

DESEO SEXUAL, TRASTORNOS DEL ESTADO DE ÁNIMO Y RELACIONES DE PAREJA

ELVIO MÍNGUEZ FÉLIX
TUTOR: RAFAEL BALLESTER ARNAL

INTRODUCCIÓN

Planteamiento del problema y justificación del estudio

La realización de este estudio nace del interés en comprender las variables que influyen en el deseo sexual, aspecto que afecta a la calidad de vida de las personas y que en muchas ocasiones supone un tema tabú y es menospreciado en la valoración clínica.

Conceptualización del deseo sexual

El deseo sexual es un constructo complejo que ha sido estudiado y definido por múltiples autores a lo largo del tiempo.

Kaplan (1977) definió el deseo como sensaciones que motivan al individuo a iniciar o mostrarse receptivas a la estimulación de carácter sexual. En otro estudio, Regan y Berscheid (1999) lo definieron como “un estado psicológico experimentado subjetivamente por el individuo como la conciencia de que él o ella quiere o desea alcanzar una meta sexual (presumiblemente placentera) que actualmente considera inalcanzable” (p. 15). Otra perspectiva acerca del deseo sexual sería el concepto de deseo como “la suma de fuerzas o impulsos que nos acercan o alejan del comportamiento sexual” (p.285) dada por Levine (2003).

Posteriormente, la conceptualización del deseo sexual se amplía, considerando otras variables en su desarrollo, diferenciando el deseo sexual individual del compartido en pareja (Regan, 2013), así como la motivación para llevar a cabo una determinada conducta sexual por factores o señales internas y/o externas (Leiblum y Rosen, 1988).

Aunque la mayoría de las investigaciones clásicas tratan el deseo sexual como un concepto unitario, la tendencia actual lo considera un constructo multidimensional (Moyano et al, 2016).

Una de las herramientas más utilizadas para evaluar el deseo sexual es el “Sexual Desire Inventory” o SDI-2 desarrollado por Spector, Cary y Steinberg en 1996. Spector y colaboradores definieron el deseo como “el interés en la actividad sexual, el cual puede ser medido por la cantidad y la fuerza del pensamiento dirigido hacia los estímulos sexuales” (p.178).

Deseo sexual y género

El deterioro de la salud mental es el factor de riesgo más importante para la disfunción sexual femenina. Las mujeres que conviven con una enfermedad psiquiátrica, a pesar de que las dificultades sexuales sean frecuentes, consideran la sexualidad como un aspecto importante de su calidad de vida (Shifren, 2020).

Según datos recabados de estudios efectuados en mujeres se estima que alrededor de un 40% de las mujeres a nivel mundial presentan problemas en la esfera sexual y aproximadamente un 12% (1 de cada 8 mujeres) presentan problemas sexuales relacionados con dificultades en el ámbito personal y/o interpersonal. Entre ellos, se sitúa la falta de deseo sexual (Shifren, 2020).

Con respecto al deseo sexual en hombres, es necesario profundizar en la comprensión de la respuesta sexual masculina, considerada históricamente más simple y mecánica en comparación con las mujeres. La mayor parte de la investigación existente toma como eje central el trastorno del deseo sexual hipoactivo en hombres heterosexuales en pareja. Se han descrito factores biológicos, psicológicos, relacionales y sexuales involucrados en el desarrollo y/o mantenimiento de la falta de interés sexual en los hombres. Por otro lado,

Respecto a las diferencias de género en el deseo sexual, la evidencia tradicionalmente sugiere que los hombres presentan mayor intensidad y frecuencia en el deseo sexual que

las mujeres (van Anders et. al, 2022) aunque también se ha demostrado que existe una alta influencia cultural en los factores vinculados a los roles de género y conductas estereotipadas sexuales y de masculinidad que podrían alterar el deseo sexual (Nimbi et. al, 2020).

Trastornos del estado de ánimo (depresión y ansiedad) y su relación con el deseo sexual

Atendiendo a la descripción que realiza el DSM-5, los trastornos depresivos presentan en común tristeza, sensación de vacío, irritabilidad y suelen acompañarse de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la funcionalidad del individuo. Se diferencian entre sí atendiendo a variables como la duración, la aparición y/o su etiología (American Psychiatric Association, 2014)

Según el DSM-5, entre los síntomas depresivos se puede encontrar: el estado de ánimo deprimido la mayor parte del día, la pérdida de interés o placer en la mayoría de las actividades, insomnio o hipersomnia, pérdida o aumento de peso significativo o disminución o aumento del apetito prolongado, enlentecimiento psicomotor o agitación, fatiga o baja energía, disminución en la capacidad de concentración o para la toma de decisiones, pensamientos recurrentes de inutilidad o culpa excesiva o inapropiada, pensamientos recurrentes de muerte o ideación suicida o intento de suicidio (Lyness, 2019).

Por otra parte, según el DSM-5, los trastornos de ansiedad incluyen trastornos que comparten rasgos de excesivo miedo y ansiedad junto a alteraciones en el comportamiento. El miedo es una respuesta emocional a una amenaza real o percibida inminente, mientras que la ansiedad surge de la anticipación a una amenaza futura (APA, 2014).

Los trastornos de ansiedad difieren del miedo o la ansiedad normativos del desarrollo en que son excesivos o persisten más allá de los periodos apropiados para el desarrollo. Se diferencian del miedo o la ansiedad transitorios, a menudo inducidos por el estrés, en que son persistentes (6 meses o más, aunque el criterio de duración presenta cierto grado de flexibilidad) e incapacitantes para el individuo (APA, 2014).

Los trastornos de ansiedad son los trastornos psiquiátricos más prevalentes y están asociados a una alta carga de morbilidad (Chisholm et al, 2016). Con una prevalencia del 10.3%, las fobias específicas (aisladas) son los trastornos de ansiedad más comunes (Jacobi et al, 2014). El trastorno de pánico con o sin agorafobia es el siguiente tipo más común con una prevalencia del 6%, seguido del trastorno de ansiedad social o fobia social (2.7%) y el trastorno de ansiedad generalizada (2.2%). Entre los datos, se aprecia que las mujeres presentan de 1.5 a 2 veces mayor probabilidad que los hombres de recibir un diagnóstico de ansiedad (Bandelow y Michaelis, 2022).

La ansiedad y la depresión con gran frecuencia aparecen juntas. No obstante, el concepto de ansiedad y depresión mixtas solo figura en la CIE-11 (Organización Mundial de la Salud, 2019) y no en el DSM-5.

A pesar de la existencia de un vínculo estrecho entre la disfunción sexual y la depresión o la ansiedad, respectivamente, existen muy pocos vínculos diagnósticos directos entre estos trastornos en la versión actual del DSM. Quizá pueda deberse a que el objetivo principal del DSM es el diagnóstico diferencial de distintos trastornos y no tanto atender las relaciones que puedan existir entre ellos (Laurent y Simons, 2009).

A colación de esto último, la propuesta Transdiagnóstica (Castellano et. al, 2015) apuesta por centrarse en aspectos comunes de los trastornos emocionales en búsqueda de la unidad, evitando la diferenciación en el diagnóstico y/o tratamiento de los mismos.

Lo que los estudios epidemiológicos parecen confirmar es que los trastornos de ansiedad son factores de riesgo de bajo deseo sexual y excitación (Basson y Gilks, 2018). Asimismo, el bajo deseo sexual está fuertemente relacionado con la depresión (Phillips y Slaughter, 2000). En un estudio se concluyó que más del 70% de los pacientes con depresión informaban una disminución en el interés sexual cuando no seguían su tratamiento habitual. Estos individuos afirmaban que el impacto que tenía la disminución en el deseo sexual en sus vidas era mayor que el de otros síntomas de la depresión (Casper et. al, 1985). Entre los síntomas de la depresión, la anhedonia se ha visto particularmente relacionada con un bajo deseo sexual (Basson y Gilks, 2018). La relación entre depresión y la disminución del deseo sexual puede resultar compleja, aunque el tratamiento de una afección suele mejorar la otra (Phillips y Slaughter, 2000). No obstante, en ocasiones, el tratamiento farmacológico de la depresión puede disminuir el deseo sexual y modificar la conducta sexual (Shifren, 2020).

Por otro lado, teniendo en cuenta cómo afecta la ansiedad en la calidad de vida de las personas, es comprensible que tanto las preocupaciones sexuales como las no sexuales puedan ser potenciales distractores durante la relación sexual, lo cual puede limitar su excitación, la frecuencia de orgasmo y la probabilidad de desencadenar el deseo (Basson y Gilks, 2018).

La falta de excitación y placer subjetivos están relacionados con rasgos de la ansiedad: las sensaciones de excitación sexual física pueden conducir al miedo en lugar del placer. Como dato relevante, la dispareunia es diez veces más frecuente en mujeres con diagnósticos previos de ansiedad. Todo ello, puede contribuir a la disminución del deseo sexual (Basson y Gilks, 2018).

Es importante evaluar la existencia de factores que afectan de manera común a la depresión, la ansiedad y el deseo sexual. Entre estos factores se incluyen eventos

estresantes de la vida (p.e. separación matrimonial), hitos de vida (p.e. la marcha de un hijo del hogar) y problemas en las relaciones (Heiman y Meston, 1997). Asimismo, se sabe que el abuso de drogas como el alcohol y los narcóticos disminuyen la libido, la excitación y el orgasmo. (Miller y Gold, 1988). Dado que el abuso del alcohol y otras drogas es más común en pacientes con trastornos del estado de ánimo, se debe considerar el consumo de dichas sustancias a la hora de acompañar a un paciente.

De la asociación entre la depresión y ansiedad con la disfunción sexual surgen preguntas sobre la dirección de la causalidad. ¿Se debe considerar la depresión y la ansiedad como precipitantes de la disfunción sexual o es la disfunción sexual una causa frecuente de trastorno del estado de ánimo? Otra posibilidad estudiada es la existencia de una vulnerabilidad subyacente al trastorno de ánimo y a la disfunción sexual. Esto sugiere que la presencia de cualquiera de los tres factores de riesgo (ansiedad, depresión y bajo deseo sexual) aumentará la probabilidad de aparición de síntomas en cualquiera de los otros dos estados, por lo que el cribado de todas las comorbilidades debe convertirse en una rutina (Brotto et. al, 2016).

A pesar de conocerse el impacto que tiene el deseo sexual en la calidad de vida de las personas y que, particularmente, en el contexto de los trastornos del estado de ánimo, este deseo está reducido en un porcentaje elevado de casos, la evaluación del deseo sexual no se considera de manera rutinaria en el diagnóstico ni se tiene en cuenta a la hora de aplicar o modificar un tratamiento (Basson y Gilks, 2018).

Deseo sexual y relación de pareja

Una de las respuestas sexuales más experimentadas a nivel universal es el deseo sexual. La investigación a este respecto ha aumentado en los últimos años. No obstante, las diferencias en la intensidad del deseo sexual, considerando el deseo como alto o bajo,

sigue siendo fuente de conflicto tanto en la cultura como en los entornos clínicos. Gracias a los avances en la investigación se sabe que el deseo sexual es cambiante, tanto dentro de uno mismo como al compararlo entre distintas personas, así como que los problemas relacionados con el deseo sexual están fuertemente vinculados a los existentes en las relaciones interpersonales. A pesar de todo, sigue existiendo una brecha crítica en la comprensión de los factores que contribuyen a mantener el deseo sexual en el contexto de las relaciones (Brotto et. al, 2016).

Uno de los modelos de estudio de los motivos para mantener relaciones sexuales en pareja se basa en un ciclo de respuesta sexual basado en incentivos. Las razones de mayor peso ligados al “ser sexual” son aquellas relacionadas con la intimidad emocional de la pareja y, en segundo lugar, las que tienen que ver con la recompensa placentera esperada del evento sexual, de modo que no necesariamente tiene que haber una sensación inicial de impulso o deseo sexual innato. De hecho, el deseo sexual en sí mismo puede aparecer una vez se ha producido la excitación. Esto se ha denominado deseo “en respuesta” o “provocado”. Pero para excitarse y desear se necesitan los estímulos y contextos apropiados y la capacidad de prestar atención a los estímulos y sensaciones que le siguen, así como también se necesita encontrar placenteras las sensaciones físicas y la excitación, ambos disminuidos tanto en la depresión como en la ansiedad (Brotto et. al, 2016).

La información recogida en la investigación sobre la asociación entre el deseo sexual y la duración de la relación es controvertida. Existe evidencia que afirma que el paso del tiempo, medido tanto por la edad de los participantes (Laumann et. al, 2005) como por la duración de la relación presenta una correlación negativa con respecto a la frecuencia sexual (Call, et. al, 1995).

En cambio, en el estudio dirigido por Velten y Margraf (2017), no se encontraron diferencias estadísticamente significativas al correlacionar la duración de la relación y el deseo sexual.

Como citan en su estudio Shin y Johnson (1978) la satisfacción con la vida se ha definido como “una evaluación global de la calidad de vida de una persona”. Esta se relaciona con otros aspectos del bienestar general, como puede ser la satisfacción sexual. Concretamente, Fugl-Meyer et. al. (1991) encontraron que la satisfacción sexual estaba estrechamente relacionada con la satisfacción en otras áreas de la vida como la satisfacción con la pareja y la vida familiar. En conjunto, estas facetas explican más del 50% de la satisfacción general con la vida (Call. et al, 1995).

Objetivos e hipótesis

Como objetivo general de este trabajo se plantea explorar la relación entre el deseo sexual y algunas variables relacionadas con el estado emocional (ansiedad y depresión) y con la relación de pareja (el tiempo de relación y la satisfacción con la misma).

Como objetivos específicos se plantea:

1. Describir las diferencias en las variables anteriormente descritas según el género.
2. Analizar la relación entre el deseo sexual y la ansiedad.
3. Analizar la relación entre el deseo sexual y la depresión.
4. Analizar la relación entre el deseo sexual, la edad y tiempo de relación.
5. Analizar la relación entre el deseo sexual y la satisfacción con la relación de pareja.

En consonancia con la investigación previamente consultada, las hipótesis del presente estudio son:

1. El deseo sexual será mayor en hombres que en mujeres.
2. El deseo sexual será mayor en personas con menor puntuación en ansiedad (relación negativa).
3. El deseo sexual será mayor en personas con menor puntuación en depresión (relación negativa).
4. El deseo sexual variará en función de la edad y del tiempo de la relación de pareja (relación controvertida).
5. El deseo sexual será mayor en personas con mayor satisfacción en la relación de pareja (relación positiva).

MÉTODO

Participantes, procedimiento y diseño

Para el presente estudio se ha seleccionado una submuestra de 300 participantes, procedentes de la base de datos de una amplia investigación global sobre sexualidad. El proyecto global lleva por nombre “International Sex Survey”, está liderado por Beáta Bothe, de la Universidad de Montreal y en él han participado más de 40 países de todo el mundo, recogiendo información acerca de unos 80.000 participantes. En concreto en nuestro país se recogieron datos de 2000 participantes. La recogida de la información se llevó a cabo desde octubre de 2021 a febrero de 2022. Los y las participantes respondieron a una encuesta online de aproximadamente una hora de duración, consistente en numerosos cuestionarios relacionados con diversas variables sobre la sexualidad humana.

El estudio fue desarrollado acorde a las Guías de la Comisión Deontológica y al Reglamento de la Comisión Deontológica y del Comité Ético de Bienestar Animal de la Universidad Jaume I.

Para este trabajo se realizó un muestreo por cuotas siguiendo los siguientes criterios generales y de inclusión:

- a) El tamaño total de la muestra es de 300 casos.
- b) Los tamaños de los grupos de hombres y mujeres son iguales.
- c) Los participantes manifiestan la misma orientación sexual.
- d) Los participantes manifiestan no sentir discordancia entre su sexo y su género.
- e) Los participantes se encuentran actualmente en una relación sexoafectiva.
- f) Los participantes residen en España.
- g) La edad de los participantes es de entre 18 y 33 años.

En la Tabla 1 se muestran las características sociodemográficas más significativas de la muestra. El rango de edad, como se ha dicho, es de 18 a 33 años y el rango de tiempo en relación, de 0 a 12 años.

Tabla 1.

Características sociodemográficas de la muestra

	Hombres n=150 (50%)	Mujeres n=150 (50%)
Edad <i>M (DT)</i>	23.39 (3.86)	22.85 (3.38)
Años en relación <i>M (DT)</i>	2.93 (3.06)	2.6 (2.52)
Nivel de estudios		
Primaria (Colegio)	1 (0.67%)	1 (0.67%)
Secundaria (Instituto)	13 (8.67%)	17 (11.3%)
Terciaria (Universidad)	136 (90.67%)	132 (88.00%)

El diseño de investigación seguido para el estudio, dados sus objetivos es el correlacional simple (se miden las relaciones entre variables sin controlar ninguna de ellas).

Materiales. De todas las medidas tomadas en el cuestionario inicial, se extrajeron los datos de los cuestionarios más relevantes respecto a las variables de estudio: el deseo sexual, la ansiedad y la depresión, además de los ítems que evaluaban género, edad, nivel de estudios, orientación sexual, tiempo de relación de pareja y un ítem que medía la satisfacción global con la relación de pareja.

De este modo, las pruebas seleccionadas fueron:

- a) *Cuestionario base.* Incluye cuestiones sobre edad, sexo, género percibido, orientación sexual, estado y duración de la relación y nivel de estudios.
- b) *SDI-2.* Sexual Desire Inventory 2 (Spector et. al, 1996). Cuestionario de 14 ítems que evalúa el Deseo Sexual. En la última revisión del cuestionario (Moyano et. al, 2016), se divide en 3 factores: deseo sexual en pareja (ítems 1, 2, 3, 6, 7, 8 y 9), deseo sexual individual (ítems 10, 11, 12 y 13) y deseo sexual hacia una persona atractiva (ítems 4 y 5) y añade un ítem extra (ítem 14) que explora el distrés que produciría la abstinencia sexual. Los ítems de frecuencia (por ejemplo: “¿Cuán a menudo te hubiera gustado participar en una relación sexual en compañía?”) se miden en una escala Likert de 8 puntos (desde “0/Nunca” hasta “7/Más de una vez al día) y el resto de los ítems se miden en una escala Likert de 9 puntos (desde “0/Nada hasta 8/Mucho”). El ítem 14 tiene una escala distinta, inversa, que va desde 0 (siempre) hasta 8 (menos de un día). La puntuación total mínima es de 0 puntos y la máxima de 108 En la mencionada revisión, el alfa de Cronbach de todas las subescalas fue superior a 0.80 (Moyano et. Al, 2016), demostrando una buena consistencia interna.
- c) *BSI-18 (subescalas de Ansiedad y Depresión).* Brief Symptom Inventory 18. (Derogatis, 2001). Es un autoinforme compuesto por 18 ítems a los que se responde en una escala Likert (de 0/Nada a 4/Extremadamente). Ha sido

diseñado para evaluar la sintomatología psicopatológica más prevalente en población clínica y médica, y en población general. BSI-18 estima un Nivel General de Gravedad, y medidas en factores de Somatización, Depresión y Ansiedad. En este estudio, se han utilizado exclusivamente las subescalas de Depresión y Ansiedad, con puntuación mínima de 0 puntos y máxima de 24 para las subescalas y de 48 para el total. El alfa de Cronbach de la escala de depresión es de .84 y el de la ansiedad, de .79 (Derogatis, 2001).

- d) *RAS*. Relationship Assesment Scale. (Dicke y Hendrick, 1998) Es un instrumento diseñado para medir la satisfacción general con la relación de pareja. En este estudio, se ha utilizado exclusivamente el ítem 2 del mismo: “En general, ¿cuán satisfecho/a estás con tu relación?” Es una escala Likert de 1 (insatisfecho/a) a 5 (extremadamente satisfecho/a).

Análisis estadísticos

Todos los análisis estadísticos se han realizado mediante el software SPSS 22. Se llevó a cabo un test de Kolmogorov-Smirnov para explorar las variables a estudiar (edad, tiempo de relación, satisfacción con la relación, deseo sexual total, ansiedad y depresión), con resultados entre .084 y .321, todos con un valor de significación $p < .001$, indicando que ninguna de las distribuciones es estadísticamente normal. Por tanto, para todos los análisis realizados, se utilizaron pruebas no paramétricas. Para los contrastes, se ha utilizado la U de Mann-Whitney, para los tamaños del efecto, la g de Hedges y para las correlaciones, el coeficiente de correlación muestral de Spearman. También se han calculado ecuaciones de regresión múltiple.

RESULTADOS

Estadísticos descriptivos

La Tabla 2 muestra el recuento, porcentajes, las medias y las desviaciones típicas de las respuestas a los ítems más relevantes del SDI-2 en cuanto a los tres factores del deseo sexual. Los datos de los ítems 4 (“Cuando ves por primera vez a una persona atractiva, ¿cuán fuerte es tu deseo sexual?”), 5 (“Cuando pasas tiempo con una persona atractiva, ¿cuán fuerte es tu deseo sexual?”), y 11 (“¿Cuán fuerte es tu deseo para tener un comportamiento sexual contigo mismo/a?”) se distribuyen a lo largo del rango de puntuaciones, mientras que las puntuaciones del ítem 7 (“¿Cuán fuerte es tu deseo para tener un comportamiento sexual con una pareja?”) se acumulan en las puntuaciones más altas. Esto podría indicar que el deseo por implicarse en relaciones sexuales con una pareja es alto en esta muestra.

Tabla 2.

Recuentos y porcentajes de respuesta en el SDI-2

	0	1	2	3	4	5	6	7	8	Media (DT)
Item 4	24 (8%)	46 (15.3%)	37 (12.3%)	42 (14%)	57 (19%)	40 (13.3%)	38 (12.7%)	11 (3.7%)	5 (1.7%)	3.4 (2.04)
Item 5	28 (9.3%)	41 (13.7%)	42 (14%)	43 (14.3%)	51 (17%)	41 (13.7%)	34 (11.3%)	16 (5.3%)	4 (1.3%)	3.37 (2.08)
Item 7	1 (0.3%)	1 (0.3%)	2 (0.7%)	5 (1.7%)	9 (3.0%)	30 (10%)	59 (19.7%)	81 (27%)	112 (37.3%)	6.74 (1.38)
Item 11	19 (6.3%)	19 (6.3%)	25 (8.3%)	38 (12.7)	45 (15%)	56 (18.7%)	48 (16%)	30 (10%)	20 (6.7%)	4.34 (2.18)

Nota: las puntuaciones van de 0 (No deseo) a 8 (Fuerte deseo)

Respecto a la satisfacción con la relación de pareja, cabe destacar que el mayor porcentaje corresponde a los y las que se sienten "muy satisfechas" con su relación de

pareja (53.3% de hombres y 61.3% de mujeres) y que tan solo el 7.4% de hombres y 6% de mujeres se sienten entre nada y poco satisfechos con su relación. En la Tabla 3 se muestra más información sobre esta variable.

Tabla 3.

Satisfacción con la relación de pareja

	Hombres n=150 (50%)	Mujeres n=150 (50%)
Nada satisfecho/a	4 (2.7%)	4 (2.7%)
Poco satisfecho/a	7 (4.7%)	5 (3.3%)
Moderadamente satisf.	6 (4.0%)	5 3.3%)
Satisfecho/a	53 (35.3%)	44 (29.3%)
Muy satisfecho/a	80 (53.3%)	92 (61.3%)

Diferencias de género

En prácticamente todas las variables medidas en este estudio, aparecen diferencias significativas entre géneros.

Respecto al deseo sexual, existen diferencias estadísticamente significativas tanto en el deseo sexual en pareja ($U = 9578, p = .026$), el deseo sexual en solitario ($U = 7894, p < .001$), como en la puntuación total del cuestionario ($U = 7655, p < .001$), siendo menor en las mujeres en todos los casos. La diferencia de deseo sexual hacia una persona atractiva no resulta significativa, pero se acerca a la significación estadística.

El tamaño del efecto es pequeño ($g=0.286$) para el deseo sexual en pareja, grande ($g=1.082$) para el deseo sexual en solitario y medio ($g=0.520$) para el deseo sexual total (para más detalle, ver tabla 4).

Tabla 4. *Diferencias de género en el deseo sexual (U de Mann Whitney)*

	Hombres	Mujeres	<i>U</i>	<i>p</i>	g de Hedges
	n=150	n=150			
	Mdn (Rango)	Mdn (Rango)			
SDI en pareja	41 (44)	39 (51)	9578	.026	0.286
SDI en solitario	19 (33)	15.5 (31)	7894	.000	1.082
SDI p. atractiva	7 (16)	6 (16)	9876	.067	—
SDI total	71 (83)	64 (94)	7655	.000	0.520

Respecto a la satisfacción con la relación de pareja, no existen diferencias significativas entre grupos ($U = 10350$, $p = .175$)

Respecto a la ansiedad, existen diferencias estadísticamente significativas ($U = 7079$, $p < .001$) en las puntuaciones del BSI (subescala Ansiedad), siendo mayores en mujeres.

El tamaño del efecto es grande ($g=0.646$).

Respecto a la depresión, no existen diferencias estadísticamente significativas ($U = 10536$, $p = .36$) en las puntuaciones del BSI (subescala Depresión) (para más detalle sobre ansiedad y depresión, ver tabla 5).

Tabla 5.

Diferencias de género en ansiedad y depresión (U de Mann Whitney)

	Hombres	Mujeres	<i>U</i>	<i>p</i>	g de Hedges
	n=150	n=150			
	Mdn (Rango)	Mdn (Rango)			
BSI Ansiedad	6 (24)	10 (21)	7079	< .001	0.646
BSI Depresión	6 (24)	7 (24)	10563	.36	—

Relaciones entre variables

Todos los factores del SDI-2 correlacionan entre sí y con la puntuación total, tanto en hombres como en mujeres con valores que oscilan entre $\rho = .165, p < .05$ y $\rho = .774, p < .01$. Del mismo modo, la subescala de ansiedad y la de depresión del BSI correlacionan significativamente entre sí ($\rho = .666, p < .01$ para los hombres y para las mujeres). Las variables edad y años de relación también correlacionan significativamente ($\rho = .500, p < .01$ para los hombres y $\rho = .634, p < .01$ para las mujeres).

De nuevo, existen variaciones respecto al género en la relación entre variables:

- a) En los hombres, la única correlación significativa que encontramos se da entre las puntuaciones de la subescala de depresión del BSI y la satisfacción con la relación ($\rho = -.226, p < .01$), indicando que las personas con mayor depresión muestran una menor satisfacción en su relación de pareja o viceversa (Ver Tabla 6).
- b) En las mujeres podemos encontrar algunas correlaciones significativas entre las variables de interés. El deseo sexual correlaciona positivamente con la subescala de ansiedad del BSI ($\rho = .192, p < .05$). El deseo sexual en pareja correlaciona positivamente con la satisfacción con la relación ($\rho = .214, p < .01$) y negativamente con los años de relación ($\rho = -.196, p < .05$). El deseo sexual hacia una persona atractiva correlaciona positivamente con la subescala de ansiedad del BSI ($\rho = -.219, p < .01$), que a su vez correlaciona negativamente con la duración de la relación de pareja ($\rho = -.162, p < .05$) y con la edad ($\rho = -.201, p < .01$). La edad correlaciona también con la satisfacción con la pareja, en sentido negativo ($\rho = -.220, p < .01$). (Ver Tabla 7)

Tabla 6.*Correlaciones entre el deseo sexual y variables asociadas en hombres (Spearman)*

	SDI-2 Total	SDI-2 Pareja	SDI-2 Solitario	SDI-2 Persona atractiva	Satisfacción relación	BSI Ansiedad	BSI Depresión	Años relación	Edad
SDI-2 Total	—								
SDI-2 Pareja	.647**	—							
SDI-2 Solitario	.774**	.214**	—						
SDI-2 P. atractiva	.660**	.165*	.413**	—					
Satisfacción relación	-.059	.029	-.035	-.115	—				
BSI Ansiedad	.070	.001	.160	.037	-.110	—			
BSI Depresión	.039	.035	.122	-.038	-.226**	.666**	—		
Años relación	.158	.088	.081	.116	-.054	-.044	-.031	—	
Edad	.015	-.050	.030	.038	-.099	-.028	.001	.500**	—

Nota: hombres ($n = 150$)**. La correlación es significativa en el nivel $p < .01$ (bivariada).*. La correlación es significativa en el nivel $p < .05$ (bivariada).

Tabla 7.*Correlaciones entre el deseo sexual y variables asociadas en mujeres (Spearman)*

	SDI-2 Total	SDI-2 Pareja	SDI-2 Solitario	SDI-2 Persona atractiva	Satisfacción relación	BSI Ansiedad	BSI Depresión	Años relación	Edad
SDI-2 Total	—								
SDI-2 Pareja	.749**	—							
SDI-2 Solitario	.742**	.245**	—						
SDI-2 P. atractiva	.531**	.249**	.263**	—					
Satisfacción relación	.038	.214**	-.144	-.067	—				
BSI Ansiedad	.192*	.137	.131	.219**	-.041	—			
BSI Depresión	.069	-.009	.115	.154	-.140	.666**	—		
Años relación	-.173*	-.196*	-.017	-.081	-.162*	-.195*	-.108	—	
Edad	-.059	-.078	.049	.005	-.220**	-.201*	-.148	.634**	—

Nota: mujeres ($n = 150$).**. La correlación es significativa en el nivel $p < .01$ (bivariada).*. La correlación es significativa en el nivel $p < .05$ (bivariada).

Análisis predictivo del deseo sexual

Calculamos un modelo de regresión lineal múltiple con método Por pasos para predecir el efecto del género percibido, la edad, la duración de la relación, la satisfacción con la relación, la ansiedad y la depresión en el deseo sexual.

La ecuación de la regresión respecto al deseo sexual total fue estadísticamente significativa ($F= 14.17, p < .001$) y determinó que el género ($B = -9.364, p < 0.001$) y la ansiedad ($B = 0.480, p = .005$) explicarían aproximadamente el 9% de la varianza ($R_2 = .087$), desechando el resto de las variables. La dirección de las relaciones indica que los hombres tendrían más deseo y que, a más ansiedad, mayor deseo sexual.

Con el fin de estudiar también las diferencias de género, se calculó la misma ecuación para las submuestras de hombres y de mujeres. En el caso de los hombres, la ecuación no devolvió ninguna variable estadísticamente significativa para explicar la varianza en el deseo sexual. En cambio, en el caso de las mujeres, la ecuación de regresión ($F = 7.3, p = .008$) determinó que aproximadamente el 5% ($R_2 = .047$) de la varianza estaría explicado por la ansiedad. A más ansiedad, mayor deseo sexual.

DISCUSIÓN

El objetivo inicial del presente estudio era describir los niveles de deseo sexual en una muestra de población española, explorar cómo influyen las diferencias de género, la edad, la duración de la relación, la satisfacción con la relación, la ansiedad y la depresión en el deseo sexual y analizar las posibles diferencias de género respecto al mismo.

Los resultados ponen de manifiesto la complejidad del deseo sexual, un constructo que se viene estudiando desde hace décadas, pero que todavía a día de hoy es difícil de definir, cuantificar y predecir.

En primer lugar y en consonancia con investigaciones previas (van Anders et. al, 2022), es destacable la diferencia de género en lo que respecta al deseo sexual. El deseo sexual de los hombres demuestra ser más alto que el de las mujeres, confirmando la primera hipótesis de este estudio (el deseo sexual será mayor en hombres que en mujeres). Llama la atención que la diferencia (según el tamaño del efecto) en el deseo sexual en pareja es pequeño y, en cambio, la diferencia en el deseo sexual en solitario es grande. Estos resultados evidencian el componente multifactorial y la complejidad del constructo de estudio, siendo diferente el deseo sexual individual del deseo sexual en pareja, aunque habitualmente suele considerarse como un constructo unitario.

Respecto a la relación entre el deseo sexual y las variables emocionales, los resultados son algo más controvertidos. La segunda hipótesis (el deseo sexual será mayor en personas con menor puntuación en ansiedad) no ha resultado cierta ni para los hombres ni para las mujeres. De hecho, la correlación entre deseo sexual y ansiedad ha resultado ser opuesta a lo hipotetizado en el caso de las mujeres, siendo el deseo mayor cuando la ansiedad es mayor. Existen estudios que hablan sobre el sexo como regulador emocional (Barba et. al, 2020), siendo el malestar emocional el causante de conductas hipersexuales. Los resultados al respecto podrían ir en esa misma dirección. La tercera hipótesis (el deseo sexual será mayor en personas con menor puntuación en depresión) no ha arrojado resultados significativos. El resultado más relevante respecto a la depresión es la correlación negativa con la satisfacción con la pareja en los hombres, aunque no en las mujeres. Este resultado pone en valor, de nuevo, la importancia de la sexualidad respecto a la salud mental en general.

La cuarta hipótesis (el deseo sexual variará en función de la edad y del tiempo de la relación de pareja) habla las implicaciones que el paso del tiempo podría tener en el deseo sexual y sí queda demostrada en el caso de las mujeres, aunque no en el de los

hombres. La duración de la relación parece tener un importante peso en el deseo sexual y en la satisfacción con la relación de pareja en las mujeres de la muestra. Cuanto más largas son las relaciones, más insatisfactorias y menos sexualmente deseables se tornan.

Por último, la quinta hipótesis (el deseo sexual será mayor en personas con mayor satisfacción en la relación de pareja) queda aceptada, de nuevo, solo en el caso de las mujeres, que sí muestran una correlación entre el deseo sexual en pareja y la satisfacción con la relación.

Es llamativa la diferencia de género en las correlaciones del deseo sexual. Los resultados evidencian una mayor estabilidad del deseo en los hombres, que no se ve afectado por ninguna de las variables analizadas (ni mediante correlaciones ni mediante regresión). En cambio, en el caso de las mujeres, el deseo parece ser más cambiante y mucho más vulnerable al paso del tiempo. Que el deseo de los hombres sea más alto y más estable que el de las mujeres, podría tener mucho que ver con los diferentes roles de género adoptados por la población joven española. A este respecto, sería interesante poder contrastar los datos con los de otras sociedades o generaciones.

Es necesario mencionar que, aunque sí existe evidencia relevante en este estudio, tanto las diferencias entre géneros como las correlaciones entre variables son pequeñas. La ecuación de regresión consigue explicar únicamente el 9% del deseo sexual, y solo en el caso de las mujeres, por tanto, sería arriesgada la generalización de los resultados a la población general.

Las limitaciones más relevantes de este estudio han estado relacionadas con las herramientas de obtención de datos. Dado que el cuestionario tuvo que adaptarse a la mayor población posible, algunas traducciones no eran del todo precisas para la muestra española. Es necesario mencionar también que la función original de los cuestionarios

que se han relacionado no es la misma. El SDI-2 está más enfocado a una función exploratoria del deseo sexual, mientras que el BSI es una herramienta de evaluación clínica, basada en unos criterios diagnósticos más rígidos. Hablando de evaluación, existe una novedosa corriente en el ámbito de la investigación sexual que sugiere que el sexo podría estudiarse como un estado, además de como un rasgo, tal y como sucede con la ansiedad. La propia experiencia humana nos dice que nuestras necesidades y deseos pueden llegar a ser muy variables. Las diferencias entre diferentes personas han sido ampliamente estudiadas, pero no tanto las diferencias intraindividuales. Se ha demostrado que el deseo sexual correlaciona con el estado de ánimo (Varfi et. al, 2019), y el estado de ánimo puede llegar a variar extremadamente, incluso en un mismo día. Por tanto, parece viable esta nueva aproximación que, gracias a nuevas tecnologías como la evaluación ecológica momentánea, permitiría llevar a cabo asociaciones mucho más precisas, sobre todo respecto a las variables temporales, siendo capaz de medir diferentes constructos en momentos determinados.

Para concluir cabe destacar, de nuevo, la suma complejidad de un constructo como el deseo sexual. Son innumerables los factores que influyen en él, muchos de ellos probablemente todavía no estudiadas.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2014). DSM-5: Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales.
- Bandelow, B., Michaelis, S., & Wedekind, D. (2022). Treatment of anxiety disorders. *Dialogues in clinical neuroscience*.
- Bandelow, B., & Michaelis, S. (2022). Epidemiology of anxiety disorders in the 21st century. *Dialogues in clinical neuroscience*.
- Barba, M. G., Arnal, R. B., Llarío, M. D. G., Calvo, J. C., & García, J. E. N. (2020). El papel de los problemas emocionales en la hipersexualidad. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, 1(1), 443-452.
- Castellano Badenas, C., Osma López, J. J., Crespo Delgado, E., & Fermoselle Esclapez, E. (2015). Adaptación grupal del Protocolo Unificado para el Tratamiento de los Trastornos Emocionales. pp. 151-162
- Basson, R., & Gilks, T. (2018). Women's sexual dysfunction associated with psychiatric disorders and their treatment. *Women's health*, 14, 1745506518762664.
- Brotto, L., Atallah, S., Johnson-Agbakwu, C., Rosenbaum, T., Abdo, C., Byers, E. S., ... & Wylie, K. (2016). Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *The journal of sexual medicine*, 13(4), 538-571.
- Call, V., Sprecher, S., & Schwartz, P. (1995). The incidence and frequency of marital sex in a national sample. *Journal of Marriage and the Family*, 639-652.
- Casper, R. C., Redmond, D. E., Katz, M. M., Schaffer, C. B., Davis, J. M., & Koslow, S. H. (1985). Somatic symptoms in primary affective disorder: presence and

- relationship to the classification of depression. *Archives of general psychiatry*, 42(11), 1098-1104.
- Chisholm D., Sweeny K., Sheehan P., et al Scaling-up treatment of depression and anxiety: a global return on investment analysis. *Lancet Psychiatry*. 2016;3(5):415–424.
- Dawson, S. J., & Chivers, M. L. (2014). Gender differences and similarities in sexual desire. *Current Sexual Health Reports*, 6(4), 211-219.
- Derogatis, L. R. (2001). *Brief symptom inventory 18*. Baltimore: Johns Hopkins University.
- Fugl-Meyer, A. R., Bränholm, I. B., & Fugl-Meyer, K. S. (1991). Happiness and domain-specific life satisfaction in adult northern Swedes. *Clinical rehabilitation*, 5(1), 25-33.
- Heiman, J. R., & Meston, C. M. (1997). Evaluating sexual dysfunction in women. *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 40(3), 616-629.
- Hendrick, S. S., Dicke, A., & Hendrick, C. (1998). The relationship assessment scale. *Journal of social and personal relationships*, 15(1), 137-142.
- Miller, N. S., & Gold, M. S. (1988). The human sexual response and alcohol and drugs. *Journal of substance abuse treatment*.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., ... & Wittchen, H. U. (2014). Mental disorders in the general population: Study on the health of adults in Germany and the additional module mental health (DEGS1-MH). *Der Nervenarzt*, 85(1), 77-87.
- Kaplan, H. S. (1977). Hypoactive sexual desire. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 3, 3–9. doi:10.1080/00926237708405343

- Laumann, E. O., Nicolosi, A., Glasser, D. B., Paik, A., Gingell, C., Moreira, E., & Wang, T. (2005). Sexual problems among women and men aged 40–80 y: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International journal of impotence research*, *17*(1), 39-57.
- Laurent, S. M., & Simons, A. D. (2009). Sexual dysfunction in depression and anxiety: conceptualizing sexual dysfunction as part of an internalizing dimension. *Clinical psychology review*, *29*(7), 573-585.
- Leiblum, S. R., & Rosen, R. C. (Eds.). (1988). *Sexual desire disorders*. New York, NY: Guilford Press.
- Levine, S. (2003). The nature of sexual desire: A clinician's perspective. *Archives of Sexual Behavior*, *32*, 279–285. doi:10.1023/A:1023421819465
- Lyness, J. M. (2019). Unipolar depression in adults: Assessment and diagnosis. *UpToDate.(internet)*, 1-21.
- Moyano, N., Vallejo-Medina, P., & Sierra, J. C. (2017). Sexual desire inventory: Two or three dimensions?. *The Journal of Sex Research*, *54*(1), 105-116.
- Nimbi, F. M., Tripodi, F., Rossi, R., Navarro-Cremades, F., & Simonelli, C. (2020). Male sexual desire: an overview of biological, psychological, sexual, relational, and cultural factors influencing desire. *Sexual medicine reviews*, *8*(1), 59-91.
- Organización Mundial de la Salud. (2019). *Clasificación estadística internacional de enfermedades y problemas de salud conexos* (11^a ed.)
- Phillips Jr, R. L., & Slaughter, J. R. (2000). Depression and sexual desire. *American Family Physician*, *62*(4), 782-786.

- Regan, P. C. (2013). Sexual desire in women. In D. Castañeda (Ed.), *The essential handbook of women's sexuality, Vol. 1: Meanings, development, and worldwide views* (pp. 3–24). S
- Regan, P. C., & Berscheid, E. (1999). *Lust: What we know about human sexual desire*. Sage Publications.
- Shifren, J. L. (2020). Overview of sexual dysfunction in women: Management. *Barbieri RL*.
- Shin, D. C., & Johnson, D. M. (1978). Avowed happiness as an overall assessment of the quality of life. *Social indicators research*, 5(1), 475-492.
- Spector, I. P., Carey, M. P., & Steinberg, L. (1996). The Sexual Desire Inventory: Development, factor structure, and evidence of reliability. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 22, 175–190.
- van Anders, S. M., Herbenick, D., Brotto, L. A., Harris, E. A., & Chadwick, S. B. (2022). The heteronormativity theory of low sexual desire in women partnered with men. *Archives of Sexual Behavior*, 51(1), 391-415.
- Varfi, N., Rothen, S., Jasiowka, K., Lepers, T., Bianchi-Demicheli, F., & Khazaal, Y. (2019). Sexual desire, mood, attachment style, impulsivity, and self-esteem as predictive factors for addictive cybersex. *JMIR Mental Health*, 6(1), e9978.
- Velten, J., & Margraf, J. (2017). Satisfaction guaranteed? How individual, partner, and relationship factors impact sexual satisfaction within partnerships. *PLoS one*, 12(2), e0172855.