

Judit Bellon Gordillo

**CÓMO AFECTA LA SALUD MENTAL EN LA SEXUALIDAD EN ÉPOCA DE
PANDEMIA.**

TRABAJO DE FIN DE GRADO

dirigido por la Dra. Elisabet Sánchez Rodríguez

Grado de Psicología



UNIVERSITAT ROVIRA I VIRGILI

Tarragona

2021

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN TEÓRICA.....	3
Qué es la COVID y la situación de la pandemia en España	3
Salud mental en España	7
Cómo ha influido la pandemia por COVID a la salud mental y sexualidad de las personas	10
Satisfacción sexual	16
Relación entre salud mental y satisfacción sexual	19
2. OBJETIVOS	22
3. HIPÓTESIS.....	23
4. METODOLOGÍA	24
Participantes:	24
Instrumentos utilizados:	24
Procedimientos:	28
Análisis de datos	29
5. RESULTADOS	30
6. DISCUSIÓN.....	36
7. LIMITACIONES	42
8. CONCLUSIONES	43
9. BIBLIOGRAFÍA.....	44

1. INTRODUCCIÓN TEÓRICA

QUÉ ES LA COVID Y LA SITUACIÓN DE LA PANDEMIA EN ESPAÑA

COVID-19

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020), la enfermedad del coronavirus o COVID-19, es una enfermedad infecciosa causada por el virus SARS-CoV-2. Este virus se caracteriza por la presencia de diversos síntomas, como lo son: fiebre, tos seca y cansancio, pero también se ha detectado la pérdida del gusto o el olfato, congestión nasal, conjuntivitis, dolor de garganta y de cabeza, dolor de músculos o articulaciones, erupciones cutáneas, náuseas o vómitos, diarrea y escalofrío o vértigo. Además, en casos de mayor gravedad, pueden producirse disneas, pérdida de apetito, confusión, dolor u opresión en el pecho y fiebre. También, existen otros síntomas menos comunes como la irritabilidad, merma de la consciencia, ansiedad, depresión, trastornos del sueño y complicaciones neurológicas.

No toda la población sufre el mismo impacto por la enfermedad, la población que corre más riesgos de presentar un cuadro grave son las personas de más de 60 años y las que presentan afecciones médicas como hipertensión, problemas cardíacos o pulmonares, diabetes, obesidad o cáncer (OMS, 2020). Pero, el no pertenecer a ninguno de estos colectivos, no garantiza que no pueda afectarte, ya que cualquier persona a cualquier edad puede enfermar de COVID-19 y morir.

Respecto a su temporalización, normalmente pasan entre 5 o 6 días desde la exposición, para que aparezcan los síntomas. Al haber casos entre 1 y 14 días, se decidió que cuando alguien hubiera estado en contacto con una persona positiva o estado expuesta al SARS-CoV-2, tuviera que quedarse alejada de las otras durante 14 días, para prevenir su propagación, sobre todo cuando no se pueda realizar una prueba que lo determine.

Las tasas de recuperación son altas, un 80% de las personas que han contraído la enfermedad se recuperará sin necesidad de recibir un tratamiento hospitalario. Un 15% desarrollará una enfermedad grave la cual requiera oxígeno y el 5% llegará a un estado crítico y precisará cuidados intensivos. De este 15 y 5%, presentarán complicaciones que los puede llevar a la muerte por insuficiencia respiratoria, por el síndrome de dificultad respiratoria aguda, la septicemia, la tromboembolia y la insuficiencia multiorgánica (lesiones cardíacas, hepáticas y renales) (OMS, 2020).

Aunque actualmente (abril de 2021), existen distintas vacunas para combatir el virus, estas se están administrando por orden preferente a las personas con más probabilidad de sufrir un cuadro grave, por ello, aún queda mucho recorrido y recursos para poder vacunar a toda la población (OMS, 2020).

PANDEMIA Y MEDIDAS DE CONTENCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS) tuvo la primera noticia de la existencia de este virus el 31 de diciembre de 2019 en Wuhan (China) al ser informados por varios casos de neumonía vírica (OMS, 2020).

Fue categorizada por la misma organización como pandemia mundial el 11 de marzo de 2020. Por ello, gobiernos y estados de todo el mundo decidieron aplicar numerosas medidas de emergencia y/o confinamiento para evitar su rápida propagación. En España, se decretó el estado de alarma tres días después, el 14 de marzo de 2020. Según el Real Decreto 463/2020 los ciudadanos residentes en España debían de seguir unas medidas de confinamiento, cuarentena y aislamiento social, que han ido cambiando según el grado de contagios y muertes que se producían (Buitrago et al., 2020).

El virus SARS-CoV-2 es altamente infeccioso, por ello, se han instaurado unas medidas generales para prevenir la enfermedad. Estas son indicaciones sencillas, como: mantener el distanciamiento social, utilizar mascarilla (sobre todo cuando no se pueda mantener la distancia),

mantener las habitaciones ventiladas, evitar aglomeraciones y el contacto estrecho con otras personas, lavarse las manos de forma periódica, entre otras. En general hay que seguir las recomendaciones que impone el gobierno. Por ello, en fases del estado de alarma no se permite cambiar siquiera de municipio, impidiendo la movilidad para evitar su propagación.

Para poder afrontar la situación de emergencia sanitaria el estado de alarma en España se prorrogó hasta el 21 de junio de 2020.

Se realizaron una serie de fases del plan de desescalada, otorgando más libertad de decisión y menos contención por parte del estado. Las distintas fases fueron avanzando y el gobierno decidió que las medidas de declaración del estado de alarma se quedaran sin efecto.

A su vez, se adoptaron medidas de prevención, contención y coordinación para poder controlar la pandemia, en la llamada "nueva normalidad". Durante esta fase, se empezaron a descontrolar las medidas y las cifras de contagios, y los fallecimientos aumentaron, forzando al Estado a volver a decretar el estado de alarma el 25 de octubre de 2020 para contener la propagación del virus. La duración de este segundo estado de alarma iba a durar hasta el 9 de noviembre de 2020, pero debido a la falta de contención se prorrogó hasta el 9 de mayo de 2021 (Gobierno de España, 2020).

Como bien se ha comentado, la pandemia provocada por el coronavirus 2019 ha afectado a escala mundial. A fecha de hoy (13 de abril de 2021), España es el sexto país con más casos confirmados de COVID-19 en Europa, llevándose a su paso más de 76.625 muertes (Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias, 2021).

Tabla 1. Casos confirmados de Covid-19 en Europa

Casos		Casos		Casos	
Francia	5.067.216	Suiza	614.718	Albania	128.393
Rusia	4.649.710	Austria	573.944	Estonia	114.443
Reino Unido	4.373.343	Bulgaria	371.993	Letonia	107.608
Turquía	3.849.011	Eslovaquia	371.062	Noruega	101.959
Italia	3.779.594	Bielorrusia	336.038	Montenegro	94.267
España	3.376.548	Grecia	295.480	Finlandia	82.053
Alemania	3.022.323	Croacia	292.938	Luxemburgo	63.650
Polonia	2.586.647	Georgia	288.755	Chipre	51.505
Ucrania	1.861.105	Azerbaiyán	285.993	Malta	29.614
Chequia	1.581.184	Moldavia	241.217	Andorra	12.545
Países Bajos	1.350.665	Irlanda	240.945	Islandia	6.258
Rumanía	1.006.167	Dinamarca	237.792	San Marino	4.956
Bélgica	925.476	Lituania	226.783	Gibraltar	4.277
Suecia	857.401	Eslovenia	226.499	Liechtenstein	2.825
Portugal	827.765	Armenia	203.327	Mónaco	2.375
Hungría	725.241	Bosnia y Herzegovina	184.254	Islas Feroe	661
Serbia	642.208	Macedonia Norte	141.844		

FATIGA PANDÉMICA

Según la OMS (2020), el cansancio ante las restricciones, el cierre de negocios, la tasa de desempleo y en general, el hastío generalizado de la población es llamado como fatiga pandémica. Esta es definida como “desmotivación para seguir las conductas de protección recomendadas que aparece de forma gradual en el tiempo y que está afectada por diversas emociones, experiencias y percepciones, así como por el contexto social, cultural, estructural y legislativo”. También es definida como una serie de síntomas derivados de la enfermedad del COVID-19 y de las consecuencias que ha traído para toda esta pandemia mundial. Síntomas como insomnio, preocupación, apatía, tristeza, agotamiento... (OMS, 2020). Cuando una persona presenta apatía, es importante distinguirlo de la depresión, ya que ambas comparten rasgos clínicos similares como lo son la pérdida de interés, el retraso psicomotor y la fatiga (Sociedad Española de Geriátrica y gerontología, 2013).

Además, esta fatiga es incrementada por los efectos de la sobreinformación, la infoxicación y la desinformación por diversas fuentes, que no siempre son fiables. Estas hacen que cueste más procesar la información relacionada con el coronavirus, y que, cuánto peor evoluciona la pandemia, mayores niveles

de fatiga pandémica se reportan. Las afirmaciones que más de acuerdo están entre los encuestados son "estoy cansado de los debates sobre la COVID-19", junto a "estoy harto de oír hablar de la COVID-19" y "me siento en tensión tratando de seguir todas las recomendaciones" (De prensa, 2021).

Después de un año de pandemia, los ciudadanos muestran cansancio, enfado, miedo y problemas de salud respecto a las restricciones relacionadas con la limitación de libertad y movilidad (Riquelme, 2021). Viendo que este fenómeno iba aumentando, en noviembre de 2020, distintos gobiernos crearon una serie de recomendaciones sobre estrategias comunicativas frente a la fatiga pandémica (CISNS, 2021). Además, se creó un Grupo de Trabajo del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud (CISNS) de fatiga pandémica para poder comunicar las recomendaciones para prevenirlas de forma más eficiente a la población.

SALUD MENTAL EN ESPAÑA

El concepto de salud mental está relacionado con el componente de bienestar mental incluido en la definición de salud, la cual esta es definida como: "estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente con la ausencia de afecciones o enfermedades" (OMS, 1946). Está relacionada con la promoción del bienestar, la prevención de trastornos mentales y el tratamiento y rehabilitación de las personas afectadas por dichos trastornos (OMS, 2013).

Camacho (2015), realizó un estudio sobre la epidemiología de los trastornos mentales de los cuales, afirma que una de cada cuatro personas padecerá una enfermedad mental a lo largo de su vida.

En España, una de cada diez personas de entre 15-100 años, declara haber tenido algún problema de salud mental (ENSE, 2017). Las enfermedades más frecuentes son la ansiedad y la depresión. Según una encuesta realizada en España en 2017, un 7% de los encuestados padecían ansiedad crónica y/o depresión. De estas puntuaciones, el porcentaje de mujeres

(9%) es más del doble que en hombres (4%). Ligada a esto, el 11% de la población consume relajantes, tranquilizantes o pastillas para dormir y un 5% antidepresivos o estimulantes (ENSE, 2017).

En atención primaria, la depresión y la ansiedad ocupan el segundo y tercer lugar sobre pérdidas de años de vida respecto a la calidad de vida (Fernández et al., 2010). Pero es curiosa la dificultad que tienen los médicos de percibir el malestar emocional de sus pacientes, y que, por ello, cuesta tanto precisar el diagnóstico (OMS, 2017).

La mayoría de estudios concluyen que el episodio depresivo mayor es el trastorno que más prevalencia tiene de forma particular, pero, si lo evaluamos globalmente, los trastornos de ansiedad afectan a más personas que los trastornos de estado de ánimo a la población general (Centro de Investigación biomédica en red de salud mental, 2014). Tanto la ansiedad como la depresión tienen una alta comorbilidad entre ellas, esta puede ser explicada por causas comunes de estados afectivos negativos (González et al., 2019) y, junto con el estrés, pueden aparecer frente condiciones contextuales comunes que los activan (Antúnez & Vinet, 2012). Un estudio realizado con estudiantes universitarios ha encontrado asociaciones significativas entre los tres componentes (González et al., 2019).

Investigaciones que han estudiado la ansiedad y la depresión, se han centrado en analizar distintos factores, pero el que más se ha estudiado ha sido el de la edad, llegando a la conclusión que existe una alta prevalencia de ansiedad y depresión en jóvenes (Alonso et al., 2004; Beuke, Fischer, & McDowall, 2003; Brown, Campbell, Lehman, Grishman, & Mancill, 2001; Dowrick et al., 1998; Michaud, Murria, & Bloom, 2001).

Además, Ozamiz y colaboradores (2020) realizaron un estudio en España a principios de febrero de 2020, los cuales obtienen resultados totalmente distintos respecto a los grupos de edad más afectados. Se han encontrado puntuaciones superiores en estrés, depresión y ansiedad en los grupos más jóvenes (18-25 años), siendo los mayores de 60 los que menos sintomatología presentaban.

Según la OMS (2013), se suicidan más de 800.000 personas al año a nivel mundial, siendo esta la segunda causa de muerte en personas de entre 15 y 29 años. Y, según el Instituto Nacional de Estadística (INE)(2013), en España se suicidan 10 personas al día, habiendo grandes diferencias entre hombres (75%) y mujeres (25%).

Según Mitchell y colaboradores (2009), que estudiaron la validez diagnóstica de la depresión en la atención primaria, de cada 100 usuarios que acuden a atención primaria, 10 presentan depresión, pero solo 5 son diagnosticados (Fernández et al., 2010). Lo que nos lleva a la conclusión que existen un 50% no son detectados, dejándolos sin tratamiento adecuado para su resolución (Fernández et al.,2012). El mismo autor comenta que para realizar un correcto diagnóstico de depresión o ansiedad, el médico debe ver al paciente más de una vez, ya que, en la primera visita, el paciente puede no haber explicitado toda la sintomatología que presenta, sobre todo la emocional.

Respecto al tratamiento en atención primaria, la mayoría de personas con alguna patología/ enfermedad mental no recibe tratamiento: solo un 20% de personas recibe tratamiento para la ansiedad en atención primaria y un 28% para la depresión (Bellón et al., 2020). Además, cuando reciben atención, solo el 50% que lo iniciaron se adhirieron al tratamiento (Vuorilehto et al., 2016). En conclusión, se puede observar la regla de las mitades decrecientes: menos de la mitad de personas son diagnosticadas, de este 50% menos de la mitad serán tratadas adecuadamente y de las que si lo sean, menos de la mitad se adherirá correctamente al tratamiento (Bellon et al., 2020).

CÓMO HA INFLUIDO LA PANDEMIA POR COVID A LA SALUD MENTAL Y SEXUALIDAD DE LAS PERSONAS

Al pensar en una pandemia, lo primero que se nos viene a la mente son los componentes biológicos e infecciosos, pero también hemos de tener en cuenta los factores psicosociales y económicos (Tizón, 2020).

Una epidemia de gran magnitud implica una perturbación psicosocial que puede no ser fácil de manejar para la población. Se puede considerar que afecta a la mayoría de personas en mayor o menor medida, y que existe un incremento de la incidencia de trastornos mentales (Organización Panamericana de la Salud, 2009). Sin embargo, se ha de tener en cuenta que no todos los problemas psicológicos constituyen un trastorno, ya que el hecho de que sea "normal" experimental reacciones emocionales ante determinadas situaciones no quiere decir que ello no afecte a la salud de las personas, en algunos casos son reacciones normales ante situaciones anormales (Organización Panamericana de la Salud, 2009).

El impacto psicosocial depende de la magnitud de la epidemia y del grado de vulnerabilidad de la población. Para poder evaluar el riesgo psicosocial, se ha de medir el resultado entre la amenaza real (situación externa) y la vulnerabilidad (situación interna), teniendo en cuenta un tercer eje, la indignación de las personas, que hacen que estas se enfaden y se preocupen. Por ello, las personas que han tenido mayores pérdidas, problemas para reconducir sus vidas y menor red de apoyo son uno de los colectivos más vulnerables (Organización Panamericana de la Salud, 2016).

Lo que se espera después de una pandemia es que parte de la población adquiera sintomatología ansiosa, hipocondríaca, estrés agudo, insomnio y también sintomatología del trastorno de estrés postraumático (Nice, 2018). En el caso del SARS-CoV-2, el confinamiento conlleva problemas psicológicos como el estrés, ansiedad y depresión que, sin intervención específica y continuando con la fuente principal de malestar que es la COVID-19 y la alta exposición a la información acerca de la pandemia, llevan a un sentimiento de incertidumbre que genera malestar. Estos

problemas persisten a día de hoy, pero en menor medida que durante la cuarentena (Dong et al.,2020; Ayittey et al., 2020).

En España, las repercusiones psicológicas se deben en parte a la insuficiencia de recursos psicológicos del Sistema Nacional de Salud (SNS), donde se puede encontrar la siguiente aterradora cifra: solamente hay 6 psicólogos en el SNS por cada 100.000 habitantes. Comparado con la media en la Unión Europea que son 18 por cada 100.000 habitantes, España se encuentra muy por debajo (Defensor del pueblo, 2020). Esta falta de recursos, hicieron que durante el confinamiento el Ministerio de Sanidad y el Consejo General de la Psicología de España, activaran el Servicio de Primera Ayuda Psicológica (SPAP). Este servicio consistía en proveer atención psicológica de forma telefónica a las personas afectadas por la COVID-19. El 80% de las llamadas estaban relacionadas con problemas psicológicos relacionados con sintomatología tanto ansiosa (54%) como depresiva (28%) (Saunders et al., 2020).

Una investigación realizada en España en época de pandemia fue la de Parrado (2020) que estudió los factores asociados al malestar emocional y morbilidad psíquica, y observó que hubo un impacto psicológico moderado o severo en el 25% de los participantes y que, un 50% había experimentado un deterioro en su salud mental. También afirma que hay grupos más perjudicados en cuanto al malestar emocional, que fueron: las mujeres, estudiantes y población con menor nivel de ingresos económicos.

Tanto en China como en México se obtuvieron resultados similares (Chao et al.,2020; Vázquez, 2020), los cuales afirman que pertenecer al género femenino está relacionado con síntomas psicológicos más elevados, junto al no tener hijos, estar soltero, tener comorbilidad médica y antecedentes de atención a la salud mental.

A día de hoy existen distintas explicaciones por las que el género femenino es un colectivo de gran vulnerabilidad, teniendo más riesgo de sufrir malestar emocional tras la pandemia. La primera explicación se debe a la feminización de algunos sectores como lo son la hostelería, el turismo o la peluquería, siendo estos los sectores más afectados económicamente por

las medidas de cierre del estado de alarma, creando así una crisis económica estrechamente relacionada con este género (European Institute for Gender Equality, 2020). Otra de las explicaciones está relacionada con las medidas extraordinarias impuestas por el Estado, que fueron: el distanciamiento físico y social, el confinamiento, el trabajo telemático y el cierre de los centros educativos. Estos fomentan que los trabajos de cuidados no remunerados aumenten, tanto por miedo a que se puedan contagiar las personas de riesgo como por realizar las tareas ellos mismos al estar en casa. Dejado así a las mujeres al cuidado tanto de sus hijos e hijas como de personas dependientes (European Commission, 2020) y dificultando la productividad de estas en el trabajo. Teniendo un doble impacto negativo, a nivel mental y físico (Arias- de la Torre et al., 2019). También, según un estudio realizado en China sobre las consecuencias psicológicas del confinamiento, concluyeron que las mujeres son más propensas a padecer problemas de salud mental, en concreto el trastorno por estrés postraumático (Liu et al., 2020). En cambio, un estudio realizado por Cala (2001) expone todo lo contrario, obteniendo que los hombres son más vulnerables al estrés que las mujeres.

Como bien se acaba de comentar, durante la pandemia han aumentado los sentimientos de depresión, ansiedad, angustia y miedo. Estos sentimientos influyen negativamente en el deseo sexual, y a su vez, se traduce en una disminución de las relaciones sexuales independientemente del tipo de relación. (Brooks et al., 2020)

En las parejas que conviven juntas se han visto afectación a nivel sexual a causa de los sentimientos negativos y el miedo al contagio. No sólo mediante el coito sino incluso por un simple beso, lo que ha hecho que disminuya la actividad sexual. En parejas estables, pero no convivientes, a pesar del alto deseo hacia el otro, no se pudo satisfacer debido al confinamiento del estado de alarma, eso sí, la sexualidad se ha experimentado de forma diferente gracias al uso de las tecnologías, como lo son el internet. Y, por último, las personas sin relación estable de pareja que mantienen encuentros sexuales esporádicos, tampoco han podido satisfacerse por las restricciones de movilidad (Jiménez, 2020).

Durante estos tiempos de exacerbación de la interacción y constreñimiento de lo vincular, muchas parejas presentan disminución de la frecuencia y calidad de sus encuentros sexuales (Moncayo, 2020). En algunos casos, se debe a la carga de trabajo, preocupaciones, trabajo desde casa, incertidumbre del futuro, por el distanciamiento físico y el temor al contacto, dónde la confusión de cómo realizar relaciones sexuales de forma segura para evitar el contagio como lo son el uso de mascarillas quirúrgicas, evitar según que prácticas sexuales como la oral... Lo cual hace que las parejas vivan la sexualidad de una forma totalmente distinta (Hafí et al., 2020; Turban et al., 2020)

MIEDO AL CONTAGIO

Según Wotjak y Pape (2013) el miedo tiene un gran impacto en la conducta. Explican que una amenaza desencadena múltiples respuestas a distintos niveles, como lo son: el autónomo (respiración entrecortada, el aumento frecuencia cardíaca, etc.), el conductual (paralización y/o sobresalto, dirigidas a luchar, evitar o huir) y hormonales (liberar adrenalina y cortisol en situaciones de estrés). También comentan, que la intensidad de las respuestas tanto de miedo como de ansiedad dependen de la interacción entre los factores biológicos (predisposición genética) y de los ambientales (experiencias traumáticas).

Según la Sociedad Española de Psiquiatría (2020), no todos reaccionamos del mismo modo ante situaciones de estrés, pero ante una pandemia de este calibre, hay sentimientos y emociones comunes entre la población. Por ello, crearon una lista sobre preocupaciones, miedos y fuentes de estrés más frecuentes en tiempos de COVID:

- El estado de salud tanto personal como de seres queridos.
- Pérdida de ingresos y seguridad en el puesto de trabajo.
- Incertidumbre o frustración al desconocer cuánto durará esta situación.

- Soledad al sentirse excluido (poco contacto social, grupos reducidos...).
- Malestar ante la posibilidad de ser contagiado por otros que no han seguido las medidas sanitarias rigurosamente.
- Aburrimiento ante el cambio de rutina habitual y la movilidad reducida.
- Síntomas depresivos como desesperanza o alteraciones del sueño. Estos son debidos en parte a la excesiva exposición a información y noticias relacionadas con la pandemia. Sobre todo, si incrementan las restricciones y limitaciones. También puede afectar la sensación de vulnerabilidad y victimización indirecta, que nadie se puede escapar del virus, entonces se tiene la percepción de que podríamos ser las siguientes víctimas.

Otros miedos muy comunes que se han manifestado actualmente son: la afefobia (miedo al contacto físico), agorafobia (a espacios abiertos), anuptafobia (a restricciones), claustrofobia (a espacios cerrados), demofobia (a la multitud), hipocondría (a enfermarse) o rupofobia (a la suciedad), entre otros. Este incremento de miedos, se transforman en problemas psicológicos, como la ansiedad, depresión y trastornos del sueño afectando directamente a la salud mental, y teniendo que aplicar remedios como el uso de ansiolíticos, analgésicos y antidepresivos (Datos del Colegio de Farmacéuticos de España, 2021).

Riquelme (2021), comenta que, según la Encuesta de Salud mental del CIS realizada en marzo de 2021, el 23% de los españoles sintieron "mucho o bastante miedo" a morir por coronavirus, en cambio, 4 meses antes, el miedo era mucho mayor entre la población, llegando a un 58%. Lo mismo pasó con el miedo a que un familiar fallezca y con la preocupación de contagiar a su entorno (72%). Esta encuesta también muestra que un 22% se encuentra "nervioso, ansioso o muy alterado", un 21% se sentía "decaído, deprimido o sin esperanza" y otro 14% "incapaz de parar o controlar las preocupaciones".

En medio de una pandemia, el miedo al contagio, la pérdida de seres queridos, el no poder despedirnos de los enfermos según la tradición cultural, ante la menor disponibilidad de recursos básicos y la disminución en la economía a escala mundial junto a los constantes cambios a nivel institucional, ha provocado que las consecuencias se perciban como impredecibles e incontrolables (Quezada-Scholz, 2020), dos condiciones que favorecen la emergencia de la angustia y otras psicopatologías (Mineka y Kihlstrom, 1978).

Wang y colaboradores (2017) ponen de manifiesto que cuando una persona está expuesta repetidamente a situaciones adversas, incontrolables e impredecibles, conduce a una sensación general de no control, fomentando la ansiedad y el sentimiento de desesperanza. Este fenómeno se denomina desesperanza aprendida, y aparece cuando se asocia que no hay relación entre la conducta y las consecuencias (Overmier y Seligman, 1967).

Otro estudio realizado en China, a principios de febrero de 2020, concluye que el miedo a lo desconocido y la incertidumbre pueden transformarse en trastornos como ansiedad, estrés y depresión (Shigemura et al., 2020).

En Canadá, se realizó una encuesta cuando únicamente había 4 personas contagiadas en el país. Los resultados que obtuvieron fueron que un tercio de los encuestados estaban preocupados por el virus, y que un 7% se mostraban muy preocupados (Asmundson et al., 2020). Además, en este estudio se señala que, a nivel global, se tiene mucho más miedo a la COVID-19 que, a cualquier brote de gripe, cuando la segunda ha matado también a muchas personas.

Respecto al rango de edad, el grupo de población con menos miedo a las epidemias suele ser el de los más jóvenes, de 20 a 34 años como bien se puede reflejar en la encuesta sobre la gripe H1N1 (Van et al., 2009). En cambio, las personas mayores, se espera que les afecte más psicológicamente, ya que son más vulnerables a los efectos del virus. Esta diferencia entre edades puede ser explicada con que los jóvenes presentan un sesgo optimista de invulnerabilidad al no pertenecer al colectivo con más riesgo de padecer un cuadro grave. Pero como bien ha descrito la OMS en anteriores apartados, nadie está a salvo de adquirirlos (Idoiaga et al., 2016).

SATISFACCIÓN SEXUAL

QUÉ SE ENTIENDE POR SATISFACCIÓN SEXUAL

La salud sexual es definida como “estado de bienestar físico, mental y social que requiere un enfoque positivo y respetuoso de la sexualidad y de las relaciones sexuales, así como la posibilidad de tener experiencias sexuales placenteras y seguras” (OMS, 2006). Más adelante, la OMS, la define como “aspecto central del ser humano, presente a lo largo de su vida. El cual abarca el sexo, las identidades y los papeles de género, el erotismo, el placer, la intimidad, la reproducción y la orientación sexual” (OMS, 2017). Es un concepto ligado íntimamente con la salud y la calidad de vida, donde fomentan la salud sexual, dando información y remarcando la importancia que tiene la satisfacción en ella (Sánchez et al., 2014).

Para el ser humano, la sexualidad está presente desde su nacimiento, definiendo distintos aspectos a lo largo de la vida como lo son el sexo, las relaciones sexuales, los roles en la sociedad, la reproducción, entre otros. Pero hay que tener en cuenta que tienen una gran influencia de la genética, sociedad, educación y cultura (Cushman et al., 2015).

La satisfacción sexual se entiende como la percepción subjetiva de bienestar, ajuste y agrado por el ejercicio sexual (Lawrance y Byers, 1995; citado por Jiménez, 2010). Otra definición, sería la respuesta afectiva que surge de las evaluaciones de la persona respecto su relación sexual a partir de percepciones de cumplimiento de las expectativas y necesidades sexuales tanto propias como de la pareja (Ortiz y Ortiz, 2003). También es definida como “el grado de estabilidad emocional que le genera a una persona el desempeño de su sexualidad”. En resumen, el grado de conformidad respecto las actividades sexuales (Carrobbles et al., 2011).

La satisfacción sexual se asocia con las conductas, emociones y características de la pareja, igual que los estados emocionales con las prácticas sexuales (Barrientos, 2003).

CON QUÉ VARIABLES SE RELACIONA

Durante el siglo XX las investigaciones sobre la satisfacción sexual se basaban en la frecuencia del acto sexual y el placer que se obtiene del coito (Renaud et al., 1991). Otras añadían otros factores como el orgasmo, midiendo su frecuencia, calidad y consistencia (Darling et al, 1991).

En el siglo siguiente, los estudios se centraban en variables a nivel interno, afectivo y en el apego con la pareja (Sánchez et al.,2014), teniendo en cuenta las sensaciones y emociones posteriores al encuentro sexual. Ya que estas son determinantes en la valoración subjetiva de la satisfacción sexual (Byers et al.,1998).

Respecto las características sociodemográficas de la satisfacción sexual, distintos estudios tienen en común que se centran en el género, orientación sexual, edad, tipo de pareja y nivel de estudios. Existe un cierto consenso respecto al hecho de que, cuanto más mayores nos hacemos, los niveles de satisfacción sexual van disminuyendo (Acuña y Ceballos (2005); Chao et al.,2011). Atendiendo al nivel educativo, existe una correlación positiva con el nivel de satisfacción sexual. Es decir, cuanto mayor nivel educativo, mayor será tu satisfacción sexual (Barrientos y Páez, 2006; Carpenter et al., 2009; Sánchez-Fuentes y Sierra, 2015). Todo lo contrario, pasa con el tipo de pareja, cuanto más larga es la relación, menos satisfacción produce (Sánchez et al, 2015) pero en general, la satisfacción sexual es mayor en personas con relaciones estables. Esto podría estar explicado con las afirmaciones de Byers (2005) que considera que las parejas tienen mayor satisfacción sexual por mantener una buena comunicación sobre el sexo con su pareja.

Un estudio realizado en España que mide la satisfacción sexual, obtiene que un 86% de los encuestados se siente satisfecho con su sexualidad (Bocanegra, 2019).

Respecto a la orientación sexual, se ha encontrado mayor satisfacción sexual entre aquellas personas que se etiquetan como homosexuales y

bisexuales que en heterosexuales (breyer et al., 2010; Strizzi et al., 2015). Otro estudio llegó a las mismas conclusiones, considerando que existen diferencias entre heterosexuales y bisexuales o con otra orientación, obteniendo puntuaciones mayores en colectivos no heterosexuales (Jiménez, 2010). En cambio, existen otros estudios más actuales que no obtienen puntuaciones significativas en mujeres no heterosexuales (homosexuales y bisexuales) (González, 2019)

En relación con el género, existen dos problemáticas en sus investigaciones. La primera es respecto a la proporción y la segunda a las conclusiones contradictorias entre los estudios existentes. Centrándonos en la proporción, existen numerosas investigaciones centradas en la satisfacción sexual de las mujeres (Calado et al., 2004; Paredes y Pinto, 2009), en cambio, hay muy pocas acerca de la satisfacción sexual de los hombres (Higgins et al., 2011). Dejando a un lado otros géneros como son el género fluido o el no-binario. También, se puede percibir en la contrariedad de resultados entre estudios, no pudiendo llegar a una conclusión relevante. Al intentar explicar esta contrariedad, Sánchez (2016) considera que se debe a la falta de instrumentos adecuados para evaluar la satisfacción sexual y por la falta de un marco teórico sólido. Esta falta de consenso se puede mostrar con los siguientes estudios. El primero, realizado por Santos-Iglesias y colaboradores (2009), que concluyen no haber diferencias significativas entre géneros respecto la satisfacción sexual. El segundo, hecho por la empresa Durex en 2007 extrae de sus resultados que hay mayor índice de satisfacción sexual en mujeres que en hombres, y, por último, el Ministerio de Sanidad Política y Social (2009) presentó una encuesta nacional de salud sexual en la cual concluye de los resultados de la encuesta, que hay mayor satisfacción sexual en hombres (42%) que en mujeres (38%). Un estudio actual realizado en 2019, concluye que no existen diferencias significativas entre hombres y mujeres en cuanto a la satisfacción sexual (González, 2019).

RELACIÓN ENTRE SALUD MENTAL Y SATISFACCIÓN SEXUAL

Los profesionales de la salud, se centran en curar el trastorno mental, pero en ocasiones, no se tienen en cuenta aspectos asociados a la patología, en este caso, la sexualidad. En pacientes con algún trastorno psicopatológico como los depresivos o ansiosos, no se tienen en cuenta las dificultades a nivel sexual (Zalduendo, 2017).

ANSIEDAD Y SATISFACCIÓN SEXUAL

Algunos autores asocian negativamente la ansiedad y la satisfacción sexual ya que, en el momento de la excitación, la sintomatología ansiosa muestra un efecto adverso (Steinke y Wright, 2006). Otro estudio, llevado a cabo por Bradford y Meston (2006), comentan que algunas mujeres presentaban disfunciones sexuales cuando padecían ansiedad. De esta forma la ansiedad se asocia negativamente con la activación sexual subjetiva y de manera positiva con la activación fisiológica propia de la ansiedad como estado durante la película.

Las personas ansiosas tienden a subestimar sus capacidades en general, sobre todo las relacionadas con la interacción sexual, generando estados de autocrítica y anticipando como negativas las consecuencias de una situación. Además, las personas ansiosas tienden a auto-reprocharse con mayor frecuencia cuando algo no les sale como hubiesen querido atribuyéndose la culpa (Leary y Dobbins, 1983). En cambio, otro estudio muestra que la ansiedad no afecta a la excitación e incluso puede llegar a facilitarlos (Van-Minnen y Kampman, 2000). Otro resultado apunta hacia la misma dirección, indicando que, a mayor ansiedad, mayor satisfacción sexual (Jiménez, 2010). Estos últimos resultados podrían explicarse por la asociación encontrada por Bradford y Meston (2006) la cual relacionan la activación fisiológica propia de la ansiedad como estado y correlaciona positivamente con la activación fisiológica sexual.

DEPRESIÓN Y SATISFACCIÓN SEXUAL

Respecto a cómo afecta la depresión en la sexualidad, uno de los criterios para poder diagnosticar un trastorno depresivo mayor es la incapacidad para sentir placer. Debido a la falta para experimentar placer, existe una disminución de la libido y aumentan los problemas sexuales, que derivan en una pérdida de interés en cualquier actividad relacionada con la sexualidad. Además, también se evita el contacto interpersonal al haber una pérdida de la confianza personal y sobre los demás. De este modo, aumenta la probabilidad de desarrollar una disfunción sexual como lo es el deseo sexual inhibido (Parekh, 2017; Portalatín, 2015).

Cuando una persona presenta dificultades sexuales, estas pueden haber sido creadas por un trastorno mental, siendo la depresión la que más comorbilidad tiene entre todas las psicopatologías (Garrido, 2012) ya que se produce un desajuste en los neurotransmisores del cerebro, provocando la incapacidad para experimentar placer y las disfuncionalidades a nivel sexual (Azor, 2016) tanto por la sintomatología de la propia enfermedad como por el tratamiento farmacológico (Montorsi et al., 2010; Romi, 2013).

Como bien se acaba de comentar, las disfunciones sexuales están estrechamente ligadas a las patologías como lo es la depresión. Pero lo complicado de esta cuestión es diferenciar cuál es la causa o consecuencia de la otra. En la mayoría de ocasiones, las alteraciones sexuales aparecen como resultado de la enfermedad depresiva, pero otras, el problema principal son las disfunciones y se acaba desarrollando una depresión (Medicina Positiva, 2014).

ESTRÉS Y SATISFACCIÓN SEXUAL

Una situación sexual puede ser evaluada como estresante cuando existe una anticipación al fracaso, se tienen altas exigencias y expectativas sexuales, cuando hay conflictos de pareja, miedo al embarazo o al ser infectado por alguna ITS o ETS, creando una sensación de ansiedad e incapacidad para poder disfrutar de la sexualidad del individuo.

Esa preocupación ligada con experiencias anteriores asociadas al miedo, ansiedad o fracaso, pueden hacer que cualquier estímulo relacionado adquiriera un carácter aversivo y se intente evitar, impidiendo el disfrute en esta área (Bravo, 2017).

Cuando un miembro de la pareja presenta alguna disfunción sexual, se crean situaciones estresantes entre los conyugues, ya que hay un incremento de pensamientos negativos que según el sexo se centran en un aspecto u otro. Las mujeres, presentan un discurso vinculado a desvalorizarse y en un decremento en la autoestima, mientras que en los hombres se centran en el desempeño (Ortega, 2009).

Por otro lado, bajo situaciones de estrés, las mujeres presentan más sentimientos negativos relacionados con la incomodidad durante las relaciones sexuales, mientras que los hombres, se muestran satisfechos de la propia ejecución y con sentimientos positivos (Álvarez, 2000). Esta conclusión puede ser explicada por un estudio realizado en 2010, el cual considera que las mujeres tienen mayor tendencia a desarrollar sintomatología ansiosa, depresiva y disfunciones sexuales debido a la desigualdad en la vida cotidiana (González, 2010).

Otro estudio que investigaba la relación entre la sexualidad y el estrés en adultos jóvenes, ha encontrado relación significativa entre estos, el autor comenta que cuando una persona tiene la percepción de que maneja correctamente el estrés o que tiene un estrés saludable (eutrés) también tiene un buen manejo de la sexualidad. En cambio, las que consideran que su percepción del estrés es no saludable (distrés), perciben de la misma forma la sexualidad (García et al., 2018).

Díaz y colaboradores (2016) indican que existen una gran cantidad de factores estresantes en jóvenes universitarios, y una de las repercusiones es en la salud sexual, que afectaría directamente por la falta de tiempo. En cambio, un estudio más reciente considera que el estrés no es un factor que afecte negativamente al funcionamiento sexual de mujeres universitarias si no que pasa todo lo contrario, que cuanto más estrés, mayor satisfacción, lubricación y orgasmos (Bravo, 2017).

Un estudio realizado por González y colaboradores (2018) que pretendían buscar intervenciones efectivas para reducir los efectos del estrés, obtienen que la actividad sexual reduce los efectos del estrés. Otros beneficios de practicar sexo, son los de las endorfinas y otras hormonas que, al ser liberadas, mejoran el estado de ánimo y además de aumentar la neurogénesis (Prince et al., 1998). Por otro lado, se ha correlacionado negativamente la actividad sexual y el estrés (Bodenman et al., 2006). En cambio, un estudio realizado por Bodenmann y colaboradores en 2007, relacionan el estrés con un incremento el deseo y la actividad sexual en hombres.

Como bien se ha comentado anteriormente, la sexualidad engloba los factores psicológicos, biológicos y socioculturales (Jursch, 2004). Pero a la hora de buscar estudios anteriores que relacionen el estrés y la sexualidad de forma directa en la población general, queda clarificada la falta de estudios respecto esta relación.

2. OBJETIVOS

Esta investigación tiene como finalidad estudiar la relación entre la salud mental y la satisfacción sexual en población española estableciendo como objetivos específicos:

- Analizar los niveles de satisfacción sexual, depresión, ansiedad y estrés en la población española.
- Evaluar si existen relaciones significativas entre la satisfacción sexual y la depresión, ansiedad y estrés.
- Relacionar los niveles de salud mental (depresión, ansiedad y estrés), los niveles de miedo al contagio y fatiga pandémica con la satisfacción sexual.
- Identificar si ha habido pérdida del apetito sexual o dificultades sexuales a raíz de la pandemia COVID-19.

- Observar si hay diferencias significativas en los niveles de satisfacción sexual según el género y orientación sexual.
- Relacionar el grado de miedo al contagio y el nivel de fatiga pandémica con la salud mental.

3. HIPÓTESIS

Como hipótesis central se espera que los participantes puntúen por encima de los baremos esperables, y presenten ansiedad, depresión y estrés un año más tarde de empezar la pandemia, y que estos niveles de depresión, ansiedad y estrés se relacionen con la satisfacción sexual.

Como hipótesis específicas se plantean las siguientes:

- Que los participantes presenten ansiedad, depresión y estrés.
- La satisfacción sexual y la salud mental (ansiedad, depresión y estrés) estarán significativa y positivamente relacionadas. Esto es, a mayores puntuaciones en ansiedad, depresión y estrés, menor será el nivel de satisfacción sexual.
- Se espera que los niveles de ansiedad, depresión, estrés, miedo al contagio y fatiga pandémica influyan en los niveles de satisfacción sexual.
- Los niveles de apetito sexual habrán disminuido durante la pandemia y habrán aumentado las dificultades sexuales.
- No se encontrarán diferencias de género respecto a los niveles de satisfacción sexual. Sin embargo, las personas no heterosexuales tendrán unos niveles de satisfacción sexual mayores que las personas heterosexuales.
- En cuanto a la relación entre el miedo al contagio y el nivel de fatiga, se espera que cuanto más miedo tenga la persona y más fatiga

presente, menor será su salud mental (mayores niveles de ansiedad, depresión y estrés).

4. METODOLOGÍA

PARTICIPANTES:

Un total de 265 personas respondieron al cuestionario. Todas ellas debían de cumplir los siguientes criterios de inclusión: tener mínimo 18 años, tener pareja (sentimental o sexual), entender el castellano, tener acceso a internet y haber aceptado participar en el estudio. Se decidió prescindir de las respuestas de 36 personas, por no cumplir con los requisitos y encontrarse en una situación sentimental sin pareja.

De las 229 personas que conforman la muestra (N=229), en relación con el género, 167 participantes se identifican con el género femenino (73%), 61 con el género masculino (27%) y 1 con el género no binario (0,4%). Respecto a las edades, el rango de edad se sitúa entre 18 y 60 años siendo la media de edad de la muestra de 25.89 (DT= 0.45).

Además, el 86% de los participantes tienen pareja sentimental y el 14% pareja sexual. Respecto la orientación, el 76% de la muestra se considera heterosexual, el 4% homosexual, el 20% bisexual y, por último, un 1% como "heterocuriosa". Teniendo en cuenta el nivel de estudios, la mayoría de los encuestados (54%), tienen estudios universitarios, seguido de un 27% que tiene estudios de formación profesional y un 9% de COU/bachillerato.

INSTRUMENTOS UTILIZADOS:

Primeramente, se recogieron datos sociodemográficos básicos para conocer la muestra: el género, estado sentimental, edad, orientación sexual, nivel de estudios, ocupación y si residieron en España durante la cuarentena.

Para poder responder a la hipótesis central del estudio, era necesario medir por separado la salud mental y la satisfacción sexual. Para empezar, se tuvo que medir la salud mental de la población, y en este caso, la sintomatología ansiosa, del estrés y depresiva. Por ello, el DASS-21 (versión abreviada del

DASS-42) era el instrumento ideal: rápido y eficaz. Seguidamente, para conocer los niveles de satisfacción sexual, se utilizó el Índice de Satisfacción Sexual (ISS) de Hudson y publicada en español por crooks y baur (2000). También se realizaron dos preguntas dicotómicas de sí/no relacionadas con la pérdida de apetito sexual, dificultades sexuales y sensaciones placenteras desde el inicio del estado de alarma decretado en España debido a la COVID para detectar si ha habido cambios por afectación de la situación. Aparte, en dos escalas del 0-10 se quiso saber cuánto miedo se tiene al contagio y el grado de fatiga pandémica que se presenta. Finalmente, la encuesta es compuesta por 51 ítems.

- Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21)

El DASS-21 ha sido creada para poder medir los estados emocionales negativos de depresión, ansiedad y estrés. La escala de depresión mide la baja afectividad positiva, la escala de ansiedad la agitación psicofisiológica y la de estrés, la afectividad negativa (Gurrola et al., 2006). Esta ha sido adaptada al español por Bados y colaboradores (2005) de la escala original de Lovibond y lovibond (1995).

La escala DASS-21 está formada por 21 ítems de tipo Likert. Estos se dividen en tres escalas: Depresión (ítems 3, 5, 10, 13, 16, 17 y 21), Ansiedad (ítems 2, 4, 7, 9, 15, 19 y 20) y Estrés (ítems 1, 6, 8, 11, 12, 14 y 18). Para poder medir estos tres factores, se ha realizado un sumatorio de las respuestas de los ítems correspondientes por separado, que variará entre 0 y 21 puntos.

Por lo tanto, cada una de las escalas está formada por 7 ítems, y estos tienen el formato Likert con cuatro alternativas de respuestas de las cuales la persona encuestada ha de decidir en qué grado (del 0 al 3), le ha ocurrido las 21 afirmaciones durante la semana anterior siendo 0: "no me ha ocurrido" y 3: "me ha ocurrido mucho, o la mayor parte del tiempo" (Román Mella, Vinet, & Alarcón Muñoz, 2014).

Una vez se haya realizado el sumatorio de las puntuaciones de estas 3 escalas, se pueden clasificar según la Tabla 2 como: normal, bajo,

moderado, severo y extremadamente severo. Pero al estar utilizando la versión abreviada del DASS-42, debemos de multiplicar por dos los resultados (Lovibond y Lovibond, 1995).

Al hablar de las propiedades psicométricas del DASS-21, se ha de decir que presenta una fuerte consistencia interna y sin ítems problemáticos. El valor del alfa de Cronbach para el total de las tres escalas suele estar alrededor de 0,95 (Mendes y Azedero, 2006). En este estudio, se ha encontrado una fiabilidad alta con una muy buena consistencia interna ($\alpha=0.94$).

Tabla 2. Escala para los puntajes DASS-42 de Lovibond y Lovibond (1995)

	Depresión	Ansiedad	Estrés
<i>Normal</i>	0-9	0-7	0-14
<i>Bajo</i>	10-13	8-9	15-18
<i>Moderado</i>	14-20	10-14	19-25
<i>Severo</i>	21-27	15-19	26-33
<i>Extremadamente severo</i>	28 o más	20 o más	34 o más

- Índice de Satisfacción Sexual (ISS)

El ISS fue creado por Hudson y colaboradores en 1981, pero para este estudio se utilizó la versión española publicada por Crooks y Baur (2000).

Este índice es una escala en formato breve para ser utilizada en el ámbito clínico para evaluar la satisfacción sexual y está compuesto por 25 ítems con respuesta tipo Likert (1-5), en el que 1 significa "nunca" y 5, "siempre", de modo que, a mayor puntuación, mayor satisfacción sexual.

La prueba original mide la media de insatisfacción, en cambio, en la versión española se invirtieron las puntuaciones para obtener la media en satisfacción sexual.

De los 25 ítems que forman la muestra, se han de invertir 13 para que todos vayan hacia la misma dirección (ítems 4-8, 11, 13-15, 18, 20, 24 y 24). Teniendo en cuenta la inversión, Crooks y Baur (2000) formaron otros parámetros de interpretación en los que: 0-20 muestran una satisfacción sexual nada satisfactoria; de 21-60 poco satisfactoria; de 61-80 muy satisfactoria y entre 81-100 extremadamente satisfactoria.

El ISS cuenta con una fiabilidad de consistencia interna que oscila entre 0,86 y 0,95 (Butzer y Campbell, 2008; Davies et al., 1999, Hudson et al., 1981), con una fiabilidad test-retest igual a 0,93 tras una semana de intervalo (Hudson et al., 1981.), y también, tiene una adecuada validez discriminante y de constructo. En el presente estudio se ha presentado una buena consistencia interna ($\alpha = 0,089$).

- Cambios en el apetito sexual, dificultades sexuales y sensaciones placenteras

Al no tener información sobre la muestra antes de la COVID-19 y así poder realizar un estudio comparativo con el pre-test, se realizaron dos preguntas dicotómicas de sí/no para conocer si consideran que ha habido cambios respecto a su satisfacción sexual. La primera habla sobre el apetito sexual y dificultades sexuales: "Ha sentido pérdida del apetito sexual o dificultades sexuales desde el inicio del estado de alarma decretado en España debido a la COVID-19 (14 de marzo de 2020)". En cambio, la segunda habla sobre sensaciones placenteras: "Tiene menos sensaciones placenteras durante sus relaciones sexuales desde el inicio del estado de alarma decretado en España debido a la COVID-19 (14 de marzo de 2020)."

- Miedo al contagio y fatiga pandémica

Además, para poder medir el miedo al contagio y la fatiga pandémica sin que la encuesta fuese excesivamente extensa, se realizaron dos preguntas

con opciones de respuesta en escala del 0-10. La primera: "En una escala del 0 al 10, donde 0 significa "nada" y 10 significa "muchísimo" cuanto miedo tienes a ser contagiado de Covid-19 (aun siguiendo las recomendaciones sanitarias)". Mientras que en la segunda: "En una escala del 0 al 10, donde 0 significa "nada" y 10 significa "muchísimo" hasta qué punto te sientes tan fatigado/a con la situación Covid-19 y las restricciones correspondientes, que has dejado de seguir las recomendaciones sanitarias rigurosamente".

Procedimientos:

El presente estudio se realizó entre marzo y mayo de 2021, ambos incluidos. Para empezar, se recopiló gran cantidad bibliográfica relacionada con la temática (salud mental, satisfacción sexual, COVID-19 y relaciones) y se realizó un análisis para poder extraer la información más valiosa. Esta búsqueda de material fue posible gracia a bases de datos como Web of Science y otras no tan conocidas de las que Google académico derivaba. Al escoger una información, se prestó especial atención a las publicaciones más actuales, preferiblemente de 2017 hacia adelante. Respecto a los resultados obtenidos para formar el marco teórico, se puede observar la falta de estudios actuales que relacionen la salud mental y la satisfacción sexual en la población general y, la extrapolación a diversos géneros, como también, la contradicción de resultados en cuanto a estudios que miden lo mismo, sobre todo de la satisfacción sexual.

Una vez formado el marco teórico y teniendo en cuenta hacia donde se dirigen los estudios, se formaron los objetivos e hipótesis de la investigación, como también, los criterios de inclusión (ser mayor de edad y estar en una relación de pareja sexual) y, posteriormente, se empezó a elaborar la encuesta para poder estudiarlo.

El cuestionario creado para este estudio es dividido en cuatro apartados. En el primero constan las preguntas sociodemográficas para conocer a la población y si pertenecen a los criterios de inclusión. El segundo y tercer apartado están destinados a los instrumentos para evaluar los niveles de

estrés, ansiedad y depresión (DASS-21) y satisfacción sexual (ISS), junto a dos preguntas dicotómicas sobre las sensaciones placenteras, apetito sexual y disfunciones sexuales. Y, el cuarto y último punto, trata sobre la situación COVID-19 preguntando sobre el miedo al contagio y la fatiga pandémica.

Dada la situación generada por la COVID-19 y las restricciones para prevenir su propagación, se decidió realizar la encuesta mediante un cuestionario de Google Forms. Este se formó con la finalidad de saber cómo afecta la salud mental en la satisfacción sexual, teniendo en cuenta el contexto en el que vivimos, en plena pandemia mundial. Para ello, se incorporaron todas las preguntas a una encuesta online y se distribuyó vía WhatsApp e Instagram y, en cuestión de pocos días, se formó la muestra actual. Por lo que se puede decir que este estudio presenta un corte transversal, ya que los datos son obtenidos en un único momento.

Antes de proceder a la recogida de datos, se tuvo que pedir consentimiento a los participantes para poder utilizar los resultados con fines exclusivamente científicos e informar tanto de la confidencialidad, anonimato y del carácter voluntario de su participación.

ANÁLISIS DE DATOS

Para el análisis de los datos extraídos se hace uso del Statistical Package for the Social Sciences o Paquete estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS.27).

Para abordar el primer objetivo del estudio, "Analizar los niveles de satisfacción sexual, depresión, ansiedad y estrés", se analiza la media y desviación típica de los resultados del DASS-21 y del ISS. Para ello, anteriormente se ha de realizar la corrección de ambos calculando las variables.

Para el segundo de los objetivos, "Evaluar si existen relaciones significativas entre satisfacción sexual y depresión, ansiedad y estrés", se realizan correlaciones entre las tres escalas del DASS-21 por separado y el índice de satisfacción sexual total.

En el tercer objetivo, que pretende relacionar los niveles de ansiedad, depresión, estrés, miedo al contagio y fatiga pandémica con la satisfacción sexual, se realizará una regresión lineal donde la VD sea satisfacción sexual y las independientes todas las demás. Las variables independientes estarán distribuidas en tres bloques, el primero consta con las variables de control edad, género y orientación sexual, en el segundo, los niveles de miedo al contagio y fatiga pandémica, y en el tercero, los niveles de ansiedad, depresión y estrés del DASS-21.

El cuarto consiste en identificar si ha habido pérdida del apetito sexual o dificultades sexuales a raíz de la pandemia COVID-19, aquí se calculará el porcentaje de respuestas de las personas que sí han sentido la pérdida y de las que no.

En relación al quinto objetivo "observar si existen diferencias significativas en los niveles de satisfacción sexual según el género y orientación sexual", respecto al género, se calculará la T de Students para muestras independientes y, por otro lado, para la orientación sexual se realiza un ANOVA de un factor.

El sexto y último objetivo consiste en relacionar el miedo al contagio y nivel de fatiga pandémica con la salud mental, por lo cual, se han de realizar tres regresiones lineales en las que las tres variables del DASS-21 (depresión, ansiedad y estrés) serán las variables dependientes y el nivel de miedo al contagio y de fatiga pandémica, serán las variables independientes. Además, en un primer paso se incluirán las variables de edad y sexo como control.

5. RESULTADOS

- **Objetivo 1:** *Analizar los niveles de satisfacción sexual, depresión, ansiedad y estrés en la población española.*

Los estadísticos descriptivos muestran una satisfacción sexual muy alta entre los participantes, con una respuesta media de 102,13 (DT=13,65) en una escala con un máximo de 125 puntos.

Para conocer los niveles de depresión, ansiedad y estrés (ver Tabla 3). Teniendo en cuenta que cada escala está compuesta por 7 ítems y que de estos se puede puntuar del 0 al 3. La escala de depresión da una media de 5,76 que si lo multiplicamos por dos para poder compararlo con la escala de puntuaciones del DASS-42, daría 11,53 y estaría dentro del rango "bajo", ya que se presentan entre las puntuaciones 10 y 13.

Respecto la ansiedad, se presentaría una puntuación de 10,90, pudiéndose englobar en el rango moderado. Mientras que, en el estrés, también se presentarían puntuaciones bajas.

Tabla 3. Estadísticos descriptivos DASS-21

ESCALAS	Media	Desviación estándar
<i>Depresión</i>	5,7642	5,25209
<i>Ansiedad</i>	5,4498	4,69540
<i>Estrés</i>	8,9607	5,32317

- **Objetivo 2:** *Evaluar si existen relaciones significativas entre la satisfacción sexual y la depresión, ansiedad y estrés.*

Los resultados del análisis correlacional indican (ver Tabla 4): que existen relaciones significativas entre satisfacción sexual y depresión en el nivel 0,05 ($r=-0.15$) como también con la satisfacción sexual y el estrés en el nivel de 0,01 ($r=-0.18$). En cambio, no se han encontrado relaciones estadísticamente significativas con los niveles de ansiedad que presenta la muestra.

Estas correlaciones indican que, contra mayor son los niveles de depresión y estrés, menor será el nivel de satisfacción sexual, ya que se trata de una correlación negativa.

Tabla 4. Correlaciones entre escalas del DASS-21 e ISS total.

		ISS total
DASS Depresión	Correlación	-,150*
	Significación	,023
DASS Ansiedad	Correlación	-,076
	Significación	,253
DASS Estrés	Correlación	-,184**
	Significación	,005

- *Objetivo 3: Relacionar los niveles de depresión, ansiedad, estrés, miedo al contagio y fatiga pandémica con la satisfacción sexual.*

Como se ha comentado anteriormente, las variables independientes para este objetivo han sido repartidas en tres bloques, el primero está formado por variables control (edad, género y orientación sexual), el segundo, por los niveles de fatiga pandémica y miedo al contagio, y el tercero por los niveles de depresión y estrés del DASS-21. Respecto a la ansiedad, no fue incluida porque no demostró estar asociada a la satisfacción sexual en los análisis de correlación. De estos tres bloques, solamente el tercero es significativo. Específicamente, la depresión y el estrés en conjunto explican un significativo 5% de la varianza de satisfacción sexual ($F=5,74$, $P<0,05$) debido principalmente al efecto de la variable estrés ($t=-1,997$, $p=0,047$) (ver Tabla 5).

Tabla 5. Resumen del modelo y coeficientes de regresión lineal

MODELO	VARIABLES	R ²	CAMBIO EN R ²	F	BETA	T	SIG.
1	Sociodemográficos	, ,029	, 029	2,267			,082
	Edad				-,234-	-1,821-	.070
	Género				2,166	1,015	.311
	Orientación sexual				1,700	1,575	,117
2	Variables relacionadas COVID	,038	,008	,977			,378
	Miedo contagio				,504	1,528	,128
	Fatiga pandémica				,433	1,390	0,166
2	DASS-21	,085	,048	5,7424			,002
	Depresión				-,116	-,464	,643
	Estrés				-,507	-1,997	,047

- **Objetivo 4:** *Identificar si ha habido pérdida del apetito sexual o dificultades sexuales a raíz de la pandemia COVID-19. Y si en general, tiene menos sensaciones placenteras.*

Frente este objetivo, se ha de obtener el porcentaje de respuestas si/no. Respecto a la pregunta sobre la pérdida de apetito sexual o dificultades sexuales el 67% de la muestra considera que no ha experimentado dificultades sexuales o disminución del apetito sexual, el 32% firma haberlas sentido a raíz de la pandemia COVID-19 y un 1% ha respondido "otros".

También se preguntó sobre la pérdida de las sensaciones placenteras durante las relaciones sexuales, un 82% considera que no, frente un 18% que afirma sentir menor placer durante las relaciones sexuales que antes del estado de alarma decretado en España debido a la COVID-19.

- **Objetivo 5:** *Observar si hay diferencias significativas en los niveles de satisfacción sexual según el género y orientación sexual.*

Para comparar si existen diferencias de género primeramente se comparan las medias de satisfacción sexual entre hombres y mujeres, al tratarse de dos grupos, se realiza una prueba T de muestras independientes. La prueba de Levene determina que las varianzas son iguales ($F= 2,55$; $p= 0,111$). Al tratarse de una significación mayor de 0,05, suponemos que las varianzas son iguales.

Respecto a la prueba T de Student se ha obtenido una puntuación de $t=-0,60$ (226) y $p= 0,952$, lo que nos hace rechazar la hipótesis nula de diferencias significativas, lo que quiere decir que no hay diferencias significativas entre los niveles de satisfacción sexual entre el género masculino y femenino.

Para observar si existen diferencias significativas en los niveles de satisfacción sexual respecto a la orientación sexual, se ha realizado ANOVA de un factor. Los resultados muestran que se acepta la hipótesis nula, de que no existen diferencias significativas de satisfacción sexual entre distintas orientaciones sexuales ($F= 1,093$; $P=0,35$).

- **Objetivo 6:** *Relacionar el grado de miedo al contagio y el nivel de fatiga pandémica con la salud mental (depresión, ansiedad y estrés).*

Se realizan tres regresiones lineales, cada una de ellas tiene como variable dependiente una de las tres escalas del DASS-21.

En la regresión donde la escala de depresión es la VD (ver Tabla 6), se observa que tanto las variables de control como las variables a estudiar (miedo al contagio y fatiga pandémica) son significativas. Específicamente,

la edad y el género en conjunto explican un significativo 4% de la varianza de depresión ($F=4,83$ $p<0.01$) debido principalmente al efecto de la variable edad ($t=2.93$, $p<0.001$). Por otro lado, el miedo al contagio y la fatiga pandémica, como bloque, explican un significativo 3% de la varianza de la depresión ($F=3,82$, $P<0.05$) debido principalmente al efecto de la fatiga pandémica ($t= 2.19$, $p < 0.05$).

Tabla 6. Coeficientes de regresión lineal DASS-21 Depresión

	C. E. Beta	t	Significación
Género	,033	,491	,624
Edad	,197	2,930	,004
Miedo al contagio	,095	1,457	,147
Fatiga pandémica	,143	2,185	,030

Respecto a la ansiedad como VD, se observan que las variables de control (edad y género) no son significativas. En cambio, la fatiga pandémica y el miedo al contagio, como bloque, explican un significativo 5% de la varianza de ansiedad ($F= 4,58$, $P<0,001$) debido al efecto de ambas variables (ver Tabla 7). Lo que nos muestra que, a mayores niveles de miedo al contagio y fatiga pandémica, mayor ansiedad.

Tabla 7. Coeficientes de regresión lineal DASS-21 Ansiedad

	C. E. Beta	t	Significación
Género	,113	1,682	,094
Edad	-,016	-,241	,810
Miedo al contagio	,182	2,789	,006
Fatiga pandémica	,131	2,013	,045

En la tercera regresión donde la VD es el estrés, se observan que tanto las variables de control (edad y género) como las del miedo al contagio y fatiga pandémica son significativas. En el primer bloque, el de la edad y el género, explican un significativo 7% de la varianza del estrés ($F=9,05$, $P<0,001$) debido principalmente al afecto de la variable género ($t= 4,063$, $p= 0,000$). En el siguiente bloque, el miedo al contagio y la fatiga pandémica explican un significativo 5% de la varianza del estrés ($F=6,23$, $P<0,002$) debido principalmente al efecto del miedo al contagio ($t=2,834$, $p>.005$). Este último porcentaje es únicamente explicado por la variable de control género ($t=3,74$, $P=0,000$) y por el miedo al contagio ($t=2,84$, $p=0,005$) como se puede observar en la Tabla 8.

Tabla 8. Coeficientes de regresión lineal DASS-21 Estrés

	C. E. Beta	t	Significación
Género	,244	3,739	,000
Edad	-,005	-,081	,936
Miedo al contagio	,181	2,835	,005
Fatiga pandémica	,114	1,792	,074

6. DISCUSIÓN

El objetivo principal de este estudio era estudiar la relación entre la salud mental y la satisfacción sexual en población española, teniendo como hipótesis principal que los participantes presenten ansiedad, depresión o estrés un año más tarde de empezar la pandemia y que estos niveles de salud mental afecten en la satisfacción sexual.

En relación a la primera hipótesis (analizar los niveles de satisfacción sexual, ansiedad, depresión y estrés un año después de empezar la

pandemia por COVID), se ha de hablar sobre salud mental y satisfacción sexual por separado.

Respecto a la salud mental, se han encontrado niveles significativos de estrés, ansiedad y depresión entre los participantes. Teniendo en cuenta el sistema de clasificación del cuestionario DASS-21, el estrés y la depresión, corresponden al rango bajo en gravedad de sintomatología, como también, se han encontrado niveles moderados de ansiedad, por lo que se confirma la hipótesis planteada, ya que está por encima de los niveles considerados normales en la población. Estos resultados podrían entenderse bajo el planteamiento de autores como Dong y colaboradores (2020) y por Ayithey y colaboradores (2020), que al medir los efectos de la epidemia COVID-19, encontraron que los problemas psicológicos persistan al cabo del tiempo, aunque estos vayan disminuyendo.

Otros resultados en la misma línea son los de la Organización Panamericana de la Salud (2009) la cual afirma que una epidemia de gran magnitud implica una perturbación psicosocial que puede no ser fácil de manejar para la población. También, consideran que afecta a la mayoría de las personas en mayor o menor medida y que, es aquí donde existe un incremento de la incidencia de trastornos mentales. Otros autores como Sounders y colaboradores (2020) hablan de los problemas psicológicos que conlleva el confinamiento y entre los principales se encuentran el estrés, ansiedad y depresión, apoyando los resultados obtenidos para este objetivo.

Al hablar sobre la satisfacción sexual, se han encontrado niveles muy elevados entre los participantes. Estos resultados eran de esperar teniendo en cuenta que existe un cierto consenso respecto al hecho que, cuanto más mayores nos hacemos, los niveles de satisfacción sexual van disminuyendo (Acuña y Ceballos (2005); Chao et al.,2011), y, en la muestra de este estudio, existe un predominio de las personas jóvenes, siendo la media de 25.89 años (DT= 0.45), lo que podría explicar estas elevadas puntuaciones. Como también, podría ser por el elevado nivel educativo de la muestra (mayoría estudiantes universitarios), ya que varios estudios correlacionan positivamente el nivel educativo y la satisfacción sexual. Cuanto mayor

nivel educativo, mayor será la satisfacción sexual (Barrientos y Páez, 2006; Carpenter et al., 2009; Sánchez-Fuentes y Sierra, 2015). Pero en general, se esperaban puntuaciones parecidas a los estudios realizados por Bocanegra (2019) y por el Ministerio de Sanidad y Política Social (2009), los cuales obtuvieron niveles altos en satisfacción sexual, igual que en el estudio presente.

De acuerdo con el segundo objetivo de este trabajo, evaluar si existen relaciones significativas entre la satisfacción sexual y la depresión, ansiedad y estrés, se planteó la siguiente hipótesis: la existencia de una relación estadísticamente significativa de carácter negativo entre satisfacción sexual y depresión, ansiedad y estrés. Esta hipótesis se cumplió en cuanto la relación con la depresión y el estrés, coincidiendo con otras investigaciones como la de Díaz y colaboradores (2016) que indican que una de las repercusiones más comunes del estrés es en la salud sexual. García y colaboradores (2018), exponen que una persona que tiene la percepción que no maneja correctamente el estrés, perciben del mismo modo la salud sexual, relacionándola estrechamente, como en el presente estudio. Al igual que Bodenmann y colaboradores (2006), se encuentra una correlación negativa entre actividad sexual y estrés.

Respecto a la depresión, Parekh (2017) y Portalatín (2015) consideran que la depresión afecta directamente en la sexualidad, ya que uno de los criterios para poder diagnosticarla es la incapacidad para sentir placer, y que, esto conlleva que haya una disminución de la libido y que aumenten los problemas sexuales, pudiéndose desarrollar una disfunción sexual como la del deseo sexual inhibido. La depresión es la psicopatología con más comorbilidad de presentar dificultades sexuales debido al desajuste en los neurotransmisores del cerebro, lo que provoca una incapacidad para experimentar placer y disfunciones a nivel sexual (Azor, 2016; Garrido, 2012). Estos son resultados que siguen la misma línea.

En cambio, no se han encontrado relaciones estadísticamente significativas entre satisfacción sexual y ansiedad en la muestra de este estudio, por lo que no podemos decir que se cumpla este apartado de la hipótesis. Sin

embargo, autores como Bradford y Meston (2006) y Steinke y Wright (2006) si obtuvieron resultados significativos para apoyar la hipótesis del segundo objetivo, cuanto mayor sea la ansiedad, menor satisfacción sexual. Además, también se puede comparar con otros resultados significativos contrarios a la hipótesis, que comentan que existe una correlación positiva, cuánto más estrés, más satisfacción sexual (Jiménez, 2010; Van-Minnen y Kampman, 2000).

El tercer objetivo trataba de relacionar los niveles de depresión, estrés, miedo al contagio y fatiga pandémica con la satisfacción sexual. Principalmente, se esperaba que los niveles de estrés y depresión se relacionaran con una peor satisfacción sexual, como también, que el miedo al contagio y la fatiga pandémica afectaran en la satisfacción sexual. De los tres bloques que componen la regresión, solamente se ha encontrado relación significativa entre satisfacción sexual y estrés.

Respecto a la relación entre satisfacción sexual y estrés, los resultados entran en sintonía con los propuestos por Díaz y colaboradores (2016) y Ortega (2009), los cuales relacionan estrechamente las disfunciones sexuales y las situaciones estresantes entre los cónyuges a causa de un incremento de pensamientos negativos y por la falta de tiempo. Otro estudio en la misma línea es el de Bravo (2017), el cual afirma que una situación sexual puede ser evaluada como estresante cuando existe una anticipación al fracaso, se tienen altas exigencias y expectativas sexuales, cosa que sucede en el presente estudio, cuando se relaciona la satisfacción sexual con el estrés. Bodenmann y colaboradores (2007) han encontrado relación entre estas dos variables, pero en el sentido contrario a lo esperado, y relacionan el estrés con un incremento del deseo y la actividad sexual en hombres.

Por otro lado, la cuarta hipótesis del trabajo es que los niveles de apetito sexual habrían disminuido durante la pandemia y habrían aumentado las dificultades sexuales, junto a una pérdida de sensaciones placenteras. Respecto a la falta de apetito y dificultades sexuales a raíz de la pandemia, un 32% ha sentido un empeoramiento en su salud sexual. Como también un 18% afirma sentir menos placer durante las relaciones sexuales, lo que

hace que se confirme la hipótesis. Son varios los autores que tienen estudios en la misma línea, Brooks y colaboradores (2020), consideran que durante la pandemia los sentimientos de depresión y ansiedad han aumentado e influyen negativamente en el deseo sexual, otro, habla de la disminución de la frecuencia y calidad de los encuentros sexuales en época de pandemia (Moncayo, 2020), como también, tanto Hafí y colaboradores (2020) como Turban y colaboradores (2020) mostraban que las medidas de distanciamiento físico, el temor al contacto y el miedo al contagio hacen que las parejas vivan la sexualidad de forma distinta.

El quinto objetivo del trabajo consistía en observar si había diferencias significativas en los niveles de satisfacción sexual según el género y orientación sexual. Respecto a la primera parte, la del género, fue una decisión difícil de tomar, ya que los resultados de investigaciones anteriores eran muy contradictorias entre sí, pero finalmente, la hipótesis planteada fue que no existe una diferencia estadísticamente significativa entre los géneros masculinos y femeninos respecto a la satisfacción sexual. Esta fue aceptada, y respaldada por los resultados obtenidos, coincidiendo así con autores como González (2019) y Santos-Iglesias y colaboradores (2009). Estos resultados contradicen los obtenidos por la empresa Durex (2007) y los del Ministerio de Sanidad Política y Social (2009), los cuales sí que encontraron diferencias en el índice de satisfacción sexual entre géneros.

La segunda parte consiste en observar si existen diferencias entre la satisfacción sexual respecto la orientación sexual. La hipótesis de este estudio, que las personas no heterosexuales (homosexual y bisexual) tendrán unos niveles de satisfacción sexual mayores a las personas heterosexuales, ha sido rechazada. Se ha obtenido que no existen diferencias significativas de satisfacción sexual entre las distintas orientaciones sexuales. Contrariando a estudios como los de Breyer y colaboradores (2010), Strizzi y colaboradores (2015) y Jiménez (2010), los cuales consideran que existen diferencias significativas entre las personas que se sienten de la orientación heterosexual y de la no heterosexual

(bisexual y homosexual), siendo estos últimos los que mayores puntuaciones mostraban.

El sexto y último objetivo, trata de relacionar el miedo al contagio y el nivel de fatiga pandémica con la salud mental, lo que se espera es que cuanto más miedo tenga la persona y más fatiga pandémica presente, menor sea la salud mental (mayores niveles de ansiedad, depresión y estrés).

En relación a la depresión, se ha visto que la fatiga pandémica explica parte de su varianza. Estos resultados pueden ser explicados por compatibilidad de síntomas entre la fatiga pandémica y la depresión, como lo son el insomnio, la apatía, tristeza, agotamiento, entre otros (OMS, 2020) y también, al sentir indefensión aprendida, dónde se siente que nuestros actos acarrearán consecuencias, se crea la fatiga pandémica (Overmier y Seligman, 1967). Una posible explicación por la que no se asocia depresión y el miedo al contagio es por las características del trastorno depresivo en sí, el cual, una persona depresiva tiende a estar apática. La apatía y la depresión comparten rasgos clínicos similares como la pérdida de interés, el retraso psicomotor y la fatiga (Sociedad Española de Geriatria y gerontología, 2013) por lo que esa falta de motivación hace que la persona se relacione en menor medida, hecho que podría explicar la falta de relación entre estas dos variables de la muestra. Pero estos resultados son contrarios a los de Sailema (2021), ya que consideran que uno de los factores generadores de depresión son el miedo a contraer la enfermedad y como los del Colegio de farmacéuticos de España (2021), que relacionan el incremento de miedos con problemas psicológicos como la ansiedad, depresión y estrés. Además, Jiménez (2020) relaciona sentimientos como la depresión con el miedo al contagio, cosa que no sucede en el presente estudio.

La escala de ansiedad está significativamente asociada tanto con el miedo al contagio como por la fatiga pandémica y, confirma la hipótesis planteada inicialmente. Este resultado es similar al publicado por el colegio de Farmacéuticos de España (2021) y el de Jimenez (2020) los cuales relacionan el incremento de miedos con problemas psicológicos como la

ansiedad y el aumento de fobias. Estos resultados van ligados a los obtenidos por De prensa (2020) y Riquelme (2021), los cuales se habla sobre el cansancio hacia la información sobre la COVID-19 y en general de las recomendaciones a seguir, lo que hace que un año después, los ciudadanos estén enfadados y con problemas de salud como la ansiedad, por las limitaciones a la libertad y movilidad. Estos resultados son los que se esperaban tanto para la ansiedad como para el estrés y la depresión, en cambio, solo la ansiedad ha sido relacionada significativamente con estas dos variables.

Y, por último, en relación a la variable estrés, solo el miedo al contagio explica una parte de su varianza. Entidades como la Sociedad Española de Psiquiatría (2020) ya relacionaron los miedos y preocupaciones como fuente principal de estrés en tiempos de COVID-19, estos comentan que no todos reaccionamos del mismo modo ante situaciones de estrés, pero ante una pandemia que nos afecta a todos, hay sentimientos y emociones comunes entre la población y por ello, se creó una lista sobre las fuentes de estrés más frecuentes en época de pandemia mundial. Otros autores como Bravo (2017) dicen que una situación puede ser evaluada como estresante cuando existe una anticipación al fracaso, dónde la anticipación, también es una característica de los miedos.

6. LIMITACIONES

Se han encontrado algunas limitaciones respecto el presente estudio.

La primera es debida al tamaño de la muestra, ya que el número de participantes es reducido(N=229), lo que supone una muestra insuficiente para representar toda la población de interés.

La segunda limitación se debe a las características de la muestra, tanto por el género como por la edad. Respecto al género, el 73% se identifica con el género femenino, mientras que solo un 27% con el masculino, como también, se observa que la media de edad de la muestra es de 25,89 años. En general se puede considerar una muestra heterogénea, sin embargo, se

observa que el grueso de la muestra de un perfil bastante concreto: jóvenes del género femenino, con estudios universitarios, heterosexuales y en relación sentimental estable.

La tercera habla sobre las desventajas de un cuestionario autoadministrado online y difundido por redes sociales, dónde únicamente pueden contestarlo personas con acceso a internet, este hecho explicaría que el rango más elevado de edad sea de 60 años. Como también el tabú a la sexualidad que tienen los más mayores, siendo los jóvenes los que más han contestado a la encuesta.

La última limitación se encuentra en el cuarto objetivo, el cual consiste en medir si ha habido cambios en los niveles de satisfacción sexual en época de pandemia, dónde el diseño ideal hubiese sido uno longitudinal, ya que estos permiten evaluar si ha habido cambios comparando los valores pre y post pandemia de la misma muestra. Sin embargo, a falta de muestra preCOVID-19, este estudio es transversal y se ha preguntado directamente en forma de dos preguntas dicotómicas sí/no.

7. CONCLUSIONES

La conclusión final de este estudio es que un año después del inicio de la pandemia, la población española presenta sintomatología ansiosa, depresiva y estrés. Además, a pesar de ser una muestra en la que existen altos niveles de satisfacción sexual (no se han encontrado diferencias significativas entre género y orientación sexual), un porcentaje considerable de participantes ha visto disminuido su apetito sexual y aumentado las dificultades sexuales a raíz de la pandemia debida a la COVID-19. Los niveles de estrés explicarían los niveles de satisfacción sexual.

Sabiendo la influencia del estrés en la satisfacción sexual, es recomendable seguir las pautas de la OMS (2021) sobre cómo afrontar el estrés durante la pandemia. De entre las recomendaciones expuestas se aconseja seguir una rutina diaria, realizar ejercicio físico, limitar las noticias sobre COVID-19, pasar tiempo en la naturaleza, controlar la respiración, limitar el consumo

de redes sociales, socializar, y, sobre todo, buscar apoyo profesional en el caso que se necesite.

8. BIBLIOGRAFÍA

OMS (2020). *Información básica sobre la COVID-19*. Recuperado de <https://www.who.int/es/emergencias/diseases/novel-coronavirus-2019/question-and-answers-hub/q-a-detail/coronavirus-disease-covid-19>

Buitrago F, Ciurana R, Fernández MC, Tizón JL (2020). Salud Mental en epidemias: Una perspectiva desde la Atención Primaria a la Salud Española. Recuperado de: <https://drive.google.com/file/d/1C54bAR-LDhIS5ox5NfkKDjJpg0c-mChA/view>.

Gobierno de España. (30 de abril de 2021). Evolución de la gestión de la crisis en España. Recuperado de: https://administracion.gob.es/pag_Home/atencionCiudadana/Crisis-sanitaria-COVID-19.html#-2e9b04b61c1a

Centro de Coordinación de Alertas y Emergencias Sanitarias (2021). Enfermedad por el coronavirus (COVID-19) (Informe nº352). Recuperado de: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/ccayes/alertasActual/nCov/documentos/Actualizacion_352_COVID-19.pdf

OMS (2020). Pandemic fatigue. *Reinvigorating the public to prevent COVID-19*. Recuperado de: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/335820/WHO-EURO-2020-1160-40906-55390-eng.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Sociedad española de geriatría y gerontología (2013). Manual de buena práctica en cuidados a las personas mayores. Recuperado de: [http://www.lorcamayor.lorca.es/pdf/cuidar%20a%20nuestros%20mayores/MANUAL%20CUIDADOS%20PERSONAS%20MAYORES-1%20\(10\)_5ULu.pdf#page=297](http://www.lorcamayor.lorca.es/pdf/cuidar%20a%20nuestros%20mayores/MANUAL%20CUIDADOS%20PERSONAS%20MAYORES-1%20(10)_5ULu.pdf#page=297)

- De Prensa ISCIII, G. (2021). Nuevos datos del estudio COSMO Spain: aumenta la preocupación por la pandemia y la confianza en las vacunas. Recuperado de: <https://www.mscbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=5225>
- Riquelme, S. F. (2021). Historia interminable de la Crisis del Coronavirus en España: entre olas y vacunas. *La Razón histórica: revista hispanoamericana de historia de las ideas políticas y sociales*, (51), 1-15.
- Consejo interterritorial del Sistema nacional de Salud (CISNS) (2020). Recomendaciones sobre estrategias comunicativas frente a la fatiga pandémica. (actualizadas a 3 de febrero de 2021).
- OMS (1946). Preámbulo de la Constitución de la Asamblea Mundial de la Salud, adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, Nueva York, 19-22 de junio.
- OMS (2013). Datos y cifras sobre el suicidio: infografía. Recuperado en: https://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/infographic/es/
- Camacho B. Veritas (2015). *Prevalencia de las enfermedades mentales en Europa y España*. Recuperado de: <http://veritaslaverdad.blogspot.com.es/2015/02/prevalencia-de-las-enfermedades.html>
- ENSE (2017). *Encuesta Nacional de Salud ENSE, España 2017*. Recuperado de: https://www.mscbs.gob.es/estadEstudios/estadisticas/encuestaNacional/encuestaNac2017/SALUD_MENTAL.pdf
- Fernández A, Bellón JA y Pinto-Meza A (2010). Burden of chronic physical conditions and mental disorders in primary care. *Br J Psychiatry*;196:302-9
- OMS (2017). *Depression and other common mental disorders: global health estimates*. Recuperado de: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs369/es/>

- Centro de Investigación Biomédica en Red de Salud Mental (Cibersam) (2014). Ministerio de economía y competitividad. *Plan estratégico 2014-2016*. Recuperado de: http://www.ciberisciii.es/ficheros/SAM/1_Plan%20Estrategico%20CIBERSAM_2014_vf_161213.pdf
- González, L. Z. T., Guevara, E. G., Nava, M. G., Estala, M. A. C., García, K. Y. R., & Peña, E. G. R. (2019). Depresión, ansiedad y estrés en estudiantes de nuevo ingreso a la educación superior. *Revista Salud Pública y Nutrición*, 17(4), 41-47.
- Beuke, C., Fischer, R., y McDowall, J. (2003). Anxiety and depression: why and how measure their separate effects. *Clinical Psychology Review*, 23, 831-848.
- Brown, T. A., Campbell, L., Lehman, C., Grishman, J., y Mancill, R. (2001). Current and lifetime comorbidity of the DSM-IV anxiety and mood disorders in a large clinical sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 585-599.
- Alonso, J., Angermayer, J. C, Bernert, S., Bruffaerst, T., Brugha, S., Bryson, H., et al (2004). 12-Month comorbidity patterns and associated factors in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) Project. *Acta psychiatrica scandinavica*, 109 (Supl. 420), 28-37.
- Ozamiz-Etxebarria, N., Dosil-Santamaria, M., Picaza-Gorrochategui, M., & Idoiaga-Mondragon, N. (2020). Niveles de estrés, ansiedad y depresión en la primera fase del brote del COVID-19 en una muestra recogida en el norte de España. *Cadernos de Saúde Pública*, 36, e00054020.
- Instituto Nacional de Estadística (INE) (2013). *Defunciones por causas (lista detallada) sexo y edad*. Madrid: Instituto Nacional de Estadística. Disponible en <http://www.ine.es>
- Mitchell AJ, Vaze A, Rao S (2009). *Clinical diagnosis of depression in primary care: a meta-analysis*. *Lancet*. 374:609–19

- Bellón, J. A., Conejo-Cerón, S., Rodríguez-Bayón, A., Ballesta-Rodríguez, M. I., Mendive, J. M., & Moreno-Peral, P. (2020). Enfermedades mentales comunes en atención primaria: dificultades diagnósticas y terapéuticas, y nuevos retos en predicción y prevención. *Gaceta Sanitaria*.
- Vuorilehto MS, Melartin TK y Riihimäki K (2016). Pharmacological and psychosocial treatment of depression in primary care: low intensity and poor adherence and continuity. *J Affect Disord*. 202:145-52
- Tizón JL (2020). Salud emocional en tiempos de pandemia. *Reflexiones urgentes*. Barcelona: Herder e-book.
- Organización Panamericana de la Salud (2009). Protección de la salud mental en situaciones de epidemias. Recuperado de: <http://www.paho.org/hq/dmdocuments/2009/Pandemia%20de%20influenza%20y%20Salud%20mental%20Esp.pdf>
- Organización Panamericana de la Salud (2016). Protección de la salud mental y atención psicosocial en situaciones de epidemias. Recuperado de: <http://www.paho.org/disasters/index.php?optio>
- National Institute for Health and Care Excellence (NICE)(2018). Posttraumatic stress disorder. NICE guideline. Recuperado de: <https://www.nice.org.uk/guidance/ng116>
- Dong XC, Li JM, Bai JY, Liu ZQ, Zhou PH y Gao L (2020) Epidemiological characteristics of confirmed COVID-19 cases in Tianjin. *Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi*. 41:638-42.
- Ayittey FK, Ayittey MK, Chiwero NB, Kamasah JS, Dzuvor C (2020). Economic impacts of Wuhan 2019-nCoV on China and the world. *J Med Virol*. 92.
- Defensor del Pueblo (2020). El defensor del pueblo recomienda al gobierno y las CCAA incrementar la asistencia psicológica en el sistema nacional de salud. Recuperado en: <https://www.defensordelpueblo.es/noticias/salud-mental/>

- Saunders, S. B., Santos, C. G., Rodríguez, N. M., Hermida, J. R. F., Ochando, F. J. S., Fernández, J. S., & Vera, M. P. G. (2020). El teléfono de asistencia psicológica por la COVID-19 del Ministerio de Sanidad y del Consejo General de la Psicología de España: características y demanda. *Revista española de salud pública*, (94), 24.
- Parrado-González, A., & León-Jariego, J. C. (2020). COVID-19: Factores asociados al malestar emocional y morbilidad psíquica en población española. *Rev Esp Salud Pública*, 94(8), 1-16.
- Chao, J.K., Lin, Y.C., Ma, M.C., Lai, C.J., Ku, Y.C., Kuo, W.H., Chao, I.C. (2011). Relationship among sexual desire, sexual satisfaction, and quality of life in middle-aged and older adults. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 37(5), 386-403.
- Vázquez, O. G., Orozco, M. R., Muñiz, R. C., Contreras, L. A. M., Ruíz, G. C., & García, A. M. (2020). Síntomas de ansiedad, depresión y conductas de autocuidado durante la pandemia de COVID-19 en la población general. *Gaceta medica de Mexico*, 156(4), 298-305.
- European Institute for Gender Equality. Covid-19 and gender equality. Economic hardship and gender. Recuperado de: <https://eige.europa.eu/covid-19-and-gender-equality/economic-hardshipand-gender>
- European Commission. Eurostat. The life of women and men in Europe. A statistical portrait - 2019 edition. Bruselas: Office for Official Publications of the European Communities; 2019. Recuperado de: <https://ec.europa.eu/eurostat/web/products-digital-publications/-/KS-02-19-676>.
- Arias-de la Torre J, Molina AJ, Fernández-Villa T, et al. (2019). Mental health, family roles and employment status inside and outside the household in Spain. *Gac Sanit*.33:235–41.

- Liu N, Zhang F, Wei C, et al. (2020). Prevalence and predictors of PTSS during COVID-19 outbreak in China hardest-hit areas: gender differences matter. *Psychiatry Res.*287:112921.
- Liu S, Yang L, Zhang C, Xiang Y-T, Liu Z, Hu S, et al. (2020) Online mental health services in China during the COVID-19 outbreak. *Lancet Psychiatry*; 7:17-8.
- Cala, O. (2001). Estrés y satisfacción marital en un Grupo de Parejas (Tesis de maestría), La Habana. CENESEX.
- Brooks SK, Webster RK, Smith LE, Woodland L, Wessely S, Greenberg N, et al. The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *Lancet.* 2020; 395:912-920.
- Jiménez, M. R (2020). Salud sexual y reproductiva del adolescente y COVID-19.
- Moncayo Quevedo, J. E., & Loaiza Mejia, A. F. (2020). Amor, sexualidad y familia: reflexiones provocadoras para tiempos pos covid-19- Reimaginar el futuro pospandemia. Editorial Universidad Santiago de Cali
- Wotjak, C. T., & Pape, H.-C. (2013). Neuronal circuits of fear memory and fear extinction. *E-Neuroforum*, 19(3), 47–56. <https://doi.org/10.1007/s13295-013-0046-0>
- Sociedad Española de Psiquiatría (2020). Guía COVIDSAM para la intervención en salud mental durante el brote epidémico de COVID-19.
- Datos del Colegio de Farmacéuticos de España. "Se dispara el consumo de fármacos para la ansiedad". *Diario Sanitario* (2/03/2021).
- Quezada, V. E. (2020). Miedo y psicopatología la amenaza que oculta el Covid-19. *Cuadernos de Neuropsicología*, 14(1), 19-23.
- Mineka, S., & Kihlstrom, J. (1978). Unpredictable and uncontrollable events: a new perspective on experimental neurosis. *Journal of Abnormal Psychology* 87, 256–271.

- Wang, C. Y., Zhang, K., & Zhang, M. (2017). Dysfunctional attitudes, learned helplessness, and coping styles among men with substance use disorders. *Social Behavior and Personality: an international journal*, 45(2), 269-280.
- Overmier, J. B., & Seligman, M. E. P. (1967). Effects of inescapable shock upon subsequent escape and avoidance responding. *Journal of Comparative and Physiological Psychology*, 63, 28-33.
- Shigemura J, Ursano RJ, Morganstein JC, Kurosawa M, Benedek DM. Public responses to the novel 2019 coronavirus (2019-nCoV) in Japan: mental health consequences and target populations. *Psychiatry Clin Neurosci* 2020; 74:281-2.
- Asmundson GJ, Taylor S. Coronaphobia: fear and the 2019-nCoV outbreak. *J Anxiety Disord* 2020; 70:102-96.
- Van D, McLaws M, Crimmins J, MacIntyre CR, Seale H (2010). University life and pandemic influenza: attitudes and intended behaviour of staff and students towards pandemic (H1N1) 2009. *BMC Public Health*; 10:130.
- Idoiaga N, De Montes LG, Valencia J. Communication and representation of risk in health crises: the influence of framing and group identity/comunicación en crisis sanitarias y representación del riesgo. La influencia del framing y la identidad grupal. *Rev Psicol Soc* 2016; 31:59-74.
- OMS (2006). Defining sexual health: Report of a technical consultation on sexual health, 28-31 January 2002. Geneva, World Health Organization.
- OMS (2017). Depression and other common mental disorders: global health estimates. WHO: Geneva; 2017
- Sánchez-Fuentes, M., Santos-Iglesias, P., y Sierra, J. C. (2014). A systematic review of sexual satisfaction. *International journal of clinical and health psychology*, 14(1), 67-75.

- Cushman, P., Brown Hajdukova, E. & Clelland, T, (2015). Moving Towards a Holistic Paradigm: Teaching Sexuality Education in a New Zealand University. *British Journal of Education, Society & Behavioural Science*, 9(4), pp.265-276, DOI: 10.9734/BJESBS/2015/17891
RECUPERADO DE: <http://www.sciencedomain.org/review-history.php?iid=1175&id=21&aid=9593>
- Lawrance, K. y Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The interpersonal exchange model of sexual satisfaction. *Personal Relationships*, 2, 267- 285.
- Jiménez, O. R. R. (2010). Relación entre satisfacción sexual, ansiedad y prácticas sexuales. *Pensamiento psicológico*, 7(14).
- Ortiz, R. M. y Ortiz, H. (2003). ¿La cultura determina la satisfacción sexual? Un estudio comparativo en mujeres y varones maduros desde la perspectiva de género. Universidad de Oriente. Santiago de Cuba.
- Carrobbles, J.A, Gàmez-Guadix,M. & Almendros, C. (2011). Funcionamiento Sexual, Satisfacción Sexual y Bienestar Psicológico y Subjetivo en una Muestra de Mujeres Españolas.*Anales de Psicología*,27(1), 27-34.
Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16717018004>
- Barrientos, J. (2003). Satisfacción sexual en Chile: una mirada desde la Psicología Social. (Resumen Tesis Doctoral). Escuela de Psicología Social. Universidad la Republica Sede ñuble- chillan.
- Renaud, C., Byers, E.S., y Pan, S. (1997). Sexual and relationship satisfaction in mainland China. *Journal of Sex Research*, 34, 399-410.
- Darling, C. A., Davidson, J. K., y Jennings, D. A. (1991). The female sexual response revisited: Understanding the multiorgasmic experience in women. *Archives of Sexual Behavior*, 20(6), 527-540.
- Byers, E. S., Demmons, S. y Lawrance, K. (1998). Sexual satisfaction with dating relationships: A test of the Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction. *Journal of Social and Personal Relationships*, 15, 257-267.

- Barrientos, J. E. y Páez, D. (2006). Psychosocial variables of sexual satisfaction in Chile. *Journal of sex & marital therapy*, 32(5), 351-368.
- Carpenter, L.M., Nathanson, C.A., y Kim, Y.J. (2009). Physical women, emotional men: Gender and sexual satisfaction in midlife. *Archives of Sexual Behavior*, 38(1), 87-107
- Sánchez-Fuentes, M., y Sierra, J. C. (2015). Sexual satisfaction in a heterosexual and homosexual Spanish sample: The role of socio-demographic characteristics, health indicators, and relational factors. *Sexual and Relationship Therapy*, 30(2), 226-242.
- Bocanegra García, E. (2019). Satisfacción sexual en España: Estudio de la influencia de variables relacionales y sociodemográficas.
- Breyer, N., Smith, F., Eisenberg, L., Ando, A., Rowen, S. y Shindel, W. (2010). The impact of sexual orientation on sexuality and sexual practices in North American medical students. *The journal of sexual medicine*, 7(7), 2391-2400.
- Strizzi, J., Fernández-Agis, I., Alarcón-Rodríguez, R. y Parrón-Carreño, T. (2015). Adaptation of the New Sexual Satisfaction Scale-Short Form Into Spanish. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 42(7), 579-588.
- Calado, M., Lameiras, M. y Rodriguez, Y. (2004). Influencia de la imagen corporal y la autoestima en la experiencia sexual de estudiantes universitarias sin trastornos alimentarios. *International Journal of Clinical and Health Psychology*, 4(2), 357-370.
- Higgins, J. A., Mullinax, M., Trussell, J., Davidson, K. y Moore, B. (2011). Sexual satisfaction and sexual health among university students in the United States. *American Journal of Public Health*, 101(9), 1643-54.
- Paredes, J. y Pinto, B. (2009). Imagen corporal y satisfacción sexual. *Ajayu Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología UC BSP*, 7(1), 28-47.

- Sánchez, M. (2016). Satisfacción sexual: Análisis de factores asociados e implicaciones clínicas. (Tesis doctoral). Universidad de Granada, España.
- Santos Iglesias, P., Sierra, C., García, M., Martínez, A., Sánchez, A. y Tapia, I. (2009). Índice de Satisfacción Sexual (ISS): un estudio sobre su fiabilidad y validez. *International Journal Psychiatry and Psychology*, 9(2), 259-73.
- Ministerio de Sanidad y Política Social. (2009). *Resultados de la Encuesta Nacional de Salud Sexual 2009*. Disponible en: http://www.mscbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/docs/v5_presentacion_ResultadosENSS_16dic09.pdf
- Zalduendo Ferrer, L. (2017). Sexualidad en personas con depresión.
- Steinke, E. y Wrigth, D.W. (2006). The role of sexual satisfaction, age, and cardiac risk factors in the reduction of post-MI anxiety. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 5, 190 – 196.
- Bradford, A. y Meston, C.M. (2006). The impact of anxiety on sexual arousal in women. *Behaviour Research and Therapy*, 44, 1067–1077.
- Leary, M. y Dobbins, S. (1983). Social anxiety, sexual behavior, and contraceptive use. *Journal of Personality and Social Psychology*, 45, 1347-1354.
- Van-Minnen, A y Kampman, M. (2000). The interaction between anxiety and sexual functioning: a controlled study of sexual functioning in women with anxiety disorders. *Sexual and Relationship Therapy*, 15, 47-57.
- Parekh R. (2017) American Psychiatric Association. Arlington: American Psychiatric Association. What Is depression?. Recuperado en: https://psychiatry.org/patients-families/depression/what-is-depression?_ga=1.87298971.2039829062.1486300175
- Portalatín BG. (2015). Diario El Mundo. Radiografía de la depresión en España. Recuperado de: <http://www.elmundo.es/salud/2015/02/17/54e34b4ce2704ea6698b457b.html>

- Garrido Ocaña JM. (2012). Forumclínic. Depresión y problemas sexuales (I). Recuperado de: <http://www.forumclinic.org/es/depresi%C3%B3n/reportajes/depresi%C3%B3n-y-problemas-sexuales-i>
- Azor F (2016). Gabinete de psicología. Depresión y sexo. Recuperado de: <http://gabinetedepsicologia.com/depresion-y-sexo-psicologos-madrid-tres-cantos#comments>
- Montorsi F, Basson R, Adaikan G, Becher E, Clayton A (2010). Sexual dysfunctions in men and women. Recuperado de: <http://www.icud.info/PDFs/SEXUAL-MEDICINE-2010.pdf>
- Romi JC (2013). Medicina Forense Perú. La sexualidad y las enfermedades psiquiátricas, influencia de la medicación. Recuperado de: <http://medicinaforenseperu.org/media/documentos/20100212164335.pdf>
- Medicina Positiva (2014). Depresión y trastorno de deseo sexual hipoactivo. Recuperado de: <http://medicinapositiva.com/la-depresion-y-el-trastorno-del-deseo-sexual-hipoactivo/>
- Bravo, A. O (2017). TÉCNICAS PARA TRABAJAR EL ESTRÉS, LA SALUD EN LA SEXUALIDAD FEMENINA. *Integración Académica en Psicología*.
- Ortega A. (2009). *Estrés Salud y Sexualidad*. La Habana: Capitán San Luis. ISBN 978-959-211-352-7.
- Álvarez González, M. (2000). *Stress un enfoque integral*, Cuba: Científica Técnica.
- González Gutiérrez, D. J. (2010). Sintomatología ansioso depresiva y su relación con la temporalidad.
- García, S. L., Raygoza, N. P., & Sandoval, S. D. C. D. (2018). RELACIÓN DE SEXUALIDAD Y ESTRÉS EN ADULTOS JÓVENES. *JÓVENES EN LA CIENCIA*, 4(1), 502-506.
- Díaz CA, Bulla SY, Moreno LJ (2016). Percepción de satisfacción sexual y su relación con estrés académico en estudiantes de odontología (55).

Recuperado

en:

<http://190.242.62.234:8080/jspui/handle/11227/4845>

- González-Salinas, S., Sánchez-Miguel, S. M., y Paulina, G. A. (2018). Intervenciones efectivas para reducir los efectos del estrés. *TEPEXI Boletín Científico de la Escuela Superior Tepeji del Río*, 5 (9).
- Prince, K. N., Prince, J. S., Kinghorn, E. W., Fleming, D. E., Y Rhees, R. W. (1998). Effects of sexual behavioral manipulation on brain plasticity in adult rats. *Brain Research Bulletin*, 47 (4), 349-355.
- Bodenmann, G., Ledermann, T., Blattner, D., & Galluzzo, C. (2006). Associations among Everyday Stress, Critical Life Events, and Sexual Problems: THE JOURNAL OF NERVOUS AND MENTAL DISEASE, 194(7), 494-501. <https://doi.org/10.1097/01.nmd.0000228504.15569.b6>
- Bodenmann, G., Ledermann, T., & Bradbury, T. N. (2007). Stress, sex, and satisfaction in marriage. *PERSONAL RELATIONSHIPS*, 14(4), 551-569
- Jursch, G. (2004). Sexualidad y estrés. *Aposta: Revista de ciencias sociales*, (8), 3.
- Gurrola Peña, G. M., Balcázar Nava, P., Bonilla Muños, M. P., & Virseda Heras, J. A. (2006). Estructura Factorial y consistencia interna de la escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21) en una muestra no clínica. *Psicología y Ciencia Social*, 8(002), 3-7. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/pdf/314/31480201.pdf>
- Bados, A, Solanas, A. y Andrés, R. (2005). Psychometric properties of the Spanish version of Depression, Anxiety and Stress Scales (DASS). *Psicothema*, 17(4), 679-68
- Lovibond, S. H., & Lovibond, P. F. (1995). Manual for the Depresión Anxiety & Stress Scales. Psychology Foundation(2nd). Recuperado de: <https://serene.me.uk/tests/dass-score-guide.pdf>
- Román Mella, F., Vinet, E. V., & Alarcón Muñoz, A. M. (2014). Escala de Depresión, Ansiedad y Estrés (DASS-21): Adaptación y propiedades

psicométricas en estudiantes secundarias de Temuco. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXIII, 179- 190. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=281943265009>

Mendes, A. C., & Azeredo, Z. A. (2006). Adaptación para la lengua portuguesa de la Dépression, Anxiety and Stress Scale (DASS). *Rev Latino-am Enfermagem*, 14(6).

Crooks R y Baur K (2000). *Nuestra sexualidad*. México, DF: International Thompson.

Butzer B y Campbell L (2008). Adult attachment, sexual satisfaction, and relationship satisfaction: A study of married couples. *Personal Relationships*, 15, 141-154.

Hudson WW, Harrison DF y Crosscup PC (1981). A short-form scale to measure sexual discord women. *Journal of Sex Research*, 17, 157-174.

Davies S, Katz J y Jackson JL (1999). Sexual desire discrepancies: Effects on sexual and relationship satisfaction in heterosexual dating couples. *Archives of Sexual Behavior*, 28, 553-567.

Hudson WW, Harrison DF y Crosscup PC (1981). A short-form scale to measure sexual discord women. *Journal of Sex Research*, 17, 157-174.

Sailema Sailema, V. A. (2021). La depresión en adultos mayores por covid-19 durante la emergencia sanitaria.

Anexo 1. Cuestionario Google forms: "Cómo afecta la salud mental en la satisfacción sexual"

1/5 Salud mental y satisfacción sexual.

Soy Judit Bellon, una estudiante del grado de psicología y estoy realizando mi trabajo de fin de grado, por ello, estaría agradecida de que contestarais este breve cuestionario de forma anónima para poder conocer cómo afecta la salud mental y el miedo al contagio en la satisfacción sexual.

Este test tiene una duración aproximada de 15-20 minutos. Por favor, responda con la máxima sinceridad, recuerde que no hay respuestas correctas o incorrectas. ¡Muchas gracias!

¿Consiente participar en el estudio? Sí/ NO

2/5 Datos sociodemográficos

- Género: Femenino, Masculino, No binario, otro.
- Estado sentimental: Pareja sentimental y estable (matrimonio, pareja, poliamor, etc.), Pareja sexual y Sin pareja sentimental/Sexual.
- Edad: __
- Orientación sexual: Heterosexual, homosexual, bisexual, asexual, otros.
- Nivel de estudios: Primarios/EGB, secundarios: ESO/BUP, bachiller o COU, formación profesional: grado medio y superior, estudios universitarios, sin estudios, otros.
- Ocupación: estudiante, activo, erte, paro, desocupado y pensionista

- ¿Durante el confinamiento residió en España? Sí/ No

3/5 Salud mental

Por favor, indique en qué medida las afirmaciones siguientes reflejan su caso (le identifican), durante el último mes.

0= No se aplica a mí.

1= Me ha sucedido un poco.

2= Me ha sucedido bastante, o durante una buena parte del tiempo.

3= Me ha sucedido mucho, o la mayor parte del tiempo.

1. Me costó mucho relajarme.
2. Me di cuenta que tenía la boca seca
3. No podía sentir ningún sentimiento positivo.
4. Se me hizo difícil respirar.
5. Se me hizo difícil tomar la iniciativa para hacer cosas.
6. Reaccioné exageradamente en ciertas situaciones
7. Sentí que mis manos temblaban.
8. Sentí que tenía muchos nervios.
9. Estaba preocupado por situaciones en las cuales podía tener pánico o en las que podría hacer el ridículo.
10. Sentí que no tenía nada por que vivir.
11. Noté que me agitaba.
12. Se me hizo difícil relajarme.
13. Me sentí triste y deprimido.

14. No toleraré nada que no me permitiera continuar con lo que estaba haciendo.
15. Sentí que estaba a punto de pánico.
16. No me pude entusiasmar por nada.
17. Sentí que valía muy poco como persona.
18. Sentí que estaba muy irritable.
19. Sentí los latidos de mi corazón a pesar de no haber hecho ningún esfuerzo físico.
20. Tuve miedo sin razón.
21. Sentí que la vida no tenía ningún sentido.

4/5 Satisfacción sexual

Este cuestionario está diseñado para medir el grado de satisfacción que tienes en la relación sexual con tu pareja (tanto sentimental como sexual). No hay respuestas correctas o incorrectas. Responda cada elemento con el mayor cuidado y con la mayor precisión posible (honestamente).

1= Nunca

2= Pocas veces

3= Algunas veces

4= Buena parte del tiempo

5= La mayor parte o todo el tiempo

1. Creo que mi pareja disfruta de nuestra vida sexual
2. Nuestra vida sexual es muy excitante.
3. El sexo es divertido para mi pareja y para mí.
4. El sexo con mi pareja ha llegado a ser una carga para mí.

5. Creo que el sexo que tenemos es sucio y asqueroso.
6. Nuestra vida sexual es monótona.
7. Cuando tenemos sexo, si hay, es demasiado rápido y apresurado.
8. Creo que mi vida sexual es de mala calidad.
9. Mi pareja es sexualmente muy excitante.
10. Disfruto de las técnicas sexuales que mi pareja usa o le gustan.
11. Creo que mi pareja quiere demasiado sexo de mí.
12. Creo que nuestra vida sexual es maravillosa.
13. Mi pareja da demasiada importancia al sexo.
14. Intento evitar el contacto sexual con mi pareja.
15. Mi pareja es demasiado ruda cuando hacemos el amor.
16. Mi pareja es un/a amante maravilloso/a
17. Creo que el sexo es una función normal dentro de nuestra relación.
18. Mi pareja NO quiere tener relaciones sexuales cuando yo quiero.
19. Creo que nuestra vida sexual realmente mejora nuestra relación.
20. Mi pareja parece evitar el contacto sexual conmigo.
21. Me es fácil excitarme sexualmente con mi pareja.
22. Creo que mi pareja está satisfecha sexualmente conmigo.
23. Mi pareja es muy sensible a mis necesidades y deseos sexuales.
24. Mi pareja no me satisface sexualmente.
25. Creo que mi vida sexual es aburrida.

Ha sentido pérdida del apetito sexual o dificultades sexuales desde el inicio del estado de alarma decretado en España debido a la COVID-19 (14 de marzo de 2020): Sí/No/Otros

Tiene menos sensaciones placenteras durante sus relaciones sexuales desde el inicio del estado de alarma decretado en España debido a la COVID-19 (14 de marzo de 2020): SÍ/NO/OTROS

5/5 Situación COVID-19

En una escala del 0 al 10, donde 0 significa "nada" y 10 significa "muchísimo" cuanto miedo tienes a ser contagiado de Covid-19 (aun siguiendo las recomendaciones sanitarias).

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

En una escala del 0 al 10, donde 0 significa "nada" y 10 significa "muchísimo" hasta que punto te sientes tan fatigado/a con la situación Covid-19 y las restricciones correspondientes, que has dejado de seguir las recomendaciones sanitarias rigurosamente.

0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

¿Se ha quedado embarazada usted o su pareja desde el inicio del estado de alarma decretado en España debido a la COVID-19 (14 de marzo de 2020)? Sí/no