

Aportaciones de la teoría del apego a la terapia sexual y de parejas

Este capítulo ha sido publicado en: **Gómez-Zapiain, J.** (2014). Aportaciones de la teoría del apego a la terapia sexual y de pareja. En O. M. Rodríguez Jr. (Ed.), *Sexología Clínica. Una visión latinoamericana* (pp. 31-45). Sao Paulo, Brasil: LP-Books.

Javier Gómez Zapiain

Universidad del País Vasco / Euskal Herriko Unibertsitatea

1.- Introducción.

El estudio de la respuesta sexual, en la medida en que es una respuesta del organismo, ha sido esencialmente fisiologicista. Los trabajos pioneros, antecesores de Masters y Jonhson, como los realizados por Roubaud (1855), Beck (1872), Van de Velde (1926), Dickinson, (1933), entre otros, se sitúan en esta línea. Del mismo modo, el modelo de respuesta sexual propuesto por Masters y Johnson (1966) e incluso el modelo trifásico de respuesta sexual de H.S. Kaplan (1974, 1979) poseen este mismo sesgo.

Otros autores han desarrollado un mayor esfuerzo en incluir en la descripción de la respuesta sexual humana los aspectos psicológicos que la acompañan. En este sentido, Wilhelm Reich propuso una representación de la respuesta sexual de carácter esencialmente psicossomático, recogida en su obra *“La función del orgasmo”* (1927), donde la experiencia del placer y la capacidad de abandonarse libremente al orgasmo, liberando de ese modo la energía sexual (potencia orgásmica), se relacionarían con el equilibrio psicológico y la salud mental. Ya en una época más moderna cabe citar a David Schnarch (1991, 2000) quien propone el *Modelo del Quantum*, en el que considera que el total de activación en la experiencia erótica no depende sólo de la estimulación física sino también de los procesos psicológicos. En este segundo factor cabe considerar las emociones positivas asociadas al deseo erótico y la importancia de la experiencia de la intimidad.

Las aportaciones desde la psicología se han basado en estudios psicofisiológicos a partir de los cuales se ha investigado cómo determinadas variables afectan a la respuesta sexual. Los estudios de Fisher (1986), Barlow (1986) y Bancroft (1989), irían en esta línea.

Helen Singer Kaplan abrió un importante espacio a la comprensión de los aspectos psicológicos de la respuesta sexual, poniendo de manifiesto la importancia del deseo erótico no sólo como una “fase” del ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual sino como una entidad neurofisiológica independiente. Los estudios de Levine (1984, 1987, 1988), sobre la arquitectura psicológica del deseo erótico nos permiten tener una visión más aproximada de lo que supone la experiencia psicológica del deseo sexual y su regulación. La consideración del deseo erótico como una emoción también amplía su comprensión, teniendo en cuenta que la aplicación del conocimiento actual de las emociones, sobre todo en lo que se refiere a su regulación,

ensanchan las bases de su conocimiento (Gómez-Zapiain, 2009, 2011, 2012; Fuertes, 1997; Metts, Sprecher y Regan, 1998).

Como se puede observar la mayor parte de los enfoques citados hacen referencia a una perspectiva individualista o unipersonal de la comprensión del deseo erótico y sus correspondencias en comportamientos sexuales. No obstante, las aportaciones en el campo de la intervención terapéutica propuesta por Masters y Jonhson (1970), como por H.S. Kaplan (1979), indican la importancia de observar, desde una perspectiva incipientemente sistémica, a la pareja en su conjunto de tal modo que la dinámica de la misma juega un papel importantísimo tanto en la génesis como en el tratamiento de las llamadas disfunciones sexuales.

La aplicación de la teoría de sistemas a la comprensión de las dificultades sexuales ha sido, a mi modo de ver, un avance esencial en las propuestas psicoterapéuticas. Las aproximaciones sistémicas hacen hincapié en la importancia del flujo de comunicación entre las personas que la conforman. Sin embargo, las limitaciones de este planteamiento pueden ser compensadas por las aportaciones hechas desde una perspectiva intersubjetiva, dónde la teoría del apego se constituye en una de sus bases esenciales de fundamentación teórica (Wallin, 2007).

El deseo erótico, considerándolo como una emoción que genera una tendencia de acción, impulsa al individuo al encuentro con la otra persona. La proximidad psicológica que ello genera activa los modelos internos que regulan las relaciones interpersonales especialmente en el espacio de la intimidad. Las dificultades para estar de modo confortable y seguro en el espacio psicológico compartido que supone la intimidad, podrían explicar los problemas para vivir de modo confiado y seguro la experiencia erótica compartida. Estas dificultades podrían explicar la génesis de algunas de las llamadas disfunciones sexuales.

El objetivo de este capítulo consiste en hacer una aproximación a la experiencia erótica intersubjetiva desde las aportaciones, tanto teóricas como empíricas, que la teoría del apego está produciendo y que, a mi modo de ver, son de indudable valor en el contexto de la terapia sexual.

2.- Conceptos básicos de la teoría del apego en el contexto de la experiencia erótica.

La teoría del apego aporta varios conceptos esenciales que nos permiten comprender con mayor claridad lo que ocurre en la relación entre el deseo erótico y la vinculación afectiva.

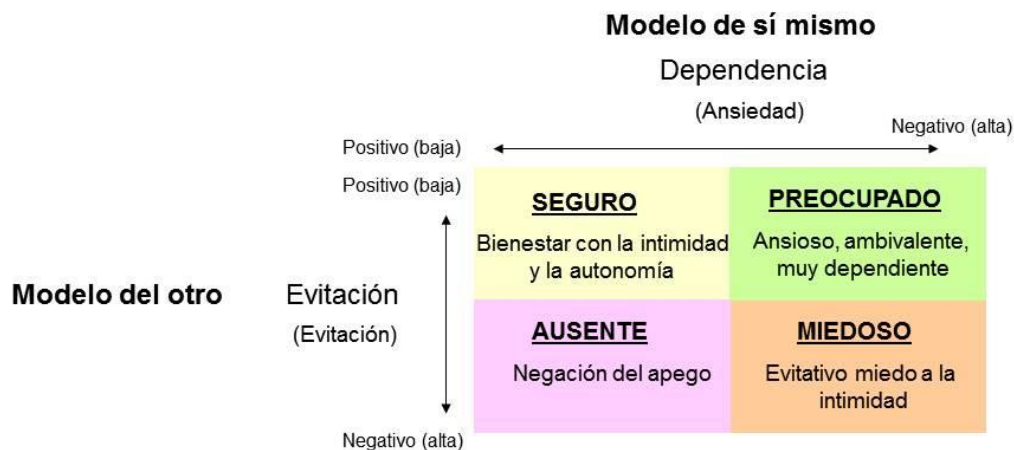
Los seres humanos, como las especies anteriores, nacen provistos de un sistema de conductas a través del cual se busca la proximidad y la interacción con la madre, u otro ser con el que se mantengan relaciones privilegiadas, con el fin de buscar la proximidad que garantice la supervivencia. Por otro lado, los progenitores están dotados de un sistema de conductas que les permite interactuar sincrónicamente con el bebé, de modo que se establece el vínculo afectivo en base a tal interacción. El sistema de conducta del bebé consiste en expresar su estado físico y emocional en momentos de necesidad. El sistema de conducta del adulto consiste en "*interpretar adecuadamente*" las necesidades del bebé y actuar contingentemente, atendiendo, conteniendo, protegiendo al bebé. En esta interacción el bebé registra representaciones

mentales que se basan en el procesamiento de la información, así como en las emociones esenciales básicas asociadas a la experiencia. El malestar físico, por hambre o por dolor, y psíquico, por angustia procedente de la distancia o de la percepción de inseguridad o peligro, activa el sistema simpático produciendo tensión, alerta, vigilancia. La respuesta contingente del adulto produce la satisfacción de la necesidad y la contención de la angustia, ello activa el sistema parasimpático y con ello surge una sensación de distensión, placer, relajación. El conjunto de representaciones mentales constituyen los modelos internos que se expresan en estilos de apego. Éstos pueden considerarse como rasgos o perfiles de personalidad. Como vemos la seguridad genera relajación, tranquilidad, sosiego; la inseguridad activación, vigilancia, tensión, estrés, todo ello incompatible con la capacidad de dejarse llevar libremente por la experiencia erótica.

La formación de los modelos internos, que en el futuro regularan las relaciones interpersonales particularmente las de mayor proximidad psicológica, se producen en la interacción con los otros significativos. Están compuestos por el modelo de sí mismo, en términos de autoestima, y el modelo de los demás en términos de confianza en los otros.

No obstante, en los seres humanos el proceso de vinculación afectiva es más complejo que la mera yuxtaposición de sistemas de conducta, por muy contingentes que estos sean. No es suficiente con respuestas estereotipadas a estímulos concretos. La interacción humana entre el bebé y su cuidador requiere de una interacción cualitativamente superior. Mary Ainsworth (1989) definió como **respuesta sensible** este tipo de relación especial. Esta autora, colaboradora de Bowlby, investigó intensamente las relaciones entre los niños y sus figuras de apego. Sus trabajos son considerados como un pilar en el ámbito de la teoría del apego. Ainsworth infirió de sus trabajos que uno de los elementos más importantes para generar vías de desarrollo en el bebé es la respuesta sensible. Ésta incluye la sensibilidad por parte del cuidador para percibir las señales del bebé e interpretarlas adecuadamente. La respuesta sensible cumple dos funciones muy importantes. Por un lado permite el acceso al estado mental del bebé para interpretar correctamente su necesidad. Por otro, le atribuye un significado a ese estado mental puesto de manifiesto a través de las expresiones del bebé. La atribución de significado implica la puesta en marcha de procesos afectivo-cognitivos complejos, basados, a su vez, en los modelos operativos internos de los padres que permite a éstos entender o no, los estados mentales del niño reflexionar sobre ellos y actuar en la interacción de modo coherente o incoherente. De esto deducimos que la capacidad de respuesta sensible interviene en la posibilidad de que cada miembro de la pareja capte el estado mental del otro/a.

Finalmente, la respuesta sensible produce, un concepto clave en el desarrollo y construcción del Yo como es la **base de seguridad**. La percepción por parte del bebé de disponer de una figura de apego, sensible, disponible, incondicional y duradera, le otorga una sensación de seguridad que le permite sentirse protegido ante las adversidades. Esta certeza, como es lógico, se adquiere a través de la experiencia en la interacción. La propia relación ofrece al niño la posibilidad de sentirse promotor de las conductas de cuidado de la figura de apego. Cuando la expectativa de ser receptor de los cuidados se cumple de una manera consistente, se instauran en el psiquismo representaciones mentales ligadas a la seguridad cuyo conjunto constituirán los modelos internos que organizan una estructura que se expresa en el estilo de apego seguro.



Fuente: Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationship*, 7(2), 147-178.

Gráfico 1.- Estilos de apego en adultos.

Por último, otro concepto clave en la teoría del apego es el que corresponde a los **modelos internos** (internal working model). Tal y como ya hemos visto, el ser humano desde su nacimiento, en función de la tendencia a la filiación y a la búsqueda de proximidad, pone en juego las conductas necesarias para crear el vínculo con el cuidador o figura de apego. Esta interacción privilegiada genera experiencias que se interiorizan en forma de representaciones mentales, las cuales no sólo son meros registros cognitivos, sino que se asocian a afectos y emociones.

Las personas interiorizan multitud de representaciones mentales del mundo exterior y también del mundo interior. Por tanto, los modelos operativos internos son un conjunto de representaciones mentales de experiencias subjetivas que hacen posible el filtrado de la información que se procesa acerca de uno mismo y del mundo exterior, y que permiten la adaptación y la estructuración personal. Los modelos internos representan el modelo de uno mismo en términos de autoestima y el modelo de los demás en términos de confianza (Bowlby, 1969)

Podemos definir los modelos operativos internos del siguiente modo tal y como indica Mario Marrone (2001): *“Los modelos operativos son mapas cognitivos, representaciones, esquemas o guiones que un individuo tiene de sí mismo y de su entorno. Los modelos operativos hacen posible la organización de la experiencia subjetiva y de la experiencia cognitiva, además de la conducta adaptativa... Una función de estos modelos es posibilitar el filtrado de información*

acerca de uno mismo y del mundo exterior. Pueden coexistir varios modelos operativos de la misma cosa (particularmente de uno mismo y de otras personas). Pueden mantenerse apartados unos de otros o unirse a través de procesos integradores o sintéticos”.

Los modelos internos de la relación con la figura de apego no son simplemente una representación episódica y objetiva de lo que “ocurre” en la relación, sino la historia de las respuestas del cuidador a las acciones o tentativas de acción del bebé hacia la figura de apego (Main, Kaplan y Cassidy, 1985). La historia de las respuestas del cuidador conformarán los modelos internos, estos generarán expectativas y creencias acerca de sí mismo y los demás que se expresarán en modos distintos de situarse y de responder a demandas de implicación interpersonal. La expresión del conjunto básico de las representaciones mentales que configuran los modelos internos, se denominan estilos de apego.

Existe un volumen considerable de literatura científica, tanto teórica como empírica, que indica la continuidad de los estilos de apego a lo largo del ciclo vital. Además también disponemos de documentación que indica que existe una clara transmisión generacional de éstos. El gráfico 1 muestra la propuesta de Bartholomew (1994) quien indica que si los modelos internos representan el modelo de sí mismo, en términos de autoestima, y el modelo de los demás, en términos de confianza, el cruce de estas dos dimensiones da como resultado cuatro categorías de apego.

La teoría del apego se fundamenta en el hecho de que el desarrollo personal, la construcción del Yo, no es un proceso exclusivamente interno, sino que se produce y desarrolla en la relación interpersonal con las figuras significativas. En la relación de pareja se reproducen los sistemas de vinculación y los modelos de intimidad que se integraron a lo largo de la historia socioafectiva. Por ello la teoría del apego es una aportación realmente importante para comprender las dificultades sexuales en el contexto intersubjetivo y relacional en el que se producen.

3.- Autonomía, intimidad y capacidad de exploración en el desarrollo del potencial erótico.

En la introducción a este capítulo citaba el modelo del Quantum de Schnarch (1991). En él se indica que el nivel de activación erótica es igual a la estimulación física más/menos los procesos psicológicos. De esta ecuación podemos deducir, siguiendo al autor citado, que la calidad de la experiencia erótica depende de la capacidad de percibir las sensaciones placenteras del propio cuerpo y de los procesos psicológicos, es decir, de la capacidad de integrar sentimientos y emociones a la experiencia erótica.

Schnarch considera que el desarrollo de la calidad de la experiencia erótica es un potencial que las personas libremente pueden desarrollar en función de su propia jerarquía de valores y objetivos en la vida. Aporta, por tanto, el concepto de “*Potencial sexual*”. Según él, habría que diferenciar entre el interés por desarrollar al máximo el potencial erótico, la conformidad por darle al erotismo un nivel “utilitario” en el seno del sistema de pareja y el ámbito de las relaciones sexuales disfuncionales o conflictivas que generan sufrimiento. Ello marcaría los niveles de intervención terapéutica: a) Crecimiento personal: Intervenciones dirigidas a desarrollar el

potencial sexual (educación sexual, *counseling*, asesoramiento, etc.) b) Terapia sexual y/o de pareja propiamente dichas (intervención para la resolución de conflictos psicológicos subyacentes).

La teoría del apego ofrece algunas ideas y conceptos de gran interés para comprender en qué consiste el segundo factor del *Modelo del Quantum*: los “procesos psicológicos”.

En primer lugar, el teoría del apego explica cómo el yo se desarrolla a través del vínculo con los otros significativos. Un yo seguro e integrado se logra resolviendo la relación entre necesidad de autonomía y reconocimiento de dependencia. La autonomía personal es la expresión de la madurez e integración del yo. Sólo desde la autonomía personal es posible una relación segura y coherente con la otra persona en el espacio de intimidad tal y como indica Erickson (1968): “*La autonomía es importante para la intimidad porque permite a uno mismo llegar a estar verdaderamente próximo a otra persona. Cada persona debe tener confianza en la autonomía de ambos, de modo que el propio yo esté libre del miedo a ser engullido por la propia relación*”.

Paradójicamente, la autonomía personal surge del reconocimiento de la necesidad de un cierto grado de dependencia que hace posible el vínculo. Cassidy (1999) indicó que las personas que reconocen su necesidad de dependencia son precisamente las más autónomas emocionalmente. En términos eróticos alguien dijo que... “*cada cual es responsable de su propio placer y el placer es algo que se comparte*”. Sólo desde la autonomía personal cada persona puede conocer y reconocer las características de su propio erotismo, para ponerlo en juego en la experiencia compartida. Sólo desde la autonomía cada persona puede empatizar y leer el estado erótico-emocional de la otra persona. Sólo desde la autonomía cada persona puede comprender las características del erotismo del otro/a y adaptarse a él.

En segundo lugar, el bienestar con la intimidad depende de la seguridad del apego y de la autonomía personal. Por tanto, el desarrollo del potencial erótico depende de los recursos relacionales y de la sensibilidad intersubjetiva de cada miembro de la pareja. En términos de vinculación afectiva, la experiencia erótica podría desarrollarse con o sin intimidad. Entendemos por intimidad la capacidad de “conectar” emocionalmente con la otra persona, de experimentar un espacio psicológico compartido (Gómez-Zapiain, 2012). En consecuencia, la experiencia erótica puede vivirse sin intimidad cuando no se produce ese “espacio psicológico compartido”. Puede vivirse con intimidad cuando se produce esa conexión emocional, cuando la expresión erótica forma parte de un nivel profundo de comunicación. No se debe hacer ningún juicio de valor, no es necesariamente mejor una situación que otra, son simplemente diferentes. Alguien podría desear una experiencia erótica sin mayor implicación emocional en distintos momentos de la vida; alguien podría incluir la experiencia erótica en el flujo de comunicación propia del vínculo afectivo, por ejemplo, como expresión del amor, enamoramiento y compromiso en la relación.

En tercer lugar, el *sistema de apego* se activa en los momentos de aflicción o de percepción de riesgo. Sin embargo, la seguridad propia, lograda a través del vínculo, hace posible la activación el *sistema de exploración* que permite la exploración tanto del mundo externo como del mundo interno.

El desarrollo del potencial erótico dependería de la capacidad de exploración tanto del mundo exterior (descubrimiento de las posibilidades eróticas del propio cuerpo, de la otra persona, y de los comportamientos sexuales compartidos), como del mundo interior (capacidades, recursos, expresión emocional, limitaciones, bloqueos, emociones positivas y negativas asociadas a la experiencia erótica, etc.).

En cuarto lugar, la capacidad de conectar con la experiencia erótica en su conjunto (no sólo con las conductas sexuales), la capacidad de dejarse llevar por sensaciones voluptuosas propias del placer sexual, la capacidad de dejarse llevar por la pérdida de conciencia propia del orgasmo, dependen fundamentalmente de la seguridad y confianza en el otro. La seguridad en el apego permite percibir el espacio de intimidad como confortable y seguro donde uno puede abandonarse a la experiencia erótica. Por el contrario la inseguridad en el apego hace que el espacio de intimidad se perciba como inseguro y amenazante dando lugar a la activación de las defensas. Las personas ansioso-ambivalentes tenderán a mostrarse ansiosamente hipervigilantes de lo que ocurre. Las personas que tienden a la evitación tenderán a desconectar la percepción del estado emocional del otro.

4.- Las dificultades sexuales desde la perspectiva de la teoría del apego.

Hemos visto anteriormente que la actividad erótica es una experiencia esencialmente compartida. El deseo erótico dirige los comportamientos a su satisfacción en otra persona, sea de distinto o igual sexo, dependiendo de su orientación. El propio deseo erótico impulsa a la relación intersubjetiva. Por todo ello la experiencia erótica estará mediatizada por los modelos internos, expresados en estilos de apego, los cuales explican los modos de estar en las relaciones de proximidad y de intimidad.

Los problemas relacionados con la experiencia erótica pueden producirse como alteración del ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual es decir, alteraciones en la fase de deseo, de excitación y de orgasmo, considerando el modelo trifásico de respuesta sexual, o como alteraciones en la gestión del deseo erótico. En este último grupo se hallan, las alteraciones respecto al objeto de deseo como son las parafilias y las dificultades relacionadas con la regulación del deseo que explicarían las agresiones sexuales.

Apego y alteraciones en la gestión del deseo erótico.

Tal y como indica H.S. Kaplan existe una organización jerárquica entre el principio de conservación individual que se corresponde con el estrés necesario para acometer las acciones de la vida cotidiana, como la activación requerida para un trabajo, la resolución de cuestiones habituales, la atención a una clase etc., y el principio de conservación de la especie que en la especie humana se relaciona con la activación del deseo sexual. Según la autora siempre es prioritario el principio de conservación individual que el de la conservación de la especie. Por ello el deseo erótico se inhibe adaptativamente en situaciones no adecuadas, y se desinhibe en situaciones percibidas como tranquilas y relajadas.

En términos psicológicos el deseo erótico sólo se activará en situaciones percibidas como seguras. Las personas realizan una evaluación consciente o inconsciente del contexto. Si la percepción es de seguridad, el sistema sexual neurofisiológico se activa. En caso contrario si la percepción es de inseguridad el deseo sexual simplemente se desactiva (gráfico 2)

Por tanto, en situaciones percibidas como inseguras debido al estrés, a la enfermedad, a presiones de tipo ambiental, el deseo sexual tenderá a inhibirse de modo adaptativo ante la actividad de la vida cotidiana. La cuestión es que en ocasiones se inhibe desadaptativamente en situaciones en las que el deseo erótico se requiere, por ejemplo en momentos de intimidad donde debería brotar espontáneamente.



Gráfico 2.- Sistema de activación-desactivación del sistema de apego.

Este fenómeno podría explicarse porque la situación deseable donde se halla el objeto de deseo es percibida como psicológicamente peligrosa. Ello sólo se puede comprender considerando la subjetividad humana. Es decir, una persona podría percibir que una situación de intimidad, entendida ésta como un espacio psicológico compartido, es segura y comfortable, mientras que otra podría percibirla subjetivamente como insegura o peligrosa. Cuando esto ocurre, el deseo sexual tendería a inhibirse en esa situación.

Este efecto se observa de un modo evidente en la modalidad situacional de la inhibición del deseo. Cuando la situación deseable se halla en un contexto percibido como psicológicamente peligroso y plantea un conflicto, el deseo sexual se inhibe en esa situación, pero se desinhibe en otra percibida como segura.

Como indica Kaplan, el deseo sexual podría desinhibirse en una relación sexual desplazada, hacia relaciones sexuales esporádicas, hacia relaciones sexuales comerciales y/o prostitución o a través de parafilias (gráfico 3).

El planteamiento de Kaplan es realmente interesante porque sitúa el foco de la atención no en las conductas de activación del deseo erótico, sino en los motivos que hacen percibir al sujeto que la situación donde se halla el objeto eróticamente deseable es percibida como insegura o peligrosa.

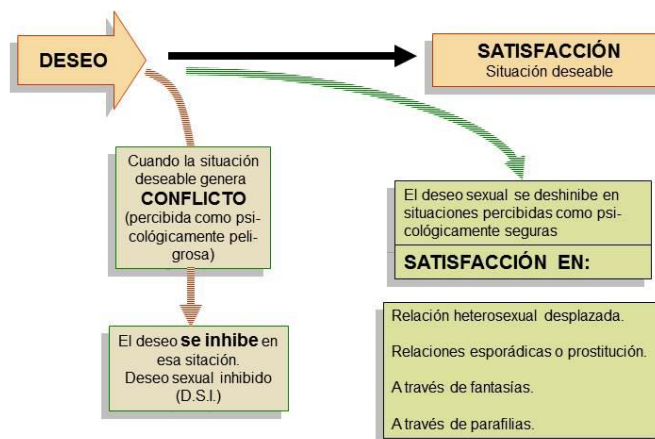


Gráfico 3.- Deseo sexual inhibido situacional

Apego y alteraciones en la respuesta sexual.

Helen Singer Kaplan (1979) propuso el modelo trifásico de respuesta sexual. Lo más interesante de este modelo es la consideración de que cada fase constituye una entidad neurofisiológica distinta que puede ser alterada independientemente. Ello contribuyó a comprender mejor las disfunciones sexuales organizándolas en trastornos del deseo, de la excitación y del orgasmo.

Kaplan afirmó que la disfunción sexual, el síntoma, es el concomitante fisiológico de la ansiedad. Sin embargo ésta es la cuestión, ¿Cuál es la fuente de la ansiedad? ¿Cuál es su origen?

La autora indicó que existen causas remotas y próximas en las disfunciones sexuales. Las causas próximas son aquellas que se relacionan directamente con la disfunción por ejemplo cuando la ansiedad es debida a situaciones ambientales, como suele ocurrir en personas inexpertas, o como fruto de falta de información o falsas creencias. Son psicológicamente poco

densas y su valoración muestra un pronóstico favorable en relación con el tratamiento. Este tipo de dificultades responde bien a un formato de terapia breve.

Se entiende por causa remota aquella en la que el origen de la ansiedad que provoca la dificultad se instala en un lugar biográficamente lejano o profundo. Las causas inmediatas suelen ser bastante específicas, sin embargo el contenido de las causas remotas, que están en la base de las causas inmediatas, no lo es.

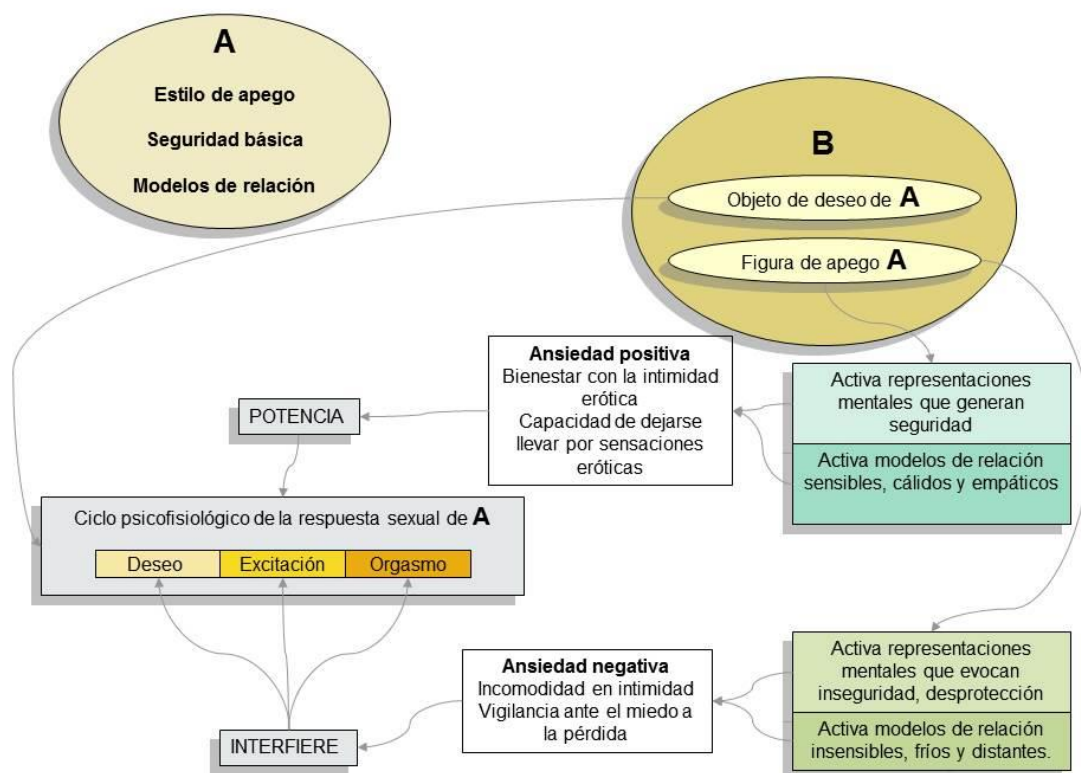
Kaplan, cuyo eclecticismo incluye formación psicodinámica, cita como posibles causas remotas el miedo al fracaso o el miedo a la intimidad que serían expresiones de situaciones edípicas no resueltas. Haciendo una lectura amplia y heterodoxa, se entendería por situación edípica la situación triangular entre el padre, la madre y el hijo o hija, en la que éste o ésta debe encontrar y ajustar su posición, para lograr la autonomía e independencia de su propio Yo, lo cual le permitirá en la adultez manejar con seguridad el intercambio erótico. La inmadurez que se deduce de la incapacidad para aceptar la posición adecuada en el triángulo que surge ante la aparición de un tercero en la relación diádica infantil, puede generar tensiones en las relaciones de intimidad en la vida adulta, pudiendo repercutir tal situación, directa o indirectamente, en el ciclo fisiológico de la respuesta sexual, o en la capacidad de regular el deseo erótico, tal y como veremos posteriormente. En realidad esta dificultad proviene, según este enfoque, del conflicto que subyace a la incapacidad del sujeto de vivir su propio Yo. Las dificultades surgen de la lucha permanente por ocupar el lugar del otro, del intento de suplantar al padre o a la madre.

Los postulados de la teoría del apego proporcionan una interpretación alternativa, y con mayor apoyo empírico, para poder comprender y explicar el origen de una de las fuentes de la ansiedad cuya causa es remota y que, como bien dice Kaplan, provoca el síntoma – una alteración en el ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual – que sería su concomitante fisiológico. Esta interpretación alcanza su solvencia no sólo por el desarrollo teórico de esta disciplina, sino por el soporte empírico avalado por un cúmulo de investigaciones.

En toda relación intersubjetiva las personas actúan según sus modelos internos de relación. En la relación de pareja, sea esta estable o no, es inevitable actuar según las representaciones mentales grabadas a lo largo de la historia socioafectiva, que componen los modelos internos. Éstas han podido ser enriquecidas y mejoradas por las experiencias vitales a lo largo de la biografía, o bien justamente lo contrario.

El gráfico 4 muestra la relación entre el apego y la respuesta sexual. En una relación intersubjetiva, que surge de la atracción entre las partes, el otro/a (sujeto B) es al mismo tiempo objeto de deseo y figura de apego si se ha producido el vínculo.

El sujeto A activa el sistema sexual, dado que el sujeto B es objeto de deseo erótico, y pone en marcha todo el imaginario erótico, activando a su vez el ciclo psicofisiológico de respuesta sexual: Deseo, excitación y orgasmo.



Fuente: Gómez-Zapiain, J. (2009). *Apego y sexualidad. Entre el vínculo afectivo y el deseo sexual*. Madrid: Alianza Editorial.

Gráfico 4.- Apego y respuesta sexual.

Al mismo tiempo el sujeto A evoca la relación vincular y pone en marcha los modelos internos propios de este tipo de relación. Si utilizamos la metáfora del ordenador los modelos internos son complejos programas que regulan la situación relacional intersubjetiva. El sujeto A dispone de sus modelos internos desarrollados a lo largo de su historia socioafectiva. El sujeto B representa a las figuras significativas. Por tanto el sujeto B, en tanto que representación de la figura de apego, puede activar en el sujeto A representaciones mentales que generan seguridad y modelos de relación sensibles, respondientes y empáticos. En ese caso el sistema de apego potencia el sistema sexual y actúa en sinergia con él. Genera ansiedad (activación) positiva, tal y como recoge las sabias palabras del bolero tradicional: “...la ansiedad de tenerte en mis brazos” (J.E. Saravia). Se produce bienestar con la intimidad, capacidad para dejarse llevar por intensas sensaciones de placer, interés, sensibilidad y respeto por el bienestar del otro.

Por el contrario, los modelos internos de A podrían activar representaciones mentales que generan inseguridad desprotección, desvalimiento y modelos de relación insensibles fríos y distantes. En este caso el sistema de apego puede interferir seriamente. Tal situación podría activar fuentes de ansiedad negativa surgida como resultado de la vigilancia ante el miedo percibido, real o imaginado, al abandono o a la pérdida.

Vemos pues cómo la hipervigilancia que, en algunos casos, aparece hacia todo signo percibido de desaprobación o duda de sí mismo por parte del sujeto A, puede ser una de las posibles fuentes de ansiedad que altere el ciclo psicofisiológico de respuesta sexual. Esta percepción subjetiva de desaprobación puede haber sido evocada por situaciones vividas de abandono o negligencia procedentes de la historia vincular, particularmente de la infancia, y que acuñaron las correspondientes representaciones mentales que ahora se expresan de este modo, en este espacio de vulnerabilidad que constituye la intimidad erótica.

Este tipo de ansiedad no necesariamente provoca un síntoma manifiesto en cualquiera de las fases de la respuesta sexual, sino que podría impedir el grado de relajación necesario para dejarse llevar por las sensaciones de placer erótico, con lo cual la calidad de la experiencia decrecerá considerablemente, siendo valorada por el propio sujeto como extraordinariamente pobre. En este caso, la queja manifiesta se presenta como insatisfacción. Una persona atendida por mí me decía:...” *en realidad no tengo problemas sexuales, lo que me ocurre es que no disfruto de la experiencia. Podría firmar ahora mismo no volver a tener relaciones sexuales*”. Se refería realmente a que no tenía síntomas manifiestos, deseaba, se excitaba (tenía erecciones) y llegaba al orgasmo, aunque éste fuese vivido como un simple reflejo fisiológico, sin embargo, la experiencia era insatisfactoria.

Dependiendo de la gravedad de la situación, de la intensidad de la ansiedad, se podría bloquear cualquiera de las fases de la respuesta sexual. En este sentido, como ya hemos comentado y siguiendo a Kaplan, cada una de las fases constituye una entidad neurofisiológica que puede ser alterada indistintamente, por ello observamos trastornos del deseo, de la excitación y del orgasmo. En este sentido Marrone (2001) indica que los trastornos en los vínculos del apego pueden percibirse no sólo en el modo general de relacionarse, sino también en el afecto (ansiedad) que acompaña a la respuesta sexual.

Anteriormente hemos comentado que Kaplan propone el miedo a la intimidad como una de las variables que podrían explicar esta fuente remota de ansiedad. Ella interpreta este efecto, así como el miedo al éxito, en clave psicoanalítica. El miedo al éxito aparecería como efecto de la angustia de “vencer” al padre.

Sin embargo, desde la perspectiva de la teoría del apego se considera que el miedo a la intimidad puede ser debido al miedo inconsciente a la pérdida o al abandono explicado en términos supervivenciales.

Desde esta perspectiva podemos considerar que el espacio de intimidad psicológica puede ser considerado por las personas que tiende a la inseguridad (ansiosas o evitativas) como un lugar arriesgado dada la vulnerabilidad de su propio YO. Recordemos que los modelos internos comprenden el modelo de sí mismo, en términos de autoestima, y el modelo de los demás, en término de confianza hacia los otros. Recordemos también que en el ámbito de la vinculación afectiva se aprenden modelos de relación positiva en la intimidad y la capacidad de experimentar sensaciones corporales.

El miedo generalmente inconsciente de pérdida o abandono procedente de los modelos internos, puede ser conjurado activando las defensas secundarias que ya hemos analizado: a) Hiperactivación del sistema de apego (hipervigilancia, preocupación, ansiedad). b) Desactivación del sistema de apego (falta de conexión emocional, objetualización de la otra persona, ausencia de calidez, desajustes e insatisfacción en el sistema de pareja).

La vulnerabilidad en el espacio de la intimidad puede deberse al hecho de que el tipo de comunicación cambia absolutamente. Las habilidades sociales que pueden servir en las relaciones sociales, no sirven en la intimidad donde los códigos cambian. Probablemente la lectura que de modo inconsciente haga la persona en cuestión ante los requerimientos de la intimidad sea la siguiente: *“Si permito que alguien entre en el espacio de mi intimidad, se va a dar cuenta de que en realidad no valgo la pena y seguro que me abandona”*.

Se establece así el dilema: a) *“Siento una gran necesidad de satisfacer mis deseos eróticos”*. b) *“Las resonancias que la situación de intimidad me produce debidas a las representaciones mentales generadas en situaciones similares, ya vividas en momentos clave del desarrollo, me crean una inquietud que impide mi implicación en tal situación”*.

El gráfico 4 expresa cómo en la relación de pareja, el otro actúa como objeto de deseo erótico activándolo. Sin embargo, su satisfacción requiere acceder al espacio de la intimidad. Es entonces cuando el sistema de apego puede interferir seriamente en el sistema sexual. El miedo a la intimidad puede generar el nivel de ansiedad suficiente como para alterar o incluso bloquear la respuesta sexual. Tal ansiedad se desarrollaría en forma de vigilancia respecto a los signos que pudiesen ser interpretados como amenazadores en relación con el vínculo (pérdida o abandono).

Desde el punto de vista clínico, este grado de hipervigilancia se muestra en forma de un alto grado de autoexigencia. Algunas personas se observan obsesivamente a ellas mismas y la situación en su conjunto, pensando que cualquier desliz podría dar al traste con la relación. Masters y Johnson (1970), Kaplan (1979) y otros autores en el ámbito del tratamiento de las dificultades sexuales han denominado a este efecto el *“rol del espectador”*, en la literatura también se encuentran términos tales como *“ansiedad anticipatoria”* o *“ansiedad de ejecución”*.

Otras personas son incapaces de colocarse en la situación de recepción del placer erótico, sin antes estar absolutamente seguros de que la pareja ha recibido su parte. Esta situación hace que el comportamiento hacia la otra persona sea extraordinariamente ansioso, centrándose en estimular obsesivamente a la otra persona con el fin de lograr lo antes posible su satisfacción para, de este modo, poder acceder a su propia satisfacción. Es evidente que este tipo de comportamiento tiene un efecto sistémico que tiende a cronificar el malestar y la insatisfacción de ambos.

Otro modo, sin duda más disfuncional, de paliar el miedo a la intimidad, es bloquear, desconectar, las emociones propias de la vinculación afectiva para hacer posible el acceso a la satisfacción del deseo erótico simbolizado en la sensación de descarga que proporciona el

orgasmo. En un caso tratado por mí, cuya demanda fue la insatisfacción sexual generalizada por parte de ambos, al tiempo que una clara inhibición del deseo por parte de ella, ésta expresó lo siguiente: *... "cuando mantenemos relaciones sexuales no me mira, veo su mirada perdida en el infinito, me siento como un trozo de corcho, siento como si se estuviera masturbando con mi cuerpo"*. La exploración de él puso de manifiesto una historia afectiva inestable, con periodos de abandono y negligencia por parte de sus cuidadores. La narrativa con la que describía su propia historia fue confusa, discontinua e incoherente en algunos pasajes. No soy partidario de rígidas clasificaciones, pero el perfil de este hombre tendía claramente hacia la evitación. Vemos pues cómo la desactivación del sistema de apego, como defensa ante el miedo a la intimidad, logra puentear las dificultades afectivas, para impedir que éstas bloqueen la respuesta sexual. Para ello era necesario, convertir a su pareja en un mero objeto de estimulación, algo que ella percibía dramáticamente.

Algunas personas se sienten más cómodas (¿más seguras?) con la masturbación. Cuando una persona comparte sexo con otra, ésta actúa como una variable extraña. Lo es en la medida en que la presencia del otro/a exige estar atento, pendiente. Uno tiene que hacer las cosas bien, interpretar bien los deseos del otro, estar a la altura de las circunstancias. Todo ello exige un grado de vigilancia, una preocupación que se incrementa en función de la inseguridad. Las personas inseguras tienden a tener mucho más presente la expectativa de abandono o de pérdida. Por ello el autoerotismo puede ser considerado como un espacio protegido y seguro donde absolutamente nadie puede entrar. Sería ésta otra forma de acceder a la satisfacción sexual soslayando el miedo a la intimidad. En uno de mis trabajos encontré relación entre la frecuencia de masturbación y la tendencia a la evitación, de tal modo que las personas con mayor frecuencia tendían con claridad a la evitación, tanto en hombres como en mujeres (Gómez-Zapiain, 2008).

5.- Algunas ideas para el tratamiento.

La perspectiva intersubjetiva y sistémica permite una aproximación diferente a la comprensión de las dificultades sexuales. Una de las cuestiones más interesantes a mi modo de ver es la superación del concepto "conductas sexuales" en favor de "experiencia erótica". Si se reduce la psicología sexual a conductas observables, siendo así que las disfunciones sexuales son meros comportamientos inadecuados o mal aprendidos, el estilo de tratamiento será el consecuente. Los objetivos terapéuticos también serán los propios.

Las dificultades sexuales, cuando la etiología es fundamentalmente psicógena, pueden tener su origen bien en el conjunto de la psicología individual, bien en el ámbito de la relación donde la dinámica de la pareja, sea ésta hetero u homosexual, podría explicar su origen. En cualquier caso ambos sin duda interactúan. El terapeuta tendrá que evaluar el peso específico que cada uno aporta en el conjunto del sistema.

Desde un punto de vista intersubjetivo y sistémico el tratamiento no consiste en la erradicación del síntoma concreto, origen de la demanda, sino en el incremento de la calidad de las relaciones sexuales. Desde esta perspectiva, la persona o pareja acude a la consulta con un

sistema de relaciones sexuales que es percibido como netamente insatisfactorio. El objetivo de la terapia sexual consiste en utilizar los recursos terapéuticos necesarios para hacer transitar ese sistema de relación sexual percibido como insatisfactorio, hacia una nueva percepción de satisfacción (gráfico 5).

En este afán el terapeuta deberá evaluar y diagnosticar las causas que justifican la percepción de insatisfacción y probablemente hallará algunos síntomas concretos que taxonómicamente podemos encuadrarlos en dificultades relacionadas con el deseo, la excitación o el orgasmo, o bien con otras causas que se sitúan más allá del ciclo psicofisiológico de la respuesta sexual.

El objetivo, por tanto, no se centra exclusivamente en el síntoma concreto, anorgasmia, orgasmo precoz, dificultad de erección o de lubricación vaginal, dificultades con el deseo erótico, etc., cuya remisión daría por concluida la terapia, sino en la percepción de satisfacción experimentada por la persona en el conjunto del sistema de pareja. El tratamiento consistiría en hacer transitar un sistema de relaciones sexuales percibido como insatisfactorio, hacia la percepción de satisfacción. Para ello, lógicamente, la remisión de los síntomas es necesaria, puesto que éstos pueden ser obstáculos esenciales, pero el objetivo va más allá en la medida en que lo que se pretende es que la persona o pareja lleguen a definir por sí mismas los criterios de satisfacción afectivo-sexual en base a valores personales¹ y no tanto a valores socialmente inducidos. Desde este punto de vista el concepto de lo funcional o disfuncional depende de la definición que la pareja hace a partir de la experiencia erótica y no de las conductas sexuales.

Es de este modo como se abre un espacio que hace posible la relativización de los estándares culturales que proponen la “*función sexual*” y por tanto definen la “*disfunción sexual*”. La inducción cultural de criterios de rendimiento sexual ejerce de promotora de insatisfacción sexual en personas particularmente vulnerables, en la medida en que les impide desvelar y priorizar las propias necesidades, dejándose llevar por valores impuestos no integrados. El terapeuta que acepta y se rige por criterios estándar de rendimiento sexual se convierte en una especie de “agente comercial” de tendencias respecto al desempeño sexual, considerándolo como aceptable en función de los valores culturalmente establecidos, propios de una sociedad de consumo.

¹ Tal y como se describe en mi libro “Apego y sexualidad. Entre el vínculo afectivo y el deseo sexual” (2009) y citando a diversos autores, el deseo erótico en ocasiones se pone al servicio de otras necesidades, por ejemplo al servicio de necesidades de apego, de necesidades de afirmación, al servicio del ejercicio del poder. Por ello es muy importante respetar el significado que adquiere la experiencia erótica en el sistema de pareja.

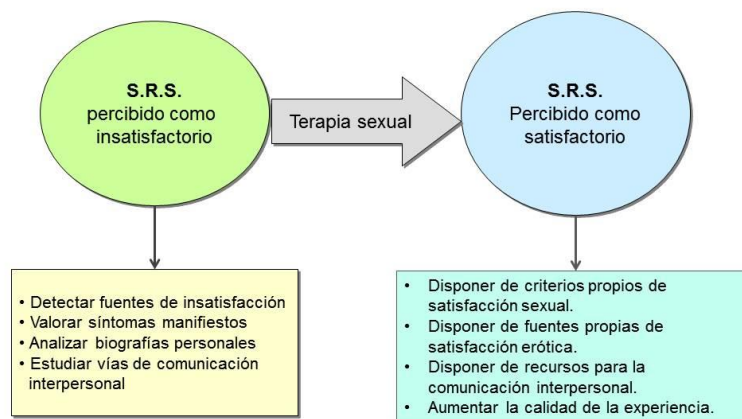


Grafico 5.- Objetivo de la terapia sexual.

Desde un punto de vista sistémico es difícil no contemplar las dificultades dentro del sistema de pareja. Aun aceptando el origen individual de las disfunciones sexuales en algunos casos, ésta aparece en la interacción con el otro/a en el seno de la relación misma. No se debe olvidar que un sistema de pareja está formado por dos psicologías individuales que se relacionan intersubjetivamente.

En el ámbito de la psicoterapia coexisten dos perspectivas bien diferenciadas. La primera se basa en que el origen de los conflictos es unipersonal, fruto de la dinámica interna del individuo. De este modo la disfunción sexual tiene un origen individual y afecta al otro miembro de la pareja. La segunda responde a un nuevo paradigma en el que se considera que el conflicto surge de la relación intersubjetiva. La teoría del apego no sería un paradigma en sí misma en el ámbito de la psicoterapia, sino que aporta fundamentación teórica y base empírica a este perspectiva relacional - intersubjetiva (Wallin, 2007).

¿Por qué decimos que la relación es intersubjetiva? He aquí una de las principales aportaciones de la teoría del apego. Decimos que la relación es intersubjetiva, porque la percepción de la realidad nunca es objetiva. Está mediatizada por el filtro con el que se observa. Este es el resultado de los modelos internos que, como ya hemos indicado, son el conjunto de representaciones mentales grabadas en base a las interacciones con las personas significativas a lo largo de la vida. Las personas que tienden a la seguridad o, por el contrario, a la ansiedad o evitación, perciben y valoran la realidad en función de sus estilos de apego. Esta percepción genera una expectativa respecto a las relaciones interpersonales que condiciona la interacción. Por ejemplo, las personas ansioso/ambivalentes tienden a pensar que haga lo haga podría ser abandonada. Estas expectativas pueden ser confirmadas, o no, en función de la interacción con la otra persona.

Por otro lado, la teoría de sistemas aplicada a las relaciones de pareja nos indica que el comportamiento de uno tiene un efecto evidente en el otro. De hecho lo que uno hace puede

estar motivado por lo que haga el otro que, a su vez, le condiciona. Una disfunción sexual puede surgir de la dinámica misma del sistema relacional.

El deseo erótico y sus correspondencias en comportamientos sexuales, deben brotar en un espacio de confianza, seguridad y confortabilidad. El espacio de intimidad puede ser percibido como amenazante y resultar una fuente de ansiedad que puede provocar la inhibición del deseo erótico, el bloqueo del reflejo de vasodilatación y vasocongestión propio de la excitación, o el reflejo del orgasmo.

Si la terapia sexual se desarrolla desde una perspectiva sistémica e intersubjetiva, el terapeuta deberá considerar los perfiles de apego de cada miembro de la pareja, el estilo de interacción, las expectativas y los objetivos en relación con el otro. Desde este punto de vista, se debería establecer como objetivo terapéutico lograr un espacio protegido de intimidad que sea percibido como un lugar seguro, cálido, confortable. Pero, tanto la teoría como la investigación indican que las personas inseguras, ansiosas o evitativas, muestran dificultades para ello. Las personas ansiosas mostrarán un estado de hipervigilancia hacia sí mismos y hacia sus parejas que les impedirá el estado de relajación necesario para dejarse llevar por la experiencia erótica (Gómez-Zapiain, 2009). Las personas evitativas tendrán dificultades para “leer” adecuadamente el estado emocional de la otra persona; ello les impedirá conectar emocionalmente, empáticamente, y armonizar las interacciones eróticas.

La perspectiva del apego en el ámbito de la psicoterapia considera que el cambio se produce a través del vínculo. La seguridad en el apego, como ya hemos indicado, se consigue en la medida en que la figura de apego es capaz de respuesta sensible, es decir, en la medida en que es capaz de conectar adecuadamente el estado emocional del otro/a. El papel del terapeuta consiste en contribuir a establecer con los pacientes nuevos vínculos, basados en las funciones propias de la figura de apego, base de seguridad, incondicionalidad, respuesta sensible² (Wallin, 2007). Además debería potenciar nuevas experiencias vinculares entre los miembros de la pareja que sirviesen de “*experiencias correctoras*”, de este modo se integrarían como nuevas representaciones mentales que tenderían a modificar los modelos internos.

El terapeuta debería por tanto ser capaz de promover nuevas formas de vinculación en el sistema de pareja, al tiempo que debería manejar correctamente los inevitables vínculos que se producen entre él y cada miembro de la pareja, así como con el sistema en su conjunto, tarea que es más compleja cuanto mayor sea el grado de conflicto (gráfico 6).

² Como ya hemos indicado, la seguridad se relaciona directamente con el modelo de uno mismo/a, autoestima, y el modelo de los demás confianza (ver gráfico 1).

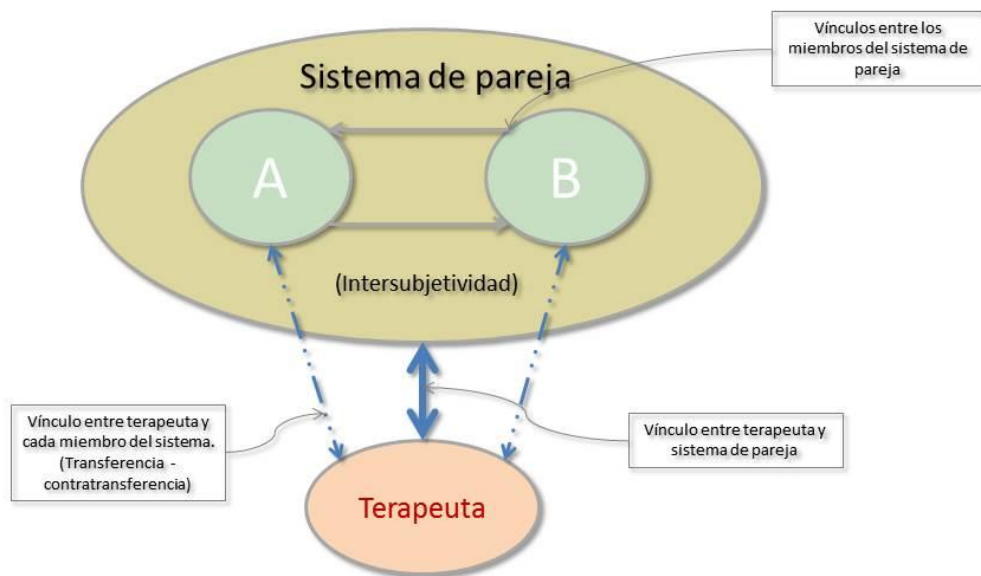


Gráfico 6.- Vínculos entre el terapeuta y el sistema de pareja.

En relación al futuro de la terapia sexual y considerando las aportaciones de diversos autores, recogidas por Peggy Kleinplatz (2001), propongo algunos puntos para la reflexión:

Es difícil entender la terapia sexual sin sus bases psicoterapéuticas. La formación en psicoterapia resulta imprescindible para desarrollar una terapia sexual eficaz, cuando las causas que originan el malestar remiten a lo que Kaplan (1979) consideraría como “causas remotas”. Deberían tenerse en cuenta los procedimientos psicoterapéuticos en general, más allá de la terapia sexual en sentido estricto.

La terapia sexual suele consistir en las intervenciones que el terapeuta realiza en el cliente, centradas en los síntomas o conductas disfuncionales, pero debería ser concebida como la forma en que el terapeuta ayuda al cliente a movilizar los recursos que éste ya posee para afrontar sus dificultades en la expresión erótica y afectivo-emocional.

La terapia sexual no debería centrarse sólo en la desaparición de los síntomas de las disfunciones sexuales puesto que éstos, cuando su etiología es claramente psicógena, remiten, bien a estructuras centrales de personalidad, o bien a dificultades de comunicación en el sistema donde se producen. Los nuevos planteamientos basados en la perspectiva intersubjetiva y relacional ofrecen nuevas líneas de futuro.

Convendría establecer los diferentes niveles de intervención en función de la demanda que se formula en las consultas. No todas las dificultades sexuales responden causas profundas. En este sentido deberían considerarse tres niveles de intervención: a) Educación sexual personalizada: Se trata de informar, explicar, enseñar, aspectos relacionados con la sexualidad. b) El *counseling* o asesoramiento: Se trata de asesorar, confrontar, aconsejar. c) Terapia sexual propiamente dicha: Se trata de plantear un proyecto psicoterapéutico consistente en la evaluación, diagnóstico, enunciado de hipótesis explicativas de las causas y del tratamiento previsto.

Probablemente la actividad sexual es una de las más psicosomáticas en la experiencia humana. La comprensión de algunos trastornos y dificultades sexuales requieren de una visión interdisciplinar. Los médicos que utilizan la farmacología como único tratamiento, no deberían hacerlo sin una valoración psicológica previa, salvo en diagnósticos meridianamente claros, o por profesionales de la medicina con formación suficiente en sexología.

Estos puntos para el debate nos pueden ayudar también a considerar el estado actual de la sexología clínica en relación al futuro. Es necesario contribuir a la formación de los profesionales, estableciendo con claridad los objetivos, el ámbito de intervención, los contenidos, las diversas metodologías.

Desde el punto de vista de la innovación en los abordajes terapéuticos en el tratamiento de las dificultades sexuales, la perspectiva relacional intersubjetiva, dónde la teoría del apego aporta fundamentación teórica y comprobación empírica, está abriendo vías de enorme interés.

Bibliografía.

- Ainsworth, M.D. (1989). Attachment beyond infancy. *American Psychologist* (44), 709-716.
- Bancroft, J.H. (1989). *Human sexuality and its problems*. Edimburgo: Churchill Livingstone.
- Barlow, D.H. (1986). Causes of sexual dysfunction: The role of anxiety and cognitive interference. *Journal of Consulting & Clinical Psychology*, 54, 140-148.
- Bartholomew, K. (1990). Avoidance of intimacy: An attachment perspective. *Journal of Social and Personal Relationships*, 7(2), 147-178.
- Bartholomew, K., & Perlman, D. (Eds.). (1994). *Attachment processes in adulthood. Advances in personal relationships*. London: Jessica Kingsley Publishers, Ltd.
- Bowlby, J. (1969). *Attachment and Loss, Vol.1: Attachment* (Vol. 1). London: Hogart Press.
- Brassard, A., Péloquin, K., Dupuy, E., Wright, J., & Shaver, P. R. (2012). Romantic attachment insecurity predicts sexual dissatisfaction in couples seeking marital therapy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 38(3), 245-262. doi: 10.1080/0092623X.2011.606881
- Cassidy, J., & Shaver, P. R. (Eds.). (1999). *Handbook of attachment: Theory, research, and clinical applications*. New York, NY, US: The Guilford Press.
- Conradi, H. J., De Jonge, P., Neeleman, A., Simons, P., & Sytema, S. (2011). Partner attachment as a predictor of long-term response to treatment with couples therapy. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 37(4), 286-297. doi: 10.1080/0092623X.2011.582435
- Erikson, E. (1968). *Identity: Youth and crisis*. New York: Norton.
- Fisher, W.A. (1986). A psychological approach to human sexuality: The sexual behavior sequence. In D. Byrne & K. Kelley (Eds.), *Alternative approaches to the sexual behavior*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.

- Fuertes Martín, A. (1997). Avances en el tratamiento de los trastornos del deseo sexual. En J. Gómez Zapiain (Ed.), *Avances en sexología* (pp. 28). Bilbao: Universidad del País Vasco.
- Gómez-Zapiain, J. (2009). *Apego y sexualidad. Entre el vínculo afectivo y el deseo sexual*. Madrid: Alianza Editorial.
- Gómez-Zapiain, J. (2013). *Psicología de la Sexualidad*. Madrid: Alianza Editorial.
- Gómez-Zapiain, J., Ortiz Barón, M.J., & Gómez Lope, J. (2011). Experiencia sexual, estilos de apego y tipos de cuidados en las relaciones de pareja. *Anales de Psicología*, 27(2).
- Gómez-Zapiain, J., Ortiz Barón, M.J., & Gómez Lope, J. (2012). Capacidad para aportar y solicitar apoyo emocional en las relaciones de pareja en relación con los perfiles de apego. *Anales de Psicología*, 27(3).
- Kaplan, H.S. (1974). *The new sex therapy. Active treatment of sexual dysfunctions*. New York: Brunner and Mazel Publication.
- Kaplan, H.S. (1979). *Disorder of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy*. Nueva York: Simon and Schuster.
- Kleinplatz, P.J. (Ed.). (2001). *New directions in sex therapy. Innovations and alternatives*. Philadelphia: Brunner-Routledge.
- Levine, S. (1984). An essay on the nature of sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 10, 83-96.
- Levine, S.B. (1987). More on the natura of sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 13(1), 35-44.
- Levine, S.B. (1988). Intrapsychic and individual aspects of sexual desire. In S. L. Leiblum & R. C. Rosen (Eds.), *Sexual desire disorder* (pp. 21-44). New York: Guilford Press.
- Main, M., Kaplan, N., & Cassidy, J. (1985). Security in infancy, childhood and adulthood: A move to the level of representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development*(50), 66-104.
- Marrone, Mario. (2001). *La teoría del apego. Un enfoque actual*. Madrid: Editorial Psimática.
- Masters, W. & Johnson, V. (1966). *Human sexual response*. Boston: Little, Brown.
- Masters, W., & Johnson, V. (1970). *Human sexual inadequacy*. Boston: Little, Brown.
- Metts, S., Sprecher, S., & Regan, C. (1998). Communication and sexual desire. In P. A. Andersen & L. K. Guerrero (Eds.), *Handbook of communication and emotion*. San Diego: Academic Press.
- Reich, W. (1974). *La función del orgasmo*. (4 a. ed.). Buenos Aires: Paidós.
- Schnarch, D. (2000). Desire problems: A systemic Perspective. In S. R. Leiblum & R. C. Rosen (Eds.), *Principles ant practice of sex therapy* (Third ed.). New York: The Gilford Press.
- Schnarch, D.M. (1991). *Constructing the sexual crucible. An integration of sexual and marital therapy*. New York: N.W. Norton & Company.
- Wallin, D.J. (2007). *Attachment in psychotherapy*. London, New York: Gilford Press. (Traducción: Wallin, D.J. (2012). *El apego en psicoterapia*. Bilbao: Desclée de Brouwer.)