



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA
Facultad Ciencias de la Salud

MÁSTER OFICIAL EN SEXOLOGÍA

Curso Académico 2012/2013

Trabajo de Fin de Máster

**Las relaciones de apego y su influencia en la
satisfacción sexual de enfermos/as alcohólicos/as**

Autora: Ana M^a López Lorente
Tutora: Dra. Encarnación Soriano Ayala

*“Es posible que
gran parte de nuestra incapacidad
para acariciar y abrazar a los demás
se deba a la insuficiencia de nuestra infancia”*

Deborah Offit, 1979

Índice

ÍNDICE

1.- Agradecimientos.....	5
2.- Introducción y Justificación.....	7
3.- Estado de la Cuestión.....	13
3.1.- Teoría del Apego de Bowlby.....	14
3.2.- Apego adulto.....	19
3.2.1.- Apego adulto y relaciones interpersonales	23
3.3.- Apego y satisfacción sexual.....	25
3.4.- La enfermedad alcohólica.....	30
3.4.1.- Diagnóstico y Concepto de alcoholismo.....	30
3.4.2.- Evolución del consumo de alcohol y sus consecuencias	34
3.4.3.- Representaciones de apego y consumo de alcohol	35
3.4.4.- Alcoholismo y Sexualidad	36
4.- Objetivos e Hipótesis	39
4.1.- Generales	40
4.2.- Específicos	40
4.3.- Hipótesis	40
5.- Materiales y Métodos.....	42
5.1.- Participantes	43
5.2.- Instrumentos	47

5.3.- Análisis estadísticos	55
5.3.1- Tipos de Sesgos	55
6.- Resultados	57
7.- Discusión.....	65
8.- Conclusiones.....	68
9.- Bibliografía.....	72
10.- Anexos.....	81
Anexo 1. Ficha utilizada para la recogida de datos.....	82
Anexo 2. Cuestionario de Apego Adulto.....	83
Anexo 3.1. Inventario de Satisfacción Sexual. Mujeres.....	85
Anexo 3.2. Inventario de Satisfacción Sexual. Hombres.....	87

AGRADECIMIENTOS

1.- Agradecimientos

Este Trabajo Fin de Máster ha sido posible realizarlo gracias al apoyo que me han prestado muchas personas.

A mi tutora, Encarna, sin sus orientaciones, correcciones y aportaciones, siempre muy acertadas, este proyecto me hubiera resultado complicado de realizar. Desde que te conocí tuve muy claro que serías quien me iba autorizar este trabajo por tu minuciosidad a la hora de trabajar. Gracias por todo y te deseo lo mejor.

A mi hijo Carlos, por el interés que has mostrado *“por el trabajo que mi madre está realizando para la Universidad”*. Cuando vió la pasación de los datos de los cuestionarios en la base de datos del SPSS, tanto le llamó la atención que no pudo resistirse y pedir colaborar en dicha tarea, ayudándome, en varias ocasiones, algo que yo le agradecí bastante. Gracias, también, por todo lo que me aportas y me haces sentir como madre. Gracias por compartir conmigo esa curiosidad que tienes por la sexualidad que estás descubriendo y por la cara de pillín que tienes, no sólo al preguntar sino por la admiración que sientes de tener una madre Sexóloga.

A Luis Miguel, mi marido, gracias por todo el apoyo que recibo de tí en todos mis proyectos, por ser mi compañero de viaje en esta vida que un día decidimos compartir y que espero sigamos disfrutando de ella igual que hasta ahora, descubriéndonos cada vez más y mejor....

A mis padres, Juan y Piedad, que siempre se preocuparon porque yo tuviera una formación. Gracias por todo vuestro apoyo en estos años de Máster.

A mis amigos/as y compañeros/as de trabajo que tanto interés han mostrado no sólo por este proyecto sino por todo el contenido del Máster de Sexología.

A todos/as los/as enfermos/as alcohólicos/as que han formado parte de la muestra de esta investigación y que esperan los resultados obtenidos impacientes. A todos/as mis pacientes, de los que tanto he aprendido.

A todos/as mis profesores/as, por todo lo que me han enseñado a aprender. De cada uno/a de vosotros/as llevo vuestra aportación particular.

Introducción y Justificación

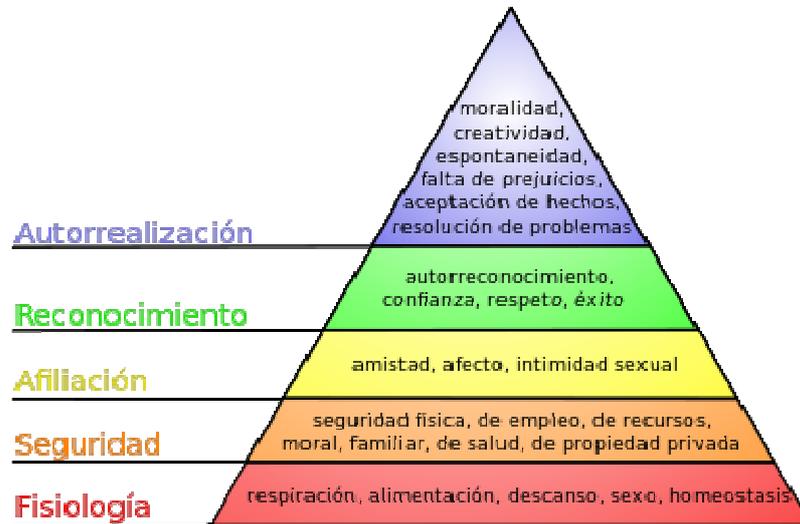
2.- Introducción y Justificación

La idea de hacer este Trabajo Fin de Máster (TFM) sobre apego y satisfacción sexual en población de enfermos alcohólicos y enfermas alcohólicas tiene su explicación: hace 16 años comencé a trabajar como Psicóloga con este tipo de pacientes y, desde entonces, he observado, principalmente en los varones, que su expresión de sentimientos es escasa y así lo reconocen no sólo ellos sino sus esposas o parejas que los consideran como poco afectivos o afectuosos. Siempre pensé que esto podría tener algún tipo de relación con la infancia complicada que, muchos de ellos habían vivido, pero no tenía datos objetivos que así me lo pudieran hacer entender. Por eso, considero que el hecho de tener que realizar este TFM era un motivo más que suficiente como para investigar sobre esta cuestión.

Así, el objetivo fundamental de este trabajo está en analizar cómo puede influir el apego recibido en la infancia en la satisfacción sexual en la población diagnosticada con la enfermedad alcohólica, todo ello, con el interés de ofrecerle una serie de pautas para que los/as pacientes alcohólicos/as mejoren la forma de expresar sus sentimientos para que éstos influyan positivamente en la calidad de su vida sexual y en pareja.

Cuando algunas personas se van conociendo surgen entre ellas una serie de vínculos por los cuales se propicia que las queramos y que nos quieran, la expresión de sentimientos facilita, en mayor o menor medida, esta relación y juega un papel muy importante en la sexualidad donde, a través de la comunicación verbal y no verbal, las personas tienen la satisfacción de disfrutar del efecto placentero que tiene tanto el querer a las personas como el sentirse queridas. Para ello, la expresión de sentimientos debería realizarse de forma espontánea pero se sabe que determinadas circunstancias, enfermedades o problemas psicológicos la pueden dificultar. Cuando una persona padece una enfermedad como la del alcoholismo la forma de expresar los afectos y de disfrutar de la sexualidad se ve afectada hasta el punto de precisar un tratamiento psicológico específico con el fin de modificar la conducta emocional y la sexual y, puesto que los afectos y la sexualidad son consideradas necesidades básicas, es conveniente que para investigar sobre ello se tome como base la relación de apego originada desde la infancia.

En 1943, Abraham Maslow propuso una teoría psicológica que llamó la jerarquía de las necesidades humanas donde a través de lo que denominó la pirámide de Maslow, explicaba la existencia de unas necesidades que conforme se satisfacen las de la base, los seres humanos desarrollan otras necesidades y deseos más elevados.



Pirámide de Maslow: jerarquía de necesidades.

Jerarquía de necesidades

La idea básica es que primero deben satisfacerse las necesidades inferiores para después satisfacer las necesidades superiores. Así las necesidades básicas son, según Maslow (1970):

- las necesidades fisiológicas son imprescindibles para mantener la supervivencia e incluyen la necesidad de respirar, de beber agua (para hidratarnos), de alimentarse, de dormir (para descansar), eliminar los desechos corporales, además de la necesidad de evitar el dolor y tener relaciones sexuales.

- las necesidades de seguridad y protección, surgen cuando las necesidades fisiológicas están satisfechas. Se refieren a sentirse seguro y protegido, es decir, seguridad física y de salud.

- Las necesidades sociales son las relacionadas con nuestra naturaleza social y se refieren a la función de relación (amistad), a la participación (inclusión grupal) y a la aceptación social. El ser humano por naturaleza necesita relacionarse, ser parte de una comunidad, de agruparse en familias, con amistades o en organizaciones sociales y entre

éstas se encuentran: la amistad, el compañerismo, el afecto y el amor que se forman a partir del esquema social.

- En relación a las necesidades de estima, Maslow diferencia dos tipos de necesidades de estima, una alta y otra baja. La estima alta se refiere a la necesidad del respeto a uno mismo e incluye sentimientos tales como la confianza, la competencia, los logros, la independencia y la libertad. La estima baja la relaciona con el respeto de las demás personas: la necesidad de atención, aprecio, reconocimiento, reputación, estatus, dignidad, fama, gloria, e incluso dominio. Si estas necesidades son deficitarias se refleja en una baja autoestima y el complejo de inferioridad. El tener satisfecha esta necesidad apoya el sentido de vida y la valoración como individuo y profesional que puede avanzar hacia la necesidad de la autorrealización.

- La necesidad de autorrealización es el último nivel y por ser una necesidad diferente, Maslow utilizó varios términos para denominarla como «motivación de crecimiento», «necesidad de ser» y «autorrealización». La consideraba como la necesidad psicológica más elevada del ser humano, de ahí que esté en la parte más alta de las jerarquías y una vez satisfecha es cuando se encuentra una justificación o un sentido válido a la vida mediante el desarrollo potencial de una actividad. Se llega a ésta cuando todos los niveles anteriores han sido alcanzados y completados, o al menos, se han conseguido en unos niveles mínimos.

Características generales de la teoría de Maslow

- Sólo las necesidades no satisfechas influyen en el comportamiento de todas las personas, pues la necesidad satisfecha no genera comportamiento alguno.

- Las necesidades fisiológicas nacen con la persona, el resto de las necesidades surgen con el transcurso del tiempo.

- A medida que la persona logra controlar sus necesidades básicas aparecen gradualmente necesidades de orden superior; no todos los individuos sienten necesidades de autorrealización, debido a que es una conquista individual.

- Las necesidades más elevadas no surgen en la medida en que las más bajas van siendo satisfechas. Pueden ser concomitantes pero las básicas predominarán sobre las superiores.

- Las necesidades básicas requieren para su satisfacción un ciclo motivador relativamente corto, en contraposición, las necesidades superiores requieren de un ciclo más largo.

Dentro de las necesidades de seguridad encontramos una importante que debemos tener cubierta y es la que se refiere a la salud y, por ello, la Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como un estado completo de bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad. *La cita bibliográfica correcta para la definición es: Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio de 1946; firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Actas oficiales de la Organización Mundial de la Salud, No. 2, p. 100) y que entró en vigor el 7 de abril de 1948.* La definición no ha sido enmendada desde este año.

Si especificamos un poco más, nos encontramos con un término importante:

* Salud Sexual que, según la OMS, es 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, el amor.

A veces, la salud sufre un deterioro por la existencia de enfermedades que suponen una amenaza para ese estado completo de bienestar físico, mental y social tal y como propone la OMS, esto es lo que sucede con la enfermedad del alcoholismo que tiene catalogada la Enfermedad Alcohólica en el epígrafe 303 del Glosario de Enfermedades, entre las no transmisibles y ha sustituido el término alcoholismo por el de Síndrome de Dependencia del Alcohol, en la novena revisión de la Clasificación Internacional de Enfermedades y lo define como “...un estado de cambio en el comportamiento de un individuo, que incluye, además de una alteración que se manifiesta por el consumo franco de bebidas alcohólicas una continuidad de este consumo de manera no aprobada en su ambiente socio-cultural, a pesar de las dolorosas consecuencias directas que puede sufrir como enfermedades físicas, rechazo por parte de la familia, perjuicios económicos y sanciones penales... un estado de alteración subjetiva, en el que se deteriora el dominio de la persona dependiente, sobre su forma de beber, existe la urgencia de ingerir alcohol y se pone de manifiesto una importancia fundamental del alcohol, en que el planteamiento de las ocasiones de beber, puede tener

preferencia sobre el resto de sus actividades. Además de estos cambios, se observa un estado de alteración psicobiológica, con signos y síntomas a la privación del alcohol. Ingestión de bebidas alcohólicas para lograr su alivio y aumento de la tolerancia...”. Así consta en el *Informe del Comité de Expertos de la OMS en la Serie de Informes Técnicos, n° 650. OMS. Ginebra. 1.980.*

Entre las necesidades fisiológicas se incluye el sexo como una necesidad básica que hay que satisfacer y en un tercer nivel se encuentran las necesidades de afiliación donde se incluye la necesidad de la intimidad sexual. Vemos que son conceptos relacionados con los temas sobre los que se van a investigar en este trabajo.

Autores como Félix López (2008) también han hablado sobre las necesidades básicas y propone tres tipos:

1.- La necesidad de establecer vínculos afectivos percibidos como incondicionales y duraderos: el vínculo de apego.

2.- La necesidad de disponer de una red de relaciones sociales, normalmente resueltas a través de los vínculos de amistad, relación con conocidos y compañeros: pertenencia a una comunidad.

3.- La necesidad de contacto corporal e intimidad, satisfecha generalmente a través de relaciones interpersonales íntimas asociadas al deseo erótico, la atracción, el enamoramiento y los afectos interpersonales.

Según Gómez Zapiaín (2009, p. 332), las necesidades afectivas se refieren al logro del establecimiento y mantenimiento de los vínculos; es decir, al logro de la estabilidad emocional que proviene del mantenimiento de figuras de apego percibidas como incondicionales y duraderas. El sistema de apego y el sistema de cuidados contribuyen a que la persona sea capaz de cuidar y ser cuidado, de querer y ser querido. Es evidente que la satisfacción de esta necesidad contribuye al bienestar. De hecho, considera que la perspectiva de la teoría del apego ofrece un marco teórico de referencia de gran importancia. Tomando esta reflexión pasamos a profundizar en la teoría del apego.

Estado de la cuestión

3.- Estado de la cuestión

3.1.- Teoría del Apego de Bowlby

John Bowlby ha sido uno de los autores que más ha estudiado el apego (1969, 1973, 1980). Sentó las bases de su teoría del apego a partir de sus conocimientos basados en la etología, el procesamiento de la información, la psicología evolutiva y el psicoanálisis (Bretherton, 1992; Cantón y Cortés, 2000; Ochaíta y Espinosa, 2004). Considera que las necesidades afectivas son tan importantes para la supervivencia de los individuos como la alimentación y el resto de las necesidades biológicas (Ochaíta y Espinosa, 2004). A través del desarrollo de esta teoría, explicó el origen, el desarrollo, la función y las causas de la vinculación afectiva en la especie humana y el mantenimiento de la conducta de apego (1969).

Bowlby (1969), propone la idea de que la conducta de apego se organiza utilizando sistemas de control propios del sistema nervioso central, a los que les ha atribuido la función de protección y supervivencia y que existe la tendencia de responder conductual y emocionalmente con el fin de permanecer cerca de la persona que cuida y protege de toda clase de peligros; así los sujetos que tienen estas tendencias tendrán más probabilidades de sobrevivir y de trasladar estas mismas tendencias a generaciones futuras. En el año 1980, explica que la necesidad de apego, entendida como una necesidad innata, indicaría que el desarrollo afectivo va ligado al de las relaciones interpersonales y que es inseparable del desarrollo de la personalidad, en la medida en que el descubrimiento de sí mismo es correlativo al reconocimiento de los otros y, es precisamente, a través de las relaciones con los otros como se va construyendo la persona.

Bowlby al trabajar con niños desadaptados (Cantón y Cortés, 2000), detectó la relación que existía entre algunos problemas de conducta en éstos y los problemas familiares, lo que sirvió de base para la elaboración de la teoría sobre el apego, donde se aprecia la influencia que tienen las experiencias reales en la infancia en el desarrollo posterior de la personalidad del niño. Según Marrone, (2001, p. 14), lo que observó fue el hecho de que, en la historia de los individuos con serios problemas psicológicos, generalmente, aparecen perturbaciones o trastornos de los vínculos de apego con las figuras significativas y aparece disfunción familiar.

Según las experiencias de interacción entre el bebé y sus figuras significativas, éste desarrolla una serie de expectativas sobre la disposición de las figuras de apego en los momentos en que los necesite, así la representación de la figura de apego se construye sobre la base de los resultados que el individuo en crecimiento obtiene al tratar de evocar respuestas empáticas y positivas por parte de sus padres (Marrone, 1993, p. 193); es decir, la representación se forma con el desarrollo de la interacción entre el niño y sus padres, pero puede producirse en ausencia de éstos, como respuesta a esa ausencia. Así, si la figura de apego se muestra accesible y sensible a las señales del niño, éste se creará una representación mental positiva hacia la figura de apego y hacia sí mismo. En el caso contrario, si la figura de apego principal rechaza al niño y es incoherente ante las demandas del niño, éste va a desarrollar un rechazo hacia el cuidador principal y de sí mismo, considerándose como poco merecedor de ayuda y protección.

Si el niño tiene un apego seguro con sus figuras significativas, cuando sea adulto va a tender a manifestar su actitud de confianza hacia las personas con quien establezca relaciones íntimas (amigos, pareja,...). Por lo contrario, si tiene experiencias negativas con las figuras de apego, tiende a no esperar nada bueno, estable, seguro o gratificante de las relaciones con los adultos, pudiendo ser su comportamiento evitativo o ambivalente, con tendencia a la ansiedad crónica, a la depresión, a los sentimientos de rabia. Según la teoría del apego, la ansiedad es una señal que indica peligro de debilitamiento o pérdida de la figura de apego (Ortíz Barón y Yáñez Yaben, 1993).

Según Bartholomew y Allison (2006), citado por Gómez Zapiain (2009, p. 320), *las personas que fracasan en comunicar de manera eficaz su necesidad de asegurar la relación de pareja por vías funcionales activan la cólera e incluso la violencia para ganar o recuperar el espacio de proximidad con su pareja que ejerce las funciones de figura de apego. Los individuos ansiosos con tendencia a aproximarse, que muestran una baja tendencia a la evitación, pueden activar la cólera cuando perciben algún tipo de amenaza hacia la relación. Las personas que mantienen relaciones coercitivas tienden a ser ansioso-ambivalentes o preocupadas, es decir, las personas tendentes a una alta dependencia (ansiedad) y una baja evitación. Las personas evitativas muestran tendencia a la hostilidad y tienden a ser frías y poco sensibles. Los evitativos se caracterizan por su tendencia a retirarse en las situaciones promotoras de ansiedad a*

amenaza con el fin de desactivar el sistema de apego y, con ello, poder mantener el control personal.

Ainsworth (1990) establece las características de los principales estilos de apego infantil, tomando en cuenta el comportamiento del niño y las características del cuidador.

Tabla 1. Características de los principales estilos de apego infantil

ESTILO DE APEGO	CONDUCTA INFANTIL	CARACTERÍSTICAS DEL CUIDADOR
Evitativo (Tipo A)	Apenas expresa afecto o tensión en presencia de la madre. Explora el nuevo entorno sin contar con ella. No protesta ni muestra inquietud ante la separación. Distanciamiento y evitación en el reencuentro.	Conductas de rechazo; rigidez; hostilidad; aversión al contacto.
Seguro (Tipo B)	Exploración activa e interacción positiva en presencia de la figura de apego. Protesta por la separación con disminución de la exploración. Búsqueda de proximidad e interacción en el reencuentro, lo que le permite volver a la exploración.	Disponibilidad; receptividad; calidez.
Ansioso-ambivalente (Tipo C)	Poco interés en la exploración incluso en presencia de la madre. Se manifiesta muy molesto ante la separación. Enfado, resistencia activa al contacto físico y ambivalencia ante el regreso. La presencia de la madre no parece consolarle.	Insensibilidad; intrusividad; inconsistencia.
Desorganizado-desorientado (Tipo D)	Gran confusión y desorganización conductual.	Inconsistencia, depresión, provocan miedo.

Propone que existen 4 tipos de apego: evitativo, seguro, ansioso-ambivalente y desorganizado-desorientado.

Así, los niños con apego inseguro evitativo no muestran conductas de búsqueda de proximidad y contacto hacia sus figuras de apego. Manifiestan una conducta

exploratoria elevada con poca interacción con el cuidador. No muestra angustia al separarse de su figura de apego. El niño manifiesta ansiedad a través de la evitación de la madre.

Los niños con apego seguro presentan conductas exploratorias activas en la presencia de la figura de apego, considerándola como una base de seguridad y a la que buscan si están angustiados. Ante la separación de la figura de apego el niño puede mostrar tensión, pero cuando la figura de apego vuelve la reciben con alegría buscando la proximidad y la interacción. Ainsworth (1995) manifestó que el establecimiento del apego seguro durante el primer año de vida va a proporcionar una base importante para el desarrollo psicológico adecuado posterior.

Los niños con apego inseguro resistente o ambivalente manifiestan mucha ansiedad, aferrándose al cuidador. No utilizan a la figura de apego como base de seguridad, responden a la separación con angustia, busca el contacto pero continúa llorando y no se calma.

Los niños con apego inseguro desorganizado/desorientado expresan una gran confusión y desorganización conductual, pudiendo parecer confusos y temerosos con la presencia de la figura de apego.

La seguridad en el apego es importante para el desarrollo porque refleja una relación positiva entre los cuidadores y el niño que proporciona la base de ayuda a un desarrollo socioemocional saludable en los años futuros. Así lo ponen de manifiesto los estudios de Atkinson y Golberg (2004); Carlson, Sroule y Egeland (2004); Egeland y Carlson (2004); Sroufe, Egeland, Carlson y Collins (2005).

Entre las consecuencias del apego seguro encontramos niños con más habilidades cognitivas y sociales más efectivas, que desarrollarán representaciones internas positivas de los otros y de sí mismo, más capacidad para resolver problemas, más cooperativos y se llevan mejor con su grupo de iguales, menor probabilidad de desarrollar problemas emocionales o de conducta. El apego seguro influye en la regulación de las emociones del niño, favoreciendo, así, la expresión, modulación y flexibilidad de éstas, buscando ayuda en otros cuando ellos ven que no lo van a conseguir solos.

Posibles consecuencias del apego inseguro evitante, niños que no se desenvuelven bien en situaciones de estrés y no regulan bien sus emociones negativas, muestran conductas agresivas y antisociales, se sienten social y emocionalmente aislados, carecen de empatía, muestran desconfianza, despreocupación, desobedientes, suele darse con más frecuencia entre los varones que entre las hembras.

Según Garrido-Rojas (2006) en el estilo evitativo predominan las emociones de ansiedad, miedo, rabia, hostilidad y desconfianza y tienden a usarse estrategias de inhibición emocional, distanciamiento de lo emocional y lo afectivo, inhibición de la búsqueda de proximidad, supresión de emociones negativas.

Los niños con estilo de apego inseguro resistente o ambivalente, ante situaciones de tensión muestran reacciones emocionales y conductas exageradas. Carecen de autoconfianza, son reservados y con tendencia a volverse socialmente aislados. Dependen más de los adultos, muestran conductas impulsivas, inquietos. Las emociones más frecuentes son las de preocupación, rabia, miedo, estrés, ansiedad, inhibición emocional, acceso frecuente a recuerdos emocionales negativos. Procuran mantener la cercanía, pegarse al cuidador, con conductas infantiles (Byng-Hall, 1995).

Los niños con apego desorganizado o desorientado tienen menos estrategias para afrontar las separaciones. Presentan una mayor probabilidad de presentar problemas de conducta en la edad escolar como agresividad, conductas disruptivas y aislamiento social (Carlson, 1998). Pueden mostrar rechazo hacia sus cuidadores.

3.2.- Apego adulto

Respecto al apego adulto decir que Bolwby (1979) considera que el tipo de apego desempeña un papel fundamental a lo largo del ciclo vital y que la conducta de apego es propia de los seres humanos desde que nacen hasta que mueren.

El apego se forma durante el primer año de vida a través de un largo proceso donde se establece un vínculo especial entre el niño o la niña con sus padres o cuidadores, aunque la vinculación a otras figuras de apego permanece durante toda la vida de ahí que se establezcan relaciones de apego con la pareja o parejas siempre que cumplan una serie de condiciones (López, 2006).

Según las aportaciones de Ortiz Barón y Yáñez Yaben (1993), los elementos básicos del apego permanecen a lo largo de todo el ciclo vital, así el deseo de proximidad y el contacto con la figura de apego en momentos de temor, junto con los sentimientos de bienestar y seguridad asociados a esa presencia también permanecen a lo largo de toda la vida.

López (2006) considera que de las distintas experiencias de apego que vivimos en la primera infancia, cada persona forma un patrón o estilo de apego que se caracteriza por la forma estable de relacionarse, sentir y pensar, sobretodo en las relaciones que requieren intimidad. Así, el estilo de apego va a ser predictor de muchos aspectos del comportamiento humano y, aún más, de la conducta social (López, Echebarría, Fuentes y Ortiz, 1999).

Conforme los adultos fueron tratados en su infancia por sus cuidadores, así van a producirse las relaciones en la etapa adulta. Así, en función de los vínculos establecidos con el cuidador principal el niño va a construir un modelo representacional interno que va a tener una gran influencia sobre sus relaciones sociales en general (Bowlby, 1980). A medida que el niño va creciendo, van tomando importancia otras figuras no pertenecientes al grupo familiar, como pueden ser los amigos, la pareja o los propios hijos que pasarán a ser figuras de apego para el sujeto en edades avanzadas (López, 1993).

El apego adulto ha sido estudiado en diferentes contextos de relación: dentro de las relaciones de pareja y amigos (Collins y Read, 1990); entre padres e hijos (Cicirelli, 1995). Incluso hay estudios que confirman que las personas viven más tiempo y son más felices cuando tienen relaciones afectivas más duraderas (Diamond e Hicks, 2004); los individuos que no mantienen relaciones de intimidad son más susceptibles al dolor psicológico y fisiológico, al abuso de drogas, depresión y suicidio (Gilbert, 2001).

Se pueden producir cambios en el estilo de apego establecido al pasar de la infancia a la adolescencia y, después, a la etapa adulta e incluso se puede producir una modificación de las representaciones internas como consecuencia de las experiencias vividas, pero aún con esos cambios, el apego es una conducta que se mantiene activa a lo largo de todo el ciclo vital (Ainsworth, 1989; Bowlby, 1988). Los niños que establecieron durante su primera infancia una relación de apego seguro con sus padres u

otras personas significativas desarrollan una actitud básica de confianza en los demás que les lleva a establecer relaciones con los iguales basadas en la seguridad, por lo que unas buenas relaciones con los padres predicen unas buenas relaciones con los iguales (Furman y Wehener, 1997).

Un contexto familiar marcado por la comunicación y el afecto permitirá desarrollar un modelo de relación de apego seguro que llevará a establecer relaciones entre los iguales basadas en la confianza y la seguridad. Si los adolescentes perciben un mayor apoyo familiar mostrarán un mayor apego hacia los iguales (Bowlby, 1980; Oliva et al., 2002).

Los estudios de Simpson, Rholes y Nelligan (1997) consideran que la teoría de Bowlby (1969) respecto a que la vinculación temprana influye en la experiencia afectiva de la etapa adulta; así esta teoría del apego se considera como base para estudiar las relaciones románticas y sexuales a lo largo de la vida (Feeney y Soller, 2001).

Con Hazan y Shaver (1987) es cuando los principios del apego infantil comienzan a aplicarse al estudio del apego adulto en las relaciones románticas, así manifiestan que existe un vínculo entre la calidad de las relaciones de apego en la niñez y la de las relaciones de pareja en la edad adulta, considerando que los adultos que manifiestan sentirse apegados de forma segura hacia sus padres, suelen mostrar el mismo tipo de apego hacia sus parejas. Lo mismo sucede respecto al apego inseguro.

Investigaciones como las de Atkinson y Goldberg (2003); Bartholomew y Horowitz (1991); Egeland y Carlson (2004) ponen de manifiesto que a los sujetos con apego seguro, en la edad adulta les resulta más fácil intimar con otras personas y no se preocupan por sufrir abandono. Los sujetos con apego evitante en la niñez les resulta más difícil mantener relaciones de intimidad. Los sujetos con apego evasivo es más probable que rompan la relación y busquen relaciones esporádicas sin amor; así las relaciones distantes con los padres se asocian a la búsqueda de parejas distantes.

Las relaciones con los amigos/as, con los iguales, con la pareja son muy importantes ya que se convierten en fuentes de retroalimentación sobre el comportamiento social, intimidad, influencia social, relaciones afectivas,....

Respecto a las características de los padres para favorecer un desarrollo eficaz Hazan y Shaver (1987); López et al. (1994); Ortiz Barón et al. (2002), consideran que los adultos con apego seguro recuerdan una relación de cariño con sus madres sensibles y preocupadas por ellos; los adultos con apego evitante recuerdan una relación de frialdad y rechazo por parte de la figura de apego. Los adultos con apego ansioso-ambivalente recuerdan una relación afectiva negativa entre los padres y una relación de poca comprensión con la figura principal de apego.

Existen estudios como los llevados a cabo por Hazan y Shaver (1987, 1993); Waters et al. (2000); Atkinson y Goldberg (2003); Bartholomew y Horowitz (1991); Edelstein y Shaver (2004); Egeland y Carlson (2004); Feeney (1996), Fraley (2002); Allen y Land (1999); Cassidy (2001); Collins y Srouffe (1999); Furman et al. (2002); Míaseles y Scharf (2007), citados en la Tesis Doctoral de Moreno García (2010), consideran que el apego temprano influye en el desarrollo adulto poniendo de manifiesto que existe una asociación entre la calidad de las relaciones de apego en la niñez y la calidad de las relaciones de apego en la etapa adulta.

Según la Tesis Doctoral de Moreno García (2010), el apego no es el único sistema que las personas utilizan para relacionarse sino que existen otro tipo de sistemas por los cuales se regula la conducta y proporcionan una alta capacidad por la cual las personas se pueden adaptar a diferentes situaciones. Entre ellos están:

1.- El sistema de apego y los sistemas exploratorios (tendencia a interesarse por la realidad). Exploran más y mejor los menores con estilo de apego seguro, mientras que su exploración disminuye más y recurren con más frecuencia al apoyo de la figura de apego cuando se sienten amenazados.

2.- El sistema de apego y el sistema afiliativo (tendencia a interesarse y afiliarse con las personas de la propia especie, llegando a establecer vínculos de amistad), las personas con apego seguro tienen más conductas prosociales y mejores amigos.

3.- El sistema de apego y el miedo a los extraños (tendencia a relacionarse con cautela o rechazo con los desconocidos), la presencia de un desconocido aumenta las conductas de apego, la presencia de la figura de apego disminuye el miedo a los extraños.

4.- El sistema de apego y el sexual (con la fisiología del placer activable desde el momento del nacimiento y con desarrollo sucesivos tipo anatómico, hormonal, emocional, etc.), las personas con apego seguro tienen mejores relaciones amorosas.

Cantón y Cortés (2000); Cozzarelli, Karafa, Collins y Tagler (2003) entre otros investigadores, consideran que es posible que los modelos cambien con el tiempo, debido a nuevas experiencias, positivas o negativas, gratificantes o no y a nuevas relaciones con otras figuras importantes y significativas de apego, diferentes de los cuidadores principales.

El sistema de apego tiene consistencia en el tiempo, al menos una vez formado, así se puede hablar de la estabilidad del apego en la vida adulta (Baldwin y Fehr, 1995; Kirkpatrick y Davis, 1994). Profundizando algo más en el tema, otros autores como Dickstein, Seifer, Andrade y Schiller (2001); Crowell, Treboux y Waters (2002) manifiestan que puede cambiar o verse influido dependiendo de la interacción que se mantenga con la pareja, ya que las formas en que se construye la relación entre una pareja pueden llevar al cambio de los modelos internos de apego y a desarrollar nuevos estilos de apego, específicos y propios de la relación actual. Además, el apego seguro es más estable, mientras que el ansioso es el más variable (Thompson, 1998).

Bartholomew (1990) en su Modelo de apego adulto diferencia entre cuatro prototipos de apego:

1.- Apego Seguro. Modelo positivo de sí mismo y de los demás. Sentido internalizado de autovalía. Con niveles bajos de ansiedad y evitación. Estos sujetos están cómodos en la intimidad de relaciones cercanas.

2.- Apego Rechazante o evitativo-rechazante. Con una idea positiva de sí mismo y una idea negativa de los demás, rechazante de la intimidad y la dependencia. Indica un sentido de ser merecedor de afecto combinado con una disposición negativa hacia otras personas. Estos sujetos se protegen de la desilusión evitando las relaciones íntimas, la cercanía debido a sus expectativas negativas acerca del valor de las relaciones cercanas. Niveles bajos de ansiedad y niveles altos de evitación.

3.- Preocupado. Tienen una idea negativa de sí mismo y positiva de los demás, lo que les llevaría a buscar la aceptación y aprobación de los demás. Creen que ellos

lograrán su seguridad sólo si los otros les responden adecuadamente a ellos mismos. Su autoestima depende, en gran medida de la valoración y aceptación de los otros. Altos niveles de ansiedad y bajos niveles de evitación.

4.- Apego Temeroso o evitativo-temeroso. Con una idea negativa tanto de sí mismo como de los demás. Dependientes de la afirmación y aceptación de los otros, por sus expectativas negativas evitan la intimidad para apartar el dolor de pérdida o rechazo. Consideran que los demás son poco fiables. Este tipo de personas se protegen contra el rechazo anticipado evitando las relaciones cercanas con otros. Temerosos de la intimidad y socialmente evitante. Niveles altos de ansiedad y de evitación.

3.2.1.- Apego adulto y relaciones interpersonales

Las personas somos seres sociales que necesitamos mantener relaciones con otras personas, de ahí que las relaciones interpersonales sean necesarias y más importantes aún el saber manejarse dentro de éstas de forma eficaz. Partiendo de este planteamiento según sea el tipo de apego va a tener un efecto u otro sobre las relaciones interpersonales que establezca la persona.

* Respecto al apego seguro. Horppu e Ikonen-Varila (2001) consideran que las personas con apego seguro son más cálidas, estables y con relaciones íntimas más satisfactorias; a nivel intrapersonal, tienden a ser más positivas, integradas y con perspectivas coherentes de sí mismos.

Por otro lado, Feeney y Kikpatrick (1996) creen que los sujetos con apego seguro tienen expectativas positivas acerca de las relaciones con los otros y muestran una alta accesibilidad a esquemas y recuerdos positivos de sus relaciones pasadas. Confían en sí mismo y en los demás, sintiéndose cómodos en la intimidad.

* Respecto al apego evitante-rechazante. Kobak y Sceery (1998) consideran que los sujetos con este tipo de apego ven a los demás como incapaces de proporcionar cercanía emocional y tranquilidad, sintiéndose social y emocionalmente aislados.

Brennar y Shaver (1995); Feeney y Noller (1990); Pistole (1989); Hendrick et al. (1988); Hazan y Shaver (1987), consideran que las relaciones de pareja suelen estar marcadas por el rechazo a la intimidad, la dificultad para depender de los demás, la falta

de confianza, los cambios emocionales, la dificultad para aceptar los defectos del compañero. Suelen dudar de la existencia o la estabilidad del amor, se perciben autosuficientes y minimizan la importancia de las relaciones afectivas.

Por otro lado, Rholes et al. (1997), considera que los adultos que presentan más tendencias evitantes pueden encontrar dificultad para actuar como figuras de apego sensibles para sus propios hijos.

* Respecto al apego evitante-temeroso. Según Brennar y Shaver (1995); Kobak y Sceery (1988) estos sujetos pueden mostrar rasgos emocionales como desprecio, desagrado y tristeza. Tienen dificultades para identificar la alegría y la falta de conocimiento sobre las propias emociones y sentimientos.

Baldwin et al. (1993) consideran que tienen falta de confianza en los demás y en los resultados positivos de su interacción social es especialmente relevante en estos sujetos.

* Respecto al apego preocupado. Brennar y Shaver (1995); Hazan y Shaver (1987) creen que este tipo de sujetos tienen relaciones afectivas caracterizadas por una preocupación obsesiva por el abandono, el deseo extremo de unión y reciprocidad, la desconfianza, los celos y una mayor vulnerabilidad a la sociedad.

Marrone (2001) aporta que se caracterizan por involucrarse demasiado en las relaciones íntimas o de amistad, por su dependencia de la opinión de los demás sobre su valor personal y aceptación, por su tendencia a idealizar a algunas personas y por la incoherencia o emocionalidad exacerbada al hablar de estas relaciones. De cara a los conflictos interpersonales tienden a culparse a sí mismas mientras sostienen una visión positiva del otro.

3.3.- Apego y satisfacción sexual

Según Gómez Zapiáin (2009), la teoría del apego se centra en el vínculo afectivo que se forja en la relación entre el bebé y su cuidador donde lo esencial es dotar al bebé de la seguridad básica que le permitirá su evolución. Todo ser humano necesita estar vinculado a otras personas que sean percibidas como incondicionales y duraderas y propone que las relaciones de proximidad psicológica están condicionadas por la

tendencia a la ansiedad en la relación y la tendencia a la evitación, dependiendo del estilo de apego. Los tipos de apego van a influir en las relaciones interpersonales a lo largo de toda la vida. Así la negligencia, el abandono, la pérdida, la calidad de vida afectiva van a marcar los modelos internos expresados en estilos de apego. Todos los seres humanos tenemos algo en común: el miedo a la pérdida, al abandono y a la soledad; sin embargo, la capacidad para manejar todo este tipo de amenazas va a depender de los recursos que provienen de la historia afectiva de cada persona. El bienestar psicológico depende del equilibrio entre la autonomía personal y la aceptación de un determinado grado de dependencia de otras personas.

También aporta que el bienestar psicológico se obtiene en la medida en que se satisfacen razonablemente las necesidades básicas, destacando dos de principal importancia: la necesidad de satisfacción sexual y la necesidad de sentirse querido y tener a quien amar; es decir, las necesidades relacionadas con el sexo y con el amor, respectivamente.

Galassi y Galassi (1977) citado en Caballo (2002) consideran que tenemos el derecho de expresar los sentimientos de agrado, amor y afecto hacia las personas que queremos, ya que sólo el hecho de oír expresiones sinceras va a influir positivamente en la interacción entre ambas partes.

Las habilidades heterosexuales son necesarias para la formación de la pareja y se definen como aquellas habilidades que se necesitan para el intercambio social entre miembros del sexo opuesto. Son relevantes para iniciar, mantener y terminar una relación social y/o sexual con un miembro del sexo opuesto (Galassi y Galassi, 1979).

Hazan y Shaver (1987 y 1988) fueron pioneros al utilizar la teoría del apego para analizar las relaciones afectivas en la vida adulta y los estudios que realizaron fueron corroborados por Simpson, Rholes y Nelligan, 1992; Feeney y Noller, 1990, ya que proponen, por un lado, que la teoría del apego permite abordar las relaciones afectivas en la vida adulta y, por otro, apoyan los planteamientos propuestos por Bowlby (1969) sobre la influencia de la vinculación temprana en las experiencias afectivas posteriores (tomado de Ortiz Barón, Gómez Zapiáin y Apodaca, 2002).

Hazan y Shaver en la década de los 80, citados en Gómez Zapiaín (2009), proponen que el amor en la pareja se puede explicar teniendo como base la teoría del apego porque consideran que el vínculo amoroso que surge entre los adultos es el mismo que el que aparece entre un bebé y su figura principal de apego. Es decir, en la reciprocidad de la pareja cada uno de sus miembros es cuidador y cuidado. Es por ello, que consideraron la teoría del apego como la base para explicar los diferentes estilos a la hora de amar; además, creen que la experiencia del amor entre dos personas es la expresión de las relaciones de apego entre adultos. En la relación de pareja existen tres características básicas: la proximidad, la intimidad y la necesidad de seguridad en el otro. Éstas también aparecen en la relación entre el hijo y la figura de apego, por esto, los modos de amar están influenciados por los estilos de apego.

Gómez Zapiaín (2009), cree que la relación entre el bebé y la figura de apego es asimétrica ya que el bebé es el que recibe todos los cuidados y atenciones; sin embargo, entre una pareja de adultos existe una simetría, ya que cada uno debe dar y recibir cuidados al mismo tiempo. De esta forma la satisfacción de la pareja va a depender de la capacidad para interpretar adecuadamente las necesidades de la otra persona, así la calidad y la satisfacción en las relaciones de pareja en la etapa adulta van a estar relacionadas con la calidad de la historia afectiva. En un estudio realizado por este autor, los resultados corroboraron las hipótesis planteadas en un principio ya que se encontró que la calidad de la historia afectiva en el contexto familiar, considerando los estilos de apego de los padres y el tipo de trato recibido, el estilo de apego actual y la capacidad de empatía, resultaron ser buenos predictores del grado de satisfacción general en la pareja. Los padres con un estilo de apego seguro suelen mantener una relación de afecto-control más coherente con sus hijos.

En lo que se refiere a las relaciones de pareja, aunque cada miembro aporta su estilo de apego, éstas se caracterizan por ser recíprocas o bidireccionales, ya que buscan la seguridad el uno en el otro, se muestran afectos y cuidados, pueden llevar mejor las separaciones y la sexualidad está presente entre ellos. El amor romántico es semejante al apego del niño hacia el cuidador principal en términos de búsqueda y mantenimiento de la proximidad, de percepción de la figura de apego como base de seguridad y puerto de refugio y de ansiedad ante la separación (Ortiz Barón, Gómez Zapiaín y Apodaca, 2002).

Desde una perspectiva evolutiva, la experiencia erótica está relacionada con la vinculación afectiva, según López (1993) la sexualidad se socializa en el curso del desarrollo y “es en la relación con las figuras de apego donde el niño aprende a comunicarse con los demás, con ellas mantiene formas de contacto íntimo (tocar y ser tocado, abrazar y ser abrazado, besar y ser besados, mirar y ser mirado,...) y sistemas de comunicación desformalizados, que posteriormente mediatizarán todas las relaciones afectivas y sexuales”.

Según Gómez Zapiáin (2009), los estudios constatan que las variables que mayor valor predictivo tienen sobre la satisfacción sexual son de tipo subjetivo y relacional; así Hurlbert, Apt y Rabelh (1993) encontraron que entre las mujeres no es la cantidad de orgasmos, sino la consistencia de los mismos lo que va a predecir el grado de satisfacción sexual, asociándose ésta a la calidad de la experiencia de intimidad, en términos de seguridad emocional. Y en hombres y en mujeres con pareja, la satisfacción sexual se asocia con variables como satisfacción general de pareja, expresión emocional, satisfacción respecto a la comunicación específica de asuntos sexuales, percepción de la competencia marital o el sentimiento de equidad en el ámbito de la pareja (Henderson-King y Veroff, 1994).

Del estudio de Ortiz Barón, Gómez Zapiáin y Apodaca (2002) sobre apego y satisfacción afectivo-sexual en la pareja se extraen las siguientes conclusiones:

* La emocionalidad positiva, la valoración de la intimidad, la responsividad, la confianza en uno mismo y en los demás, características del patrón de apego seguro, permiten predecir una relación satisfactoria, mientras que la distancia emocional, el rechazo de la intimidad propias del estilo evitativo, plantean dificultades para disfrutar de una relación confiada y satisfactoria. Así, para los varones con un control restrictivo del padre en la infancia se relaciona negativamente con la satisfacción sexual en la pareja; por otro lado, si los varones disponen de un modelo paterno afectuoso puede favorecer la experiencia de una relación de pareja más satisfactoria.

* Respecto a la expresividad emocional manifiestan que existe una asociación significativa con la seguridad-inseguridad del apego en el grupo de varones, mientras que ésta es prácticamente inexistente entre las mujeres. Según los estudios de género sobre el tema, las mujeres muestran puntuaciones elevadas en expresión emocional

porque esa variable puede estar relacionada con factores socio-culturales de género. Los varones que tienen un apego seguro se encuentran más libres y dispuestos a expresar sus emociones en el ámbito de la pareja. Se puede decir que entre las mujeres la expresión emocional no se relaciona con su estilo de apego inseguro individual sino que su expresividad emocional tiene que ver con el grado de seguridad que perciben en su compañero.

* Respecto a la satisfacción sexual, ésta se asocia con la seguridad del apego percibida en el compañero/a, especialmente, en los varones. El grado en que éstos encuentran satisfactoria su relación sexual, en cuanto al deseo sexual, la frecuencia, el acuerdo y la calidad de las actividades sexuales, tiene que ver con el grado de seguridad afectiva de su compañera.

Así tanto en varones como en mujeres, el grado de satisfacción sexual se asocia al grado de ajuste marital y en el caso de las mujeres con el grado en que perciben que su compañero es capaz de expresar sus emociones en el ámbito de la pareja, apoyando el valor predictivo de los aspectos afectivo relacionales respecto a la satisfacción sexual. Furman y Wehner (1997) sostienen que la pareja puede convertirse en una figura importante para el funcionamiento de los sistemas de apego, afiliaciones y sexualidad.

Por otro lado, tanto en hombres como en mujeres han comprobado que existe una elevada relación entre el ajuste de pareja y la expresión emocional individual y del compañero/a. La satisfacción en la relación de pareja va a facilitar una mayor receptividad para el intercambio y la comunicación emocional, aunque no se puede asumir que la expresión emocional se exclusivamente debida al ajuste de la pareja. Tanto la capacidad de expresión del afecto como la manifestación de miedos y ansiedad revelan la vulnerabilidad en el ámbito de la pareja y pueden desarrollar una mayor intimidad y satisfacción en la relación.

La expresividad emocional ha sido una característica atribuida sólo a las mujeres y en este estudio se muestra que está ligada a la satisfacción marital también en los varones; además, aportan que existe una elevada correlación entre la expresividad emocional y seguridad del apego en los varones.

En la interacción entre la pareja debe existir una relación donde esté presente la intimidad, según Prager (2004), el logro de ésta produce dos efectos: la satisfacción de necesidades y el fortalecimiento de la relación. Según Rivera, Shaffer y Pietromonaco (2004), la revelación de las emociones es el mejor predictor de los sentimientos de intimidad que la revelación de información acerca de uno mismo.

Tomando las investigaciones de Gómez Zapiáin (2008), encontró que las personas que tienden a la seguridad del apego, tienden a estar más satisfechas con su vida sexual, a tener menor conflicto con el deseo erótico y a sentir menor necesidad de tener relaciones fuera de su pareja, muestran mayor capacidad para situarse en la posición de soporte y de dependencia y son más capaces de ofrecer cuidados. Las personas inseguras, tendentes a la ansiedad o evitación, muestran diferencias significativas en sentido opuesto en relación con los seguros. Los datos que obtuvo vienen a decir que el sistema de apego media en el sistema sexual, ya que la vinculación afectiva potencia la experiencia erótica en las personas seguras, valorando su calidad más que la cantidad, no parece que necesiten buscar experiencias eróticas fuera de la pareja. En las personas con estilo ansioso, la experiencia erótica está influenciada por la ansiedad que surge ante la expectativa de rechazo o abandono. Las personas tendentes a la evitación, serían más proclives a mantener relaciones sexuales exentas de implicación emocional.

Las investigaciones de Kaplan (1979) expone que las personas evitativas y las ansioso-ambivalentes tienen dificultades con la intimidad, probablemente el miedo a la intimidad como causa de algunas formas de inhibición del deseo, estaría relacionado con el estilo de apego.

3.4.- La enfermedad alcohólica

“El alcohol provoca el deseo (sexual), pero disminuye el rendimiento”. *Shakespeare*

3.4.1.- Diagnóstico y Concepto de alcoholismo

Entiendo por droga toda sustancia que introducida en el organismo, modifica la forma en la que la persona se relaciona en el mundo, afectando al funcionamiento habitual de su cerebro y, por tanto, a su estado de ánimo, a su comportamiento y a su percepción de la realidad.

Teniendo en cuenta este concepto, el alcohol ingerido sin moderación produce estos mismos efectos, por eso, es considerado como una droga que provoca la enfermedad del alcoholismo. Afecta a numerosos centros cerebrales y uno de ellos es el núcleo accumbens, que al ser estimulado de forma repetida y abusiva produce sensaciones placenteras y favorece la aparición de la adicción y, por tanto, de la dependencia.

Durante muchos años, el alcoholismo fue considerado como un vicio y a las personas que bebían en exceso como personas viciosas con comportamientos moralmente inadecuados.

A continuación, vamos a ver cómo el concepto de alcoholismo ha ido evolucionando y cómo ha sido explicado por diferentes autores.

La primera vez fue en el año 1.849 por un Médico e Investigador de Suecia que se llamaba Magnus Huss, definiéndolo como un conjunto de trastornos gástricos, neurológicos, psicológicos y cardiovasculares que se presentan asociados a bebedores abusivos de aguardiente de alta graduación.

Fouquet en 1950, decía que es alcohólico el individuo que ha perdido la libertad de abstenerse o de detenerse en beber.

Jellinek en 1960, lo definió como todo uso o abuso de bebidas alcohólicas que origina un perjuicio al individuo, la familia o la sociedad.

Fue en el año 1.952 cuando la Organización Mundial de la Salud (OMS) y la Asociación Americana de Psiquiatría (APA) incluyeron en el DSM-I (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales), en su primera edición, el término de adicción al alcohol.

Según la APA (American Psychiatric Association, 1994), la dependencia alcohólica es una enfermedad en la que estados afectivos patológicos, procesamiento cognitivo disfuncional y hábitos rígidos estereotipados desarrollados durante años de consumo de alcohol, llevan a unos comportamientos limitados y desadaptativos. En términos de psicología social el sujeto falla finalmente en su propia regulación; motivos éstos, más que suficientes, para que la OMS desde el año 1995, promueva el mensaje: “alcohol, cuanto menos, mejor”.

Según el Curso El Alcohol: la Prevención, su Diagnóstico y el Tratamiento organizado desde el Plan Nacional de Drogas, marzo 2009, existen seis indicadores claros para poder hablar de una adicción:

1. Un objeto de deseo. Siempre hay un objeto que se desea, pudiendo ser, sustancia, actividad o relación que conduce a la adicción, sea alcohol, comida, juego, drogas, o cualquier otra cosa que provoque ideas obsesivas y derive en conductas compulsivas.

2. Preocupación. Existe una necesidad del objeto que provoca la adicción.

3. Comportamientos guiados. Es decir, se tiene que actuar para reducir la ansiedad y satisfacer la obsesión que provoca el comportamiento adictivo.

4. Falta de control. La adicción siempre implica una pérdida de control sobre los pensamientos, sentimientos, ideas o comportamientos cuando aparece lo que se desea. Cuando un adicto intenta detener o reducir sus comportamientos adictivos, falla y esta es la clave y la característica central de la adicción y la dependencia.

5. Dependencia. Hay dependencia respecto a lo que se anhela, física o psicológicamente y sólo eso puede satisfacer el deseo del adicto (al menos temporalmente).

6. Consecuencias negativas. La adicción siempre va acompañada de consecuencias negativas personales, familiares, laborales y sociales.

Los efectos del alcohol en el cerebro son predecibles de acuerdo al nivel de consumo, actúa elevando los niveles de alcohol en el torrente sanguíneo, afectando a partes especialmente significativas del cerebro. Es un depresor de la actividad del sistema nervioso central que adormece progresivamente el funcionamiento de los centros cerebrales superiores, produciendo desinhibición conductual y emocional.

Al hablar de los efectos del alcohol debemos tener en cuenta lo que se llama la escala bifásica, ya que se producen dos tipos de efectos: euforizantes y sedativos; con los siguientes síntomas: En la Escala Euforizante: el sujeto está alborotado, hablador, activo, excitado, vigoroso, estimulado, con mucha energía; por el contrario, en la Escala

Sedativa, aparecen la inactividad, decaimiento, sensación de cabeza pesada, pensamientos lentos, pereza, dificultad para concentrarse, farfuleo a la hora de hablar,...

Así, hablamos de adicción cuando en la persona que realiza un consumo excesivo de alcohol aparece una preocupación excesiva por el alcohol que se manifiesta en el acto de buscar y conseguir cómo beber. El alcohol tiene una gran prioridad en la vida del bebedor hasta el punto que excluye otras realidades importantes y vitales como la familia, el trabajo y los amigos. El bebedor está obsesionado por el alcohol y es capaz de abandonar sus necesidades básicas como el cuidado personal e incluso su propia salud. El alcohólico sigue preocupándose por obtener alcohol incluso cuando el sentido común aconseja olvidarse de él. El consumo compulsivo se manifiesta por el uso continuado de alcohol a pesar de las consecuencias negativas. El consumo de alcohol puede ser regular o discontinuo, es decir, lo pueden hacer a diario, o intercalando días de consumo con no consumo, pero el problema está cuando en los días en los que se consume no se hace con control y moderación sino de forma totalmente descontrolada.

Es importante diferenciar entre las formas de consumo de alcohol con la idea de diferenciar el consumo moderado del consumo problemático. Así, el uso se considera cuando la persona consume de una forma puntual y esporádica, con lo cual no se producen ni evidencian consecuencias negativas sobre el comportamiento. El abuso se refiere a un consumo en dosis altas y/o de una forma reiterada con riesgo de poner en peligro tanto su salud física, psicológica y social como la de las personas de su entorno.

Las consecuencias pueden ser triviales o enormes y con frecuencia, el hecho de que sean importantes no afecta significativamente a la decisión de reducir o abandonar el consumo del alcohol. La pérdida de control está detrás de la preocupación por adquirirlo, del consumo compulsivo y de la recaída. Los/as alcohólicos/as pueden y, de echo intentan, ejercer un cierto control sobre el consumo de alcohol, pero siempre se advierte una gran pérdida de control. Aquí ya podemos empezar a hablar del alcoholismo como enfermedad.

Otro concepto importante es la tolerancia que consiste en la necesidad de aumentar la dosis de alcohol para alcanzar el mismo efecto que al principio de la

ingesta, es decir, el organismo necesita ingerir más alcohol, aumentar las dosis de forma progresiva para conseguir los mismos resultados.

Al aparecer la tolerancia surge la dependencia al tiempo que se desarrolla un cuadro de signos y síntomas. Existen tres tipos de dependencia:

- * La dependencia física que surge cuando el estado de adaptación del organismo necesita cierto nivel de presencia de alcohol para funcionar normalmente.

- * La dependencia psicológica, que es el estado vivencial de adaptación que lleva a la persona a creer que se relacionará mejor con los demás y consigo misma si consume alcohol generándose, así, una serie de hábitos muy poco saludables.

- * La dependencia social que es la necesidad de consumir alcohol como manifestación de pertenencia a un grupo social que proporciona signos de identidad. No debemos olvidar que nuestra sociedad es permisiva con el consumo de alcohol, por ser una droga legalizada y aceptada socialmente que hace que esa permisividad, en ocasiones, genere un consumo desmesurado y descontrolado incluso si éste se produce en determinados eventos sociales o familiares donde la aceptación del consumo es muy habitual, desconociéndose los riesgos que puede llegar a ocasionar.

3.4.2.- Evolución del consumo de alcohol y sus consecuencias

El consumo de alcohol comienza de forma experimental, es decir, se bebe por curiosidad para conocer cuáles son sus efectos. Seguidamente, el consumo se realiza de forma ocasional cuando se realiza de forma esporádica; el consumo circunstancial se caracteriza por llevarse a cabo sólo en situaciones concretas; si el consumo se realiza de forma habitual es porque hay una mayor frecuencia de ingesta, generándose un hábito y acompañado de una serie de comportamientos que ya se pueden considerar como problemáticos por las consecuencias negativas que se producen. Como última fase, encontramos el consumo adictivo en el que la persona que consume alcohol lo hace de forma compulsiva con grandes cantidades porque ha aparecido la dependencia, por lo tanto, se puede hablar del desarrollo de la enfermedad alcohólica.

Tomando como base el DSM-IV-TR de la Asociación Americana de Psiquiatría (2002), sistema de clasificación donde se establecen los criterios diagnósticos del

alcoholismo, se diferencia entre: Trastorno por Dependencia del alcohol, Trastorno por Abuso de alcohol y Abstinencia de alcohol.

El Trastorno por dependencia del alcohol se caracteriza por:

Patrón desadaptativo de consumo de alcohol que conlleva un deterioro o malestar clínicamente significativo, expresado por tres (o más) de los ítems siguientes, en algún momento de un período continuado de 12 meses:

– Tolerancia, definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- Una necesidad de cantidades marcadamente crecientes de alcohol para conseguir la intoxicación o el efecto deseado.

- El efecto de las mismas cantidades de alcohol disminuye claramente con su consumo continuado.

– Abstinencia definida por cualquiera de los siguientes ítems:

- Síndrome de abstinencia característico del alcohol: Se toma alcohol para aliviar o evitar los síntomas de abstinencia.

- Se toma alcohol con frecuencia en cantidades mayores o durante un período más largo del que inicialmente se pretendía.

- Existe un deseo persistente o esfuerzos infructuosos de controlar o interrumpir el consumo de alcohol (intentos de abandono).

- Se emplea mucho tiempo en actividades relacionadas con la obtención de alcohol, en el consumo de bebidas o en la recuperación de los efectos del alcohol.

- Reducción de importantes actividades sociales, laborales o recreativas debidas al consumo de alcohol.

- Se continúa bebiendo, a pesar de tener conciencia de problemas psicológicos o físicos recidivantes o persistentes, que parecen causados o exacerbados por el consumo de alcohol, a pesar de que agrava diferentes problemas. Normalmente la dependencia alcohólica es con dependencia fisiológica. Puede presentar diversos cursos: remisión total o temprana, remisión parcial temprana, remisión total sostenida, remisión parcial sostenida, en terapéutica con antagonistas, en entorno controlado y puede ser, a su vez, leve, moderado o grave.

3.4.3.- Representaciones de apego y consumo de alcohol

Fonagy et al. (1996) y Riggs y Jacobvitz (2002) establecen una relación entre el consumo de alcohol con el apego preocupado. McNally et al. (2003) y Schindler et al. (2005) consideran que existe una relación entre el consumo de alcohol y el apego temeroso. Parish y Eagle (2003) ponen de manifiesto que el estilo de apego seguro se asocia con la duración más larga de terapia y con un apego más fuerte al terapeuta.

Concretamente, Shaver y Hazan (1987) encontraron que existe una relación significativa entre el apego evasivo y el consumo de drogas. Bartholomew y Horowitz (1991) manifestaron que existía una relación entre el consumo de alcohol y drogas con el apego preocupado.

De Lucas Taracena y Montañés Rada (2006) realizaron investigaciones sobre la relación del estilo de apego y los trastornos por consumo de drogas. Consideran que el apego inseguro es un factor de riesgo de distintos problemas de salud mental y de trastornos por consumo de drogas. Parten de la base de que el estilo de apego del sujeto puede tratarse de un aspecto esencial a la hora de establecer la alianza con el terapeuta, como una relación interpersonal más, susceptible, por tanto, de mostrar características similares a las que el paciente establece con familia, amigos y otros miembros de su entorno en cuanto a elementos tales como confianza, dependencia, comunicación de necesidades afectivas, etc.; a su vez, dicha relación terapéutica es la responsable en gran parte del pronóstico del propio trastorno por conductas de drogas y del éxito del tratamiento. De sus estudios concluyen que existe una asociación clara entre el consumo de drogas y el apego inseguro.

3.4.4.- Alcoholismo y Sexualidad

El alcohol es una droga depresora del sistema nervioso central, tanto la intoxicación aguda como la crónica van a afectar a la respuesta sexual ya que tiene efectos tóxicos sobre los testículos y los ovarios. Es considerado por muchos como un activador psicológico de las relaciones sexuales; pero pasados unos determinados niveles que dependen del metabolismo de cada persona, más bien actúa como un inhibidor físico provocando así problemas en la ejecución de las relaciones sexuales con lo cual éstas pueden convertirse en poco satisfactorias.

Los estudios fisiológicos experimentales llevados a cabo por George y Stonner (2002), ponen de manifiesto que el alcohol desinhibe e incrementa los sentimientos y conductas sexuales, pero provoca una disminución de la tumescencia del pene e incrementa el período de latencia del orgasmo.

Mandell y Miller (1983), pudieron comprobar que existía una alta prevalencia de disfunciones sexuales entre los varones consumidores de alcohol, concretamente, en un 86% y que ésta se reducía a la mitad cuando se mantenían en abstinencia.

Covington y Kohen (1984), en un estudio comparativo entre mujeres alcohólicas y un grupo control encontraron que el 85% de las mujeres presentaba algún tipo de disfunción y que su funcionamiento sexual global era peor, aunque practicaban mayor variedad de actividades sexuales.

Los estudios realizados por Klassen y Wilsnack (1986) aportaron la existencia de un gran número de estudios que explican cómo el alcohol origina alteraciones a nivel endocrino, mediante una alteración de la función testicular o por una alteración del eje hipotálamo-hipofisiario. Otras causas de dificultades sexuales pueden ser lesión hepática severa y el efecto de diferentes fármacos para el tratamiento del alcoholismo.

O'Farrel, Choquette, Cutter y Birchler (1997) realizaron un estudio comparativo entre parejas con un miembro alcohólico, parejas conflictivas y no conflictivas y comprobaron que las primeras sentían menor satisfacción sexual global que las últimas y similar que las parejas conflictivas; los varones alcohólicos y los maridos con conflictos de pareja presentaban menos interés sexual y eyaculación prematura más frecuente. Estos autores también aportaron que las disfunciones sexuales estaban más en relación con la situación conflictiva familiar que con los factores biológicos.

Según el estudio realizado por Ávila Escribano, Pérez Madruga, Olazábal Ulacia y López Fidalgo (2004), aporta que el 35% de las personas alcohólicas mantenía relaciones sexuales una vez al mes o más esporádicamente, es decir, presentaba un trastorno del deseo sexual hipoactivo. Menos del 10% de los varones refería un trastorno de la erección. Encontraron un 10'5% de casos de eyaculación precoz cuando este tipo de trastorno puede afectar al 30% de la población general (Sadock, 1997). En cuanto a

las disfunciones sexuales específicas de las mujeres de la muestra, se reflejó que el 10% refería vaginismo y el 5% dispareunia.

Si los efectos del consumo de alcohol se mantienen durante mucho tiempo, pueden aparecer síntomas como disminución de la testosterona (Ávila Escribano, Pérez Madruga, Olazábal Ulacia y López Fidalgo 2004), que empeora el funcionamiento sexual.

Colombo Meyer (2010), considera que el alcohólico puede presentar trastornos en el deseo sexual provocado por una disminución del deseo sexual: en los hombres se presenta con frecuencia disfunción eréctil y eyaculación precoz, retardada o imposible, así como dificultades para conseguir el orgasmo. En el caso de los alcohólicos crónicos puede producirse hipogonadismo, afectación de las glándulas sexuales que produce disminución de la función de las gónadas. La alteración del eje hipotálamo-hipófiso-gonadal produce una disminución de la testosterona. En relación a la mujer alcohólica, la disfunción sexual más frecuente es la disminución del deseo. A dosis bajas de alcohol se produce un aumento de la excitación sexual subjetiva con lo cual se produce el efecto desinhibitorio; además de un descenso de la circulación sanguínea vaginal lo que explica la disminución de la lubricación vaginal.

En todo proceso de rehabilitación de un/a enfermo/a alcohólico/a debe tratarse el tema de la sexualidad con el objetivo de mejorar la calidad de vida sexual de los/as afectados/as y, por tanto, de sus parejas para que la relación entre ellos mejore y desaparezcan los conflictos que se hayan podido originar; es por ello, que en esta fase de la recuperación de la enfermedad alcohólica la sexualidad debe convertirse en un instrumento rehabilitador y un puente para el reencuentro en la pareja, según Lucas (2009).

Hasta aquí ya he desarrollado los temas fundamentales de este trabajo: estilos de apego, alcoholismo y satisfacción sexual.

Objetivos e Hipótesis

4.- Objetivos

4.1.- Generales

1°.- Determinar las características del apego en los/as enfermos/as alcohólicos/as.

2°.- Conocer cómo actúa el alcohol en la satisfacción sexual.

4.2.- Específicos

1°.- Analizar cómo el apego influye en la satisfacción sexual.

2°.- Ver las diferencias que existen entre hombres adictos y mujeres adictas respecto a la satisfacción sexual.

4.3.- Hipótesis

4.3.1- General

4.3.1.1.- El alcoholismo influye negativamente en el grado de satisfacción sexual tanto en hombres como en mujeres.

4.3.2.- Subhipótesis

4.3.2.1.- El alcohol deteriora gravemente la comunicación en la pareja.

4.3.2.2.- El enfermo/a alcohólico/a es menos sensual con su pareja que el no alcohólico/a.

4.3.2.3.- La mujer alcohólica presenta insatisfacción sexual en sus relaciones de pareja.

4.3.2.4.- El varón enfermo alcohólico y la mujer enferma alcohólica presentan conductas de evitación sexual en la relación con su pareja.

4.3.2.5.- El alcoholismo disminuye la frecuencia de la relación sexual.

4.3.2.6.- Padecer la enfermedad alcohólica va a aumentar la probabilidad de padecer impotencia y eyaculación precoz en los hombres.

4.3.2.7.- Niveles inadecuados de apego influyen en la aparición de un autoconcepto negativo.

4.3.2.8.- Un vínculo de apego insuficiente puede ocasionar facilidad para enfadarse y la aparición de resentimientos.

4.3.2.9.- Déficits de apego dificultan la expresión de sentimientos y emociones, además de dificultar la solución de problemas interpersonales.

4.3.2.10.- Una relación de apego poco consistente va a dificultar el compromiso en la relación de pareja y puede conllevar a una sobrevaloración de la independencia personal.

Materiales y Métodos

5.- Materiales y Métodos

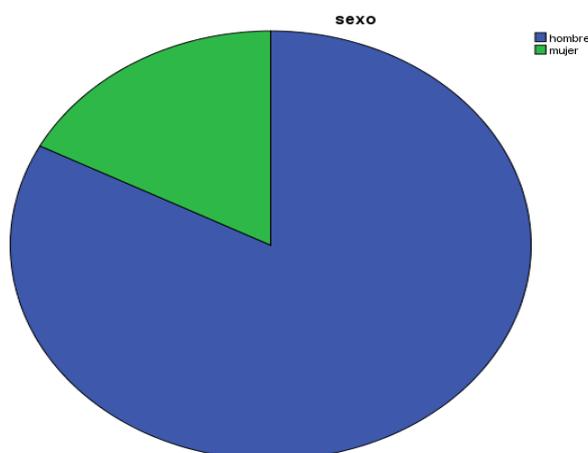
5.1.- Participantes

La muestra está formada por un total de 150 personas diagnosticadas de Trastorno por dependencia del alcohol, según el DSM-IV (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) y que, actualmente, se encuentran en tratamiento de deshabitación y rehabilitación. De ellas, 26 son mujeres (17'3%) y 124 son hombres (82'7%).

Tabla 2. Sexo

	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	124	82,7
Mujer	26	17,3

Gráfico 1. Sexo



Todos/as cumplieron los cuestionarios validados y objeto de este estudio. Los/as participantes son miembros de Asociaciones de Alcohólicos/as Rehabilitados/as de distintos puntos de la geografía española y han sido:

- Asociación Libres del Alcohol “Cástulo”- ALAC, Linares (Jaén).
- Asociación PREAMAR, Mancha Real (Jaén).
- Asociación NUDIALLI, Úbeda (Jaén).
- Asociación VOLVER A VIVIR, Andújar (Jaén).
- Asociación ALEXAL, Alcalá la Real (Jaén).

- Asociación ALJAMA, Jaén.
- Asociación AREUS, Linares (Jaén).
- Asociación DESPERTAR, Sevilla
- Asociación AL'ANDALUS. Algeciras (Cádiz).
- Asociación APRIAL, Priego de Córdoba (Córdoba).
- Asociación ALAMA, Málaga.
- Asociación AHREMA, Málaga.
- Asociación SAMPEDREÑA, San Pedro de Alcántara, Marbella (Málaga).
- Asociación GACAR, Marbella (Málaga).
- Asociación ARANA, Marbella-Nueva Andalucía (Málaga).
- Asociación ASARCOM, Macael (Almería).
- Asociación PROSALUD, Roquetas de Mar (Almería).
- Asociación GRUTEAR, Alcalá de Henares (Madrid).
- Asociación ARCO, La Roda (Albacete).
- Asociación VÍNCULO, Valdepeñas (Ciudad Real).
- Asociación ABATTAR, Andorra (Teruel).
- Asociación ARZA, Zamora.

* La media de edad es de 46'39 años, teniendo la persona más joven 17 años y la mayor 72.

Tabla 3. Edad

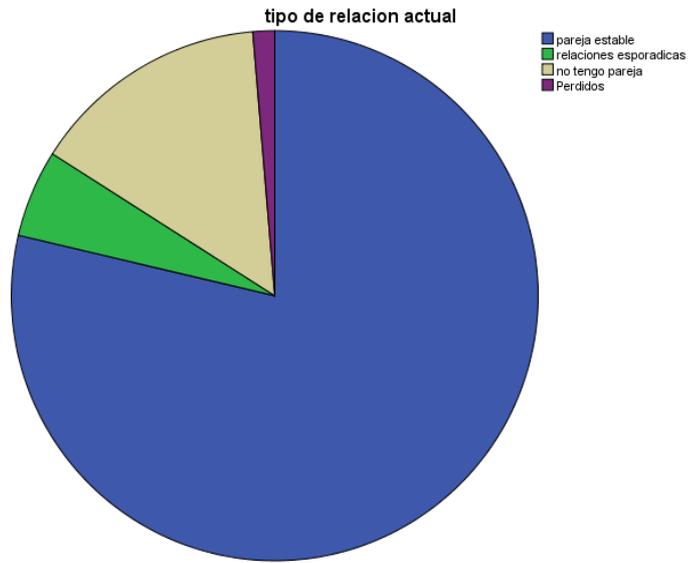
	Mínimo	Máximo
Edad	17	72

* Del total de la muestra, el 79'7% tienen pareja estable; el 5'4% mantienen relaciones esporádicas y el 14'9% no tienen pareja.

Tabla 4. Tipo de relación actual

	Frecuencia	Porcentaje
Pareja Estable	118	79,7
Relaciones Esporádicas	8	5,4
No tengo pareja	22	14,9

Gráfico 2. Tipo de relación actual

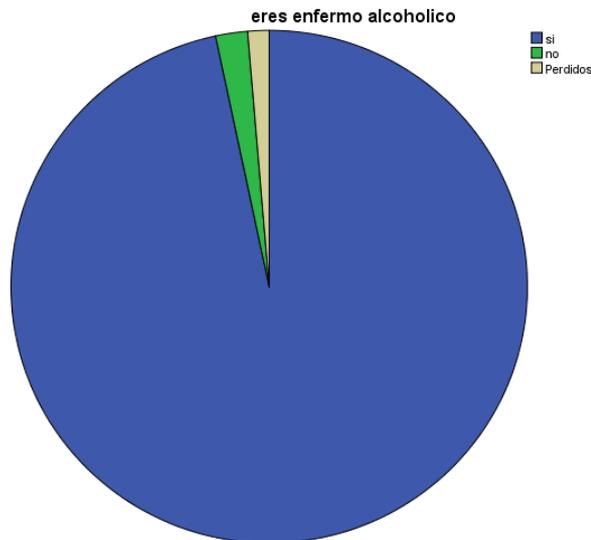


* El 98% de los participantes se consideran enfermos/as alcohólicos/as, un 2% no.

Tabla 5. Aceptación como enfermos/as alcohólicos/as

	Frecuencia	Porcentaje
Sí	145	98
No	3	2

Gráfico 3. Aceptación como enfermos/as alcohólicos/as



* Respecto a los años de consumo de alcohol hasta iniciar el tratamiento hay una media de 20'47 años. Una persona estuvo 55 años consumiendo alcohol de forma abusiva hasta que inició su tratamiento. La que menos ha estado 2 años.

Tabla 6. Años de consumo de alcohol

	Mínimo	Máximo	Media
Años de consumo de alcohol	2	55	20'47

* La media del tiempo que hace que se mantienen en abstinencia corresponde a 4'67 años. La persona que más tiempo lleva en abstinencia es de 25 años. La que menos no lleva ni un año.

Tabla 7. Años de abstinencia hasta que se pone en tratamiento

	Mínimo	Máximo	Media
Años de abstinencia	0	25	4'67

* Respecto a cómo valoran de satisfactorias sus relaciones sexuales, en una escala de 0 a 10 (donde 0 corresponde a muy malas y 10 muy buenas), la media es de 5'08, una puntuación intermedia.

Tabla 8. Cómo de satisfactorias son mis relaciones sexuales

	Mínimo	Máximo	Media
Satisfacción de las relaciones sexuales	0	10	5'08

5.2.- Instrumentos

Los instrumentos aplicados en esta investigación han sido el Cuestionario de Apego Adulto de Melero, R. y Cantero, M. J. (2005) y el Inventario de Satisfacción Sexual (GRISS) de Golombok y Rust Inventory, (1986).

** Cuestionario de Apego Adulto de Melero, R. y Cantero, M. J. (2005).*

Está formado por 40 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 6 puntos: donde 1 significa completamente en desacuerdo; 2, bastante en desacuerdo; 3, algo en desacuerdo; 4, algo de acuerdo; 5, bastante de acuerdo y 6, completamente de acuerdo.

Se evalúan 4 escalas:

Escala 1: Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al fracaso.

Agrupar las características de necesidad de aprobación, autoconcepto negativo, preocupación por las relaciones, dependencia, miedo al rechazo y problemas de inhibición conductual y emocional.

Escala 2: Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad.

Describe ira hacia los demás, resentimiento, facilidad a la hora de enfadarse, posesividad y celos.

Escala 3: Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones.

Evalúa sociabilidad, facilidad para expresar emociones y confianza en los demás a la hora de expresar y solucionar los problemas interpersonales.

Escala 4: Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad.

Evalúa el menosprecio de las relaciones íntimas, en la dificultad para comprometerse y en la sobrevaloración de la independencia personal.

Tabla 9. Análisis factorial exploratorio del Cuestionario de Apego Adulto
(tomado de Melero y Cantero, 2008)

Factores	Ítems
1) Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo	<p>Ítem 14. Tengo sentimientos de inferioridad</p> <p>Ítem 26. Me preocupa mucho lo que la gente piensa de mí</p> <p>Ítem 18. Soy muy sensible a las críticas de los demás</p> <p>Ítem 30. Me gustaría cambiar muchas cosas de mí mismo</p> <p>Ítem 21. Tengo confianza en mí mismo.</p> <p>Ítem 23. Me resulta difícil tomar una decisión a menos que sepa lo que piensan los demás</p> <p>Ítem 8. No suelo estar a la altura de los demás</p> <p>Ítem 10. Me gusta tener pareja, pero temo ser rechazado/a por ella</p> <p>Ítem 12. Cuando tengo un problema con otra persona no puedo dejar de pensar en ello.</p> <p>Ítem 34. Siento que necesito más cuidados que la mayoría de las personas</p> <p>Ítem 39. Necesito comprobar que realmente soy importante para la gente</p> <p>Ítem 37. Con frecuencia, a pesar de estar con gente importante para mí me siento solo/as y falta/a de cariño</p>
2) Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad	<p>Ítem 4. Soy partidario/a del “ojo por ojo, diente por diente”</p> <p>Ítem 2. No admito discusiones si creo que tengo razón</p> <p>Ítem 36. Las amenazas son una forma eficaz de solucionar ciertos problemas</p> <p>Ítem 7. Si alguien de mi familia o un amigo/a me lleva la contraria, me enfado con facilidad.</p> <p>Ítem 29. Cuando me enfado con otra persona, intento conseguir que sea ella la que venga a disculparse</p> <p>Ítem 20. Cuando existe una diferencia de opiniones insisto mucho para que se acepte mi punto de vista</p> <p>Ítem 24. Soy rencoroso</p> <p>Ítem 31. Si tuviera pareja y me comentara que alguien del sexo contrario le parece atractivo, me molestaría mucho</p> <p>Ítem 9. Creo que los demás no me agradecen lo suficiente todo lo que hago por ellos</p> <p>Ítem 17. Me gusta que los demás me vean como una persona indispensable</p> <p>Ítem 13. Soy muy posesivo/a en todas mis relaciones</p>
3) Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones	<p>Ítem 1. Tengo facilidad para expresar mis sentimientos y emociones</p> <p>Ítem 38. Los demás opinan que soy una persona abierta y fácil de conocer</p> <p>Ítem 32. Cuando tengo un problema, se lo cuento a una persona</p>

	<p>con la que tengo confianza</p> <p>Ítem 40. Noto que la gente confía en mí y valora mis opiniones</p> <p>Ítem 16. Me siento cómodo en las fiestas o reuniones sociales</p> <p>Ítem 27. Cuando tengo un problema con otra persona, intento hablar con ella para resolverlo</p> <p>Ítem 5. Necesito compartir mis sentimientos</p> <p>Ítem 11. Tengo problemas para hacer preguntas personales</p> <p>Ítem 35. Soy una persona que prefiere la soledad a las relaciones sociales</p>
4) Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad.	<p>Ítem 28. Me gusta tener pareja, pero al mismo tiempo me agobia</p> <p>Ítem 22. No mantendría relaciones de pareja estables para no perder mi autonomía</p> <p>Ítem 6. Nunca llego a comprometerme seriamente en mis relaciones</p> <p>Ítem 25. Prefiero relaciones estables a parejas esporádicas</p> <p>Ítem 19. Cuando alguien se muestra dependiente de mí, necesito distanciarme</p> <p>Ítem 15. Valoro mi independencia por encima de todo</p> <p>Ítem 33. Cuando abrazo o beso a alguien que me importa, estoy tenso/a y parte de mí se siente incómodo/a</p>

** Inventario de Satisfacción Sexual GRISS (Golombok Rust Inventory of Sexual Satisfaction, 1986).*

Existen dos formatos: uno específico para evaluar la satisfacción sexual del hombre y otro para la evaluación de la satisfacción sexual de la mujer. Cada uno está formado por 28 ítems con una escala de respuesta tipo Likert de 5 alternativas de respuesta: donde N significa nunca; CN, casi nunca; O, ocasionalmente; H, habitualmente; S, siempre. Para la evaluación de este inventario se ha tomado el modelo propuesto por Francisco Cabello del Instituto Andaluz de Sexología y Psicología.

Los ítems se agrupan en 7 escalas diferentes. La puntuación obtenida en cada escala se transforma en un valor que va desde el 1 al 9, indicando una puntuación igual o superior a 5, la existencia de problema en dicha escala.

Corrección escalas tenidas en cuenta:

Tabla 10. Corrección escala no comunicación

	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Ítem 2	4	3	2	1	0
Ítem 16	0	1	2	3	4

Puntuación	Puntuación transformada
8	9
7	8
6	7
5	6
4	5
3	4
2	3
1	2
0	1

Tabla 11. Corrección escala evitación

	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Ítem 7	0	1	2	3	4
Ítem 13	0	1	2	3	4
Ítem 20	0	1	2	3	4
Ítem 23	0	1	2	3	4

Puntuación	Puntuación transformada
14-16	9
10-11	8
8-9	7
6-7	6
4-5	5
3	4

2	3
1	2
0	1

Tabla 12. Corrección escala infrecuencia

	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Ítem 3	0	1	2	3	4
Ítem 15	4	3	2	1	0

Puntuación	Puntuación transformada
8	9
7	8
6	7
5	6
4	5
3	4
2	3
1	2
0	1

Tabla 13. Corrección escala no sensualidad

	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Ítem 9	4	3	2	1	0
Ítem 12	0	1	2	3	4
Ítem 19	4	3	2	1	0
Ítem 25	0	1	2	3	4

Puntuación	Puntuación transformada
16	9
15	8
14	7
13	6
12	5

10-11	4
8-9	3
6-7	2
0-5	1

Tabla 14. Corrección escala insatisfacción

	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Ítem 5	4	3	2	1	0
Ítem 10	4	3	2	1	0
Ítem 18	0	1	2	3	4
Ítem 22	0	1	2	3	4

Puntuación	Puntuación transformada
15-16	9
14	8
12-13	7
10-11	6
8-9	5
6-7	4
4-5	3
2-3	2
0-1	1

Tabla 15. Corrección escala impotencia

	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Ítem 3	4	3	2	1	0
Ítem 10	0	1	2	3	4
Ítem 16	4	3	2	1	0
Ítem 23	0	1	2	3	4

Puntuación	Puntuación transformada
14-16	9
12-13	8
10-11	7
6-9	6
4-5	5
3	2
2	3
1	2
0	1

Tabla 16. Corrección escala eyaculación precoz

	Nunca	Casi nunca	Ocasionalmente	Habitualmente	Siempre
Ítem 4	4	3	2	1	0
Ítem 13	4	3	2	1	0
Ítem 24	0	1	2	3	4
Ítem 27	0	1	2	3	4

Puntuación	Puntuación transformada
12-16	9
10-11	8
8-9	7
6-7	6
5	5
3-4	4
2	3
1	2
0	1

5.3.- Análisis estadísticos

Investigación cuantitativa que tras la recogida de datos se elabora la base de datos y se aplican los correspondientes tests estadísticos mediante el programa estadístico SPSS, versión 20 para Windows.

Para las variables cuantitativas se realizan cálculos porcentuales, descriptivos e inferenciales. Para las variables cualitativas se calculan frecuencias absolutas y sus correspondientes porcentajes.

El intervalo de confianza es del 95% y una significatividad estadística $p \leq 0'005$.

Para la comparación de medias se utilizan test paramétricos (T de Student) o test no paramétricos (U de Mann Whitney) previa comprobación de si la población de estudio sigue una distribución normal o no normal, mediante la prueba de Kolmogorov-Smirnov y/o Shapiro-Wilk.

5.3.1- Tipos de Sesgos

5.3.1.1.-Sesgos de muestreo

Se trata de sesgos debidos a la falta de representatividad de la muestra, es decir, la muestra no es una reproducción exacta de la población.

La técnica de muestreo ha sido no probabilística.

Los sesgos de muestreo pueden deberse a que la población candidata, es decir, aquella que sirve para realizar el muestreo, es diferente de la población total o general o bien, a que la muestra de la que se obtiene la información no se ha tomado al azar de dicha población candidata.

5.3.1.2.-Sesgos durante la toma de datos

Sesgos debido al participante: la información que éste/a proporciona puede ser incorrecta debido a olvido, subjetividad, confusión, desconfianza, incomprensión o modificación de la respuesta o medición incorrecta de parámetros.

Resultados y Discusión

6.- Resultados

6.1.- Apego

Atendiendo a las cuatro subescalas que proponen Melero y Cantero, pasamos a interpretar los resultados obtenidos en cada una de ellas.

6.1.1.- Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo.

La media obtenida para los hombres es de 41'82 y una desviación típica de 9'51 lo que se corresponde con una valoración de niveles **moderados** en esta subescala. Esto significa que los hombres presentan características de necesidad de aprobación, autoconcepto negativo, preocupación por las relaciones, dependencia, miedo al rechazo y problemas de inhibición conductual y emocional.

La media obtenida para las mujeres es de 46'52 y una desviación típica de 11'84 lo que se corresponde con una valoración de niveles **moderado-altos** en esta subescala. Estos resultados son más elevados que en el caso de los hombres.

Tabla 17. Baja autoestima, necesidad de aprobación y miedo al rechazo.
Hombres y mujeres

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
Hombres	21	65	41'82	9'51
Mujeres	30	70	46'52	11'84

Al no ajustarse la distribución a una normal se hace estadística no paramétrica, en concreto la U de Mann-Whitney.

Al hacer la U de Mann-Whitney y contrastar entre hombre y mujer, la $U=996$ y la $p=0'109$, siendo mayor de 0.05, por lo cual se ve que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres.

6.1.2.- Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad.

La media obtenida para los hombres es de 31'19 y una desviación típica de 7'80.

La media obtenida para las mujeres es de 31'73 y una desviación típica de 8'42.

Tanto en hombres como en mujeres se obtiene una valoración de niveles **moderados** en esta subescala. Estos resultados describen la existencia de ira hacia los demás, resentimiento, facilidad a la hora de enfadarse, posesividad y celos.

Tabla 18. Resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad.

Hombres y mujeres

	Media	Desv. Típ.
Hombres	31'19	7'80
Mujeres	31'73	8'42

La distribución se ajusta a una normal. El estadístico $p = 0'765$ siendo $p > 0'05$, no es significativo, lo que indica que no hay diferencias entre hombres y mujeres.

6.1.3.- Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones.

La media obtenida para los hombres es de 38'17 y una desviación típica de 5'94.

La media obtenida para las mujeres es de 37'60 y una desviación típica de 6'89.

Tanto en hombres como en mujeres se obtiene una valoración de niveles **bajo-moderados** en esta subescala. Estos valores manifiestan la existencia de déficits a la hora de relacionarse, dificultades para expresar emociones y confianza en los demás, además de deficiencias para expresar y solucionar los problemas interpersonales.

Tabla 19. Expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones.

Hombres y mujeres

	Media	Desv. Típ.
Hombres	38'17	5'94
Mujeres	37'60	6'89

La distribución se ajusta a una normal. El estadístico $p = 0'687$ siendo $p > 0'05$, no es significativo lo que indica que no hay diferencias entre hombres y mujeres.

6.1.4.- Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad

La media obtenida para los hombres es de 17'43 y una desviación típica de 5'43 lo que se corresponde con una valoración de niveles **moderados** en esta subescala.

La media obtenida para las mujeres es de 17'61 y una desviación típica de 5'90 lo que se corresponde con una valoración de niveles **moderados** en esta subescala.

Estos resultados nos indican que existe un menosprecio de las relaciones íntimas, dificultad para comprometerse, además de sobrevalorar la independencia personal.

Tabla 20. Autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad.
Hombres y mujeres

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
Hombres	7	30	17'43	5'43
Mujeres	9	32	17'61	5'90

Al no ajustarse la distribución a una normal se hace estadística no paramétrica, en concreto la U de Mann-Whitney.

Al hacer la U de Mann-Whitney, $U = 1144$ y la $p = 0'945$. Al ser $p > 0'05$, se ve que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres.

6.2.- Satisfacción sexual

Para el interés de esta investigación sólo se han tenido en cuenta las escalas siguientes del Inventario GRISS:

* Escalas comunes para hombres y mujeres: no comunicación, evitación, infrecuencia y no sensualidad.

* Escalas específicas para mujeres: insatisfacción.

* Escalas específicas para hombres: impotencia y eyaculación precoz.

Pasamos a interpretar los resultados obtenidos en cada una de ellas.

6.2.1.- Escalas comunes para hombres y mujeres: no comunicación, evitación, infrecuencia y no sensualidad.

6.2.1.1.-Escala No Comunicación

Tabla 21. Escala No Comunicación

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
Hombres	0	8	2'61	2'15
Mujeres	0	8	3'40	2'75

Puntuaciones hombres: mínimo 0 y máximo 8; media = 2'61; transformados tomamos el valor de 3. Lo que nos lleva a asegurar que la no comunicación es **baja**.

Puntuaciones mujeres: mínimo 0 y máximo 8; media = 3'4; más alta que la de los hombres, pero no es significativa; la puntuación transformada está en 4 y también es **baja**.

Los resultados obtenidos tanto en hombres como en mujeres indican que existe comunicación en la relación sexual.

Los datos no se ajustan a una normal. Se procede a realizar estadísticos no paramétricos para comparar por sexo. Al hacer el contraste, $p = 0'250$, es decir, $p \geq 0'05$; no es significativa por lo tanto, no hay diferencia en las puntuaciones entre hombre y mujer.

6.2.1.2.- Evitación

Tabla 22. Escala de Evitación

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
Hombres	0	12	1'66	2'54
Mujeres	0	16	5'70	4'34

Puntuaciones hombres: mínimo 0 y máximo 12; media = 1'66; transformados, tomamos el valor de 2. Lo que nos lleva a asegurar que la evitación es **baja**.

Puntuaciones mujeres: mínimo 0 y máximo 16; media = 5'7; la puntuación transformada está en el valor de 6. La mujer tiene valor **más alto** en evitación que el hombre.

Esto pone de manifiesto que las mujeres evitan los contactos sexuales más que los hombres.

Al contrastar entre hombres y mujeres sale significativa: La U de Mann-Whitney, $U = 470'5$ y $p = 0'00$, es decir, $p \leq 0'00$, con lo nos confirma que la mujer tiene una conducta más evitativa que los hombres. cual es mejor.

6.2.1.3.- Infrecuencia

Tabla 23. Escala de Infrecuencia

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
Hombres	0	8	4'62	2'09
Mujeres	1	8	4'96	2'28

Puntuaciones hombres: mínimo 0 y máximo 8; media = 4'62; transformados, tomamos el valor de 5. Lo que nos lleva a asegurar que la infrecuencia está **justo en el límite**, es decir, está próximo a que se convierta en un problema.

Puntuaciones mujeres: mínimo 1 y máximo 8; media = 4'96; la puntuación transformada está en el valor de 6. La infrecuencia es **media-alta**. Consideran que la frecuencia de sus relaciones sexuales no es la adecuada.

La distribución no se ajusta a una normal. La U de Mann-Whitney no es significativa, $sig. = 0'414$; es decir, $p \geq 0'05$, lo que indica que no hay diferencias entre hombres y mujeres.

6.2.1.4.- No Sensualidad

Tabla 24. Escala de No Sensualidad

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
Hombres	0	59	3'30	6'12
Mujeres	0	15	4'66	3

Puntuaciones hombres: mínimo 0 y máximo 59; media = 3'30; transformados, tomamos el valor de 1. Lo que nos lleva a asegurar que la no sensualidad es muy baja.

Puntuaciones mujeres: mínimo 0 y máximo 15; media = 4'66; la puntuación transformada está en el valor de 1. La no sensualidad es muy baja.

Los resultados indican que tanto hombres como mujeres no hacen uso de la sensualidad en la relación con su pareja.

Se realizan las pruebas de Kolmogorov- Smirnov; $p = 0'00$ para hombres y Shapiro-Wilk, $p = 0'001$, para mujeres. Los datos no se ajustan a una normal y se ha de hacer estadísticos no paramétricos.

Se procede a hacer la U de Mann- Whitney; sig. = 0'005; es decir, $p \leq 0'05$, por lo que sí hay diferencias entre hombres y mujeres. Aunque es muy baja, en la mujer, es más baja aún.

6.2.2.- Escalas específicas para mujeres: insatisfacción

Tabla 25. Escala de Insatisfacción. Mujer

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
Mujeres	0	12	5'88	3'77

Puntuaciones mujeres: mínimo 0 y máximo 12; media = 5'88; transformados, tomamos el valor de 4. Lo que nos lleva a asegurar que existe **insatisfacción sexual** pero no en niveles elevados.

6.2.3.- Escalas específicas para hombres: impotencia y eyaculación precoz

6.2.3.1.- Impotencia

Tabla 26. Escala de Impotencia. Hombre

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
Hombres	0	13	3'38	2'90

Puntuaciones hombres: mínimo 0 y máximo 13; media = 3'38; transformados, tomamos el valor de 4. Lo que nos lleva a asegurar que la impotencia es **moderada-baja**, pero no llega a ser un problema grave.

6.2.3.2.- Eyaculación precoz

Tabla 27. Escala de Eyaculación precoz. Hombre

	Mínimo	Máximo	Media	Desv. Típ.
Hombres	0	14	4'48	3'42

Puntuaciones hombres: mínimo 0 y máximo 14; media = 4'48; transformados, tomamos el valor de 4. Lo que nos lleva a asegurar que la eyaculación precoz es **moderada-baja**, aunque no llega a ser un problema grave.

Discusión

7.- Discusión

En esta investigación hemos analizado la interacción entre las características del apego y la satisfacción sexual en población diagnosticada de enfermedad alcohólica.

Los resultados obtenidos nos corroboran las hipótesis planteadas.

Respecto al apego, los hombres presentan características de necesidad de aprobación, autoconcepto negativo, preocupación por las relaciones, dependencia, miedo al rechazo y problemas de inhibición conductual y emocional. Los resultados en las mujeres son más elevados que en el caso de los hombres.

En lo que se refiere a la resolución hostil de conflictos, rencor y posesividad se describe la existencia de ira hacia los demás, resentimiento, facilidad a la hora de enfadarse, posesividad y celos.

En cuanto a la expresión de sentimientos y comodidad con las relaciones encontramos la existencia de déficits a la hora de relacionarse, dificultades para expresar emociones y confianza en los demás y deficiencias para expresar y solucionar los problemas interpersonales. Una de las conclusiones que aporta el estudio de Ortiz Barón, Gómez Zapiáin y Apodaca (2002) sobre apego y satisfacción afectivo-sexual en la pareja, es que los varones con un control restrictivo por parte de su padre en la infancia van a tener una satisfacción sexual negativa en la pareja, insistiendo en la necesidad de que los varones dispongan de un modelo paterno afectuoso para poder favorecer la experiencia de una relación de pareja más satisfactoria. Podemos pensar que es un motivo que explica el hecho de ser alcohólicos/as, porque han tenido una infancia difícil y donde el apego ha sido deficiente (algo que se observa con mucha frecuencia en la práctica clínica a través de las entrevistas personalizadas).

La autosuficiencia emocional e incomodidad con la intimidad indica que existe menosprecio hacia las relaciones íntimas, dificultad para comprometerse y sobrevaloran la independencia personal. Los datos obtenidos son los opuestos a los encontrados por Rivera, Shaffer y Pietromonaco (2004), que manifestaron que la revelación de las emociones era el mejor predictor de los sentimientos de intimidad, aún más, que la revelación de información acerca de uno mismo. Las investigaciones de Kaplan (1979)

exponen que las personas con miedo a la intimidad presentan formas de inhibición del deseo y esto estaría relacionado con el estilo de apego.

Las características obtenidas del Cuestionario de Apego Adulto se corresponden, principalmente, con un estilo de apego inseguro tal y como proponían Melero y Cantero (2008).

Covington y Kohen (1984), en un estudio encontraron que las mujeres alcohólicas presentaban un funcionamiento sexual global peor. En nuestro estudio las mujeres alcohólicas también presentan niveles de insatisfacción sexual.

O'Farrel, Choquette, Cutter y Birchler (1997) aportaron que las disfunciones sexuales estaban más en relación con la situación conflictiva familiar que con los factores biológicos. En nuestro estudio se pone de manifiesto que tanto en hombres como en mujeres existe comunicación en la relación sexual.

No hemos encontrado la existencia clara de problemas de impotencia o eyaculación precoz entre los varones de esta muestra, aunque según el estudio realizado por Ávila Escribano, Pérez Madruga, Olazábal Ulacia y López Fidalgo (2004), el 10% de los varones refería un trastorno de la erección.

Por otro lado, Colombo Meyer (2010), considera que el alcohólico presenta con frecuencia disfunción eréctil y eyaculación precoz, retardada o imposible, así como dificultades para conseguir el orgasmo. En relación a la mujer alcohólica, la disfunción sexual más frecuente es la disminución del deseo y de la lubricación vaginal que pueden explicar los resultados de la insatisfacción sexual encontrados en las mujeres que han participado en nuestro estudio.

Conclusiones

8.- Conclusiones

Es necesario comenzar diciendo las dificultades que se han encontrado a la hora de realizar la revisión bibliográfica sobre las variables que íbamos a estudiar: apego, satisfacción sexual y población con alcoholismo. En todas las bases de datos consultadas no existía ningún estudio o investigación que pudiera servir de base, guía u orientación sobre esta cuestión, lo que dificultó el planteamiento inicial de nuestro trabajo. Por lo cual, la primera conclusión sería la necesidad de investigar más sobre la población alcohólica y su sexualidad con el único objetivo de conocer sobre ello para mejorar el diagnóstico y las estrategias necesarias para implementar el tratamiento médico, psicológico y sexológico y que éste sea eficaz.

Hemos podido comprobar que el vínculo de apego ejerce una influencia sobre la satisfacción sexual, puesto que el apego inadecuado va a favorecer la aparición de un autoconcepto negativo, aparición de resentimientos, dificultad en la expresión de sentimientos y emociones, dificultad en la solución de problemas interpersonales lo que va a influir directamente en el compromiso en la relación de pareja y, por tanto, en la intimidad y en la satisfacción sexual.

El consumo de alcohol a pequeñas dosis provoca un efecto de desinhibición que puede facilitar las relaciones sociales y, llegado el momento, el inicio de contactos sexuales. Este consumo influye sobre la respuesta sexual. La experiencia nos aporta que los problemas sexuales por los que los alcohólicos demandan tratamiento sexológico están relacionados con la disminución de la libido y las dificultades en la erección que suele derivar en diagnósticos de disfunción eréctil y eyaculación retardada. Mientras que en las mujeres alcohólicas presentan menor deseo sexual, nivel bajo de excitación, con la consecuente disminución de la lubricación lo que dificulta la consecución del orgasmo.

Además, el alcohol en la persona, aunque ésta no sea adicta, puede originar conductas sexuales violentas sin protección, problemas en la relación de pareja con lo cual las relaciones sexuales se van a ver perjudicadas, pudiendo llegar a ocasionar disfunción en la unidad familiar.

En la recuperación y rehabilitación de los/as enfermos/as alcohólicos/as la sexualidad debe ser un instrumento que permita el reencuentro entre la pareja con el fin de mejorar la satisfacción sexual y para ello es conveniente el entrenamiento en la expresión de sentimientos y emociones.

Siguiendo las palabras de F. López, *“es evidente que las personas necesitan resolver sus necesidades afectivas, porque somos una especie para el contacto y la vinculación”* y considera que los *“vínculos afectivos más importantes son tres: vínculo del apego, vínculo de amistad y vínculo sexual amoroso”*.

Uno de los objetivos de este Trabajo Fin de Máster era establecer estrategias para mejorar la expresión emocional en la población de enfermos/as alcohólicos/as, con lo cual ahora pretendo, de forma resumida, esbozar un plan de actuación para el entrenamiento en cuidados emocionales y, para ello, vamos a seguir algunas recomendaciones del Félix López y adaptarlas al perfil de los/as participantes de nuestra muestra.

- Aunque sabemos que desde pequeños necesitamos ser amados para que el desarrollo psicoevolutivo sea lo más adecuado posible, esta investigación se han encontrado deficiencias al respecto que no podemos pasar por alto. Es por ello, que aunque a los/as enfermos/as alcohólicos/as no podemos hacerlos/as volver a sus infancias, sí podemos transmitirles lo importante que es que aprendan y mantengan con sus hijos/as adecuados vínculos y cuidados afectivos, aceptándolos como son y reconociéndoles sus buenas capacidades, siempre con la idea de conseguir que se sientan seguros con sus figuras de apego: sus padres/madres que ahora pueden disfrutar, mutuamente, una vez que se está garantizando la abstinencia con el tratamiento de rehabilitación de la enfermedad alcohólica que han iniciado.

- Mantener una relación cercana con los/as hijos/as para que aprendan cómo debe desarrollarse una relación afectuosa. Que aprendan a mirar, a ser mirados/as, a tocar y ser tocados/as, a abrazar y ser abrazados/as, a expresar y comprender las emociones, a compartir y a regular las emociones. En definitiva, a enseñarles a aprender a vivir con inteligencia emocional.

- Los padres/las madres deben ofrecer modelos de pareja positivos, donde el respeto, el cariño, la tolerancia, la empatía, la comunicación sean los elementos básicos de la relación en la familia, eliminando cualquier tipo de conducta violenta o agresiva.

- Enseñarles a resolver problemas y cómo afrontarlos de forma pacífica y como padres/madres estar apoyándolos en todo momento en sus decisiones.

En definitiva, la rehabilitación del/la enfermo/a alcohólico/a y de sus familiares debe permitir recuperar el tiempo que se ha perdido por el consumo abusivo y las consecuencias negativas que éste ha ocasionado y enseñarles a AMAR, dando y recibiendo, aprendiendo a cuidarse a sí mismos/as y a cuidar a la otra persona, su pareja.

Sería también una buena forma de prevenir la aparición del alcoholismo.....

Bibliografía

9.- Bibliografía

Cabello Santamaría, F. (2010). *Manual de Sexología y Terapia Sexual*. Madrid: Ed. Síntesis.

Ainsworth, M.D.S. (1990). Some considerations regarding theory and assessment relevant to attachments beyond infancy. In: Greenber, M., Cichetti, D., Cummings, M. (Eds.) *Attachment in the preschool year* (463-488). Chicago: The University of Chicago Press.

Ainsworth, M. D. S. y Marvin, R. (1995). On the shaping of attachment theory and research: An interview with Mary D. S. Ainsworth (Fall 1994). *Monographs of the Society for Research in Child Development*, 60(2-3), 3-2.

Atkinson, L., y Goldberg, S. (2003) Clinical application of attachment. In L. Atkinson y S. Goldberg (Eds.), *Attachment issues in psychopathology and intervention* (pp. 3-25). Mahwah, NJ: Erlbaum.

Ávila Escribano, J. J., Pérez Madruga, A., Olazábal Ulacia, J. C. y López Fidalgo, J. (2004). Disfunciones sexuales en el alcoholismo. *Revista Adicciones*, 16, (4), 1-4.

Baldwin, M.W. y Fehr, B. (1995). On the instability of attachment ratings. *Personal Relationships*, 2, 247-261.

Bartholomew, K. y Horowitz, L. (1991). Attachment styles among young adults: a test of a four-category model. *Journal of personality and social Psychology*, 61, (2), 226-244.

Becoña Iglesias, E. y Cortés Tomás, M. T. (2011). *Manual de Adicciones para Psicólogos Especialistas en Psicología Clínica en Formación*. Ed. Socidrogalcohol. Financiado por Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Bowlby, J. (1969). *Attachment and loss, vol, I, Attachment*, Londres. Hogarth Press. (ed. cast.: El apego y la pérdida vol I. El apego. Buenos Aires. Paidós 1998).

Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss, vol, II, Separation*, Londres. Hogarth Press. (ed. cast.: El apego y la pérdida vol II. La separación afectiva. Buenos Aires: Paidós 1993). Bowlby, J. (1980). *Attachment and loss, vol, III, Loss, sadness and depression*. London. Hogarth Pres.

Brennar, K.A. y Shaver, P.R. (1995). Dimensions of adult attachment , affect regulation, and romantic relationship functioning. *Personality and Social Psychology, 21(3)*, 267-283.

Bretherton, I. (1992). The origins of attachment theory: John Bowlby and Mary Ainsworth. *Developmental Psychology, 28*, 759-775.

Caballo, V. E. (2002). *Manual de evaluación y entrenamiento de las habilidades sociales*. Madrid: Ed. Siglo XXI.

Cantón, J. y Cortés, M.R. (2000). *El apego del niño a sus cuidadores: evaluación, antecedentes y consecuencias para el desarrollo*. Madrid: Alianza Editorial.

Carlson, E.A., Sroufe, L.A. y Egeland, B. (2004). The construction of experience: A longitudinal study of representation and behavior. *Child Development, 75*, 66-83.

Carlson, E.A. (1998). A prospective longitudinal study of attachment disorganization/disorientation. *Child development, 69(4)*, 1107-1128.

Cicirelli, V. (1995). A measure of caregiving daughters' attachment to elderly mothers. *Journal of Family Psychology, 9(1)*, 89-94.

Collins, N. L., & Read, S. J. (1990). Adult attachment, working models, and relationship quality in dating couples. *Journal of Personality and Social Psychology, 58*, 644-663.

Colombo Meyer, M. (2010). Sexualidad y Alcoholismo. *Revista Tendencias en Medicina, nov.*, 126-128.

Covington, S. y Khan, J. (1984). Women, alcohol and sexuality. *Adv. Alcohol subst. abuse; 4: 41-56*.

Cozzarelli, C., Karafa, J. A., Collins, N. L. y Tagler, M. J. (2003). Stability and change in adult attachment styles: Associations with personal vulnerabilities, life events, and global construals of self and others. *Journal of Social and Clinical Psychology, 22*, 315-346.

Crowell, J. A., Treboux, D. y Waters, E. (2002). Stability of Attachment Representations: The Transition to Marriage. *Developmental Psychology, 38(4)*, 467-479.

De Lucas Taracena, M^a. T. y Montañés Rada, F. (2006). Estilos y representaciones de apego en consumidores de drogas. *Revista Adicciones, 18 (4)*, 377-386.

Diamond, L. M., y Hicks, A. M. (2004). Psychological perspectives on attachment: Implications for health over the lifespan. In W. S. Rholes, y J. A. Simpson (Eds.), *Adult attachment: Theory, research, and clinical implications* (pp. 240-263). New York: Guilford Press

Díaz Atienda, J. y Blázquez Rodríguez, M. P. (2004). El vínculo y psicopatología en la infancia: evaluación y tratamiento. *Revista de Psiquiatría y Psicología del Niño y del Adolescente, 4 (1)*, 82-90.

Dickstein, S., Seifer, R., Andrade, M., & Schiller, M. (2001) Marital attachment interview: Adult attachment assessment of marriage. *Journal of Social and Personal Relationships, 18(5)*, 651-672.

Egeland, B. y Carlson, B.(2004). Attachment and psychopathology. In L. Atkinson y S. Goldberg (Eds.). *Attachment issues in psychopathology and intervention Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum: 27-48*).

Feeney, J. y Noller, P. (1990). Attachment style as a predictor of adult romantic relationships. *Journal of Personality and Social Psychology, 28 (2)*, 281-291.

Feeney, J. y Noller, P. (2001). *Apego adulto*. Bilbao: Descleé de Brouwer.

Feeney, B. y Kirkpatrick, L. (1996). Effects of adult attachment and presence of romantic partners on physiological responses to stress. *Journal of personality and social psychology*, 70 (2), 255-270.

Fonagy, P., Leigh, T., Steele, M., Steele, H., Kennedy, R., Mattoon, G. et al (1996). The relation of attachment status, psychiatric classification and response to psychotherapy. *J. Cons. Clin. Psychol*; 64, 22-31.

Furman, W. y Wehner, E.A. (1997). Adolescent romantic relationships: A developmental perspective. In S. Shulman y W.A. Collins (Eds.), *New directions for child development: Adolescent romantic relationships* (pp. 21-36). San Francisco: Jossey-Bass.

Freixa, F. (1996). *La Enfermedad Alcohólica*. Barcelona: Ed. Herder.

Garrido-Rojas, L. (2006). Apego, emoción y regulación emocional. Implicaciones para la salud. *Revista Latinoamericana de Psicología*., 38(3), 493-507.

George, W. H. y Stoner, S. A. (2000). Understanding acute alcohol effects on sexual behaviour, *Annu. Rev. Sex. Res.*: 11, 92-124.

Gilbert, P. (2001). Evolutionary approaches to psychopathology: The role of natural defenses. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 35, 17-27

Gómez Zapiáin, J. (2009), *Apego y Sexualidad*. Entre el vínculo afectivo y el deseo sexual. Madrid: Alianza Editorial.

Gómez Zapiáin, J., Ortiz, M^a. J. y Gómez Lope, J. (2011). Experiencia sexual, estilos de apego y tipos de cuidados en las relaciones de pareja. *Revista Anales de psicología*, 27, (2), 447-456.

Guardia Serecigni, J. (Coord.); Jiménez-Arriero, M. A.; Pascual, F.; Flórez, Gerardo; Contel, M. (2007). *Alcoholismo. Guías Clínicas Basadas en la Evidencia Científica*. Barcelona: Ed. Socidrogalcohol.

Hazan, C. y Shaver, P. (1987). Romantic love conceptualised as an attachment process. *Journal of Personality and Social Psychology*, 52, 511-524.

Hendrick, S.S., Hendrick, C. y Adler, N.L. (1988). Romantic Relationships: love, satisfaction, and staying together. *Journal of Personality and Social Psychology*, 54, 980-988.

Horppu R. y Ikonen-Varila M. (2001). Are attachment stiles general interpersonal orientations? Applicants perceptions and emotions in interaction with evaluators in a college entrance examination. *Journal of Social and Personal Relationships*, 18, 131-148.

Kaplan, N. y Main, M. (1986). *Assessment of attachment organization through children's family drawings*. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley.

Kirkpatrick, L.A. y Davis, K.E. (1994). Attachment styles, gender and relationships stability: A longitudinal analysis. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 502-512.

Klassen, A. D. y Wilsnack (1986). Sexual experience and driking mong women in a U. S. national survey. *Arch. Sex. Behav.*, 15, 363-392

Kobak, R.R. y Sceery, A. (1988). Attachment in late adolescence: Working models, affect regulation and representation of self and other. *Child Development*, 59, 135-146.

López-Íbor Aliño, J. J. y Valdés Miyar, M. (2002). *Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales*, DSM-IV-TR de la Asociación Americana de Psiquiatría. Barcelona: Ed. Masson.

López Lorente, A. M^a (2008). *El Camino de la Libertad*. Sevilla: Ed. por Federación de Asociaciones y Centros para la Prevención y el Tratamiento del Alcoholismo Al'Andalus.

Lucas Matheu, M. y Cabello Santamaría, F. (2007). *Introducción a la Sexología Clínica*. Barcelona. Ed. Elsevier.

Melero, R. y Cantero, M. J. (2008). Los estilos afectivos en la población española: un cuestionario del apego adulto. *Revista Ciencia y Salud*, 19, 1, 83-100.

Mandell, W. y Miller, C. M. (1983). Male sexual dysfunction as related to alcohol consumption: a pilot study. *Alcohol. Clin. Exp. Res.*, (7), 9-65

Marrone, M. (1993). Depresión Infantil: Consideraciones desde la teoría de Apego. En M.J. Ortiz Barón y S. Yáñez Yaben, *Teoría del apego y relaciones afectivas*. (pp. 195-205). Bilbao: Servicio Editorial de la Universidad del País Vasco.

Marrone, M. (2001). *La teoría del Apego. Un enfoque actual*. Madrid: Editorial Prismática.

Maslow, A. (1970). *Motivation and personality*. Nueva York: Harper.

McNally, A., Palfai, T., Levine, R. y Moore, B. (2003). Attachment dimensions and drinking-related problems among adults: the meditational role of coping motives. *Addict Behav.*; 28 (6), 115-27.

Moreno García, R. (2010). Tesis Doctoral *Estilos de apego en el profesorado y percepción de sus relaciones con el alumnado*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Psicología.

Ochaíta, E., y Espinosa, M.A. (2004). *Hacia una teoría de las necesidades infantiles y adolescentes. Necesidades y Derechos en el marco de la Convención de Naciones Unidas sobre derechos del Niño*. Madrid: McGraw-Hill.

O'Farrell, Choquette, K., Cutter H. y Birchler, G. (1997). Sexual satisfaction and dysfunction in marriages of male alcoholics: comparison with non-alcoholic martially conflicted and nonconflicted couples. *J. Stud. Alcohol*, 58, 91-99.

Oliva Delgado, A., Parra Jiménez, A., y Sánchez Queija, I. (2002). Relaciones con padres e iguales como predictoras del ajuste emocional y conductual durante la adolescencia. *Apuntes de Psicología*, 20(2), 225-241.

Ortiz Barón, M. J., Gómez Zapiain, J., Apodaca, P. (2002). Apego y satisfacción afectivo-sexual en la pareja. *Revista Psicothema*, 14, (2), 469-475.

Pascual Pastor, F., Guardia Serecigni, J. (2002). Monografía sobre el Alcoholismo. *Revista Adicciones*, 14 (1), 43-420

Pascual Pastor, F., López Lorente, A. M. y otros (2009). *Guía Buenas Prácticas de FARE*. Madrid: Financiado por Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Pascual Pastor, F., López Lorente, A. M. y otros (2013). *Aproximación al Tratamiento Integral del Alcoholismo*. FARE. Madrid: Financiado por Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas. Pendiente de publicación.

Pereiro Gómez, C. (Editor) (2010). *Manual de Adicciones para Médicos Especialistas en Formación*. Socidrogalcohol. Financiado por Delegación del Gobierno para el Plan Nacional sobre Drogas.

Pistole, M.C. (1989). Attachment in adult romantic relationships: Style of conflict resolution and relationship satisfaction. *Journal of Social and Personal Relationships*, 6, 505-510.

Prager, K. y Roberts. L. J. (2004). Deep intimate connection: self and intimacy in couple relationships, en D. J. Mashek y A. Aron (eds.), *Handbook of closeness and intimacy* (pp. 43-60). New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

Repetur Safrany, K. y Quezada Len, A. (2005). Vínculo y desarrollo psicológico: la importancia de las relaciones tempranas. *Revista Digital Universitaria*, 6, (11), 1-15.

Riggs, S. y Jacobvitz, D. (2002). Expectant parents representations of early attachment relationships: associations with mental health and family history. *J. Cons Clin Psychol.*, 70, 195-204.

Ripoll-Núñez, K. J.. (2011). Atribuciones sobre la pareja: su papel como variable mediadora entre el apego y la satisfacción marital en parejas heterosexuales. *Revista Avances en Psicología Latinoamericana*, 29, (1), 47-61.

Rholes, W. S., Simpson, J. A., Blakely, B. S., Lanigan, I. y Allen, E. A. (1997). Adult attachment styles, the desire to have children, and working models of parenthood. *Journal of Personality*, 65, 357-385.

Sadock, V. (1997). Sexualidad humana normal y disfunciones sexuales. En Kaplan y Sadock, *Tratado de Psiquiatría*, (pp. 1121-1246). Intermédica Editorial.

Schindler, A., Thomasius, R., Sack, P., Gemeinhardt, B., Kustner, U., Eckert, J. (2005). Attachment and substance use disorders: a review of the literature and study in drug dependent adolescents. *Attach Hum Dev*; 7 (3): 207-28.

Thompson, R. (1998). Early sociopersonality development. En W. Damon (Ed.), *Handbook of Child Psychology. Vol. III: Social, emotional and personality development* (pp. 25-104). Nueva York: John Wiley.

Yánoz, S., Alonso Arbiol, I., Plazola, M. y Saínz de Murieta, L. M. (2001). Apego en adultos y percepción de los otros. *Revista Anales de Psicología*, 17, (2), 159-170

Anexos

10.- Anexos

Anexo 1. Ficha utilizada para la recogida de datos

En la Universidad de Almería se está llevando a cabo una investigación sobre apego y sexualidad y queremos que nos aportes tu opinión.

No debes poner tu nombre en ninguno de los cuestionarios, porque es ANÓNIMO.

Señala con una cruz (X) donde proceda

❖ Hombre_____ Mujer_____

❖ Edad_____

❖ Tipo de relación actual

Pareja estable_____ Relaciones esporádicas_____

No tengo pareja_____

❖ ¿Eres enfermo/a alcohólico/a?:_____

❖ Años de consumo de alcohol:_____

❖ Tiempo de abstinencia total:_____

Si actualmente no tienes pareja, responde, también, a las siguientes preguntas

❖ Cómo valoro mi forma de expresar mis sentimientos a mi pareja

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Mal Bien Muy bien

❖ Cómo de satisfactorias son mis relaciones sexuales

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10
Malas Buenas Muy buenas

¡GRACIAS POR TU COLABORACIÓN!

Anexo 2. Común para hombres y mujeres

CUESTIONARIO DE APEGO ADULTO

(Melero, R. y Cantero, M.J., 2005)

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones, rodea el número que corresponda al grado en que cada una de ellas describe tus sentimientos o tu forma de comportarte en tus relaciones.

	1	2	3	4	5	6
	Completamente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo
1. Tengo facilidad para expresar mis sentimientos y emociones						1__2__3__4__5__6
2. No admito discusiones si creo que tengo razón						1__2__3__4__5__6
3. Con frecuencia, a pesar de estar con gente importante para mí me siento sólo/a y falto de cariño.....						1__2__3__4__5__6
4. Soy partidario/a del "ojo por ojo y diente por diente"						1__2__3__4__5__6
5. Necesito compartir mis sentimientos						1__2__3__4__5__6
6. Nunca llego a comprometerme seriamente en mis relaciones						1__2__3__4__5__6
7. Si alguien de mi familia o un amigo/a me lleva la contraria, me enfado con facilidad.....						1__2__3__4__5__6
8. No suelo estar a la altura de los demás						1__2__3__4__5__6
9. Creo que los demás no me agradecen lo suficiente todo lo que hago por ellos.....						1__2__3__4__5__6
10.Me gusta tener pareja, pero temo ser rechazado/a por ella						1__2__3__4__5__6
11.Tengo problemas para hacer preguntas personales						1__2__3__4__5__6
12.Cuando tengo un problema con otra persona, no puedo dejar de pensar en ello ..						1__2__3__4__5__6
13.Soy muy posesivo/a en todas mis relaciones						1__2__3__4__5__6
14. Tengo sentimientos de inferioridad						1__2__3__4__5__6
15. Valoro mi independencia por encima de todo						1__2__3__4__5__6
16. Me siento cómodo/a en las fiestas o reuniones sociales.....						1__2__3__4__5__6
17. Me gusta que los demás me vean como una persona indispensable						1__2__3__4__5__6
18. Soy muy sensible a las críticas de los demás.....						1__2__3__4__5__6
19. Cuando alguien se muestra dependiente de mí, necesito distanciarme						1__2__3__4__5__6
20. Cuando existe una diferencia de opiniones, insisto mucho para que se acepte mi punto de vista.....						1__2__3__4__5__6

	1	2	3	4	5	6
	Completamente en desacuerdo	Bastante en desacuerdo	Algo en desacuerdo	Algo de acuerdo	Bastante de acuerdo	Completamente de acuerdo
21. Tengo confianza en mí mismo						1 2 3 4 5 6
22. No mantendría relaciones de pareja estables para no perder mi autonomía						1 2 3 4 5 6
23. Me resulta difícil tomar una decisión a menos que sepa lo que piensan los demás						1 2 3 4 5 6
24. Soy rencoroso						1 2 3 4 5 6
25. Prefiero relaciones estables a parejas esporádicas						1 2 3 4 5 6
26. Me preocupa mucho lo que la gente piensa de mí						1 2 3 4 5 6
27. Cuando tengo un problema con otra persona, intento hablar con ella para resolverlo						1 2 3 4 5 6
28. Me gusta tener pareja, pero al mismo tiempo me agobia						1 2 3 4 5 6
29. Cuando me enfado con otra persona, intento conseguir que sea ella la que venga a disculparse						1 2 3 4 5 6
30. Me gustaría cambiar muchas cosas de mí mismo						1 2 3 4 5 6
31. Si tuviera pareja y me comentara que alguien del sexo contrario le parece atractivo, me molestaría mucho						1 2 3 4 5 6
32. Cuando tengo un problema, se lo cuento a una persona con la que tengo confianza						1 2 3 4 5 6
33. Cuando abrazo o beso a alguien que me importa, estoy tenso/a y parte de mí se siente incómodo/a						1 2 3 4 5 6
34. Siento que necesito más cuidados que la mayoría de las personas						1 2 3 4 5 6
35. Soy una persona que prefiere la soledad a las relaciones sociales						1 2 3 4 5 6
36. Las amenazas son una forma eficaz de solucionar ciertos problemas						1 2 3 4 5 6
37. Me cuesta romper una relación por temor a no saber afrontarlo						1 2 3 4 5 6
38. Los demás opinan que soy una persona abierta y fácil de conocer						1 2 3 4 5 6
39. Necesito comprobar que realmente soy importante para la gente						1 2 3 4 5 6
40. Noto que la gente suele confiar en mí y que valoran mis opiniones						1 2 3 4 5 6

Anexo 3.1. *Inventario de Satisfacción Sexual (GRISS) de Golombok y Rust Inventory, 1986.* Para mujeres

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN SEXUAL

(Golombok Rust Inventory)

Nombre:.....Fecha.....

INSTRUCCIONES

Cada pregunta del cuestionario puede responderse de las formas siguientes:

N: Nunca

CN: Casi Nunca

O: Ocasionalmente

H: Habitualmente

S: Siempre

Lea cada pregunta con atención y decida la respuesta que describe mejor como le han ido las cosas sexualmente en fechas recientes. Luego ponga una cruz en el cuadro correspondiente situado a la derecha de las cuestiones. Las respuestas son totalmente INDIVIDUALES y no pueden ser consultadas con su pareja.

¡No olvide contestar a todas las preguntas!

MUJER	N	CN	O	H	S
1. ¿Siente una falta de interés hacia el sexo					
2. ¿Le pregunta a su pareja qué le gusta o le disgusta de sus relaciones sexuales					
3. ¿Transcurren semanas en las que no tiene relación sexual alguna					
4. ¿Se excita sexualmente con facilidad					
5. Se siente satisfecha con la cantidad de tiempo que dedican a juegos previos al coito					
6. ¿Siente que su vagina está tan cerrada que el pene de su pareja no puede entrarle					
7. ¿Evita tener relaciones sexuales con su pareja					
8. ¿Es capaz de tener orgasmos con su pareja ?					
9. ¿Disfruta abrazando y acariciando el cuerpo de su pareja					
10. ¿Encuentra satisfactorias las relaciones sexuales que mantiene con su pareja?					
11. ¿Le resulta posible introducir un dedo de su mano en su vagina sin sentir molestias?					
12. ¿Le disgusta frotar o acariciar el pene de su pareja?					
13. ¿Se pone tensa y nerviosa cuando su pareja quiere tener relaciones sexuales?					
14. ¿Le resulta imposible tener un orgasmo?					
15. ¿Realiza el coito más de dos veces por semana?					
16. ¿Le resulta difícil explicar a su pareja que es lo que le gusta o disgusta de sus relaciones sexuales?					
17. ¿Le resulta posible introducir el pene de su pareja en su vagina sin sentir molestia alguna?					
18. ¿Piensa que existe una falta de amor y afecto en sus relaciones sexuales con su pareja?					
19. ¿Disfruta cuando su pareja le frota y acaricia sus genitales?					
20. ¿Rechaza el tener relaciones sexuales con su pareja?					
21. ¿Puede llegar al orgasmo cuando su pareja le estimula el clítoris durante el juego previo al coito?					
22. ¿Se siente insatisfecha con la cantidad de tiempo que dedica al coito en concreto?					
23. ¿Tiene sensaciones desagradables ante lo que hace mientras está haciendo el amor?					
24. ¿Siente que su vagina está suficientemente cerrada como para que el pene de su pareja no pueda penetrar muy profundamente?					
25. ¿Le disgusta que su pareja le abrace y acaricie?					
26. ¿Se humedece su vagina mientras está haciendo el amor?					
27. ¿Disfruta cuando está haciendo el coito con su pareja?					
28. ¿No consigue llegar al orgasmo durante el coito?					

Anexo 3.2. Inventario de Satisfacción Sexual (GRISS) de Golombok y Rust Inventory, 1986. Para hombres

CUESTIONARIO DE SATISFACCIÓN SEXUAL

(Golombok Rust Inventory)

Nombre:.....Fecha.....

INSTRUCCIONES

Cada pregunta del cuestionario puede responderse de las formas siguientes:

N: Nunca

CN: Casi Nunca

O: Ocasionalmente

H: Habitualmente

S: Siempre

Lea cada pregunta con atención y decida la respuesta que describe mejor como le han ido las cosas sexualmente en fechas recientes. Luego ponga una cruz en el cuadro correspondiente situado a la derecha de las cuestiones. Las respuestas son totalmente INDIVIDUALES y no pueden ser consultadas con su pareja.

¡No olvide contestar a todas las preguntas!

HOMBRE	N	CN	O	H	S
1. ¿Realiza el coito más de dos veces por semana?					
2. ¿Le resulta difícil explicar a su pareja qué es lo que le gusta o le disgusta de sus relaciones sexuales?					
3. ¿Se excita sexualmente con facilidad?					
4. ¿Es capaz de retrasar la eyaculación durante el coito si piensa que puede eyacular enseguida?					
5. ¿Está insatisfecho con la cantidad de variación que hay en su vida sexual con su pareja?					
6. ¿Le disgusta frotar o acariciar los genitales de su pareja?					
7. ¿Se pone tenso o nervioso cuando su pareja quiere tener relaciones sexuales?					
8. ¿Disfruta realizando el coito con su pareja?					
9. ¿Le pregunta a su pareja lo que más le gusta o le disgusta de sus relaciones sexuales?					
10. ¿Tiene fallos de erección?					
11. ¿Considera que existe una falta de amor y afecto en las relaciones con su pareja?					
12. ¿Disfruta cuando su pareja le frota o acaricia el pene?					
13. ¿Puede evitar eyacular demasiado pronto durante el coito?					
14. ¿Intenta evitar tener relaciones sexuales con su pareja?					
15. ¿Encuentra satisfactorias las relaciones sexuales que mantiene con su pareja?					
16. ¿Logra tener una erección durante el juego previo con su pareja?					
17. ¿Transcurren semanas en las que no tiene relación sexual alguna?					
18. ¿Disfruta masturbándose mutuamente con su pareja?					
19. ¿Si quiere tener relaciones sexuales con su pareja toma Vd. la iniciativa?					
20. ¿Le disgusta ser abrazado o acariciado por su pareja?					
21. ¿Realiza el coito tan frecuentemente como quiere?					
22. ¿Rechaza tener relaciones sexuales con su pareja?					
23. ¿Pierde la erección durante el coito?					
24. ¿Eyacula sin quererlo casi tan pronto como su pene entra en la vagina de su pareja?					
25. ¿Disfruta abrazando y acariciando el cuerpo de su pareja?					
26. ¿Siente una falta de interés hacia el sexo?					
27. ¿Eyacula accidentalmente justo antes de que vaya a penetrar la vagina de su pareja?					
28. ¿Tiene sensaciones desagradables ante lo que Vd. y su pareja están haciendo mientras hacen el amor?					