas, durante la estimulación ^B o la relación sexual ^A , ¿con qué frecuencia eyaculó ^C ?	0	1	2	3	4	5
10. Durante las últimas 4 semanas, durante la estimulación ^B o la relación sexual ^A , ¿con qué frecuencia tuvo una sensación de orgasmo ^D (con o sin eyaculación)?	0	1	2	3	4	5

Las siguientes dos preguntas se refieren al deseo sexual, definido como una sensación que puede ser un deseo de tener una experiencia sexual (por ejemplo, masturbación o relación sexual), un pensamiento sobre una relación sexual o un sentimiento de frustración por no tener una relación sexual.

	CASI NUNCA ó NUNCA	EN ALGUNOS MOMENTOS	BUENA PARTE DEL TIEMPO	LA MAYOR PARTE DEL TIEMPO	CASI SIEMPRE ó SIEMPRE
11. Durante las últimas 4 semanas, ¿con qué frecuencia ha sentido un deseo sexual?	1	2	3	4	5
	MUY BAJO ó NULO	BAJO	MODERADO	ALTO	MUY ALTO
12. Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo calificaría su nivel de deseo sexual?	1	2	3	4	5
	MUY INSATISFECHO	BASTANTE INSATISFECHO	NI SATISFECHO NI INSATISFECHO	BASTANTE SATISFECHO	MUY SATISFECHO
13. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuál ha sido el grado de satisfacción con su vida sexual en general?	1	2	3	4	5
14. Durante las últimas 4 semanas, ¿cuál ha sido el grado de satisfacción con la relación sexual con su pareja?	1	2	3	4	5
	MUY BAJO ó NULO	BAJO	MODERADO	ALTO	MUY ALTO
15. Durante las últimas 4 semanas, ¿cómo calificaría la confianza que tiene en poder lograr y mantener una erección?	1	2	3	4	5

A = Acto sexual:

Se define como la penetración de la pareja.

B = Actividad sexual:

Incluye el acto sexual, caricias juegos anteriores al acto y la masturbación.

C = Eyacular:

Se define como la expulsión de semen del pene (o la sensación de hacerlo).

D = Estimulación sexual:

Incluye situaciones como juegos amorosos con una pareja o mirar fotos eróticas, etc.

ANEXO 5¹

Experience Close Relationships (ECR)

	1	2	3	4	5	6	7
	Totalmente en desacuerdo	Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Muy de acuerdo	Totalmente de acuerdo
	1	2	3	4	5	6	7
1	Prefiero no mostrar a mi pareja cómo me siento por dentro.						
2	Tengo miedo de ser abandonado(a) por una pareja.						
3	Mis relaciones de pareja son una preocupación constante para mí.						
4	Justo cuando mi pareja trata de mantener una relación más estrecha, yo tiendo a distanciarme.						
5	Me preocupa que yo no sea tan importante para una pareja como ella (él) es para mí.						
6	Me siento incómodo(a) cuando una pareja trata de acercarse mucho a mí.						
7	Me preocupa bastante la posibilidad de perder a una pareja.						
8	Me siento incómodo(a) mostrando mis emociones y sentimientos a una pareja.						
9	A menudo deseo que los sentimientos de mi pareja sean tan fuertes como los míos hacia él (ella).						
10	Quisiera acercarme emocionalmente más a mi pareja, pero termino por distanciarme.						
11	Con frecuencia deseo sentirme completamente unido(a) con una pareja y eso a veces les asusta.						
12	Me pone nervioso(a) que una pareja se acerque demasiado emocionalmente.						
13	Me preocupa estar solo(a).						
14	Me siento cómodo(a) compartiendo mis sentimientos y pensamientos íntimos con una pareja.						
15	Mi deseo de cercanía emocional a veces asusta y ahuyenta a mis parejas.						
16	Trato de evitar tener demasiada cercanía emocional con una pareja.						
17	Necesito que mi pareja me confirme constantemente que me quiere.						
18	Me es fácil acercarme emocionalmente a mi pareja.						
19	A veces siento que presiono a mi pareja a demostrar más amor, más compromiso.						
20	Me cuesta depender emocionalmente de mi pareja.						
21	Muy pocas veces me aflige la posibilidad de ser abandonado(a) por mi pareja.						
22	Prefiero no tener una relación demasiado estrecha con una pareja.						
23	Me molesto o me enoja si no logro conseguir que mi pareja muestre interés por mí.						
24	Se lo cuento todo a mi pareja.						
25	Encuentro que mis parejas no quieren establecer una relación emocional tan estrecha como a mí me gustaría.						
26	Generalmente discuto mis problemas y mis preocupaciones con mi pareja.						
27	Cuando no tengo una relación de pareja, me siento un tanto ansioso(a) e inseguro(a).						
28	Me siento frustrado(a) cuando mi pareja no me hace tanto caso como a mí me gustaría.						
29	No me complica pedirle a mi pareja que me ayude, me consuele o me aconseje.						
30	Me resulta frustrante que mi pareja no esté disponible cuando la(o) necesito.						
31	Me resulta provechoso pedir apoyo a mi pareja cuando lo (a) necesito.						
32	Cuando mi pareja me critica me siento muy mal.						
33	Pido apoyo a mi pareja para muchas cosas, incluyendo cuando necesito consuelo y seguridad.						
34	Me desagrada que mi pareja pase tiempo lejos de mí.						

Lee las siguientes afirmaciones y responde de acuerdo con la escala basándote en cómo te comportas en tus relaciones de pareja en general. No hay respuestas buenas ni malas y se sugiere la mayor honestidad posible para establecer un resultado confiable.

¹ No se incluyen en el anexo los instrumentos SCL-90-R y DAS ya que cuentan con un copyright que prohíbe su reproducción