



**FACULTAD DE CIENCIAS HUMANAS Y SOCIALES**

# **Influencia del uso excesivo de redes sociales en el deseo sexual**

Trabajo de Fin de Máster

Máster Universitario en Psicología General Sanitaria

Autora: Patricia Ferrer Asensio

Directora: Rosa Molina Ruiz

**Madrid**

**24 de Mayo, 2024**

## RESUMEN

El amplio uso de las redes sociales en la actualidad tanto en jóvenes como en adultos ha motivado el desarrollo de la investigación sobre cómo estas plataformas pueden llegar a influir en la esfera sexual de la persona, concretamente en el deseo sexual. También se ha estudiado el efecto de otras variables como los síntomas depresivos, la edad, el género, la medicación psicotrópica y el tiempo de uso de redes sociales en el deseo sexual. **Objetivo:** Estudiar la relación entre el deseo sexual y las variables síntomas depresivos, la edad, el género, la medicación psicotrópica y el tiempo de uso de redes sociales. **Método:** Participaron 562 personas mayores de 18 años españoles o latinoamericanos. A todos ellos se les aplicó un cuestionario con variables sociodemográficas, el Cuestionario de Funcionamiento Sexual del Hospital General de Massachusetts, el Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM), el cuestionario Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9), el Social Media Addiction Scale-Student Form (SMAS-SF) y el Bergen Social Media Addiction Scale (BSMAS). **Resultados:** Se observó que los niveles más altos de depresión y de uso excesivo de redes sociales, se relacionaron con bajos niveles de deseo sexual. Además, se observa que a menor edad el deseo sexual es mayor que en edades más avanzadas; que las personas sin sintomatología depresiva tienen mayores puntuaciones en deseo sexual que aquellas que sí que los padecen; que las personas solteras tienen mayor puntuación en deseo sexual que aquellas que están en pareja; y, por último, que aquellas personas que no consumen medicación psicotrópica obtienen puntuaciones más altas de deseo sexual que aquellas que sí que lo hacen.

**Palabras clave:** *deseo sexual, redes sociales, síntomas depresivos, medicación psicotrópica, edad, género.*

## ABSTRACT

The widespread use of social networks today in both young people and adults has motivated the development of research on how these platforms can influence the sexual sphere of the individual, specifically sexual desire. The effect of other variables such as depressive symptoms, age, gender, psychotropic medication and time spent using social networks on sexual desire has also been studied. **Objective:** To study the relationship between sexual desire and the variables depressive symptoms, age, gender, psychotropic medication and time spent using social networks. **Methods:** A total of 562 Spanish or Latin American subjects over 18 years of age participated in the study. All of them were administered a questionnaire with sociodemographic variables, the Massachusetts General Hospital Sexual Functioning Questionnaire, the Women's Sexual Function Questionnaire (FSM), the Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9), the Social Media Addiction Scale-Student Form (SMAS-SF) and the Bergen Social Media Addiction Scale (BSMAS). **Results:** It was observed that higher levels of depression and excessive use of social networks were related to lower levels of sexual desire. In addition, it is observed that at younger ages sexual desire is greater than at older ages; that people that don't present depressive symptoms have higher scores in sexual desire than those who do; that single people have higher scores in sexual desire than those who are in a couple; and, finally, that those who do not consume psychotropic medication obtain higher scores in sexual desire than those who do.

**Keywords:** *sexual desire, social networks, depressive symptoms, psychotropic medication, age, gender.*

## Índice

INTRODUCCIÓN.....	5
REDES SOCIALES .....	5
IMPACTO DE REDES SOCIALES EN LA PERSONA.....	5
REDES SOCIALES Y SEXUALIDAD .....	7
DESEO SEXUAL.....	10
<i>OBJETIVOS E HIPÓTESIS</i> .....	12
MÉTODOLOGÍA .....	13
<i>Diseño y participantes</i> .....	13
<i>Procedimiento:</i> .....	13
<i>Instrumentos</i> .....	13
<i>Análisis de datos</i> .....	16
RESULTADOS.....	16
DISCUSIÓN.....	23
LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES .....	27
CONCLUSIONES.....	29
REFERENCIAS.....	30
ANEXOS .....	37
Anexo 1.....	37

## INTRODUCCIÓN

### REDES SOCIALES

En la actualidad, la gran mayoría de personas disponemos de dispositivos electrónicos que nos permiten un acceso directo a internet y a las redes sociales como pueden ser Instagram, Twitter, Tiktok o Facebook. Se ha convertido en una forma de comunicación y socialización extendida a nivel mundial, hasta tal punto que los jóvenes en muchos casos emplean más tiempo en ellas que en cualquier otra actividad que implique socialización con otras personas, se ha convertido en una experiencia normativa. El tiempo de uso de internet y redes sociales ha incrementado sustancialmente, registrando entre 3 y 5 horas dedicadas a ello en un 32% de los jóvenes de entre 12 y 18 años. Los motivos principales por los que los jóvenes emplean tanto tiempo en estas prácticas son los problemas que presentan a la hora de aumentar su red de amistades. Se ha convertido en una forma de integración que implica sensaciones de exclusión en aquellas personas que no forman parte de estas interacciones (Lorca, 2022).

Este estudio estará centrado en el uso de las redes sociales y su potencial como subtipo de adicción a Internet, que implica el uso incontrolado y continuo de estos espacios digitales.

La ciberadicción o conducta adictiva a internet es definida como un patrón de comportamiento en el que está presente la pérdida de control sobre el uso de esta plataforma. Algunas de las consecuencias de este uso descontrolado son el aislamiento, descuido de relaciones sociales e incluso de la salud y la higiene. Algunos jóvenes desarrollan un proceso de adicción con internet similar a la dependencia de sustancias, viviendo momentos de abstinencia, tolerancia y pérdida de control (Arab y Díaz, 2015) .

### IMPACTO DE REDES SOCIALES EN LA PERSONA

Desde la perspectiva biológica, se ha relacionado la adicción a Internet con cambios en la conectividad neuronal y en la estructura y funcionamiento del cerebro, como la disminución de actividad dopaminérgica, encontrando algunas similitudes con los efectos de otros tipos de adicciones (Jasso et al., 2017). Esta adicción también crea un efecto negativo en la salud disminuyendo la actividad física, sueño, hábitos alimentarios aumentando el

aislamiento social y llegando a provocar la distorsión de la imagen, efectos que podrían repercutir a su misma vez en la vida sexual de las personas y concretamente en su socialización sexual. (Tamarit et al., 2021) (Villanueva et al., 2017).

Las consecuencias de las redes sociales en las personas son varias, Hou et al., (2019) hacen una distinción entre las consecuencias negativas y las positivas. En primer lugar, se centra en las negativas, haciendo referencia al aislamiento social como consecuencia del uso excesivo de las redes, ya que da lugar a la desconexión social la cual afectará a las relaciones interpersonales y a la salud mental. También recalca la pérdida de privacidad y seguridad, ya que a través de las redes sociales se puede exponer todo tipo de información personal y privada de la persona, alcanzando un gran número de visitas en muchos casos de desconocidos. También hace referencia al aumento de ansiedad, depresión y problemas de sueño y de insomnio a causa del uso excesivo de estas plataformas. Por último, expone el riesgo inminente de que dicho uso excesivo derive en una adicción, lo que derivará en una afectación de la salud mental y física de la persona. Sin embargo, otros estudios revelan que no existe una relación causal directa entre el tiempo de uso de redes sociales y la salud mental, concretamente en la depresión y ansiedad. Afirman que la cantidad de tiempo empleada en redes sociales no está fuertemente vinculada con los efectos negativos en la salud mental (Harris, 2021). Entre los impactos negativos de las redes sociales en la persona también se ha destacado un aumento de la tasa de suicidio y autolesiones en jóvenes de EE.UU. A través del cyberbullying, la comparación social y la exposición a contenido perjudicial puede aumentar el riesgo de suicidio en ciertos casos (Firth et al., 2019).

En cuanto a las consecuencias positivas, se ha detectado que un tiempo de uso moderado de pantallas digitales (entre 1 y 2 horas al día), no necesariamente redes sociales, podrían estar asociados con un mejor funcionamiento psicosocial en niños en comparación con niños que hagan un uso inferior a 1 hora o alrededor de 5 horas (Odgers y Jensen, 2020). También se encuentra en las redes sociales una oportunidad en primer lugar de conexión social, ya que hacen posible el estar en contacto con familiares y amigos sin importar la distancia física que haya entre ellos. Por otro lado, habla de la facilidad que nos aportan a la hora de acceder a información y noticias de todo tipo, así como un fácil acceso a oportunidades de trabajo, ya que a través de las redes resulta más fácil encontrar empleo y establecer contactos profesionales. Por último, estas plataformas son una forma de expresión y de compartir la creatividad, pudiendo compartir sus ideas con una audiencia muy amplia (Hou et al., 2019).

## REDES SOCIALES Y SEXUALIDAD

Las redes sociales pueden llegar a tener un impacto significativo en la autoestima y consideramos relevante la investigación sobre este aspecto, ya que puede estar directamente relacionado con las conductas sexuales.

Por un lado, el uso excesivo de redes sociales puede llevar a la comparación con el resto de los usuarios y la competencia con los mismos, lo que podrá afectar de forma negativa a la autoestima. Al mostrarse en redes vidas y perfiles perfectos e idealizados, puede hacer que la persona que consume este contenido sufra sentimientos de inferioridad además de una imagen negativa de sí mismo (Hou et al., 2019). Sin embargo, el hecho de usar las plataformas como forma de expresión, alcanzando una gran audiencia, además de estar en constante contacto con otras personas, puede hacer sentir un aumento de la sensación de apoyo social y una mejora de la autoestima. Esto refleja que el impacto que las redes puedan tener en la autoestima depende en gran parte del uso que se le den (Hou et al., 2019).

No obstante, otros estudios afirman la existencia de una relación negativa entre aquellos usuarios que usan de forma problemática Facebook y su autoestima, es decir, aquellos usuarios que pasan más tiempo en esta red social registran una autoestima más baja y un nivel de satisfacción con la vida menor que aquellos que tienen un uso más adaptativo. Además, este uso excesivo se relaciona con mayor comparación social y sentimientos de envidia (Hawi y Samaha, 2017).

La influencia o efecto que tienen las redes sociales en la sexualidad es un tema complejo y aún poco estudiado. Sin embargo, algunos autores han sido capaces de encontrar cierta influencia en algunos aspectos de la sexualidad. En primer lugar, como se ha mencionado anteriormente, las redes sociales pueden influir en la autoestima y autoimagen de las personas al estar estas expuestas constantemente a estándares de belleza poco realistas, comparaciones con otros perfiles expuestos y a presiones para alcanzar uno mismo esa imagen idealizada. También existe evidencia de que el contenido de redes sociales actualmente puede estar fomentando la objetificación sexual, especialmente en mujeres, a través de las publicaciones con contenido altamente sexual y sugerente, además de la valoración de dichas publicaciones en base al aspecto físico del usuario (Plieger et al., 2021).

Entre los efectos que las redes sociales pueden tener en la esfera de la sexualidad, se destacan una función eréctil deficiente, dificultad para alcanzar el orgasmo, menor excitación sexual, mayor dolor durante el acto sexual, angustia sexual y menor deseo sexual. Se trata de efectos no influenciados por la edad, sin embargo, la influencia de la adicción a redes sociales y la insatisfacción sexual está mediada por la insatisfacción con la relación y la salud mental (Costa et al., 2023).

Por otro lado, las redes sociales pueden estar perpetuando estereotipos de género y roles al promover ciertas representaciones de la sexualidad masculina y femenina (Plieger et al., 2021). Esto estará influyendo en la forma en la que las personas perciben y expresan su propia sexualidad (Gryc et al., 2023). Por último, estudios afirman que el uso de redes sociales puede estar asociado con comportamientos sexuales de riesgo, como puede ser la búsqueda y exposición a contenido sexual explícito o la búsqueda de relaciones sexuales a través de la red (Plieger et al., 2021).

Algunos hallazgos sobre la afectación en la esfera sexual afirman que, en el caso de los adolescentes más jóvenes y conectados a las redes sociales, tienen más presente la exploración e interés sexual offline. Sin embargo, en el caso de los adolescentes más mayores se observa mayor uso de las redes sociales para difundir sus intenciones sexuales y románticas (Villanueva et al., 2017).

Otros autores exponen resultados que revelan una relación negativa entre el tiempo de uso que las mujeres jóvenes emplean en redes sociales y su nivel de satisfacción con su autoconciencia de la imagen corporal y satisfacción sexual. Explican cómo el uso problemático de Instagram mostró una correlación directa con la insatisfacción sexual y la preocupación por la apariencia al participar en contactos sexuales con una pareja. La presión que se vive actualmente para cumplir con estándares de belleza irreales y la exposición constante a imágenes idealizadas puede contribuir a la disminución del deseo sexual y la autoestima de los usuarios que lo consumen (Gryc et al., 2023).

Es importante tener en cuenta también el contenido consumido en redes, ya que este puede llegar a afectar y distorsionar la percepción de las conductas de salud sexual del resto de personas, lo que podrá afectar en la sexualidad de uno mismo. Se observó que aquellos jóvenes que consumían el contenido de la red social Facebook (no sexualmente sugestivo) percibían a sus pares cautelosos con las conductas sexuales de riesgo, lo que les hacía tener



mayor intención de ser cautelosos ellos mismos en sus comportamientos sexuales. Sin embargo, aquellos que consumieron en esta misma red social fotos sexualmente sugestivas estimaron que un mayor porcentaje de sus compañeros participaban en conductas sexuales de riesgo, como puede ser no usar protección o mantener relaciones sexuales con desconocidos (Young y Jordan, 2013). Esto nos hace ampliar el foco hacia la importancia de qué contenido es el que se consume e incluso en la posibilidad de emplear estas redes para obtener reacciones positivas en aquellos que las consumen, idea que se ve expuesta también en el siguiente artículo. Otro estudio centrado también en esta misma red social afirma que el uso de protección en las relaciones sexuales disminuye con la edad, lo que se ve afectado también por otros factores como puede ser el estado civil. Como se mencionó anteriormente, propone la red social Facebook como método de prevención de esta disminución del uso de preservativos. Afirma que un buen uso de esta red por parte de las clínicas que ofrecen servicios de salud sexual a jóvenes, podría llegar a intensificar, complementar o ampliar la eficacia de sus propios servicios (Bull et al., 2012).

En cuanto a las conductas sexuales de riesgo, uno de los estudios encontrados afirma la existencia de un efecto negativo de las redes sociales en las creencias y comportamientos relacionados con el VIH y plantea la posibilidad de prevenir dicha enfermedad a través de un buen trabajo preventivo en las redes (Mulawa et al., 2016). Por otro lado, se ha detectado una influencia de las redes sociales (principalmente Instagram) en la predisposición a practicar sexting, entendiendo este concepto como el intercambio de contenido sexual a través de medios electrónicos y siendo otra práctica de riesgo sexual (Ojeda et al., 2020). Tamarit et al., (2021) secunda este hallazgo y añade además el aumento de la sextorsión y el grooming, formando parte junto al sexting de la victimización sexual, es decir, situaciones en las que los adolescentes en este caso se ven sometidos a daños o explotación sexual mediante el uso de internet. Por otro lado, se ha detectado una correlación positiva entre el juego y los comportamientos sexuales de riesgo, como por ejemplo el sexo sin protección, inicio temprano de la actividad sexual y tener múltiples parejas sexuales, contando con una muestra de adolescentes africanos principalmente. Esta asociación parece más fuerte en sujetos que afirman jugar con frecuencia o incluso tener problemas relacionados con el juego (Martins et al., 2014).

Otro de los efectos de la adicción a redes sociales en la sexualidad, es el impacto negativo que esta adicción tiene en la función sexual (capacidad para participar en

actividades sexuales de manera satisfactoria o placentera) y un aumento de la angustia sexual, entendiendo este último concepto como malestar, preocupación o insatisfacción en las relaciones sexuales, lo que se puede manifestar en forma de dificultad para experimentar placer, falta de deseo sexual o dificultades para alcanzar o mantener la excitación entre otras. El autor no identifica cuál de estos síntomas se ve más afectado, simplemente afirma la existencia de efectos directos e indirectos en la función y angustia sexual (Alimoradi et al., 2019). Se encuentran datos similares en el estudio de Fuzeiro et al., (2022) en el que afirma que el uso problemático de las redes sociales (sin especificar ninguna) y los teléfonos inteligentes en el caso de las mujeres correlaciona con una menor excitación sexual, dificultades con la lubricación, dificultades para alcanzar orgasmos, dolor durante el coito y mayor angustia sexual además de la insatisfacción sexual. Además, a diferencia del artículo anterior, encontramos los efectos que tienen en los hombres. Estos efectos son una menor función eréctil y una menor satisfacción sexual en presencia del uso adictivo de las redes sociales.

Este último concepto, la satisfacción sexual, también parece estar afectada por material sexual explícito, como puede ser la pornografía o el contenido erótico. En las parejas heterosexuales parece haber una relación negativa cuando el consumo de estos materiales se da por parte del hombre, obteniendo menor satisfacción tanto en el hombre como en la mujer. Sin embargo, cuando el consumo se da por parte de la mujer, se detecta un aumento de la satisfacción sexual en los hombres. En este mismo estudio los hombres se muestran menos molestos por el hecho de que sus parejas consuman material sexual explícito que las mujeres, ya que ellos interpretaban este consumo como intentos de mejorar la calidad sexual dentro de la pareja (Bridges y Morokoff, 2011).

## DESEO SEXUAL

El deseo sexual se refiere a la motivación o impulso interno que lleva a una persona a querer buscar la satisfacción sexual, a través de la actividad sexual o de la intimidad sexual. Este deseo puede manifestarse de distintas formas, como las sensaciones físicas, fantasías eróticas, atracción hacia otras personas o búsqueda de actividad sexual ya sea de forma individual o en compañía. También puede experimentarse de forma cognitiva, emocional o interpersonal, variando en intensidad y expresión según la persona que lo viva y la situación en la que se experimente. Afirman que puede verse influenciado por factores sociales,

emocionales y biológicos (Brotto y Smith, 2014). La inhibición sexual también puede estar causada por factores externos como experiencias pasadas o expectativas sociales (Pfaus, 2009).

Existen una gran variedad de factores que pueden influir en el deseo sexual, pudiendo variar siempre según cada persona. Entre los factores físicos que pueden estar influyendo en esta variable encontramos principalmente los distintos niveles hormonales en los que se encuentre la mujer, distintas condiciones médicas que puedan condicionar el ámbito sexual (concretamente el deseo) como por ejemplo trastornos neurológicos, o el hecho de que la persona se encuentre en un tratamiento sujeto a medicamentos como antidepresivos o anticonceptivos (Pyke y Clayton, 2017).

También existen factores psicológicos que pueden afectar este mismo concepto, entre los que es importante destacar la presencia de estrés y ansiedad, depresión, o como se ha mencionado anteriormente la imagen corporal y la autoestima. También se considera un factor de riesgo las experiencias pasadas que puedan haber resultado traumáticas y, en el caso de tener pareja, los conflictos en la relación (Pyke y Clayton, 2017). Es importante destacar la depresión. Se ha demostrado que esta enfermedad puede disminuir significativamente el deseo sexual. Una investigación afirma una disminución del interés sexual en el 70% de los pacientes deprimidos con ausencia de medicación. Además, a medida que la gravedad de la enfermedad era mayor hubo una mayor disminución del deseo. También se ha detectado una dificultad en los pacientes a la hora de hablar sobre disfunciones sexuales, lo que supondrá un impedimento para reconocer una disminución del deseo sexual (Phillips y Slaughter, 2000).

Además, es importante tener en cuenta el efecto que puede llegar a tener los eventos estresantes, como la pérdida de un empleo, o los hitos vitales, como el abandono del hogar por parte de un hijo. Por otro lado, el consumo de alcohol y drogas está asociado con una disminución del deseo sexual, la excitación y el orgasmo (Phillips y Slaughter, 2000).

Por último, el autor hace una tercera clasificación de factores de riesgo, se trata de los factores sociales y culturales. Este engloba principalmente la educación y creencias que cada persona posea acerca de la sexualidad y la presión social y expectativas que la sociedad haya puesto sobre la actividad sexual (Pyke y Clayton, 2017).

En cuanto al género, se ha demostrado que los efectos de la oxitocina en la vinculación y comportamiento sexual son dependientes de los estrógenos, por lo que son altamente específicos del género de la persona. Concretamente, se dan circuitos de oxitocina más extensos en los cerebros femeninos, además de plantearse la idea de que las mujeres

expresan que en situaciones, los intensos sentimientos emocionales se traducen en un mayor deseo sexual en comparación con los hombres, lo que no quiere decir que se de un mayor deseo sexual en las mujeres (Diamond, 2003).

Otro de los factores que puede llegar a afectar al deseo sexual es la situación laboral de la persona. Aquellos trabajadores de entre 20 y 49 años que perciben inseguridad laboral poseen un riesgo significativamente mayor que aquellos que no se encuentran en esa situación. Siendo este efecto mayor en hombres, se entiende que la inseguridad laboral puede llegar a ser un factor estresante cónico, lo que tendrá un efecto negativo en la salud mental y emocional, afectando también a la intimidad y relaciones. La ansiedad y preocupación que esa situación puede causar llevará a una disminución del deseo sexual (Tomada et al., 2009).

### *OBJETIVOS E HIPÓTESIS*

El objetivo principal del presente estudio es analizar la relación existente entre el uso de redes sociales y el deseo sexual en una muestra de personas mayores de 18 años. Para ello se han fijado los siguientes objetivos específicos:

- Investigar si la adicción a redes sociales o un tiempo de uso excesivo de estas tiene influencia en el deseo sexual de los participantes, concretamente averiguar si existe un efecto negativo.
- Analizar si existe efecto de otras variables en el deseo sexual, como por ejemplo los síntomas depresivos, el sexo, la edad, el tener pareja o no y el estar consumiendo medicación psicotrópica.

Teniendo en cuenta estos objetivos y bibliografía revisada y expuesta anteriormente, se plantea encontrar las siguientes hipótesis en la presente investigación:

H1: La adicción a redes sociales o el tiempo de uso excesivo de estas sumado a la sintomatología depresiva tiene un efecto negativo en el funcionamiento sexual.

H2: A mayor tiempo de uso de redes sociales, menor será el deseo sexual.

H3: A menor edad mayor será el deseo sexual

H4: El deseo sexual será mayor en aquellas personas que no padecen síntomas depresivos frente a las que sí los tienen.

H5: Se encontrarán diferencias en las puntuaciones de funcionamiento sexual en función de si se está en pareja o no.

H6: En presencia de medicación psicotrópica, el deseo sexual será menor respecto a aquellas personas que no consuman dicha medicación.

## **MÉTODOLÓGÍA**

### ***Diseño y participantes***

Se trata de un estudio cuantitativo de tipo observacional transversal. Los participantes fueron reclutados de manera anónima y voluntaria difundiendo un enlace de acceso al cuestionario difundido a través de Whatsapp e Instagram con un muestreo no probabilístico de bola de nieve.

### ***Procedimiento:***

El cuestionario fue elaborado en Google Forms, compartiendo un enlace directo a este a través de Instagram y Whatsapp (se anexa cuestionario completo). Una vez abierto el formulario, se mostró un enlace que permitía el acceso a la información de protección de datos de Google Forms, dando la opción de aceptar su política de privacidad. A continuación, apareció un párrafo en el que se informaba a los participantes de los objetivos del estudio y el compromiso de la investigación con el anonimato y la voluntariedad de la participación, así como el tiempo necesario para poder cumplimentar el cuestionario siendo éste aproximadamente entre unos 15 y 20 minutos, considerando que al superar este tiempo la calidad de las respuestas tiende a disminuir y la finalización de la encuesta se reduce significativamente (Revilla y Ochoa, 2017). También se especificaron los criterios de inclusión (personas mayores de edad y con nacionalidad española y latinoamericana) y los criterios de exclusión (un diagnóstico de algún trastorno mental, disfunción sexual o enfermedad neurológica). Después, se creó un código de anonimato para impedir la identificación de personas por parte de los examinadores. Este código se conformó con las respuestas de los participantes a una pregunta en la que se pedía: 1) Primera letra de su nombre, 2) Última letra de su primer apellido, 3) Última letra de su segundo apellido, 4) Último dígito de su año de nacimiento y 5) Último dígito de su edad. En el siguiente apartado se incluyeron las escalas explicadas a continuación.

### ***Instrumentos***

#### ***Cuestionario de datos sociodemográficos:***

Se trata de un cuestionario de elaboración propia en el que se incluyen un gran número de variables. Estas fueron presentadas en el orden que se indicará a continuación: edad, sexo, orientación sexual, nivel de estudios, lugar de residencia, situación laboral, estado

civil, número de hijos, asistencia a terapia, medicación, medicación psicotrópica, síntomas ansioso depresivos en el último mes, percepción de un aumento en el uso de redes sociales en el último mes, percepción de relación entre el incremento de uso de redes sociales y el deseo sexual, número de horas diarias empleadas en redes sociales en el último mes, a qué se dedica el uso de redes sociales principalmente, convivencia con la pareja y número de relaciones sexuales en el último mes.

***Cuestionario de Funcionamiento Sexual del Hospital General de Massachusetts (García et al, 2004):***

Se empleó la versión traducida y validada en España por Sierra y colaboradores en 2012. Se trata de una escala autoaplicada compuesta por 5 ítems que evalúan la respuesta sexual humana centrándose en las siguientes áreas: interés, excitación, orgasmo, erección (ítem dirigido únicamente a hombres) y satisfacción global. La opción de respuesta está conformada por una escala tipo Likert, asignando el valor 0 a la opción “totalmente disminuido”, 1 a “marcadamente disminuido”, 2 a “moderadamente disminuido”, 3 a “mínimamente disminuido” y 4 a “normal”. La corrección del test consistirá en la suma de puntuación total en los 5 ítems, indicando un mejor funcionamiento sexual a medida que las puntuaciones sean más altas. A pesar de que dicho cuestionario aporte una puntuación final del funcionamiento sexual, se ha considerado útil para la medición del deseo sexual ya que cuenta con ítems diseñados para evaluar la frecuencia e intensidad del deseo sexual, considerando este parte del funcionamiento sexual.

***Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM) (Sánchez et al., 2004):***

Se empleó dicho cuestionario autoaplicado validado en población española, el cual tiene como objetivo medir distintas áreas del funcionamiento sexual femenino que engloban los dominios evaluadores de actividad sexual (DEAS): respuesta sexual y presencia de disfunción sexual, aspectos relacionales de la actividad sexual, la satisfacción sexual y aspectos de interés sobre la actividad sexual. Este cuestionario está formado por 14 ítems relacionados con la función sexual de la mujer, los cuales son evaluados de forma cualitativa. La mayoría de estos ítems son evaluados a través de las opciones de respuesta: “nunca”, “Raramente”, “A veces”, “A menudo” y “Casi siempre/Siempre”. Al igual que en el cuestionario anterior, a pesar de que el FSM relacione su puntuación final con el funcionamiento sexual, dispone de ítems que miden concretamente el deseo sexual, por lo que se ha considerado útil para la evaluación de este.

***Patient Health Questionnaire 9 (PHQ-9) (Kroenke et al., 2004):***

Se trata de un cuestionario autoaplicado dirigido a la detección de los síntomas depresivos. Está compuesto por 9 ítems, correspondientes a los 9 criterios del DSM-IV. Los síntomas medidos están enfocados a las dos últimas semanas y la opción de respuesta es de tipo Likert, siendo el 0 “Nunca” y el 3 “Casi cada día”. Para la corrección del test, se calculará la suma total de las puntuaciones en los 9 ítems. En el caso de obtener una puntuación menor a 5, se considerará síntomas mínimos/ausencia de depresión; una puntuación entre 5 y 9 se considerará depresión leve; se tratará de una depresión moderada cuando la puntuación se encuentre entre 10 y 14; en el caso de tener una puntuación entre 15 y 19 se tratará de depresión moderadamente severa; por último, aquellas personas que puntúan entre 20 y 27 se encontrarán con un diagnóstico de depresión severa.

***Social Media Addiction Scale-Student Form (SMAS-SF) (Şahin, 2018)***

Se trata de una escala autoaplicada validada en población española y latinoamericana (Cabero et al., 2020). Esta versión está formada por 28 ítems agrupados en cuatro factores: satisfacción/tolerancia, problemas, obsesión por estar informado, y necesidad/obsesión de estar conectado. La escala es tipo Likert, con 5 opciones de respuesta que abarcan desde fuertemente en desacuerdo a fuertemente de acuerdo. En cuanto a la corrección, se procederá a la suma total de las puntuaciones adjudicadas a cada ítem. Si esta suma es inferior a 58 puntos, no se considerará algo problemático. Si la puntuación final se encuentra entre 58 y 87 puntos se tratará de un caso en el que se esté dando un uso excesivo de las redes sociales. Es a partir de los 87 puntos que se considerará una posible problemática.

***Bergen Social Media Addiction Scale (BSMAS) (Andreassen et al., 2012)***

Se aplicó la versión del BSMAS validada en muestra italiana. Este cuestionario está formado por seis ítems que miden elementos de la adicción: prominencia, modificación del estado de ánimo, tolerancia, abstinencia, conflicto y recaída. Esta escala es de tipo Likert, pudiendo puntuar desde 1 (Muy raramente) hasta 5 (Muy a menudo). En cuanto a la corrección de la escala, se determinó que una puntuación igual o mayor a 24 puntos podría considerarse como indicativa de adicción a las redes sociales.

### *Análisis de datos*

Como se ha mencionado anteriormente, este es un estudio cuantitativo de tipo observacional transversal. El análisis estadístico de los resultados obtenidos, se empleó el programa SPSS 24 (Statistical Package for the Social Sciences).

En primer lugar, con el fin de poder tener una visión clara y estructurada acerca de cómo se distribuye la muestra de la investigación en las distintas variables sociodemográficas del cuestionario, se llevaron a cabo estadísticos descriptivos.

A continuación, se desarrolló un modelo de regresión con el fin de analizar y determinar la relación de nuestra variable dependiente deseo sexual, con otras variables explicativas: adicción a redes sociales, tiempo de uso de redes sociales y síntomas depresivos. Para poder ejecutar este modelo se llevaron a cabo las pruebas pertinentes para cumplir los supuestos que requiere el modelo de regresión, es decir, la linealidad, la independencia, la normalidad, la homocedasticidad y la evaluación de casos atípicos e influyentes.

Con el objetivo de alcanzar un estudio más detallado de la relación entre todas las variables del estudio, se llevó a cabo un contraste de medias de las variables sexo, existencia de pareja, consumo de medicación psicotrópica y edad, encontrando diferencias en su distribución en la variable de deseo sexual. Una vez encontrados estos resultados, se sometió a estas mismas variables a un modelo de regresión, de la misma forma que se hizo anteriormente con el primer modelo.

## **RESULTADOS**

En la Tabla 1 se recoge la distribución de la muestra recogida en función de las variables sociodemográficas registradas en el cuestionario. Dada la importancia del sexo a la hora de interpretar los resultados obtenidos, se ha añadido una división en función de este. La muestra está formada por 512 mujeres (91,1%) y 50 hombres (8,9%). La edad de los participantes está comprendida entre los 19 y 63 años con una media de 37,53 años (DT=10,43). La orientación sexual de la muestra es principalmente heterosexual, identificándose como tal 506 participantes (90%), mientras que el 7,5% se ha identificado como bisexual, el 2,3% como homosexual y un individuo (0,2%) ha seleccionado la alternativa otro. En cuanto al nivel educativo de la muestra está compuesta de forma mayoritaria por personas que han realizado estudios de posgrado (46,6%), seguida de aquellos que han cursado un grado universitario (41,1%) y los que han completado el



bachillerato (9,6%). Por último, encontramos 15 personas (2,7%) que han completado la secundaria.

**Tabla 1**

*Datos sociodemográficos de la muestra total y por sexo*

Variables	Total N=562	Mujeres N=512	Hombres N=50
<b>Edad</b>			
Menores de 30 años	144 (25,6%)	117 (22,9%)	27 (54%)
Mayores de 30 años	418 (74,4%)	395 (77,1%)	23 (46%)
<b>Formación académica</b>			
Educación secundaria	15 (2,7%)	14 (2,7%)	1 (2%)
Bachillerato	54 (9,6%)	48 (9,4%)	6 (12%)
Grado universitario	231 (41,1%)	203 (39,6%)	28 (56%)
Estudios de posgrado	262 (46,6%)	247 (48,2)	15 (30%)
<b>Situación laboral</b>			
En activo	450 (80,1%)	411 (80,3%)	39 (78%)
Sin trabajo	91 (16,2%)	80 (15,6%)	11 (22%)
Cobrando el paro	19 (3,4%)	19 (3,7%)	0
Jubilado	2 (0,4%)	2 (0,4%)	0
<b>Asistencia a terapia</b>			
Actualmente	132 (23,5%)	123 (24%)	9 (18%)
En el pasado	210 (37,4%)	196 (38,3%)	14 (28%)
Nunca	220 (39,1%)	193 (37,7%)	27 (54%)
<b>Medicación psicotrópica (Si)</b>			
	68 (12,1%)	122 (23,8%)	6 (12%)
<b>Estado civil</b>			
Soltero	143 (25,4%)	119 (23,2%)	24 (48%)

Con pareja	162 (28,8%)	150 (29,3%)	12 (24%)
Casado	226 (40,2%)	215 (42%)	11 (22%)
Separado	30 (5,3%)	27 (5,3%)	3 (6%)
Viudo	1 (0,2%)	1 (0,2%)	0
Convivencia (Si)	344 (61,2%)	325 (63,5%)	19 (38%)
Hijos (Si)	242 (43,1%)	231 (45,1%)	11 (22%)
<b>Relaciones sexuales mensuales</b>			
0-1	217 (38,6%)	198 (38,7%)	19 (38%)
2-3	125 (22,2%)	116 (22,7%)	9 (18%)
4-5	111 (19,8%)	101 (19,7%)	10 (20%)
Más de 5	109 (19,4%)	97 (18,9%)	12 (24%)

En la Tabla 2 se han recogido las respuestas de los participantes entorno al uso de las redes sociales y el efecto que estas tienen en ellos. Un total de 252 (44,8%) participantes reconocen un aumento del uso de las redes sociales en los últimos meses, mientras que 122 (21,7%) reconocen que su uso ha tenido algún efecto sobre su deseo sexual. De estos últimos, el 54,8% informa que su uso ha aumentado su deseo sexual. El uso mayoritario de las redes sociales ha sido el ocio, con 372 participantes (66,2%), seguido por el uso combinado de ocio y trabajo con 180 participantes (32%).

## Tabla 2

### *Datos descriptivos del uso de redes sociales y deseo sexual total y por género*

<b>Variables</b>	<b>Total N=562</b>	<b>Mujeres N=512</b>	<b>Hombres N=50</b>
Tiempo de uso diario de redes sociales			
Menos de 1 hora	18 (3,2%)	13 (2,5%)	5 (10%)

De 1 a 2 horas	162 (28,8%)	154 (30,1%)	8 (16%)
De 2 a 3 horas	275 (48,9%)	247 (48,2%)	28 (56%)
De 4 a 5 horas	87 (15,5%)	82 (16%)	5 (10%)
Más de 5 horas	20 (3,6%)	16 (3,1%)	4 (8%)
Aumento del uso de RRSS (Sí)	252 (44,8%)	228 (44,5%)	24 (48%)
Relación entre RRSS y Deseo sexual (Sí)	122 (21,7%)	101 (19,7)	21 (42%)
Encuentran aumento del deseo	67 (54,8%)	49 (48,5%)	18 (85,7%)
Encuentran disminución del deseo	55 (45,2%)	52 (51,5%)	3 (14,3%)
Motivo de uso			
Trabajo	3 (0,5%)	3 (0,6%)	0
Ocio	372 (66,2%)	340 (66,4%)	32 (64%)
Ambas	180 (32%)	162 (31,6%)	18 (36%)
Otros	7 (1,3%)	7 (1,4%)	0

*Nota:* RRSS: Redes sociales

En la prueba psicométrica de funcionamiento sexual general (MGH-SFQ) se obtiene una puntuación media muestral de 11,6 (DT=5,18) en un rango de 0 a 20. En el PHQ-9 la media es de 7,16 (DT=4,99) en un rango de 0 a 27. En la prueba SMAS-F se obtiene una puntuación promedio de 55,2 (DT=13,97) en un rango de 28 a 140. En el test BSMAS se ha obtenido una puntuación media de 11,42 (DT=4,67) en un rango de 6 a 30.

La prueba de función sexual de la mujer (FSM) se distribuye en 6 variables distintas donde menores puntuaciones indican un mayor grado de disfunción sexual. Las variables son deseo (M=9,86; DT=2,37), excitación (M=11,15; DT=2,93), lubricación (M=3,93; DT=), orgasmo (M=4,1; DT=1,21), problemas con la penetración vaginal (M=13,13; DT=2) y ansiedad anticipatoria (M=4,25; DT=1,05). En las variables de deseo, excitación y problemas

con la lubricación vaginal el rango es de 1 a 15, mientras que las variables de lubricación, orgasmo y ansiedad anticipatoria es de 1 a 5.

Siguiendo las indicaciones de cada una de las pruebas, el número de casos clínicamente significativos de cada una de las pruebas se encuentra resumido en la Tabla 3, mientras que la distribución entre las etiquetas de cada variable del FSM se encuentra en la Tabla 4.

**Tabla 3**

*Recuento de casos identificados como clínicamente significativos según cada prueba.*

<b>Prueba</b>	<b>Total N=562</b>	<b>Mujeres N=512</b>	<b>Hombres N=50</b>
PHQ-9	316 (56,2%)	296 (57,8%)	20 (40%)
SMAS-SF	199 (35,4%)	182 (35,5%)	17 (34%)
BSMAS	23 (4,1%)	23 (4,5%)	0

*Nota:* El MGH-SFQ se encuentra ausente ya que no se establecen puntos de corte

**Tabla 4**

*Recuento de los resultados de la prueba FSM en mujeres.*

<b>Variable</b>	<b>Sin trastorno</b>	<b>Trastorno moderado</b>	<b>Trastorno severo</b>
Deseo	425 (84%)	82 (16%)	5 (1%)
Excitación	448 (87,5%)	60 (11,7%)	4 (0,8%)
Lubricación	438 (85,6%)	60 (11,7%)	14 (2,7%)
Orgasmo	446 (87,1%)	42 (8,2%)	24 (4,7%)
Problemas penetración	502 (98%)	6 (2%)	0
Ansiedad anticipatoria	472 (92,2%)	24 (4,7%)	16 (3,1%)

Dada la baja sensibilidad de la prueba BSMAS para la muestra recogida el contraste de las hipótesis relacionadas con la adicción a las redes sociales será llevado a cabo a partir de las puntuaciones del SMAS-SF.

Para comprobar la primera de las hipótesis se elaboró una regresión lineal, en la que a partir de las puntuaciones de depresión medidas con el PHQ-9, la adicción a las redes sociales medidas con el SMAS-F y el tiempo dedicado a las redes sociales se pueda predecir las puntuaciones de funcionamiento sexual general del MGH-SFQ.

A la hora de comprobar los supuestos de la regresión lineal se encuentra que solo el uso inferior a dos horas de las redes sociales se asocia de forma lineal y significativa con el funcionamiento sexual general de las variables de tiempo dedicado a las redes sociales ( $p=0,046$ ), mientras tanto las medidas de síntomas depresivos como las de adicción a las redes sociales se asocian linealmente de manera significativa ( $p<0,01$ ).

Se demuestra a su vez la independencia entre las variables predictoras a través de la prueba de Durbin-Watson (1,72) ya que el valor obtenido se encuentra ente 1,5 y 2,5. La homocedasticidad se demuestra a través de la prueba de Levenne sobre la homogeneidad de las varianzas ( $p>0,05$ ) y se asegura la ausencia de colinealidad entre las variables al encontrar valores de tolerancia mayores a 0,1 en todos los predictores y factores de inflación de la varianza (FIV) menores de 10. Se evalúan a su vez la presencia de casos atípicos e influyentes a través de la distancia de Cook y los residuos estudentizados suprimidos descartando la influencia de estos en la regresión.

Dado el tamaño muestral, se puede asumir normalidad en la distribución para llevar a cabo la regresión ya que las pruebas pertinentes son excesivamente sensibles a desviaciones de la normalidad en muestras de este tamaño.

Una vez comprobados los supuestos, podemos observar que el ajuste global del modelo mejora la predicción del funcionamiento sexual, ya que el ANOVA resulta

significativo ( $p < 0,01$ ), dándonos un modelo capaz de predecir el 16,5% de la varianza explicada ( $r^2 = 0,165$ ).

A través del análisis de las correlaciones parciales podemos observar que la variable que más contribuye al modelo de entre las variables utilizadas es la medida de síntomas depresivos ( $r = -0,336$ ), seguida de la adicción a las redes sociales ( $r = -0,135$ ) y por último el tener un uso menor a dos horas de redes sociales ( $r = -0,08$ ).

Para comprobar la segunda hipótesis, que un mayor tiempo de uso de redes sociales se asociará de forma lineal con el funcionamiento sexual de forma negativa se ha estudiado la correlación entre ambas variables, encontrando un valor de  $r = -0,017$  no significativo por lo que se rechaza la hipótesis para la muestra recogida.

La tercera hipótesis explora esta misma relación entre el funcionamiento sexual y la edad, esperando que este sea mayor cuanto menor sea la edad. Teniendo esto en cuenta, se resuelve a través del mismo método que la anterior encontrando un valor de  $r$  de  $-0,18$  ( $p < 0,01$ ) por lo que se mantiene que a menor edad se puede encontrar un mayor funcionamiento sexual en la muestra recogida.

Para comprobar la cuarta hipótesis, que se encontrarán puntuaciones mayores de funcionamiento sexual medido a través del MGH-SFQ en aquellas personas sin síntomas depresivos, se realizará un contraste de medias. La media de las personas sin sintomatología depresiva en funcionamiento sexual es de 13,58 (DT=4,21) mientras que para las personas con sintomatología significativa es de 10,07 (DT=5,34). Para demostrar que esta diferencia se debe a que los grupos tienen medias poblacionales diferentes y no a la varianza de las medidas se debe de realizar un contraste estadístico. Se descarta realizar una T de Student, al obtener un resultado significativo en la prueba de Kolmogorov-Smirnov sobre la normalidad de la distribución por lo que se lleva a cabo una U de Mann-Whitney, ya que esta no depende de la forma de la distribución. Tras hacerla obtenemos un resultado significativo ( $p < 0,01$ ) por lo que podemos afirmar que las medias provienen de grupos diferentes y a través de la observación de los valores del rango promedio se comprueba que las personas sin sintomatología depresiva tienen mayores puntuaciones de funcionamiento sexual que las personas que si los padecen ( $342,79 > 233,79$ ).

La quinta hipótesis busca realizar este mismo contraste explorando si se encuentran diferencias significativas en función de estar en una situación de pareja o no. En un primer momento la media en funcionamiento sexual de los participantes sin pareja es de 12,72 (DT=12,72) mientras que la de los que si la tiene es 11,1 (DT=5,151). Por los motivos mencionados con anterioridad se vuelve a realizar una U de Mann-Whitney, obteniendo de nuevo un resultado significativo ( $p<0,01$ ) y a través de la observación de los rangos promedios se afirma que las personas que no están en situaciones de pareja tienen una mayor puntuación de funcionamiento sexual ( $322,75>263$ ).

Repetimos este análisis una vez más para comprobar la sexta hipótesis explorando si el consumo de medicamentos psicotrópicos tiene un efecto sobre las puntuaciones de funcionamiento sexual encontrando nuevamente un resultado significativo ( $p<0,01$ ) y a través de la observación de los rangos promedio se encuentra que las personas que no consumen medicación psicotrópica obtienen puntuaciones más altas de funcionamiento sexual que las que si lo hacen ( $291,02>212,32$ ).

## **DISCUSIÓN**

El presente estudio investigó la relación entre el uso problemático de redes sociales y el deseo sexual, así como la influencia que pueden tener en esta última variable los síntomas depresivos, el tiempo de uso de redes sociales, el género, tener pareja o no y la edad. Al tratarse de un tema novedoso, algo controvertido y actual, se ha detectado gran escasez de estudios que aborden objetivos similares a los que se plantean en esta investigación. Dentro de los hallazgos, cabe destacar la asociación detectada entre el efecto que tiene los síntomas depresivos en el deseo sexual (siendo esta la variable más influyente), seguida del tiempo de uso inferior a dos horas al día. Se han encontrado evidencias del impacto que tiene la depresión en el deseo sexual, pudiendo detectar una asociación clara de un aumento en la puntuación de síntomas de la depresión con una disminución del deseo sexual, además de haber detectado una reducción de la libido en la presencia de esta enfermedad (Phillips y Slaughter, 2000). Baldwin (2001) respalda esta última idea asegurando que la presencia de trastornos depresivos afectan negativamente la libido debido a alteraciones neuroquímicas en sistemas relacionados con la serotonina y la dopamina, teniendo ambas un papel fundamental en el deseo sexual. Distintos autores afirman la prevalencia existente de disfunción sexual

entre personas con depresión mayor (hasta el 70% de los pacientes), destacando a su vez el bajo deseo sexual como uno de los problemas más comunes (Atlantis y Sullivan, 2012). Por último, se encontraron evidencias que afirman la presencia de una relación bidireccional entre la depresión y la disfunción sexual, demostrando que la depresión puede llevar a una reducción del deseo sexual, de igual forma que la disfunción sexual puede generar síntomas depresivos (Kendurkar y Kaur, 2008). Estos resultados son consistentes con nuestros hallazgos y respaldan la idea de que exista una correlación negativa entre la presencia de síntomas depresivos y el deseo sexual.

Los resultados no muestran evidencias de que exista una relación negativa entre el uso excesivo de RRSS y el deseo sexual, es decir, no hay evidencias de que un uso excesivo de RRSS se asocie con un menor deseo sexual. Además, se detecta una asociación positiva entre un uso de RRSS inferior a dos horas y mayores puntuaciones de deseo sexual. Estos resultados parecen estar en contradicción con la literatura previa que aborda la relación entre ambas variables. Autores como Twenge y colaboradores (2018), exponen cómo el aumento de la presencia de smartphones y el constante contacto con redes sociales han cambiado los patrones de comportamiento y la forma de ocupar su tiempo libre. Este artículo argumenta que el tiempo dedicado a las RRSS puede desplazar actividades que fomentan el deseo sexual, como puede ser el tiempo de calidad en pareja o incluso un descanso adecuado. En esta misma línea, un estudio investigó el impacto de las redes sociales en la satisfacción marital y sexual, pudiendo afirmar que el uso problemático de internet y redes sociales está asociado con una menor satisfacción marital y sexual. Estos resultados se relacionan con la distracción y falta de atención a la pareja, siendo estos factores influyentes en la disminución del deseo sexual (Muusses et al., 2014). Sin embargo, se ha encontrado literatura que se encuentra en consonancia con los hallazgos de la presente investigación. Otros estudios sugieren que el uso moderado de redes sociales puede llegar a tener efectos positivos en la sexualidad de los individuos, dependiendo en todo momento de cómo se utilicen dichas plataformas. En algunos casos, estas pueden ser facilitadoras de la comunicación y el intercambio de intimidad entre parejas (Przybylski y Weinstein, 2017). En esta misma línea, otro estudio encontró que algunas parejas utilizan las redes sociales para mantener la conexión emocional y la cercanía, lo que respalda la idea de que el uso positivo de las plataformas puede contrarrestar los efectos negativos si las parejas logran encontrar un



equilibrio entre la interacción en redes y las actividades presenciales que fomenten la intimidad entre ambos (Smith y Duggan, 2013).

Entre los hallazgos de esta investigación, se detectan diferencias en el nivel de deseo sexual entre la parte de la muestra que tiene una pareja sentimental en la actualidad (incluyendo aquellas que están casadas y aquellas que no) y aquellos participantes que no la tienen. Los niveles de deseo sexual se registran más altos en aquellas personas que sí que poseen esta pareja sentimental. Se dispone de una literatura limitada con la que poder comparar estos resultados, sin embargo, uno de los estudios encontrados afirma la existencia de una asociación entre el estado civil y una disminución del deseo sexual en mujeres de entre 20 y 49 años. No obstante, no llega a concretar cómo varía el deseo sexual en función de la existencia o no de una pareja (Tomada et al., 2009). Otros autores se centran en la influencia del estado civil en la satisfacción sexual (la cual puede estar íntimamente relacionada con el deseo sexual), pudiendo afirmar que las mujeres casadas o que viven con una pareja comprometida tienen una mayor puntuación en la satisfacción sexual general que aquellas que no se encuentran en su misma situación. Proponen como una variable importante en la predicción del deseo sexual el hecho de vivir o no en pareja, considerándose más alta en mujeres que viven con su pareja (Vansteenwegen et al., 2003). Por otro lado, algunos autores han encontrado que cuanto mayores sean las puntuaciones en la satisfacción marital están relacionadas con altas puntuaciones en satisfacción sexual, además de una mayor comunicación sexual y mayor satisfacción en el ámbito emocional respecto a las interacciones sexuales (Campos et al., 2018).

A pesar de que únicamente el 11,7% de los participantes están bajo el tratamiento de medicación psicotrópica, en la presente investigación se encontraron evidencias de que concretamente el consumo de estos medicamentos estaba relacionado con un menor deseo sexual. El efecto negativo de la medicación en el deseo sexual parece conocido, como se ha expuesto en apartados anteriores se trata de uno de los factores de riesgo más claros en la disminución del deseo sexual (Pyke y Clayton, 2017). Esta idea se ve respaldada por autores que confirman la existencia de este efecto tanto en hombres como en mujeres, además de dificultades en la excitación sexual, problemas para alcanzar el orgasmo y disminución de la satisfacción sexual. Señalan entre otros los antidepresivos con actividad predominante serotoninérgica por su asociación con una disfunción sexual moderada o grave en ambos

sexos (Montejo et al., 2018). Otros autores añaden a lo anterior también una deducción del libido y una menor frecuencia de las relaciones sexuales, remarcando la idea de que estos efectos siempre variarán en intensidad dependiendo de las propiedades farmacológicas. Además, hablan de la diferencia en el efecto de la medicación psicotrópica en el deseo sexual frente a otros medicamentos, aclarando que parte del efecto del que se ha hablado, radica en sus mecanismos de acción específicos en el sistema nervioso central (Bella y Shamloul, 2013).

En cuanto al efecto de la edad en el deseo sexual, el presente estudio asocia las edades inferiores a 30 años con un mayor deseo que aquellas personas mayores de 30. A pesar de no disponer de artículos que establezcan esta misma clasificación de edad, sí que se dispone de información que confirma la relación inversa entre el deseo sexual y la edad. Se ha demostrado que la frecuencia y el interés en la actividad sexual disminuye en adultos de mayor edad, aunque muchos continúan valorando la actividad sexual como una parte importante de sus vidas, atribuyendo este declive a una combinación de factores psicológicos, biológicos y sociales (Lindau et al., 2007). Además, es importante recalcar el papel que tiene la disminución de los niveles hormonales, como la testosterona en hombres y los estrógenos en mujeres, en la disminución del deseo sexual (Morley, 2003).

Algunos autores se han centrado en el estudio de mujeres y relacionan una disminución de la calidad de las relaciones sexuales con el tiempo a causa de que el deseo sexual es mayor al principio de la relación, detectando caídas en este deseo a medida que avanza la relación (Mark y Murray, 2012). Además, se relacionan edades mayores con actitudes sexuales más desfavorables, entre las que se encuentra un menor deseo sexual. Por otro lado, aseguran que las mayores puntuaciones en la satisfacción marital están relacionadas con altas puntuaciones en satisfacción sexual, además de una mayor comunicación sexual y mayor satisfacción en el ámbito emocional respecto a las interacciones sexuales (Campos et al., 2018). En cuanto a los varones, se detecta también una asociación entre la edad y el deseo sexual, confirmando una disminución del deseo sexual a medida que los hombres envejecen. Sin embargo, esta asociación positiva se percibe a partir de los 80 años. Además, los sujetos se muestran satisfechos con su deseo sexual (Peña et al., 2016). Tras la revisión de distintas investigaciones, podríamos deducir que el efecto de la edad en el deseo sexual es más notorio en mujeres, sin embargo, esta diferencia entre ambos

sexos no es apreciable en la presente investigación, posiblemente a causa de la pequeña muestra de hombres de la que se dispone en comparación con las mujeres.

Cabe recalcar también los hallazgos de diferencias significativas en el deseo sexual entre hombres y mujeres, siendo los hombres los que registran mayores puntuaciones en esta variable. Parece haber concordancia con respecto a estudios anteriores en los que se afirma una mayor frecuencia de pensamientos sexuales, mayor deseo de actividad sexual y mayor interés en el sexo en los hombres frente a las mujeres, recalcando una vez más la importancia de los niveles altos de testosterona en estos procesos sexuales (Baumeister et al., 2001). Además, es importante hablar de cómo pueden influir las normas culturales y roles de género en cómo los hombres y las mujeres experimentan y expresan su deseo sexual, ya que juegan un papel crucial. Algunos autores encuentran que, por ejemplo, en el caso de las mujeres, muchas veces se internalizan las normas sociales que juzgan o desprecian la expresión abierta de su deseo sexual, lo que podría dar lugar a una subestimación de su interés sexual en estudios de autoinforme (Sánchez et al., 2006).

Por otro lado, se considera interesante comparar los resultados obtenidos en esta investigación con la percepción que los participantes de la muestra tienen acerca de una posible influencia del incremento de uso de redes sociales en el deseo sexual. Las respuestas parecen coincidir notablemente con los resultados obtenidos, ya que tan solo un 21,7% de la muestra afirma haber detectado esta relación. Dentro de este porcentaje, prácticamente la mitad de ellos notificaron haber vivido un aumento del deseo sexual mientras que la otra mitad asegura la asociación de un aumento de uso de redes con una disminución del deseo sexual. En definitiva, los datos recogidos coinciden con las respuestas a este ítem, ya que ambos pueden estar reflejando una pequeña influencia sin llegar a proporcionar una respuesta clara ante la pregunta principal de este estudio.

## **LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

La presente investigación posee distintas limitaciones. En primer lugar, a pesar de tener un tamaño de muestra considerable (N=562), resulta ser una muestra poco representativa de la población general, principalmente por la escasa representación de los hombres (50). El tipo de reclutamiento de la muestra fue mediante muestreo no probabilístico

por conveniencia, lo que supone una desventaja a la hora de poder generalizar la muestra, por lo que habría sido interesante contar con una distribución de la muestra más equitativa respecto al sexo y otras variables como por ejemplo la orientación sexual, lugar de residencia, adicción a redes o estado civil, lo que se propone como objetivo para futuras investigaciones. Además, surge la necesidad de plantear estudios longitudinales que aborden esta temática. Por esta razón, partimos de la base de que los resultados extraídos se podrán aplicar únicamente a la muestra del presente estudio.

Por otro lado, supuso una gran limitación poder encontrar un instrumento de medida de adicción a redes sociales validado en España y validado en una muestra adulta, ya que prácticamente la totalidad de estos instrumentos están enfocados hacia adolescentes. Ante esta situación, fue necesario emplear el instrumento de medida *Social Media Addiction Scale-Student Form (SMAS-SF)* (Şahin 2018) a pesar de que, como su nombre indica, este esté enfocado a población joven, por lo que no podemos asegurar que los resultados fruto de las respuestas a este test sean del todo confiables. Con el objetivo de suplir esta dificultad, se optó por incluir el instrumento de medida *Bergen Social Media Addiction Scale (BSMAS)* (Andreassen et al., 2012), el cual sí ha sido empleado en muestras adultas con anterioridad. Sin embargo, este último cuestionario está validado en muestra italiana, ya que no se llevó a cabo una validación en muestra española. Además, no presenta la sensibilidad suficiente como para poder detectar el número de casos significativos mientras que en el cuestionario SMAS-SF parece tener mayor sensibilidad.

También ha sido considerada una limitación el hecho de que, al tratarse de un tema controvertido en la sociedad como puede ser el deseo sexual y todo lo relacionado con la sexualidad, se plantea la posibilidad de que la deseabilidad social haya estado muy presente a la hora de rellenar el cuestionario, algo que no se midió en este estudio. Se propone tener en cuenta esta variable y controlarla para futuras investigaciones. Profundizando más en las limitaciones que se pudieron encontrar en las respuestas al cuestionario, muchos de los participantes comentaron en la última pregunta (en la que se daba un espacio para expresar propuestas de mejora o dudas) que la duración del cuestionario, al parecerles especialmente largo, había dificultado notablemente el poder completarlo de manera consciente y comprometida, ya que notaron que su atención comenzó a desvanecerse en la parte final del cuestionario.

Por último, incluir el Cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM) (Sánchez et al., 2004) en este estudio supuso una dificultad a la hora de trabajar con los resultados de dicha prueba, ya que se considera que tienen el mismo peso a la hora de determinar disfunción variables que están compuestas por un solo ítem que aquellas que están compuestas por hasta tres ítems, lo que no resulta muy coherente. Por esta razón, teniendo una medida alternativa que, sí que permite una mejor discriminación de la muestra y una distribución de las puntuaciones más amplia, se consideró más interesante hacer el contraste de medias a partir de los resultados del Cuestionario de Funcionamiento Sexual del Hospital General de Massachusetts (García et al, 2004).

## **CONCLUSIONES**

El análisis de los datos revela relaciones significativas entre diversas variables y el deseo sexual. Se confirma que un uso de redes sociales inferior a dos horas y los síntomas depresivos son predictores significativos del funcionamiento sexual.

Por otro lado, se rechaza la hipótesis de que un mayor uso de redes sociales se asocie negativamente con el deseo sexual, es decir, no hay evidencias que demuestren que un uso excesivo de redes sociales implique menor deseo sexual. Sin embargo, las edades más jóvenes se correlacionan con un mayor deseo sexual.

También se encontraron diferencias en el deseo sexual según la presencia de síntomas depresivos, la existencia de una pareja sentimental y el consumo de medicación psicotrópica, mostrando que aquellas personas sin síntomas depresivos, sin pareja y que no consumen medicación psicotrópica reportan mejores puntuaciones en el deseo sexual.

Estos hallazgos subrayan la importancia de considerar y evaluar los factores psicológicos y sociodemográficos para poder analizar el impacto de las redes sociales y el deseo sexual.

## REFERENCIAS

- Alimoradi, Z., Lin, C. Y., Imani, V., Griffiths, M. D., & Pakpour, A. H. (2019). Social media addiction and sexual dysfunction among Iranian women: The mediating role of intimacy and social support. *Journal of behavioral addictions, 8*(2), 318-325.
- Andreassen, C. S., Torsheim, T., Brunborg, G. S., & Pallesen, S. (2012). Development of a Facebook addiction scale. *Psychological Reports, 110*(2), 501–517. <https://doi.org/10.2466/02.09.18.PR0.110.2.501-517>
- Arab, L. E., & Díaz, G. A. (2015). Impacto de las redes sociales e internet en la adolescencia: aspectos positivos y negativos. *Revista Médica Clínica Las Condes, 26*(1), 7-13.
- Arrivillaga, C., Rey-Peña, L., & Extremera-Pacheco, N. (2022). Validación preliminar de la versión española de la Bergen Social Media Addiction Scale (BSMAS) en adolescentes.
- Atlantis, E., & Sullivan, T. (2012). Bidirectional association between depression and sexual dysfunction: a systematic review and meta-analysis. *The journal of sexual medicine, 9*(6), 1497-1507.
- Baldwin, D. S. (2001). Depression and sexual dysfunction. *British medical bulletin, 57*(1), 81-99.
- Baumeister, R. F., Catanese, K. R., & Vohs, K. D. (2001). Is there a gender difference in strength of sex drive? Theoretical views, conceptual distinctions, and a review of relevant evidence. *Personality and social psychology review, 5*(3), 242-273.
- Bella, A. J., & Shamloul, R. (2013). Psychotropics and sexual dysfunction. *Central European journal of urology, 66*(4), 466.
- Bridges, A. J., & Morokoff, P. J. (2011). Sexual media use and relational satisfaction in heterosexual couples. *Personal Relationships, 18*(4), 562-585.
- Brotto, L. A., & Smith, K. B. (2014). Sexual desire and pleasure.

- Bull, S. S., Levine, D. K., Black, S. R., Schmiede, S. J., & Santelli, J. (2012). Social media–delivered sexual health intervention: a cluster randomized controlled trial. *American journal of preventive medicine*, *43*(5), 467-474.
- Cabero Almenara, J., Martínez Pérez, S., Valencia Ortiz, R., Leiva Núñez, J. P., Orellana Hernández, M. L., & Harvey López, I. C. (2020). La adicción de los estudiantes a las redes sociales online: un estudio en el contexto latinoamericano. *Revista Complutense de Educación*, *31* (1), 1-12.
- Cabero-Almenara, J., Pérez-Díez de los Ríos, J. L., & Valencia-Ortiz, R. (2020). Escala para medir la adicción de estudiantes a las redes sociales. *Convergencia*, *27*.
- Campos, P. I., Morell-Mengual, V., Caballero-Gascón, L., Ceccato, R., & Gil-Llario, M. D. (2018). Satisfacción sexual femenina: influencia de la edad y variedad de prácticas sexuales. *Revista INFAD de Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology*, *1*(1), 85-92.
- Costa, R., Pimenta, F., Valente, M. A. F., & Patrão, I. (2023). Social media addiction is associated with sexual dissatisfaction: a cross-sectional study with quota sampling in Portugal.
- Diamond, L. M. (2003). What does sexual orientation orient? A biobehavioral model distinguishing romantic love and sexual desire. *Psychological review*, *110*(1), 173.
- Firth, J., Torous, J., Stubbs, B., Firth, J. A., Steiner, G. Z., Smith, L., ... & Sarris, J. (2019). The “online brain”: how the Internet may be changing our cognition. *World Psychiatry*, *18*(2), 119-129.
- Fuzeiro, V., Martins, C., Gonçalves, C., Santos, A. R., & Costa, R. M. (2022). Sexual function and problematic use of smartphones and social networking sites. *The Journal of Sexual Medicine*, *19*(8), 1303-1308.

- García, J. B., Portilla, M. P. G., Fernández, M. T. B., Martínez, P. A. S., & García, M. B. (2004). *Banco de instrumentos básicos para la práctica de la psiquiatría clínica*. Ars Médica.
- Gryc, A. K., Grudzien, M., Nowinska, A. M., Tuszyńska, W., Juchnowicz, D., Krukow, P., & Karakula-Juchnowicz, H. (2023). Is Instagram destroying sex life? An analysis of the impact of social media use on the sexual life of young Polish women-results of a web-based cross-sectional survey. *Annals of Agricultural and Environmental Medicine*, 30(4).
- Harris, M. (2021). How social media is changing the way we think about mental illness. *NAMI Greenville SC*. <https://www.namigreenvillesc.org/how-social-media-is-changing-the-way-we-think-about-mental-illness/>
- Hawi, N. S., & Samaha, M. (2017). The relations among social media addiction, self-esteem, and life satisfaction in university students. *Social Science Computer Review*, 35(5), 576-586.
- Hou, Y., Xiong, D., Jiang, T., Song, L., & Wang, Q. (2019). Social media addiction: Its impact, mediation, and intervention. *Cyberpsychology: Journal of psychosocial research on cyberspace*, 13(1).
- Jasso Medrano, J. L., López Rosales, F., & Díaz Loving, R. (2017). Conducta adictiva a las redes sociales y su relación con el uso problemático del móvil. *Acta de investigación psicológica*, 7(3), 2832-2838.
- Kendurkar, A., & Kaur, B. (2008). Major depressive disorder, obsessive-compulsive disorder, and generalized anxiety disorder: do the sexual dysfunctions differ?. *Primary care companion to the Journal of clinical psychiatry*, 10(4), 299–305. <https://doi.org/10.4088/pcc.v10n0405>



- Lindau, S. T., Schumm, L. P., Laumann, E. O., Levinson, W., O'Muircheartaigh, C. A., & Waite, L. J. (2007). A study of sexuality and health among older adults in the United States. *New England Journal of Medicine*, 357(8), 762-774.
- Lorca, R. (2022, 6 mayo). ¿Porqué los jóvenes dedican tanto tiempo a las redes sociales? *IRFE*. <https://www.irfe.cl/noticia/porqu%C3%A9-los-j%C3%B3venes-dedican-tanto-tiempo-a-las-redes-sociales#:~:text=La%20encuesta%20ha%20indicado%20que,el%20mundo%20de%20los%20j%C3%B3venes>
- Löwe, B., Kroenke, K., Herzog, W., & Gräfe, K. (2004). Measuring depression outcome with a brief self-report instrument: sensitivity to change of the Patient Health Questionnaire (PHQ-9). *Journal of affective disorders*, 81(1), 61-66.
- Luo, T., Qin, L., Cheng, L., Wang, S., Zhu, Z., Xu, J., ... & Liao, Y. (2021). Determination the cut-off point for the Bergen social media addiction (BSMAS): Diagnostic contribution of the six criteria of the components model of addiction for social media disorder. *Journal of behavioral addictions*, 10(2), 281-290.
- Martins, S. S., Lee, G. P., Kim, J. H., Letourneau, E. J., & Storr, C. L. (2014). Gambling and sexual behaviors in African-American adolescents. *Addictive behaviors*, 39(5), 854-860. <https://doi.org/10.1016/j.addbeh.2014.02.002>
- Mark, K. P., & Murray, S. H. (2012). Gender differences in desire discrepancy as a predictor of sexual and relationship satisfaction in a college sample of heterosexual romantic relationships. *Journal of sex & marital therapy*, 38(2), 198-215.

- Monacis, L., De Palo, V., Griffiths, M. D., & Sinatra, M. (2017). Social networking addiction, attachment style, and validation of the Italian version of the Bergen Social Media Addiction Scale. *Journal of behavioral addictions, 6*(2), 178-186.
- Montejo, A. L., Montejo, L., & Baldwin, D. S. (2018). The impact of severe mental disorders and psychotropic medications on sexual health and its implications for clinical management. *World psychiatry, 17*(1), 3-11.
- Morley, J. E. (2003). Testosterone and behavior. *Clinics in geriatric medicine, 19*(3), 605-616.
- Mulawa, M., Yamanis, T. J., Hill, L. M., Balvanz, P., Kajula, L. J., & Maman, S. (2016). Evidence of social network influence on multiple HIV risk behaviors and normative beliefs among young Tanzanian men. *Social Science & Medicine, 153*, 35-43.
- Muusses, L. D., Finkenauer, C., Kerkhof, P., & Billede, C. J. (2014). A longitudinal study of the association between compulsive internet use and wellbeing. *Computers in Human Behavior, 36*, 21-28.
- Odgers, C. L., & Jensen, M. R. (2020). Annual research review: Adolescent mental health in the digital age: Facts, fears, and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry, 61*(3), 336-348.
- Ojeda Pérez, M., Rey Alamillo, R. D., Walrave, M., & Vandebosch, H. (2020). Sexting en adolescentes: Prevalencia y comportamientos. *Comunicar. Revista Científica de Comunicación y Educación, 28* (64), 9-19.
- Peña, G. M., Rodríguez, Y. L., Llanes, L. L., Alzugaray, M. G., Carballo, G. O., Seijas, E. Á., & Torres, E. R. (2016). El deseo sexual en varones adultos mayores, su relación con la testosterona sérica y otros factores. *Revista Cubana de Endocrinología, 27*(1), 29-44.
- Pfaus, J. G. (2009). Pathways of sexual desire. *The journal of sexual medicine, 6*(6), 1506-1533.

- Phillips Jr, R. L., & Slaughter, J. R. (2000). Depression and sexual desire. *American Family Physician*, 62(4), 782-786.
- Plieger, T., Groote, O., Hensky, R., Hurtenbach, L., Sahler, S., Thönes, L., & Reuter, M. (2021). The association between sexism, self-sexualization, and the evaluation of sexy photos on instagram. *Frontiers in Psychology*, 12, 716417.
- Przybylski, A. K., & Weinstein, N. (2017). A large-scale test of the goldilocks hypothesis: quantifying the relations between digital-screen use and the mental well-being of adolescents. *Psychological science*, 28(2), 204-215.
- Pyke, R., & Clayton, A. (2017). What sexual behaviors relate to decreased sexual desire in women? A review and proposal for end points in treatment trials for hypoactive sexual desire disorder. *Sexual Medicine*, 5(2), e73-e83.
- Revilla, M., & Ochoa, C. (2017). Ideal and maximum length for a web survey. *International Journal of Market Research*, 59(5), 557-565.
- Şahin, C. (2018). Social Media Addiction Scale--Student Form. *TOJET: The Turkish Online Journal of Educational Technology*.
- Sánchez, D. T., Kiefer, A. K., & Ybarra, O. (2006). Sexual submissiveness in women: Costs for sexual autonomy and arousal. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 32(4), 512-524.
- Sánchez, F., Conchillo, M. P., Valls, J. B., Llorens, O. G., Vicentee, J. A., & de Las Mulas, A. C. M. (2004). Diseño y validación del cuestionario de Función Sexual de la Mujer (FSM). *Atención primaria*, 34(6), 286-294.
- Sierra, J. C., Vallejo-Medina, P., Santos-Iglesias, P., & Fernández, M. L. (2012). Validación del Massachusetts General Hospital-Sexual Functioning Questionnaire (MGH-SFQ) en población española. *Atención Primaria*, 44(9), 516-524.
- Smith, A. W., & Duggan, M. (2013). Online dating & relationship. *Washington, DC: Pew Research Center*.

- Tamarit, A., Schoeps, K., Peris-Hernández, M., & Montoya-Castilla, I. (2021). The impact of adolescent internet addiction on sexual online victimization: The mediating effects of sexting and body self-esteem. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, *18*(8), 4226.
- Tomada, A., Marazzi, A., Abazi, O., & Quaglia, J. (2009). Impact of job insecurity on sexual desire: an exploratory analysis. *Swiss medical weekly*, *139*(3334), 486-492.
- Twenge, J. M., Joiner, T. E., Rogers, M. L., & Martin, G. N. (2018). Increases in depressive symptoms, suicide-related outcomes, and suicide rates among US adolescents after 2010 and links to increased new media screen time. *Clinical Psychological Science*, *6*(1), 3-17.
- Vansteenwegen, A., Jans, I., & Revell, A. T. (2003). Sexual experience of women with a physical disability: A comparative study. *Sexuality and Disability*, *21*(4), 283-290.
- Villanueva, D. N., Feced, S. C., Calvo, B. R., & Barranco, I. B. (2017). Influencia negativa de las redes sociales en la salud de adolescentes y adultos jóvenes: una revisión bibliográfica. *Psicología y salud*, *27*(2), 255-267.
- Young, S. D., & Jordan, A. H. (2013). The influence of social networking photos on social norms and sexual health behaviors. *Cyberpsychology, behavior, and social networking*, *16*(4), 243-247.

## ANEXOS

### Anexo 1

#### *Cuestionario completo*

Influencia del uso de redes sociales en el deseo sexual

ESTOY REALIZANDO UNA INVESTIGACIÓN A LA QUE ME AYUDARÍAS

MUCHO SI, DE

MANERA ANÓNIMA, RESPONDIERAS A ESTAS PREGUNTAS. NO TE LLEVARÁ

MÁS DE

15-20 MINUTOS.

Esta encuesta va dirigida a personas **mayores de 18 años** residentes en España o Latinoamérica. Por favor, **NO** rellene este formulario en el caso de haber sido diagnosticado de alguna disfunción sexual, algún trastorno mental como esquizofrenia, trastorno bipolar, depresión mayor, trastorno por adicción a sustancias, trastorno de conducta alimentaria, etc; o de alguna enfermedad neurológica como esclerosis múltiple, alzheimer o demencia.

Soy Patricia Ferrer, estudiante del Máster en Psicología General Sanitaria de la Universidad Pontificia de Comillas. Estoy realizando una investigación con el fin de analizar la influencia del uso de redes sociales en el deseo sexual. Su colaboración me permitirá obtener los datos necesarios para llevar a cabo mi Trabajo de Fin de Máster, por lo que agradezco de antemano su participación, no le llevará más de 15-20 minutos. Sus datos se recogerán en todo momento de manera **anónima** y se garantiza la plena **confidencialidad** de los mismos. Los datos serán únicamente utilizados con fines de la investigación, todo atendiendo y respetando la ley de protección de datos (Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales). En el caso de aceptar este consentimiento, se le redirigirá automáticamente al inicio del formulario. No obstante, podrá abandonar la investigación en cualquier momento en caso de no querer participar.

SI tiene alguna duda no dude en ponerse en contacto conmigo a través del correo [202214639@alu.comillas.edu](mailto:202214639@alu.comillas.edu)

Un saludo y muchas gracias por su tiempo.

---

\* Indica que la pregunta es obligatoria

#### Sección sin título

1. Acepto continuar con el cuestionario \*

*Marca solo un óvalo.*

Sí

No

### Datos sociodemográficos

2. Escribe sin espacios el código formado por:

- Primera letra de tu nombre

- Última letra de tu primer apellido

- Última letra de tu segundo apellido- Último dígito de tu año de nacimiento - Último dígito de tu edad.

---

3. Edad \*

---

4. Sexo \*

*Marca solo un óvalo.*

Hombre

Mujer

Otras

5. Orientación sexual \*

*Marca solo un óvalo.*

- Heterosexual
- Bisexual
- Homosexual
- Otros

6. Nivel de estudios \*

*Marca solo un óvalo.*

- Educación Secundaria Obligatoria
- Bachillerato
- Grado
- Posgrado

7. Lugar de residencia \*

*Marca solo un óvalo.*

- España
- EE.UU.
- Latinoamérica

8. En caso de residir en Latinoamérica, por favor especifique el país

---

9. Situación laboral \*

*Marca solo un óvalo.*

- En activo
- Sin trabajar
- Cobrando el paro
- Jubilado

10. Estado civil \*

*Marca solo un óvalo.*

- Soltero/a
- Con pareja
- Casado/a
- Viudo/a
- Separado/a
- Divorciado/a

11. ¿Cuántos hijos tienes? \* *Marca solo un óvalo.*

- Ninguno
- 1
- 2
- 3
- 4
- Más de 4

12. Asistencia a terapia \* *Marca solo un óvalo.*

- Si, actualmente
- Si, en el pasado
- Nunca



13. ¿Tomas medicación? \*

*Marca solo un óvalo.*

Sí

No

14. ¿Tomas medicación psicotrópica? \*

*Marca solo un óvalo.*

Sí

No

15. ¿Cuál? (opción múltiple)

*Selecciona todos los que correspondan.*

Antidepresivos

Ansiolíticos

Antipsicóticos

Estabilizadores

Hipnóticos

Otro:

---

16. ¿Has tenido síntomas ansioso depresivos en el último mes? ¿Cuáles? \*

*Marca solo un óvalo.*



- Menos de 2 horas
- Entre 2 y 3 horas
- Entre 4 y 5 horas
- Más de 5 horas

21. ¿Para qué usas las redes sociales **principalmente**? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Trabajo
  - Ocio
  - Ambas
  - Otro:
- 

22. En caso de tener pareja, ¿has convivido con ella más de 15 días en el último mes? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Si
- No

23. Número de relaciones sexuales en el último mes \*

*Marca solo un óvalo.*

- De 0 a 1
- De 2 a 3
- De 4 a 5
- Más de 5

## Deseo sexual (hombres y mujeres)

24. ¿Cómo ha estado su interés sexual durante el último mes? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Totalmente disminuido
- Marcadamente disminuido
- Moderadamente disminuido
- Mínimamente disminuido
- Normal

25. ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir excitación sexual en el último mes? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Totalmente disminuido
- Marcadamente disminuido
- Moderadamente disminuido
- Mínimamente disminuido
- Normal

26. ¿Cómo ha estado su capacidad para alcanzar el orgasmo en el último mes? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Totalmente disminuido
- Marcadamente disminuido
- Moderadamente disminuido
- Mínimamente disminuido
- Normal

27. ¿Cómo ha estado su capacidad para conseguir y mantener una erección en el último mes? (Solo para hombres) *Marca solo un óvalo.*

- Totalmente disminuido
- Marcadamente disminuido
- Moderadamente disminuido
- Mínimamente disminuido
- Normal

28. ¿Cómo calificaría su satisfacción sexual general en el último mes? \*

*Marca solo un óvalo.*

- Totalmente disminuido
- Marcadamente disminuido
- Moderadamente disminuido
- Mínimamente disminuido
- Normal

#### Deseo sexual (solo mujeres)

29. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido fantasías (pensamientos, imágenes, etc.) relacionados con actividades sexuales?

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre/siempre

30. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha tenido pensamientos o deseos de realizar algún tipo de actividad sexual?

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre/siempre

31. Durante las últimas 4 semanas, ¿le ha resultado fácil excitarse sexualmente?

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre/siempre

32. En las últimas 4 semanas, durante la actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado, ¿ha sentido excitación sexual? (Por ejemplo, sensación de "ponerse en marcha", deseo de "avanzar más" en la actividad sexual.) *Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre/siempre

33. Durante las últimas 4 semanas, cuando se sintió excitada sexualmente, ¿notó humedad y/o lubricación vaginal?

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre/siempre

34. En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, cuando le han (o se ha) tocado o acariciado en la vagina y/o zona genital, ¿ha sentido dolor?

*Marca solo un óvalo.*

- Casi siempre/ siempre
- A menudo
- A veces
- Raramente
- Nunca

35. En las últimas 4 semanas, durante su actividad sexual, la penetración vaginal (del pene, dedo, objeto, etc) ¿podía realizarse con facilidad? (No debe contestar a esta pregunta si no ha habido penetración vaginal en las últimas 4 semanas. En su lugar, responda a la siguiente pregunta) *Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre/Siempre

36. Indique por qué no ha habido penetración vaginal durante las últimas 4 semanas (Responda esta preguntas sólo si no ha contestado a la pregunta anterior) *Marca solo un óvalo.*

- Por sentir dolor
- Por miedo a penetración
- Por falta de interés para la penetración vaginal
- No tener pareja sexual
- Incapacidad de la penetración por parte de su pareja

37. Durante las últimas 4 semanas, ante la idea o posibilidad de tener actividad sexual, ¿ha sentido miedo, inquietud, ansiedad...?

*Marca solo un óvalo.*

- Casi siempre/siempre
- A menudo
- A veces
- Raramente
- Nunca

38. Durante las últimas 4 semanas, ¿ha alcanzado el orgasmo cuando ha mantenido actividad sexual, con o sin penetración?

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre/ siempre

39. En las últimas 4 semanas, ¿Cuántas veces ha sido usted quien ha dado los pasos iniciales para provocar un encuentro sexual con otra persona?

*Marca solo un óvalo.*



- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre/siempre

40. Durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido confiada para comunicar a su pareja lo que le gusta o desagrada en sus encuentros sexuales?

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre/siempre
- No tengo pareja

41. Durante las últimas 4 semanas, ¿Cuántas veces ha tenido actividad sexual?

*Marca solo un óvalo.*

- 1-2 veces de
- 3 a 4 veces
- de 5 a 8
- veces de 9 a
- 12 veces

Más de 12 veces

42. Durante las últimas 4 semanas, ¿disfrutó cuando realizó actividad sexual?

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Casi siempre/siempre

43. En general, en relación con su vida sexual durante las últimas 4 semanas, ¿se ha sentido satisfecha?

*Marca solo un óvalo.*

- Muy insatisfecha
- Bastante insatisfecha
- Ni satisfecha ni insatisfecha
- Bastante satisfecha
- Muy satisfecha

## PHQ-9

Durante las últimas 2 semanas, ¿con qué frecuencia le ha molestado alguno de los siguientes problemas?

44. Poco interés o alegría por hacer cosas \*

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi cada día

45. Sensación de estar decaído/a, deprimido/a o \* desesperanzado/a

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi cada día

46. Problemas para quedarse dormido/a, para seguir durmiendo o dormir demasiado \*

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi cada día

47. Sensación de cansancio o de tener poca energía \*

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi cada día

48. Poco apetito o comer demasiado \*

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi cada día

49. Sentirse mal consigo mismo/a; sentir que es un/a fracasado/a o que ha decepcionado a su familia o a sí mismo/a *Marca solo un óvalo.* \*

- Nunca
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi cada día

50. Problemas para concentrarse en algo, como leer el periódico o ver la televisión \*

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi cada día

51. Moverse o hablar tan despacio que los demás pueden haberlo notado. O lo contrario: estar tan inquieto/a o agitado/a que se ha estado moviendo de un lado a otro más de lo habitual *Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi cada día

52. Pensamientos de que estaría mejor muerto/a o de querer hacerse daño de algún modo \*

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Varios días
- Más de la mitad de los días
- Casi cada día

### SMAS-SF

53. 1. Estoy ansioso por ir a las redes sociales \*

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

54. 2. Busco conectarme a Internet en todas partes para acceder a las redes sociales \*

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

55. 3. Lo primero que hago cuando me despierto es conectarme a las redes sociales \*

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

56. 4. Veo las redes sociales como escape del mundo real \*

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

57. 5. Una vida sin redes sociales no tiene sentido para mí \*

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

58. 6. Prefiero usar las redes sociales a pesar de estar acompañado \*

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

59. 7. Prefiero las amistades de las redes sociales que las presenciales \*

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

60. 8. Me expreso mejor con las personas de las redes sociales \*

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

61. 9. Aparento ser lo que yo quiero en las redes sociales \*

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

62. 10. Por lo general, prefiero comunicarme con personas a través de las redes sociales \*

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

63. 11. Hasta mi familia se enfada porque no puedo dejar de usar las redes sociales \*

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

64. 12. Quiero pasar el tiempo en las redes sociales cuando estoy solo \*

*Marca solo un óvalo.*



- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

65. 13. Prefiero la comunicación virtual en las redes sociales para salir \*

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

66. 14. Las actividades de las redes sociales se afianzan en mi vida cotidiana \*

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

67. 15. Omito mis tareas porque paso mucho tiempo en las redes sociales

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

68. 16. Me siento mal si estoy obligado a disminuir el tiempo que paso en las redes sociales \*

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

69. 17. Me siento infeliz cuando no estoy en las redes sociales \*

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

70. 18. Me emociona estar en las redes sociales \*

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

71. 19. Utilizo las redes sociales con tanta frecuencia que me olvido de mi familia \*

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

72. 20. El mundo misterioso de las redes sociales siempre me cautiva \*

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

73. 21. Ni siquiera noto que tengo hambre y sed cuando estoy en las redes sociales \*

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca  
 Rara  
 vez A  
 veces  
 Casi siempre  
Siempre

74. 22. Noto que mi productividad ha disminuido debido a las redes sociales \*

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca  
 Rara vez  
 A veces  
 Casi siempre  
 Siempre

75. 23. Tengo problemas físicos debido al uso de las redes sociales \*

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca  
 Rara vez  
 A veces  
 Casi siempre  
 Siempre

76. 25. Me gusta usar las redes sociales para mantenerme informado sobre lo que sucede \*

*Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

77. 26. Navego en las redes sociales para mantenerme informado sobre lo que comparten los grupos de medios sociales *Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

78. 27. Paso más tiempo en las redes sociales para ver <sup>\*</sup> algunos eventos/acontecimientos especiales (por ejemplo, cumpleaños) *Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

79. 28. Mantenerme informado sobre las cosas relacionadas con mis cursos <sup>\*</sup> (ej. tarea, actividades) me hace estar siempre en las redes sociales *Marca solo un óvalo.*

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

80. 29. Siempre estoy activo en las redes sociales para estar \*  
inmediatamente informado sobre qué comparten amigos y familia *Marca solo*

*un óvalo.*

- Nunca
- Rara vez
- A veces
- Casi siempre
- Siempre

### BSMAS

81. Emplea mucho tiempo pensando o planificando el uso de las redes sociales \*

*Marca solo un óvalo.*

- Muy raramente
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Muy a menudo

82. Siente el impulso de utilizar cada vez más las redes sociales \*

*Marca solo un óvalo.*

- Muy raramente
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Muy a menudo

83. Utiliza las redes sociales para olvidarse de sus problemas personales \*

*Marca solo un óvalo.*

- Muy raramente
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Muy a menudo

84. Intenta reducir el uso de las redes sociales sin éxito \*

*Marca solo un óvalo.*

- Muy raramente
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Muy a menudo

85. Se siente perturbado (en el sentido de enfadado/molesto) al prohibírsele el uso  
\* de las redes sociales *Marca solo un óvalo.*

- Muy raramente
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Muy a menudo

86. Utiliza demasiado las redes sociales, lo que repercute negativamente en su \*  
trabajo

*Marca solo un óvalo.*

- Muy raramente
- Raramente
- A veces
- A menudo
- Muy a menudo

¡Gracias por tu participación!

87. Comentarios o sugerencias

---

---

---

---

---



