



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

**ORGASMO FEMENINO: CARACTERIZACIÓN EN MUJERES CON EMBARAZO
DE ALTO RIESGO**

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en Obstetricia y
Ginecología

Israelys Mercedes Núñez Pérez

Caracas, junio de 2022



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSTGRADO
PROGRAMA DE ESPECIALIZACIÓN EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS

**ORGASMO FEMENINO: CARACTERIZACIÓN EN MUJERES CON EMBARAZO
DE ALTO RIESGO**

Trabajo Especial de Grado que se presenta para optar al título de Especialista en Obstetricia y
Ginecología

Israelys Mercedes Núñez Pérez

Fernando Enrique Torres Álvarez

Caracas, junio de 2022

ÍNDICE DE CONTENIDO

RESUMEN

INTRODUCCIÓN

MÉTODOS

RESULTADOS

DISCUSIÓN

AGRADECIMIENTOS

REFERENCIAS

ANEXOS



UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACION DE ESTUDIOS DE POSTGRADO



VEREDICTO

Quienes suscriben, miembros del jurado designado por el Consejo de la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, para examinar el **Trabajo Especial de Grado** presentado por: **ISRAELYS MERCEDES NÚÑEZ PÉREZ** Cédula de identidad N° 21153566, bajo el título "**ORGASMO FEMENINO: CARACTERIZACIÓN EN MUJERES CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO**", a fin de cumplir con el requisito legal para optar al grado académico de **ESPECIALISTA EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGÍA-HUC**, dejan constancia de lo siguiente:

1.- Leído como fue dicho trabajo por cada uno de los miembros del jurado, se fijó el día 27 de Junio de 2022 a las 07:00 AM., para que la autora lo defendiera en forma pública, lo que ésta hizo en el auditorium de la catedra de Ginecología HUC, mediante un resumen oral de su contenido, luego de lo cual respondió satisfactoriamente a las preguntas que le fueron formuladas por el jurado, todo ello conforme con lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

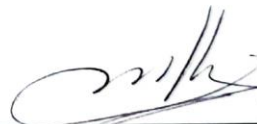
2.- Finalizada la defensa del **trabajo**, el jurado decidió **aprobarlo**, por considerar, sin hacerse solidario con las ideas expuestas por la autora, que se ajusta a lo dispuesto y exigido en el Reglamento de Estudios de Postgrado.

En fe de lo cual se levanta la presente ACTA, a los 27 días del mes de Junio del año 2022, conforme a lo dispuesto en el Reglamento de Estudios de Postgrado, actuó como Coordinador del jurado Dr. Fernando Enrique Torres Álvarez.



Dr. RAFAEL COTES CHARRY /
C.I.16030093

Hospital Universitario de Caracas



Dra. MIREYA GONZÁLEZ BLANCO /
C.I.4883886

Maternidad Concepción Palacios




Dr. FERNANDO ENRIQUE TORRES ÁLVAREZ / C.I.3638556
Hospital Universitario de Caracas
Tutor

FETA 27/06/2022

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR PARA LA ENTREGA DEL TRABAJO ACADÉMICO EN FORMATO IMPRESO Y FORMATO DIGITAL

Yo, Fernando Enrique Torres Álvarez portador de la Cédula de identidad N° 3638556, tutor del trabajo: **ORGASMO FEMENINO: CARACTERIZACIÓN EN MUJERES CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO**, realizado por el estudiante Núñez Pérez Israelys Mercedes CI: 21153566 Certifico que este trabajo es la **versión definitiva**. Se incluyó las observaciones y modificaciones indicadas por el jurado evaluador. La versión digital coincide exactamente con la impresa.


Dr. Fernando Torres
Médico Sexólogo
C.I. 3638.556 | M.P.P.S. 42.875

Firma del Profesor

En caracas a los 27 días del mes de junio de 2022

**UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA
HOSPITAL UNIVERSITARIO DE CARACAS
FACULTAD DE MEDICINA
POSTGRADO EN OBSTETRICIA Y GINECOLOGIA**



**Señores:
Coordinación de Estudios de Postgrado
Dr. José Ramón García Rodríguez
Director.-**


Caracas, 27 de junio de 2022

CERTIFICACIÓN DEL TUTOR

Por medio de la presente certifico que he leído el trabajo especial de grado (TEG), presentado por el médico cirujano Núñez Pérez Israelys Mercedes titulado: **ORGASMO FEMENINO: CARACTERIZACIÓN EN MUJERES CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO**, el cual cuenta con mi autorización y cumple con todos los requisitos exigidos por la normativa vigente, el mismo que ha sido consignado es la versión definitiva coincidiendo la versión digital con la aprobada en el veredicto de presentación del TEG.

Sin otro particular a que referirme, quedo de ustedes.

Atentamente


Dr. Fernando Torres
Médico Sexólogo
C.I. 3.638.556 / M.P.P.S 42.875

Fernando Enrique Torres Álvarez

Tutor

Especialista en Sexología

Docente del Postgrado de Obstetricia y Ginecología

UNIVERSIDAD CENTRAL DE VENEZUELA FACULTAD DE MEDICINA
COORDINACIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO AUTORIZACIÓN PARA LA
DIFUSIÓN ELECTRONICA DE TRABAJO ESPECIAL DE GRADO, TRABAJO DE
GRADO Y TESIS DOCTORAL DE LA FACULTAD DE MEDICINA. UNIVERSIDAD
CENTRAL DE VENEZUELA.

Yo, Israelys Mercedes Núñez Pérez CI: 21153566 autor del trabajo o tesis, **ORGASMO FEMENINO: CARACTERIZACIÓN EN MUJERES CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO** Presentado para optar: al título de especialista en Ginecología y Obstetricia Autorizo a la Facultad de Medicina de la Universidad Central de Venezuela, a difundir la versión electrónica de este trabajo, a través de los servicios de información que ofrece la Institución, sólo con fines de académicos y de investigación, de acuerdo a lo previsto en la Ley sobre Derecho de Autor, Artículo 18, 23 y 42 (Gaceta Oficial N° 4.638 Extraordinaria, 01-10-1993).

Firma autor: Israelys Nuñez



C.I. N°: 21153566

e-mail: israelysnp14@gmail.com

En Caracas, a los 27 días del mes de junio, de 2022

Nota: En caso de no autorizarse la Escuela o Coordinación de Estudios de Postgrado, publicará: la referencia bibliográfica, tabla de contenido (índice) y un resumen descriptivo, palabras clave y se indicará que el autor decidió no autorizar el acceso al documento a texto completo. La cesión de derechos de difusión electrónica, no es cesión de los derechos de autor, porque este es intransferible.

Dr. Fernando Torres

Médico Sexólogo

CI 3 638 556 I M P S 42 875

Fernando Enrique Torres Álvarez

CI 3 638 556 E-mail ftorres36@hotmail.com

Tutor

Andrés Lemmo

CI 9 878 685 E-mail lemmodoc@yahoo.com

Jefe del Servicio de Ginecología/Director del Programa

Pedro Gutiérrez

CI 6 343 252 E-mail pedroelias_2104@yahoo.com

Jefe del Servicio de Obstetricia

Lisbeth Andrade

CI 11 944 881 E-mail lisbeth_doc15@hotmail.com

Coordinadora del Programa (Obstetricia)

Lina Figueira

CI 6 888 045 E-mail figueiralina@gmail.com

Coordinadora del Programa (Ginecología)

DEDICATORIA

A Dios y a la Virgen bajo la advocación de Ntra. Sra. del Valle quienes me respaldan, me guían y me guardan en cada paso en toda decisión tomada desde el 2008 que inicie este apasionado camino de la medicina. A mi familia mi escuela cambiante y constante desde mis ancestros, a mi mamá que siempre fue soporte en todo, a mi compañero de vida quien es mi columna vertebral y siempre procura mi bienestar, a mi hija que en el camino llegó permitiéndome ver todo desde otro enfoque.

Lo dedico de forma especial a mis maestros de ginecología y obstetricia, esto fue una catedra de vida, dónde aprendí lo que deseo y lo que no deseo ser, ustedes desinteresadamente me enseñaron mas de lo que creen, mas de lo que se puede dar, más de lo pudiera merecer y aunque en el tiempo me encuentre ausente, nunca pero nunca olvidare cada lección, cada esfuerzo y la dedicación a la academia para que siempre aspiremos a la excelencia.

Israelys

ORGASMO FEMENINO: CARACTERIZACIÓN EN MUJERES CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Israelys Mercedes Núñez Pérez C.I: 21.153.566 Sexo: Femenino, E-mail: israelysnp14@gmail.com Telf: 0412-7623400. Dirección: Hospital Universitario de Caracas, Servicio de Obstetricia y Ginecología. Especialización en Obstetricia y Ginecología;

Tutor: Fernando Enrique Torres Álvarez C.I 3.638.556 Sexo: Masculino, E-mail: ftorres36@hotmail.com. Telf: 0416-6152475 Dirección: Hospital Universitario de Caracas, Servicio de Ginecología, Ciudad Universitaria. Consulta de Sexología.

RESUMEN

Objetivo: Establecer las características de la fase orgásmica en mujeres con embarazo de alto riesgo, en las consultas de alto riesgo médico y alto riesgo obstétrico en el Hospital Universitario de Caracas, entre noviembre 2019 y febrero 2020. **Métodos:** Estudio prospectivo, descriptivo, transversal que incluyó 100 gestantes con ejercicio activo de su función sexual. Se le aplicó una encuesta, con escala tipo Likert para evaluar las características del orgasmo en gestantes de alto riesgo. **Resultados:** La edad promedio fue de 32 años. La edad gestacional media fue de 32 semanas. Todas refirieron tener orgasmo, 31,0 % tenía al menos un orgasmo, seguido del 46,0 % con 2 orgasmos en cada función sexual. 89,0 % refirió conoce que es un orgasmo, 67,0 % lo considera importante, 69,0 % presentó cambios en la frecuencia sexual durante el embarazo. 68,0 % de las embarazadas se sienten satisfechas con los orgasmos experimentados y 14 % adicional dijo sentirse muy satisfechas. 36,0 % admitió fingir orgasmo, por complacer a su pareja (20,0 %), por miedo e inseguridad (8,0 %) o para aumentar su excitación (8,0 %). La frecuencia del orgasmo fue independiente de la edad ($p=0,13$), el estado civil ($p=0,12$), grado de instrucción ($p=0,89$), ocupación ($p=0,75$), alto riesgo obstétrico ($p=1,00$) o médico ($0,95$). **Conclusión:** Las gestantes tuvieron modificación de su frecuencia sexual, pero al ejercer su función sexual presentaron una buena respuesta orgásmica, con una satisfacción elevada, sin que el alto riesgo representara una limitante para ello.

Palabras clave: Embarazo, Sexualidad, Orgasmo, Respuesta sexual

ABSTRACT

FEMALE ORGASM: CHARACTERIZATION IN WOMEN WITH HIGH RISK PREGNANCY

Objective: To establish the characteristics of the orgasmic phase in women with high-risk pregnancy, in high-risk medical and high-obstetric risk consultations at the University Hospital of Caracas, between November 2019 and February 2020. **Methods:** A prospective, descriptive, cross-sectional study included 100 pregnant women active exercise of their sexual function. A survey was applied, with a Likert scale to evaluate the characteristics of orgasm in high-risk pregnant women. **Results:** The median age was 32 years. The median gestational age was 32 weeks. All reported having an orgasm, 31.0% said they had at least one orgasm, followed by 46.0% with 2 orgasms. 89.0% reported knowing that it is an orgasm, 67.0% considered it important, 69.0% said they had changes in sexual frequency in pregnancy. 68.0% of pregnant women feel satisfied with the orgasms experienced and an additional 14% said they feel very satisfied. 36.0% admitted to faking orgasm, for pleasing their partner (20.0%),

for fear and insecurity (8.0%) or for increasing their arousal (8.0%). The frequency of orgasm was independent of age ($p=0.13$), marital status ($p=0.12$), degree of education ($p=0.89$), occupation ($p=0.75$), high obstetric risk ($p=1.00$) or medical (0.95). **Conclusion:** The pregnant women had a modification of their sexual frequency but, when exercising their sexual function, they presented a good orgasmic response, with high satisfaction, without the high risk representing a limitation for it.

Keywords: Pregnancy, Sexuality, Orgasm, Sexual response

INTRODUCCIÓN

La sexualidad es una de las manifestaciones naturales de la humanidad tanto del hombre como de la mujer, la cual es indispensable en el ciclo de la reproducción humana; la expresión sexual favorece la comunicación, las relaciones personales afectivas, y proporciona placer. La sexualidad se expresa de un modo distinto en las diferentes etapas de la vida, y el embarazo supone una etapa transformadora de esa biografía sexuada, caracterizada por una expresión propia de la sexualidad de la gestante y su pareja, haciendo que dicha relación salga más fortalecida o debilitada. ⁽¹⁾

En este contexto, se puede agregar que el orgasmo es un elemento fundamental de la respuesta sexual en mujeres y que la definición clásica de orgasmo femenino dice que consiste en un pico sensorial, variable y transitorio, de intenso placer, que crea un estado alterado de conciencia, para devenir todo ello en una sensación ulterior de bienestar y contento. ⁽²⁾

Así mismo, cabe considerar que en el orgasmo como fenómeno sexual, existen diferentes ítems que pueden analizarse individualmente, referidos al tipo de estímulos, el fingimiento y los fenómenos paralelos al orgasmo que tienen relación con la concepción personal del tema de la sexualidad, que está profundamente influenciada por la cultura; encontrar respuestas a estos aspectos de la función sexual en poblaciones específicas puede aportar una mejor comprensión al conocimiento de la función y disfunción sexual femenina. ⁽³⁾

Hoy día, son abundantes las publicaciones que hacen referencia a la sexualidad y el orgasmo durante el embarazo, sin embargo, siguen existiendo determinados aspectos en los que la información de la que se dispone aún es escasa y la concepción generalizada en estos casos resulta preocupante y difusa. Un claro ejemplo de ello tiene que ver con la sexualidad durante el periodo gestacional. El embarazo sigue siendo una etapa en la que la sexualidad parece que no existiera, no se habla ni se informa, y ello genera muchas veces incertidumbre y ansiedad, también por no saber dónde preguntar e informarse. ⁽⁴⁾

Más de 8000 terminaciones nerviosas están implicadas en la respuesta orgásmica, caracterizándose el proceso por ser un tabú en la sociedad, aún en la actualidad. Irónicamente, es uno de los temas más interesantes para todos. Por tal razón, el enfoque de esta investigación toma en consideración el orgasmo femenino y su caracterización en embarazadas y no solo ello, sino su importancia en aquellas que cursan con embarazos de alto riesgo, por lo que se

presenta la correlación entre estos elementos, resaltando el valor de hacer del conocimiento médico, así como de las pacientes el ejercicio y disfrute responsable de su sexualidad, según el contexto del riesgo que presente. ⁽⁵⁾

Planteamiento y delimitación del problema

Desde su nacimiento, cada hombre y cada mujer serán definidos como un ser sexuado; muchos factores influirán en su desarrollo y en la forma de expresar su sexualidad, y en la emoción tan personal como es el deseo sexual, entendido como el impulso que mueve al individuo a buscar experiencias sexuales o a presentarse receptivo a ellas. ⁽⁶⁾

La sexualidad es una parte integral de la personalidad de todo ser humano; la misma ha sido frecuentemente ignorada en el diálogo entre la embarazada y su obstetra, o se le han impuesto arbitrarios períodos de abstinencia. La confusión y la ansiedad que generan en la mujer gestante estas recomendaciones pueden llevar a limitar en forma extrema los contactos sexuales con su pareja o a no tenerlos, generando así sentimientos de culpa e inseguridad. ⁽⁷⁾

El embarazo resulta una de las etapas más importantes para toda mujer, durante el cual se produce una serie de cambios que repercutirán en su vida y por lo tanto en su sexualidad. ⁽²⁾

Los cambios en el comportamiento sexual son frecuentes y comienzan poco después de la concepción. La dirección e intensidad de estos cambios están sujetas a grandes variaciones individuales, más que a una regularidad determinada. Es probable que dichas variaciones se encuentren relacionadas con factores tales como el desarrollo psicosexual de la mujer, su personalidad, los antecedentes personales, el impacto del embarazo en su salud y el tipo de relación con su pareja. ⁽⁸⁾

En un modelo ideal, cada actividad sexual debería concluir en un orgasmo, y no tenerlos es una de las causas frecuentes de disfunción sexual y por tanto de insatisfacción y alteración de la calidad de vida. Sin embargo, las guías sobre el tema hacen hincapié en referencia a la satisfacción o el grado de estrés generados por el evento, como claves para juzgar el comportamiento clínico, de tal manera que una mujer podría no tener orgasmos y aun así estar satisfecha con su función sexual; en estos casos no debe considerarse una enfermedad. ⁽⁹⁾ El orgasmo tiene un componente cognitivo que involucra la imaginación, las ideas, la fantasía entre otros, seguido por una liberación y resolución de la excitación. ⁽¹⁰⁾

Durante el embarazo, el deseo sexual de la pareja puede aumentar, disminuir y a veces, permanecer impasible. A lo largo del tiempo, se ha visto que en la embarazada existen ciertos tabúes en cuanto a la actividad sexual, y suelen decir que no están complacidas con la información que reciben de parte del personal de salud, quienes juegan un papel importante en el desempeño de estas funciones. ⁽¹¹⁾

La consulta prenatal es un ámbito propicio para que las mujeres expresen sus dudas o problemas con respecto a la sexualidad. Con el pasar de los años, existe más conciencia y conocimiento de la importancia de la salud sexual para el bienestar personal y social, sin embargo, es posible darse cuenta que como profesionales en esta área, se acostumbra tratar temas de anticoncepción, enfermedades de transmisión sexual e infertilidad y se deja de lado lo que respecta a la satisfacción y placer sexual, y esto se debe a diferentes razones tales como tabúes, pudor y desconocimiento del tema. ⁽¹²⁾

Es del interés del Hospital Universitario de Caracas, así como también de la autora del estudio, mejorar los métodos de atención a las pacientes embarazadas, por lo cual surgió el interés de estudiar: ¿Cuáles serán las características de la fase orgásmica en mujeres con embarazos de alto riesgo? Para responder a la interrogante del problema planteado, se decidió realizar una investigación con pacientes de la consulta de alto riesgo médico y alto riesgo obstétrico en el período comprendido entre noviembre 2019 y febrero 2020.

Justificación e importancia

El concepto de salud sexual y reproductiva ha variado en el tiempo, al igual que su definición. La *World Association for Sexology* y la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su pronunciamiento de 2002, comparten el concepto de salud sexual y lo definen como un estado de bienestar físico, emocional, mental y social relacionado con la sexualidad; no es meramente la ausencia de enfermedad, disfunción o malestar. ⁽¹³⁾

Las pacientes embarazadas representan una población particular dentro del estudio de la función sexual, ya que además de los mitos y tabúes que giran en torno a la relación sexual durante el embarazo, existen cambios hormonales y anatómicos que influyen directamente en las fases de la respuesta sexual. ⁽¹⁴⁾

En 2015, en el Hospital Universitario de Caracas se analizó la función sexual de las pacientes embarazadas que acudieron a la consulta de atención prenatal del servicio de obstetricia, y los

investigadores evidenciaron que el dominio más afectado fue la satisfacción, que afecto a 54 % de la muestra, seguido en orden decreciente por la excitación 52,2 %, el orgasmo 46,2 %, la lubricación 34 %, el dolor 29,3 % y el deseo 25,3 %. ⁽¹⁵⁾

Así mismo, el orgasmo femenino es uno de los procesos biológicos más complicados que se conocen. Durante el mismo se presenta una serie de cambios somáticos y viscerales, y ocurre una sensación mental de placer intenso difícil de definir con precisión. ⁽⁹⁾

Este efímero placer tiene un efecto a favor del bienestar y el mejoramiento de la salud de la persona, pues a pesar de ser desarrollado en un tiempo tan corto, la liberación de hormonas y el mecanismo que este increíble proceso abarca son capaces de disminuir efectos contraproducentes en la mujer, y a pesar de todas las condiciones positivas que es capaz de brindar en tan poco tiempo, sigue siendo un campo además de complejo, muy poco estudiado y desarrollado. ⁽⁴⁾

Por lo tanto el trabajo está justificado desde el punto de vista científico, ya que la salud sexual de la mujer representa un problema de salud pública relevante en la actualidad, sobre todo en aquellas que cursan con embarazos de alto riesgo, dadas las posibilidades de presentar mayores complicaciones sobre el bienestar materno o fetal; el poco conocimiento con respecto al tema por parte del personal médico, y el tabú que lo envuelve, relegando la sexualidad de la gestante a un segundo plano es lo que ha generado el impulso a la realización de este trabajo de investigación.

A pesar de existir investigaciones a escala mundial sobre conducta sexual y embarazo, así como sobre el orgasmo femenino, la combinación de estos elementos sumados a un embarazo de alto riesgo, bien sea obstétrico o médico, más ciertas características demográficas, ha sido poco estudiado, por lo que la autora justifica la necesidad de analizarlo y presentar sus resultados como aporte profesional y académico.

Por otra parte, la importancia radica en que los resultados que se obtendrán al analizar cada variable e indicador serán útiles como antecedentes para continuar investigaciones que favorezcan la calidad de la salud sexual y reproductiva de la mujer durante el embarazo en el país, además de aportar al servicio de obstetricia del Hospital Universitario de Caracas su propia casuística, de la misma manera que favorecerán el conocimiento de la sexualidad y el

orgasmo femenino en aquellas gestantes de alto riesgo de acuerdo a las variables demográficas que presenten.

Antecedentes

En 1905, Freud ⁽¹⁶⁾ demostró la trascendencia que la sexualidad tenía para los individuos. Desarrolló su teoría de la personalidad, cuyo tema central es el desarrollo sexual, e introdujo el término libido como la energía de la que emanan todas las actividades de las personas. Una recopilación de su obra fue publicada en 1978.

Masters *et al.*, ⁽¹⁴⁾ en 1966, publicaron los resultados de sus investigaciones acerca de la influencia del embarazo sobre la respuesta sexual, quedando demostrado que esta condición modifica inexorablemente la sexualidad de la mayoría de las parejas. A partir del momento en que se conoce el embarazo, las relaciones sexuales de la pareja girarán en torno al desarrollo del feto.

En 2005, Gokyildiz *et al.*, ⁽¹⁷⁾ determinaron que la frecuencia de las relaciones sexuales fue en descenso a medida que avanza el embarazo. El miedo a las relaciones sexuales fue prevalente sobre todo en el tercer trimestre y las embarazadas experimentaron menos estimulación durante la función sexual conforme avanzó la gestación; además la duración del coito disminuyó durante las últimas semanas del embarazo. Evidenciaron que la incapacidad para experimentar el orgasmo aumenta con cada trimestre.

En Colombia, en 2008, Acuña *et al.*, ⁽¹⁸⁾ realizaron un estudio con 587 mujeres sobre la frecuencia del orgasmo femenino, encontrando un porcentaje de 3,29 % de mujeres anorgásmicas, 2 % que frecuentemente llegaban al orgasmo y 22,8 % que lo hacían siempre.

Para 2010, Serati *et al.*, ⁽¹⁹⁾ realizaron un metaanálisis con el fin de evaluar la evidencia disponible y definir los conocimientos actuales sobre la función sexual femenina durante el embarazo y después del parto. Encontraron que existe una falta de información adecuada sobre la función sexual durante el embarazo. El factor más relevante, responsable de evitar la actividad sexual durante el embarazo, era la preocupación acerca de los posibles resultados obstétricos adversos. Debido a esto, concluyeron que las parejas deben recibir información sobre sexualidad.

Efe *et al.*,⁽²⁰⁾ en 2014, evidenciaron que la frecuencia de la función sexual durante el embarazo disminuyó significativamente. La tasa de masturbación durante el embarazo fue significativamente menor que en el período previo. El porcentaje de embarazadas que nunca han tenido un orgasmo fue significativamente mayor en comparación con el porcentaje de mujeres que nunca han tenido un orgasmo en el período anterior al embarazo.

Para el 2015, Galazka *et al.*,⁽²¹⁾ se dieron cuenta de que los cambios fisiológicos durante cada trimestre del embarazo tienen un importante impacto sobre el comportamiento sexual femenino. Los parámetros estudiados fueron: deseo, excitación, lubricación, orgasmo, dolor y satisfacción, los cuales disminuyeron considerablemente durante el embarazo. A medida que progresaba el embarazo, la función y actividad sexual disminuyeron.

Perdiz *et al.*,⁽²²⁾ en 2015, al estudiar la sexualidad durante el embarazo evidenciaron que 37,7 % de las embarazadas sienten un orgasmo siempre que tienen relaciones sexuales, 16,9 % lo sienten 3 de cada 4 veces que ejercen su función sexual; 16,4 % una de cada 4 veces; 12,6 % 2 de cada 4 veces y 7,2 % nunca siente orgasmo; el resto no respondió. Lo anterior no deja duda de que el orgasmo puede presentar variaciones en la población de gestantes.

Para el mismo año, Carrasco *et al.*,⁽¹⁵⁾ decidieron analizar la función sexual de las pacientes embarazadas que acudieron a la consulta de atención prenatal del servicio de obstetricia del Hospital Universitario de Caracas, y evidenciaron que el embarazo tuvo repercusión negativa sobre la función sexual de las embarazadas, siendo el trimestre más afectado el segundo. El dominio más afectado fue la satisfacción con 54 %, ubicándose en orden decreciente el orgasmo en tercer lugar con 46,2 % lo cual no representó una cifra despreciable.

Por último, en 2016 Carta *et al.*,⁽²³⁾ realizaron un estudio prospectivo donde evaluaron la función y el patrón sexual en embarazadas que acudieron al servicio prenatal de la Maternidad Concepción Palacios. A través del mismo concluyeron que existe una elevada frecuencia de disfunción sexual durante la gestación con un resultado global de 63,5 %, siendo mayor en el primer y tercer trimestre, la fase más afectada resultó el deseo 67 %, observándose modificación de todos los dominios con la edad gestacional.

Marco teórico

Embarazo de alto riesgo

La gestación ocasiona en el organismo materno profundas modificaciones tanto anatómicas como fisiológicas. Los cambios más notables ocurren como es natural, en aquellos órganos en los que se desarrolla el feto. Las características de estas modificaciones gravídicas consisten en una sobreactividad funcional; la cual en la mujer gestante y con buena salud se mantiene dentro de los límites fisiológicos; cuando es exagerada puede tornarse patológica y dar lugar a un verdadero estado mórbido. ⁽²⁴⁾

El embarazo de alto riesgo es aquel en el que la probabilidad de enfermedad o muerte antes, durante o después del parto es mayor de lo habitual para la madre y para el niño. Todos los embarazos implican algunos riesgos, pero hay más peligro para la salud de la madre y la del feto en un embarazo de alto riesgo. En él tanto la madre como el feto y/o el neonato tienen una mayor probabilidad de enfermar, morir o padecer secuelas antes o después del parto. ⁽²⁵⁾

Según la Organización Panamericana de Salud (OPS), una mujer embarazada en un país en vías de desarrollo tiene 100 a 200 veces más riesgo de morir que una mujer en un país desarrollado. ⁽²⁶⁾ Igualmente se destaca la influencia que ejercen los factores sociodemográficos y obstétricos sobre la ocurrencia de la muerte materna como son la edad, etnia, estado civil, escolaridad, número de gestaciones, periodo del embarazo, lugar del parto y persona que lo asiste, accesibilidad a servicios de salud y utilización de los mismos, entre otros. ⁽²⁷⁾

El embarazo de alto riesgo constituye un problema de salud pública de considerable magnitud; según publicaciones nacionales las tasas de morbilidad perinatal en Venezuela son elevadas 45 %, y se observa un incremento en la incidencia de embarazos de alto riesgo entre 20 % a 30 %. ⁽²⁸⁾

En la actualidad, la salud de la madre continúa siendo un problema en la mayoría de los países en desarrollo, debido a las condiciones de inequidad y vulnerabilidad en que vive la mayor parte de sus poblaciones y de las deficiencias estructurales en la prestación de los servicios de salud. Para el caso de la población de mujeres en edad reproductiva, su perfil epidemiológico se caracteriza por presentar enfermedades y muertes ligadas especialmente a eventos obstétricos. ⁽²⁷⁾

Es por todo lo expuesto que ante una paciente que curse con embarazo de alto riesgo, predomina la patología médica que pueda presentar bien sea de base o inducida por el

embarazo, o en su defecto la condición obstétrica que la predispone a ser gestante de riesgo. Es así como va quedando relegada la vida y la conducta sexual de la mujer durante el periodo de gravidez, sin recibir por parte del personal médico o del dispensador de servicio de salud las orientaciones necesarias para hacer de esa etapa un momento de integración biopsicosocial y sexual, proceso que forma un todo en las necesidades humanas de toda embarazada.

Sexualidad y salud sexual

El término sexualidad se entiende como el conjunto de convenciones, roles asignados y conductas vinculadas a la cultura y que suponen expresiones del deseo sexual, emociones disímiles, relación de poder, sistema de creencias, valores, actitudes, sentimientos y otros aspectos referentes tales como la raza, grupo étnico y clase social. ⁽²⁹⁾

La OMS define salud sexual como un estado de bienestar físico, psíquico, emocional y social en relación a la sexualidad; no es solamente la ausencia de enfermedad, disfunción o incapacidad. La salud sexual requiere un enfoque respetuoso y positivo hacia la sexualidad y las relaciones sexuales, así como hacia la posibilidad de tener relaciones sexuales placenteras y seguras, libres de coerción, discriminación y violencia. Para poder alcanzar y mantener la salud sexual, los derechos sexuales de todas las personas deben ser respetados, protegidos y satisfechos. ⁽³⁰⁾

En su definición, la OMS fundamenta la salud sexual en la conjunción de tres condiciones ⁽³⁰⁾:

- 1- Capacidad para disfrutar la conducta sexual y reproductiva de acuerdo con una doble ética social y personal.
- 2- Permanecer libre de temor, vergüenza, culpa y otros factores psicopatológicos que inhiban la respuesta sexual y limiten las relaciones sociosexuales.
- 3- Permanecer libre de perturbaciones, enfermedades o limitaciones orgánicas que interfieran con la función sexual y/o reproductiva.

Es difícil estudiar un fenómeno tan complejo como la sexualidad humana, ya que este comportamiento ha variado en el tiempo y en los diferentes grupos humanos. A esta diversidad debemos agregar, además, las variaciones individuales de la sexualidad. Esta noción de salud sexual supone la adopción de un criterio positivo respecto a la sexualidad humana. La orientación prestada por los profesionales de la salud debe ir dirigida al disfrute de

la vida, de las relaciones personales, y no limitarse al asesoramiento y la asistencia relacionados con la procreación y las enfermedades de transmisión sexual.⁽³¹⁾

Conducta sexual y embarazo

La sexualidad es uno de los componentes más complejos pero básico del comportamiento humano. El ser humano a lo largo de la vida experimenta su sexualidad a través de diferentes comportamientos; teniendo en cuenta que el impulso sexual es biológico pero su expresión es definida por diversos aspectos psicológicos, sociales y culturales. Las relaciones sexuales satisfactorias contribuyen a una vivencia saludable de la sexualidad en su sentido más amplio, ayudando a mantener el equilibrio psicofísico del individuo y, por tanto, su estado general de salud.⁽³²⁾

Durante las últimas décadas, la investigación sobre diferentes aspectos de la sexualidad de la mujer se ha centrado principalmente en algunos comportamientos sexuales específicos (como la actividad coital) o los cambios durante la respuesta, prestando menos atención a los aspectos cognitivos y las experiencias subjetivas relacionadas con la propia actividad sexual.⁽³³⁾ La satisfacción sexual constituye un componente subjetivo y psicológico fundamental en la experiencia sexual de la mujer, cuya naturaleza y relación con otros aspectos ha sido muy poco estudiada.⁽³⁴⁾

Durante el embarazo, tanto el deseo sexual como la frecuencia del coito disminuyen, y existe cierta preferencia por algunas prácticas sexuales; estos cambios son generados por ciertos mitos sobre la afectación del embarazo durante la función sexual, el cansancio físico y el hecho de sentirse menos atractiva para la pareja.⁽³³⁾

La respuesta sexual humana es una función compleja que involucra factores biológicos, psicológicos, afectivos y socioculturales. Los efectos de la respuesta sexual sobre la contractilidad y la perfusión vascular uterina y la dilatación cervical son de gran interés; sin embargo, existen otros cambios que ocurren en la respuesta sexual que, si bien son menos conocidos, deben ser considerados puesto que tienen influencia en la evolución del embarazo y el bienestar de la embarazada y su pareja.⁽³⁵⁾

Masters y Johnson⁽¹⁴⁾ revolucionaron el ámbito médico a escala mundial al publicar sus estudios sobre la fisiología del acto sexual mismo, caracterizando la respuesta sexual en cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución, planteando desde entonces que las actitudes

psicológicas respecto de la sexualidad se relacionan con la fisiología y la afectan, independientemente de los conflictos que subyacen, dando así una visión de predominio biológico a la sexualidad. ⁽³⁵⁾

Con fines académicos, la respuesta sexual femenina se divide en cinco fases distintas y secuenciales: deseo, excitación, meseta, orgasmo y resolución. Cada una de estas se caracteriza por cambios específicos en las mamas y los genitales externos e internos. ⁽³⁵⁾

Fase de deseo: aunque es difícil cuantificar la cantidad de deseo que experimenta una persona, por ser un dato subjetivo, este puede reflejarse con la búsqueda intencionada de contacto sexual, con la presencia de pensamientos y fantasías sexuales. En estas mujeres, el interés sexual puede verse afectado de diversas maneras según el tipo de relación sexual que mantenga, los cambios tanto físicos como psicológicos anteriormente citados, la falta de información y el estado hormonal. ^(14, 35)

Fase de excitación: se produce un aumento del tamaño de las mamas por ingurgitación y vasocongestión, erección de los pezones, crecimiento del clítoris y apertura de los labios mayores y menores. La vagina comienza a lubricarse, aumenta su tamaño y se distiende. El útero y el cérvix se elevan sobre la pelvis para dejar el espacio necesario para el pene. La lubricación depende de la trasudación de líquido de las venas dilatadas y congestivas que tapizan las paredes vaginales, así como de mucoproteínas segregadas por el epitelio vaginal. La congestión venosa propia de la gestación, debida a cambios hormonales, provoca en las mamas cierta irritación y dolor, sobre todo en el primer trimestre y en las mujeres que cursan su primera gestación. Algo similar sucede con la lubricación vaginal, que también es al principio molesta y se encuentra aumentada durante la gestación. ^(14, 35)

Fase de meseta: los cambios físicos de esta fase son una continuación e intensificación de los de la fase de excitación. Las mamas aumentan su tamaño, así como las areolas. El tercio externo de la vagina muestra una congestión sanguínea marcada que produce disminución en su diámetro, formándose así lo que se ha denominado plataforma orgásmica. El clítoris se retrae, los músculos de todo el cuerpo se tensan, las pupilas se dilatan y se produce una sensación de vacío a medida que el orgasmo se avecina. La principal diferencia en esta etapa entre la mujer embarazada y la no gestante es que la vasocongestión de la porción externa de la vagina resulta francamente más pronunciada durante el embarazo. La reducción de la

abertura vaginal se vuelve cada vez más pronunciada a medida que avanza la gestación, hasta tal punto que algunas parejas refieren imposibilidad para la penetración por falta de espacio o porque la vagina se encuentra demasiado cerrada durante el coito. ^(14, 35)

Fase orgásmica: se logra a través de la estimulación directa o indirecta del clítoris. Durante el orgasmo, la parte más externa y congestiva de la vagina se contrae fuertemente y a intervalos regulares de 0,8 segundos. El número de contracciones de la plataforma orgásmica varía de mujer a mujer y en cada una de las experiencias individuales. El útero también se contrae a intervalos regulares. Se observa también una mayor retracción del clítoris, el cierre del esfínter anal, la retracción de los dedos y un aumento de la frecuencia cardíaca y respiratoria. El orgasmo suele durar entre 10 y 15 segundos y durante el mismo no es infrecuente la pérdida de orina en la embarazada, como la eyección láctea en la púerpera que amamanta. Masters y Johnson observaron una diferencia muy importante en el orgasmo de la mujer embarazada en el último trimestre y, sobre todo, en las últimas cuatro semanas. ^(14, 35)

En lugar de las contracciones orgásmicas normales, el músculo uterino se contrae de manera espástica y continua sin relajarse. La duración de estas contracciones es de 1 minuto y se pueden observar hasta 30 minutos después del orgasmo. También constataron un enlentecimiento de la frecuencia cardíaca fetal sin signos de sufrimiento. La contractilidad uterina poscoital o posorgásmica suele producir en las mujeres miedo a un parto prematuro o a la rotura de las membranas, en tal grado que esta sensación suele ser causa de disminución de la frecuencia coital. ^(14, 35)

Fase de resolución: después del orgasmo se observa un momento de calma y relajación. Esta etapa en la mujer embarazada es molesta dado que la congestión pelviana disminuye de manera muy lenta. En algunas mujeres la congestión y la vascularización son tan marcadas que les impide lograr el orgasmo, aumentando así la tensión sexual y el sentido de frustración. La gran cantidad de hormonas sintetizadas por la placenta probablemente aumente el flujo y la lubricación vaginal. Estos cambios sin duda favorables, tal vez faciliten la sexualidad de la pareja. La congestión pelviana, sin embargo, podría justificar el dolor y la falta de confort durante las relaciones sexuales, hecho manifestado por gran cantidad de mujeres en las consultas sanitarias y que constituye la causa más importante de disminución de la frecuencia coital. ^(14, 35)

En las diversas fases también tienen lugar, además de los cambios genitales ya descritos, reacciones extragenitales y sistémicas que serán descritas a continuación. Durante la excitación sexual y debido a las contracciones involuntarias de fibras musculares, se produce erección de los pezones. El dibujo venoso se hace visible o bien aumenta, y asimismo lo hace el tamaño de las mamas debido a la repleción vascular. También tiene lugar repleción de la areola mamaria, que sobresale de tal modo que puede ocultar en parte el pezón erecto. ^(14, 35)

Orgasmo femenino

La definición clásica de orgasmo femenino dice que consiste en un pico sensorial, variable y transitorio, de intenso placer que crea un estado alterado de conciencia, que inicia con salvas de contracciones involuntarias, rítmicas, de la musculatura pélvica estriada circunvaginal, con la presencia concomitante de contracciones uterinas, anales y miotonía; dichas contracciones resuelven parcial o totalmente la vasocongestión regional, sexualmente inducida, para devenir todo ello en una sensación ulterior de bienestar y contento. ⁽³⁾

La posibilidad de que las mujeres puedan, en diferentes circunstancias, fingir el orgasmo ha convertido este subtema en uno de los grandes mitos asociados al orgasmo y que se monitoriza con mayor interés. Aunado a ello es amplia la literatura que habla respecto a la conducta sexual en la mujer embarazada, pero son pocas las que estudian el orgasmo específicamente en la gestación y aquellas que lo estudian en mujeres con embarazo de alto riesgo.

Objetivo general

Establecer las características de la fase orgásmica en mujeres con embarazo de alto riesgo, en las consultas de alto riesgo médico y alto riesgo obstétrico del Hospital Universitario de Caracas, en el período comprendido entre noviembre 2019 febrero 2020.

Objetivos específicos

1. Determinar el número de orgasmos experimentados por una gestante de alto riesgo durante el ejercicio de cada función sexual
2. Describir las características generales de la función sexual
3. Reseñar la satisfacción de las pacientes con embarazo de alto riesgo con respecto al orgasmo que experimenta.

4. Identificar el fingimiento de orgasmos por la población estudiada.
5. Relacionar la frecuencia orgásmica con las características demográficas de las pacientes.

Aspectos éticos

En esta investigación no existe ningún conflicto de intereses de índole académico o económico, se busca como único fin favorecer y ser más efectivos en el asesoramiento de las pacientes embarazadas, sobre el adecuado y libre ejercicio de su sexualidad, que se puedan minimizar así las frustraciones y limitaciones en el grupo a estudiar con respecto al goce de su sexualidad, sin que el hecho de cursar con un embarazo de alto riesgo sea una limitante y sin causar ningún tipo de perjuicios a los sujetos de investigación. El estudio se realizó bajo estricta confidencialidad, fue aprobado por el comité de bioética del Hospital Universitario de Caracas. Los datos recaudados se emplearon exclusivamente con fines científicos propios de esta investigación y en aras de generar información que pueda ayudar a la consejería y formación de personas interesadas en el área de la sexualidad, y que deseen contribuir con la integración física, emocional, psicológica y sexual de las gestantes.

A todas las pacientes que fueron incluidas en el estudio se les dio asesoría en relación a la finalidad de la investigación, aclarando la libertad de decisión para participar en la misma, así mismo se les entregó una hoja de información al paciente (anexo 1) y luego se les dio la potestad de decidir libremente su deseo de participar o no, para lo cual autorizaron su inclusión mediante la firma del formato prediseñado con este propósito (anexo 2), es decir el consentimiento informado, se les explicaron las características e ítems del instrumento (anexo 3), para su mayor comprensión y facilidad de respuesta,. Por lo tanto, se garantizó a cada paciente el respeto a los cuatro principios bioéticos fundamentales de autonomía, beneficencia, no maleficencia y justicia social.

MÉTODOS

Tipo de estudio

Se realizó un estudio de investigación prospectivo, descriptivo, de corte transversal.

Población y muestra

La población de estudio estuvo representada por todas las pacientes que acudieron al control prenatal en las consultas de alto riesgo médico (CAROM) y alto riesgo obstétrico (ARO) del servicio de obstetricia del Hospital Universitario de Caracas durante un periodo de cuatro meses, comprendido entre noviembre 2019 y febrero de 2020. Dichas consultas están diseñadas para recibir únicamente en turno matutino 2 pacientes de primera vez, las cuales en su mayoría se encuentran en el primer o segundo trimestre del embarazo, y 4 pacientes sucesivas que incluyen los 3 trimestres de la gestación, obteniéndose un total de 6 pacientes por cada consulta para un total de 12 pacientes diario, lo que es igual a 60 pacientes semanales. Considerando el período vacacional por épocas decembrinas y la reincorporación en el mes de enero y según los datos antes explicados, la población se estimó en 816 gestantes. Entre ellas, se seleccionó una muestra no probabilística o intencional de 100 gestantes, según los siguientes criterios:

Criterios de inclusión

- Pacientes que acudieron a la consulta de alto riesgo.
- Pacientes con ejercicio activo de su función sexual.

Criterios de exclusión

- Pacientes con amenaza de parto pretérmino en la gestación actual.
- Pacientes con hemorragias de la primera o segunda mitad del embarazo.
- Pacientes con incompetencia ístmico-cervical y/o portadoras de cerclaje uterino.
- Pacientes con patologías medicas descompensadas.

Procedimientos

Se les presentó a las participantes la hoja de información para el paciente (anexo 1) y el consentimiento informado (anexo 2); las que desearon participar en forma voluntaria, lo

expresaron con su firma. Posteriormente, se les entregó una hoja, procediendo a la aplicación de una encuesta con escala tipo Likert (anexo 3), en la cual se encontraron una serie de preguntas referentes a su función sexual y orgasmo durante el embarazo; las mismas debieron ser respondidas encerrando su respuesta en un círculo. Antes de la aplicación de la encuesta al recibir a la paciente en la consulta se le dio información y se le explicó todo lo referente a la investigación. Dicho cuestionario fue aplicado durante la estancia de la paciente en la consulta, en presencia de un médico residente quien respondió debidamente a sus dudas.

Tratamiento estadístico adecuado

Se inició con un análisis descriptivo univariante, para cada una de las variables de estudio. En el caso de las variables cualitativas se obtuvo frecuencias para cada categoría y porcentajes; mientras que, para las variables cuantitativas, se calcularon los valores mínimos y máximos de cada variable, la media, mediana aritmética, la desviación típica, según correspondía. Se aplicó la prueba de Chi-cuadrado para la asociación de variables nominales. Para el análisis estadístico se utilizó el programa estadístico SPSS versión 26. Se consideró como estadísticamente significativo cuando $p < 0,05$.

RESULTADOS

La muestra estuvo conformada por 100 embarazadas con una edad promedio de 32 años (mínimo 16, máximo 48 años); 10 eran menores de 20 años, 37 tenían entre 20 y 35 años y 53 tenían más de 35 años. La edad gestacional mediana fue de 32 semanas (rango intercuartil 8 semanas). En estas pacientes 46 % refirió tener dos orgasmos en cada función sexual, seguido de 31 % que afirma tener al menos un orgasmo (Gráfica 1).

La tabla 1 muestra la opinión de las gestantes con relación a su función sexual. 89 % refirió conocer qué es un orgasmo, 67 % considera que el orgasmo es importante, 69 % refirió tener cambios en la frecuencia sexual en el embarazo. 8 % dijo que los orgasmos no son nada buenos en el embarazo, 24 % los consideró un poco bueno y 48 % solo lo necesario. Solo 20 % los consideran bastante buenos. 87 % dijo sentir excitación sexual siempre (48 %) o casi siempre (39 %); 79 % describieron como estímulos previos al acto sexual besos (41 %) y caricias (38 %). El contacto sexual más común fue el coito (71 %) y 54 % reportó tener orgasmos en todas (19 %) o casi todas (35 %) las últimas 10 relaciones sexuales.

Un total de 68,0 % de las embarazadas se sienten satisfechas con los orgasmos experimentados y 14 % adicional dijo sentirse muy satisfechas (Gráfica 2).

En la gráfica 3 se observa que 36,0 % de las pacientes admitieron fingir orgasmos, entre ellas las causas más frecuentes fueron: complacer a su pareja 20 %, miedo e inseguridad 8 % y para aumentar la propia excitación 8 %.

Con relación a la distribución de la frecuencia orgásmica según la edad, se observó que 5 (50 %) de las gestantes menores de 20 años, 8 (21,6 %) de las que tenían entre 20 y 35 años y 18 (34 %) de las mayores de 35 años, referían un orgasmo en cada contacto sexual. Refirieron dos orgasmos 3 menores de 20, 24 entre 20 y 35 y 19 mayores de 35 (30 %, 64,8 % y 35,8 %). El resto de la distribución se puede observar en la tabla 2 ($p=0,13$).

En la tabla 3 se distribuyó la frecuencia orgásmica según el estado civil. 24 % de las gestantes estaban casadas, 59 % viven en concubinato y 17 % estaban solteras; 13 (54,2 %) de las casadas, 28 (47,5 %) de las que viven en concubinato y 5 (29,4 %) de las solteras, estaban en el grupo que referían dos orgasmos ($p=0,12$).

Con relación al grado de instrucción, en la tabla 4 se observa que hubo 2 gestantes que completaron la educación primaria, 54 la secundaria y 44 tenían un nivel universitario. Una (50 %), 21 (38,9 %) y 24 (54,5 %) expresaron tener dos orgasmos ($p=0,89$).

La ocupación más frecuente fue la del hogar 41,0 %; en la tabla 5 se aprecia que, entre ellas, 20 (48,8 %) refirieron tener dos orgasmos, seguido de 13 que experimentan un orgasmo (31,7 %). En la mayoría de los grupos de ocupación, la frecuencia más alta de orgasmos experimentados por acto sexual, fue de 2, excepto en las estudiantes y administradoras, entre quienes 60 % experimentaron solo uno ($p=0,75$).

Veintidós (44 %) de las 50 pacientes con alto riesgo obstétrico (ARO) y 24 (48 %) de las 50 sin ARO refirieron la presencia de dos orgasmos ($p=1,00$). Entre las pacientes con alto riesgo médico (CAROM), 24 (48 %) reportaron dos orgasmos por acto sexual ($p=0,95$) (tablas 6 y 7).

La satisfacción con los orgasmos fue independiente de la presencia de alto riesgo obstétrico (tabla 8) o médico (tabla 9): 33 (66 %) con ARO y 35 (70 %) sin ARO se mostraron satisfechas ($p=0,95$). Así mismo, 33 (66 %) sin alto riesgo médico y 35 (70 %) con alto riesgo médico expresaron estar satisfechas ($p=0,95$).

DISCUSIÓN

Como se ha señalado previamente, en la literatura médica abundan las publicaciones que hacen referencia a la sexualidad y el orgasmo durante el embarazo, pero existen áreas en las cuales la información parece insuficiente. El embarazo es una de las etapas más importantes para toda mujer, en la misma se produce una serie de cambios que repercuten en su sexualidad y que comienzan poco después de la concepción. ^(4,8) El presente estudio se realizó con la finalidad de establecer las características de la fase orgásmica en mujeres con embarazo de alto riesgo médico y obstétrico del Hospital Universitario de Caracas.

La mayoría de las encuestadas, más de 75 %, dijeron experimentar entre uno y dos orgasmos en el ejercicio de cada función sexual, aunque llamó la atención que 2 % de ellas expresaran experimentar hasta 5 orgasmos. Esto contrasta con lo encontrado por otros autores. Tarco, ⁽³⁶⁾ describe que 35,6 % de las gestantes en el primer trimestre, 53,7 % en el segundo trimestre y 79 % en el tercero dijeron no alcanzar el orgasmo nunca. Por su parte, Carta *et al.*, ⁽²³⁾ aunque no evalúan la frecuencia directamente, encontraron que 37,7 % tenían afectada la fase del orgasmo y esa afectación fue más alta en el tercer trimestre. Efe *et al.*, ⁽²⁰⁾ describieron que el porcentaje de embarazadas que nunca han tenido un orgasmo fue significativamente mayor, en comparación con el porcentaje de mujeres que nunca han tenido un orgasmo en el período anterior al embarazo y Gokyildiz *et al.*, ⁽¹⁷⁾ evidenciaron que la incapacidad para experimentar el orgasmo aumenta con cada trimestre. Por su parte, Perdiz *et al.*, ⁽²²⁾ reportaron que solo 37,7 % de las embarazadas sienten un orgasmo siempre que tienen relaciones sexuales, y 7,2 % nunca lo experimenta, lo cual, no deja duda que el orgasmo puede presentar variaciones en la población de gestantes.

En cuanto a las características de las gestantes, se encontró que la mediana de edad gestacional fue de 32 semanas, la mayoría de las pacientes estaban en el tercer trimestre, sin embargo todas refirieron al menos tener un orgasmo durante el ejercicio de función sexual. Esto llama la atención, por cuanto se ha descrito que alrededor de 40 % de las gestantes en el tercer trimestre señalan dificultades en las posiciones durante la actividad sexual. ⁽²³⁾ En la investigación de Tarco, ⁽³⁶⁾ más de 80 % expresó disminución del deseo sexual en el tercer trimestre, 60 % y 63 % de las gestantes en el último trimestre dijeron no tener interés ni deseo sexual nunca y 79 % dijo no alcanzar el orgasmo nunca. Galazka *et al.*, ⁽²¹⁾ evaluaron deseo,

excitación, lubricación, orgasmo, dolor y satisfacción, los cuales disminuyeron considerablemente durante el embarazo, observando que a medida que progresaba el embarazo, la función y actividad sexual disminuyeron.

Se interrogó sobre las características generales de la función sexual. Casi 90 % de las embarazadas entrevistadas refirió conocer qué es un orgasmo y una buena proporción (dos terceras partes) expresó que lo consideraba importante.

La frecuencia sexual se modificó en el embarazo en 69 gestantes, lo cual concuerda con lo reportado en múltiples investigaciones. Tarco ⁽³⁶⁾ encontró que 24 % en el primer trimestre, 32,6 % en el segundo y 5,2 % en el tercero, expresaron tener relaciones sexuales solo esporádicamente. Carta *et al.*, ⁽²³⁾ en 2016, encontraron que más de la mitad de las pacientes tuvo disfunción sexual durante la gestación (63,5 %), además detallaron que la disfunción sexual se presentó en 62,9 % de las que cursaban el primer trimestre del embarazo, 55,9 % en el segundo trimestre y 75 % durante el tercer trimestre. El predominio de la frecuencia de disfunción sexual en el primer y tercer trimestres puede estar relacionado con los cambios físicos y emocionales de las gestantes que producen malestar general, presencia de náuseas y vómitos, congestión mamaria, hipersensibilidad, miedo a perder la gestación y ansiedad de la mujer y su pareja, lo que limitaría de cierta manera el contacto físico. Gokyildiz *et al.*, ⁽¹⁷⁾ describieron que las embarazadas experimentan menos estimulación durante la función sexual conforme avanza la gestación; además la duración del coito disminuye durante las últimas semanas del embarazo. En otro estudio realizado por Balestena *et al.*, ⁽³⁷⁾ se obtuvieron resultados similares.

La creencia de las pacientes de que los orgasmos en el embarazo no son buenos se encontró en 8 % de las encuestadas y 24 % reportó que solo un poco. Carta *et al.*, ⁽²³⁾ evaluaron las razones que limitan la actividad sexual y encontraron que el temor a hacer daño al bebé era frecuente entre sus encuestadas. Al distribuir las actividades según el trimestre de la gestación, se obtuvo que en el 1er trimestre 32 % refirieron miedo al aborto, además 19,1 % del primer trimestre; 25,6 % del segundo y 30,7 % del tercero, expresaron temor a hacer daño al bebé. Tarco, ⁽³⁶⁾ en 2016, también encontró este temor a dañar al bebé en 48,3 % de sus entrevistadas. También Serati *et al.*, ⁽¹⁹⁾ describió que el factor más relevante, responsable de evitar la actividad sexual durante el embarazo, es la preocupación acerca de los posibles resultados obstétricos adversos.

A pesar de ese temor, 48 % de las embarazadas se excita durante el acto sexual y 82 % de ellas se siente satisfecha o muy satisfecha con los orgasmos percibidos. Otros estudios, como el de Balestena *et al.*,⁽³⁷⁾ en Cuba, y Carta *et al.*,⁽²³⁾ en Venezuela, afirman que las pacientes tienen alta disfunción sexual. Sin embargo, particularmente, en el estudio de Carta *et al.*,⁽²³⁾ se encontró la afectación del dominio satisfacción en 34,8 %, es decir, 65,2 % no mostraron reducción de la satisfacción al ser evaluadas con el Índice de Función Sexual Femenina. En el Hospital Universitario de Caracas, Carrasco *et al.*,⁽¹⁵⁾ evidenciaron que el embarazo tuvo repercusión negativa sobre la función sexual de las embarazadas, siendo el dominio más afectado la satisfacción (54 %), ubicándose en orden decreciente el orgasmo en tercer lugar (46,2 %), lo cual no representó una cifra despreciable. Rodríguez *et al.*,⁽¹¹⁾ en España, obtuvieron que la satisfacción sexual fue de 47,0 % y 45,0 % dijo que los orgasmos fueron similares a los que tuvo antes del embarazo, probablemente estos hallazgos pueden deberse al nivel de educación sexual. En el estudio de Carta *et al.*,⁽²³⁾ describieron que solo 30 % manifestó no haber recibido nunca información sobre sexualidad; el resto dijo haber recibido información por parte de personal médico, medios de comunicación y amigos (elemento no evaluado en el presente estudio).

Un total 36 % de las pacientes afirmaron fingir orgasmos, las causas fueron por complacer a su pareja, miedo e inseguridad, pero también lo hacen como un mecanismo para aumentar su propia excitación. La posibilidad de que las mujeres puedan, en diferentes circunstancias, fingir el orgasmo ha convertido este subtema en uno de los grandes mitos asociados al orgasmo y que se monitoriza con mayor interés. En la literatura, las cifras varían desde 20 % hasta 90 %, según la fuente, y varía notablemente si es juzgado por las mujeres, quienes lo describen con mayor frecuencia, o si lo es por sus parejas, que lo perciben con menor frecuencia.⁽³⁸⁻⁴⁰⁾ Uribe *et al.*⁽⁴⁰⁾ refiere que un portal femenino de Chile encontró 70 % de fingimiento del orgasmo en 500 mujeres encuestadas, y otros estudios con diferentes grados de rigurosidad expresan resultados muy variables. En el perfil orgásmico en universitarias de ciencias de la salud se encontró en un primer análisis cuantitativo que 43,6 % de las mujeres fingían el orgasmo.⁽⁴¹⁾

Cuando se evaluó la frecuencia orgásmica según las características de las mujeres, se observó que fue independiente de la edad, el estado civil, el grado de instrucción, la ocupación o el

tener embarazo de alto riesgo médico u obstétrico, es decir, tales características no influyeron en el número de orgasmos percibidos.

El promedio de edad en las encuestadas fue de 32 años, con un mínimo de 16 años y máximo de 48 años, fueron clasificadas como menores de 20 años, entre 20 y 35 años y mayores de 35 años. La mayoría están agrupadas entre uno y dos orgasmos, independientemente del grupo etario. En el presente estudio se encontró que la mayoría vivían en pareja, bien sea casadas o en concubinato. Solo hubo 17 % de solteras. Las que vivían en pareja presentaron con mayor frecuencia dos orgasmos, a diferencia de las solteras quienes en su mayoría refirieron tener solo un orgasmo. El grado de instrucción más frecuente fue la secundaria en 54,0 % de los casos y la ocupación más frecuente fue la del hogar, similar a lo reportado por Tarco, ⁽³⁶⁾ en 2016, quien reporta que el estado civil más frecuente fue el concubinato, 80,0 % era ama de casa, y 61% estaban en secundaria. En ese estudio, con gestantes de características similares al de la presente serie, 56,6 % de las embarazadas en el primer trimestre, 78,6 % en el segundo y 88,8 % en el ter trimestre, expresaron alcanzar el orgasmo difícilmente o nunca. Lamentablemente, en las series revisadas no se relaciona la frecuencia descrita con la función sexual previa al embarazo, de manera que muchas de estas disfunciones sexuales pudieran ser atribuidas a la gestación, pero, en otros casos, es posible que hayan estado presentes desde antes del inicio del mismo.

En la presente investigación no se encontró una diferencia estadísticamente significativa en la frecuencia de orgasmos entre las pacientes pertenecientes a la consulta de ARO con respecto a las de CAROM, contrario a lo que se pudiera pensar, y en ambos grupos la tendencia a tener orgasmos fue similar. Así mismo, en estos dos grupos de pacientes el grado de satisfacción fue bueno sin que la condición de ARO o CAROM afectara en el resultado. No se encontró en la literatura revisada relación entre la actividad sexual y la presencia de condiciones mórbidas que generen alto riesgo obstétrico o médico. Cabría suponer, contrario a los hallazgos de la investigación, que la preocupación ante la morbilidad en el embarazo generaría un deterioro de la función sexual, con una disminución en la frecuencia del orgasmo y en la satisfacción. Sin embargo, los hallazgos de la investigación plantean una situación contraria. Probablemente, las pacientes no reconocen realmente la presencia de la morbilidad o, por estar asistiendo a la consulta externa especializada, se sienten confiadas sobre la evolución de su gestación.

Como limitantes del estudio se plantea el hecho de que no se pudo objetivar el grado de educación sexual en las pacientes, ya que con los resultados obtenidos parece que las embarazadas estudiadas tenían una buena orientación con relación al tema. Otra limitante encontrada fue el no conocer la función sexual previa para establecer el efecto real del embarazo sobre la misma.

Se concluye que:

1. Todas las pacientes refirieron tener al menos un orgasmo
2. Un elevado porcentaje de las gestantes tienen buena información sobre la función sexual, pero más de 30 % cree que los orgasmos no son buenos para la salud en el embarazo y 69,0 % presentó modificación de la frecuencia sexual, durante el embarazo en curso, sin embargo, esto no modificó la respuesta orgásmica.
3. El grado de satisfacción sexual durante el embarazo fue alto
4. Un total de 37,0 % de las pacientes fingió tener orgasmos en al menos un contacto sexual
5. La frecuencia orgásmica fue independiente de las características demográficas evaluadas y de la condición de alto riesgo obstétrico o médico

AGRADECIMIENTO

A todas aquellas personas que lo han hecho posible a aquellas que han colaborado desinteresadamente en este estudio, a cada paciente que dijo si, a mi tutor, estimado Dr. Torres simplemente gracias, gracias por plantearme una idea cuando me encontraba perdida pues hoy se convierte en esto. Gracias a los profesionales que me guiaron y no solo eso, sino que también me ayudaron a comprender, siendo luz para poder realizar la estructura de este estudio con sentido, en especial a la Dra. Mireya González. Todo lo bueno cuenta todo lo bueno vale todo lo bueno suma todo lo bueno se regresa, no importa lo pequeño o fugaz que haya sido en el tiempo, a ustedes que forman parte y que queda aquí plasmado gracias.

Gracias a cada Dr(a). Que fungiendo como profesor formó parte de esta experiencia, y que en su pasión por enseñar no se rindieron nunca, gracias a los que fueron muy cercanos unos mas que otros, pero todos en la misma sintonía de regalar el arte de cuidar a la mujer en todas las etapas de su vida, gracias a los que fueron y siempre serán mis r3, exigentes, determinantes, inteligentes y quienes me mostraron la dinámica del mejor camino de aprendizaje, aunque poco o nada hablemos aunque poco o nada pueda retribuirles tanto bien, aunque la distancia nos separe, el silencio nos haga ausentes, sepan que eternamente estaré agradecida y nunca olvidare ni un solo detalle, gracias, gracias, gracias.

Israelys

REFERENCIAS

1. Sáez S. Sexo básico. De los genitales al cerebro, de la fecundación a la vejez. Vol. 1. 2da ed. España: Fundamentos; 2017.
2. Whipple B, Graziottin A. Orgasmic disorders in women. En: Porst H, Buvat J, editors. Standard practice in sexual medicine. Oxford (UK): Blackwell Publishing; 2006.
3. Uribe Arcila J., Quintero Tobón M., Gómez Gómez M. orgasmo femenino: definición y fingimiento. Rev. urol colomb [Internet]. 2015 mayo [consultado 9 de septiembre de 2019]; 24 (1): 19-27. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1491/149140429013.pdf>
4. Gómez S, Moreno M. La expresión de la sexualidad durante la gestación y el puerperio. Cultura de los Cuidados [Internet]. 2012 [consultado 16 de agosto de 2019]; 16(33):67-74. Disponible en: http://rua.ua.es/dspace/bitstream/doi10045/24154/1/CC_33_09.
5. Chávez M. Definición, tipos y fisiología del orgasmo femenino [Internet]. Amsterdam: Elsevier; 2018 [consultado 21 de agosto de 2019]. Disponible en: <https://www.elsevier.com/es-es/connect/medicina/tipos-y-fisiologia-del-orgasmo-femenino>.
6. Martinotti A, Sebastiani M. Sexualidad y embarazo. Intramed J [Internet]. 2002 [consultado 16 agosto de 2019]; 23(1):12-19. Disponible en: <http://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=20022>.
7. García González S., Duarte González L., Mejías Paneque M. Evaluación de un programa de educación sexual sobre conocimientos y conductas sexuales en embarazadas. Enferm. glob. [Internet]. 2012 oct [consultado 2019 agosto 16]; 11(28): 453-464. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S169561412012000400024&lng=es.
8. Piñero S, Alarcos G, Arenas M, Jiménez V, Ortega E, Ramiro M. Características y modificaciones de la sexualidad durante el embarazo. NURE Investigación [Internet]. 2011 [consultado 9 septiembre de 2019]; 8(50): 9-15. Disponible en: http://www.fuden.es/ficheros_administrador/original/nure50.orgoriginal-modifisex.pdf.
9. Basson R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, *et al*. Reporte de la conferencia internacional del desarrollo sobre la disfunción sexual femenina. J Urol [Internet]. 2000 [consultado 21 de agosto de 2019]; 163(32):888-893. Disponible en: <http://www.ve.urologi.org/search?qID=9.00007592.definitions+and+classification.pdf>.
10. Villeda C, Calao M, Enríquez A, González E, Ibarra R, Sotomayor M, *et al*. Disfunción orgásmica: prevalencia y factores de riesgo de una cohorte de mujeres jóvenes en México. J Sex Med [Internet]. 2014 [consultado 5 septiembre 2019]; 7 (11): 15-50. Disponible en: <http://www.rehub.com/50120-789x.doi:10.1111/jsm/sbref0355>.
11. Rodríguez M, Ramón E. Características y evolución del patrón sexual de la mujer embarazada. Enfermería Global [Internet]. 2013 [consultado 21 de agosto de 2019]; 12(32):70-362. Disponible en: <http://www.scielo.isoiii.es/scielo.php?pid=sID169561412013000400022=enandothers>.
12. Alfonso A, Sarduy C. Educación sexual comunitaria, apuntes para un marco referente. I Parte. Rev Sex Soc [Internet]. 2000 [consultado 5 septiembre de 2019]; 6 (15): 10-12.

Disponible en:
<http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/186/225>

13. Martínez JR, Del Pino R. Sexualidad humana. Manual Práctico de Enfermería Comunitaria. Madrid: Elsevier; 2014
14. Masters W, Johnson V. Human Sexual Response. Vol. 2. Boston: Little Brown and company; 1966.
15. Carrasco D, Mujica M, Torres F. Función sexual durante el embarazo. [Tesis de Grado]. Caracas: Universidad Central de Venezuela; 2015.
16. Freud S. Tres Ensayos de teoría sexual, obras completas de Sigmund Freud. Vol. 7. 2da ed. Buenos Aires: Amorrortu Editores; 1978.
17. Gökyildiz S, Beji NK. The effects of pregnancy on sexual life. *J Sex Marital Ther.* 2005; 31(3):201-15. doi: 10.1080/00926230590513410.
18. Acuna A, Ceballos P, Suárez P. Estudio sobre algunos aspectos del comportamiento sexual femenino. *Rev Urol Colom* [Internet]. 2008 [consultado 5 septiembre de 2019]; 17(5):79-80. Disponible en: <http://www.refhub.elsevier.com/so120-789X=DOI00002-70395>.
19. Serati M, Salvatore S, Siesto G, Cattoni E, Zanirato M, Khullar V, *et al.* Female sexual function during pregnancy and after childbirth. *J Sex Med.* 2010; 7(8):2782-2790. doi: 10.1111/j.1743-6109.2010.01893.x.
20. Efe H, Bozkurt M, Sahin L, Mutlu MF, Api M, Çetin A. The effects of pregnancy on the sexual life of Turkish women. *Proceed Obstet Gynecol* [Internet]. 2014 [consultado 21 de agosto de 2019]; 4 (1): 5-15. Disponible en: <https://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.897.740&rep=rep1&type=pdf>
21. Gałazka I, Drosdzol-Cop A, Naworska B, Czajkowska M, Skrzypulec-Plinta V. Changes in the sexual function during pregnancy. *J Sex Med.* 2015 Feb;12(2):445-54. doi: 10.1111/jsm.12747.
22. Perdiz C, Doval J, Sueiro E, Gayosoc P. Sexualidad y embarazo. *Rev Atenc Primaria* [Internet]. 2015 [consultado 5 septiembre de 2019]; 22(6):340-346. Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atenciónprimaria-27-articulo-sexualidad-embarazo-14916>.
23. Carta M, González M. Función y patrón sexual: características y evolución durante el embarazo. *Rev Obstet Ginecol Venez* [Internet]. 2016 [consultado 7 de septiembre de 2019]; 76(3):232-247. Disponible en: <http://www.sogvzla.org.ve/sogvzla20186/cms/svcobtenerpdfvista.php?id=0000000083&tipo=normal&fila=4>
24. Maygrier C, Schwab A. Manual de obstetricia. Vol. 1. 7ma ed. Barcelona (Esp): Hijos de J. Espasa; 1995.
25. Schwarcz R, Diverges C, Díaz A, Fescina R. Obstetricia. 5ª ed. Buenos Aires: El Ateneo; 1999.
26. Organización Panamericana de la Salud (OPS) [Internet]. Washington: Reducir la mortalidad materna es prioridad diaria de la OPS. Información de Prensa. 2002

- [actualizado en septiembre de 2015; consultado 9 septiembre de 2019]. Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/DPI/100/100feature19.htm>.
27. Pinedo A, Távara L, Chumbe O, Parra J. Factores de riesgo asociados a la mortalidad materna. *Rev Peru Ginecol Obstet.* 1995; 41(3):52-54. DOI: <https://doi.org/10.31403/rpgo.v41i1765>
 28. Dalla Costa L, Cales C, Rodríguez A, Francielle V, Schiavoni D. Perfil epidemiológico de gestantes de alto riesgo. *Cogit Enferm [Internet]*. 2016 [consultado 9 septiembre de 2019]; 21 (2): 1-8. Disponible en: <http://revistas.ufpr.br/cogitare/article/view/44192/28238>.
 29. Pérez Martínez VT. Sexualidad humana: una mirada desde el adulto mayor. *Rev Cubana Med Gen Integr [Internet]*. 2008 [consultado 9 de septiembre de 2019]; 24(1). Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21252008000100010&lng=es.
 30. World Health Organization (WHO) [Internet]. Ginebra: Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health. *Sexual Health Document Series*. 2006 [consultado 21 agosto de 2019]; 2(1):1-35. Disponible en: https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_pdf
 31. Carrobes J, Gámez M, Almendros C. Funcionamiento sexual, satisfacción sexual y bienestar psicológico y subjetivo en una muestra de mujeres españolas. *An Psicol [Internet]*. 2011 [consultado 21 agosto de 2019]; 27(1):27-34. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/167/16717018004.pdf>.
 32. Pérez P, Palacios S. Aspectos de la sexualidad en la embarazada deducidos de un estudio de 100 embarazos. *Progr Obst Ginecol. [Internet]* 1982 [consultado 21 de agosto de 2019]; 25(5):323-331. Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1695-61412013000400022
 33. Erol B, Sanli O, Korkmaz D, Seyhan A, Akman T, Kadioglu A. A cross-sectional study of female sexual function and dysfunction during pregnancy. *J Sex Med.* 2007; 4(5):1381-1387. doi: 10.1111/j.1743-6109.2007.00559.x.
 34. Bridges S, Lease S, Ellison C. Predicting sexual satisfaction in women: implications for counselor education and training. *J Counsel Develop.* 2004; 82(2):158-166. DOI:[10.1002/j.1556-6678.2004.tb00297.x](https://doi.org/10.1002/j.1556-6678.2004.tb00297.x)
 35. Castelo C, Sebastiani M, Siseli N. Abordaje de la sexualidad en situaciones especiales (II) embarazo y puerperio. Madrid: Médica Panamericana. 2005.
 36. Tarco NY. Características de la actividad sexual según trimestre de embarazo en puérperas hospitalizadas en el servicio de puerperio del Hospital de Ventanilla de julio a agosto del 2016 [Tesis de Grado]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2017 [consultado 12 de febrero de 2022]. Disponible en: <https://core.ac.uk/download/pdf/323348742.pdf>
 37. Balestena Sánchez JM, Fernández B, Sanabria JG, Fernández AR. Percepción de la mujer gestante sobre su función sexual. *Rev Ciencias Médicas [Internet]*. 2014 [consultado 12 de febrero de 2022]; 18(3): 363-374. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942014000300002&lng=es.

38. Muehlenhard CL, Shippee SK. Men's and women's reports of pretending orgasm. *J Sex Res.* 2010 Nov;47(6):552-67. doi: 10.1080/00224490903171794.
39. Salisbury CM, Fisher WA. "Did you come?" A qualitative exploration of gender differences in beliefs, experiences, and concerns regarding female orgasm occurrence during heterosexual sexual interactions. *J Sex Res.* 2014; 51(6):616-631. doi: 10.1080/00224499.2013.838934.
40. Uribe Arcila JF, Quintero Tobón MT, Gómez Gómez M. Orgasmo femenino: definición y fingimiento. *Rev Urol Colomb [Internet].* 2015 [consultado 12 de febrero de 2022]; XXIV(1):19-27. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=149138607005>
41. Quintero MT, Gómez M, Uribe JF. Perfil orgásmico en universitarias en ciencias de la salud. *Rev Urol Colomb [Internet].* 2013 [consultado 12 de febrero de 2022]; XXII(1):18-29. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1491/149127483003.pdf>

ANEXO 1

Hoja de información para el paciente sobre el proyecto de investigación

Usted ha sido seleccionada, para formar parte de un estudio de investigación que será llevado a cabo por residentes del postgrado de Obstetricia y Ginecología de esta facultad, denominado: **Orgasmo femenino: caracterización en mujeres con embarazo de alto riesgo.**

De usted necesitar una información adicional a la expuesta en esta hoja, debe solicitarla al investigador responsable del proyecto residente: Israelys Núñez, quien aclarará cualquier duda que pueda tener al respecto.

Propósito del proyecto

Estudiar la fase orgásmica de la respuesta sexual en aquellas mujeres que cursan con embarazos de alto riesgo, en pacientes que acuden a las consultas de alto riesgo médico y la de alto riesgo obstétrico, entre noviembre 2019 y febrero 2020.

Procedimiento

De usted aceptar participar en el estudio, le será aplicada una encuesta, en la cual se respetará su identidad y su intimidad, donde solamente debe marcar la opción más acertada a su realidad.

Riesgos

No existe ningún riesgo que pueda comprometer su salud o la gestación, ya que solo será una encuesta en la cual únicamente debe responder una opción.

Beneficios

La participación en esta investigación tiene como beneficio a su persona la orientación y asesoramiento adecuado con respecto a la sexualidad y el orgasmo durante el embarazo, sin que el riesgo obstétrico o médico sea una limitante.

Confidencialidad

La información obtenida a través de la encuesta es totalmente confidencial, se resguardará su identidad y su intimidad, los datos solo serán implementados para sustentar la presente investigación.

Participación voluntaria

Su participación es totalmente voluntaria y usted puede retirarse del estudio después de haber dado su conformidad en participar.

ANEXO 2.

Consentimiento Informado

ORGASMO FEMENINO: CARACTERIZACIÓN EN MUJERES CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO

Investigador: Israelys Mercedes Núñez Pérez

Tutor: Fernando Enrique Torres Álvarez

El siguiente estudio es confidencial, no se utilizan sus datos para otra razón que no sea la del fundamento de esta investigación y está en su derecho a no participar o retirarse en cualquier momento de la investigación sin perjuicios en su contra, así como tiene derecho a realizar todas las preguntas que considere necesarias antes de participar.

Yo, _____ CI _____ Autorizo a los médicos del Hospital Universitario de Caracas a incluirme en el estudio **ORGASMO FEMENINO: CARACTERIZACIÓN EN MUJERES CON EMBARAZO DE ALTO RIESGO.**

Formaré parte del grupo a estudiar y soy consciente que me será aplicada una encuesta, en la cual solo debo marcar la respuesta en relación a mi realidad.

Paciente

Testigo

Investigador

ANEXO 3

Instrumento de recolección de datos

Datos de la paciente			
Edad	Edo. Civil	Nivel de educación	Ocupación

Consulta	ARO	CAROM
-----------------	------------	--------------

Patología médica o condición obstétrica que posee		Edad gestacional
--	--	-------------------------

Orgasmo femenino – preguntas

A continuación, se le realizaran una serie de preguntas, encierre en un círculo su respuesta.

1.- Sabe Ud. ¿Lo que es un orgasmo?

Sí **No**

2.- ¿Es importante para usted tener orgasmos?

Muy importante **Importante** **Poco importante** **Me da igual** **No me importa**

3.- ¿Siente usted que el embarazo ha modificado la frecuencia de su actividad sexual?

Si **No.**

4.- ¿Cree usted que los orgasmos son buenos para su salud durante el embarazo?

Nada **Un poco** **Lo necesario** **Bastante**

5.- ¿Se excita Ud. Durante el ejercicio de su función sexual?

Siempre **Casi siempre** **A veces** **Nunca**

6.- ¿Cuántos orgasmos tiene Ud. En cada relación sexual?

1 2 3 4 5

7.- ¿Se siente Ud. Satisfecha con los orgasmos experimentados durante esta gestación?

Muy satisfecho Satisfecho Medianamente satisfecho Insatisfecho

8.- ¿Durante sus últimas relaciones sexuales, ha fingido algún orgasmo?

Sí No

9.- ¿Por qué razón finge usted el orgasmo?

Por complacer a la pareja

Por miedo e inseguridad

Aumentar propia excitación

No precisa

10.- ¿Qué estímulo previo a la relación sexual Ud. Práctica?

Besos

Caricias

Juegos

Otros

11.- ¿Cuál es el tipo de contacto sexual más practica durante este embarazo?

Masturbación

Coito

Sexo anal

Otros

12.- Con respecto a la frecuencia orgásmica ¿En sus últimas diez relaciones sexuales Ud. ha llegado al orgasmo?

Todas

Casi todas

Algunas

Ninguna

Gráfica 1

Frecuencia de orgasmos en cada función sexual en embarazadas

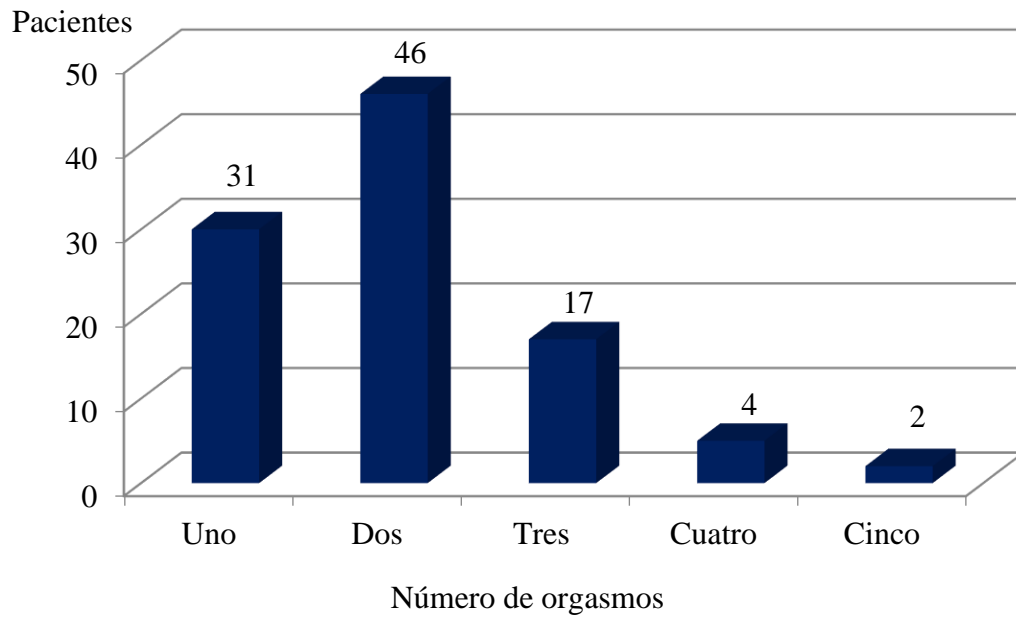


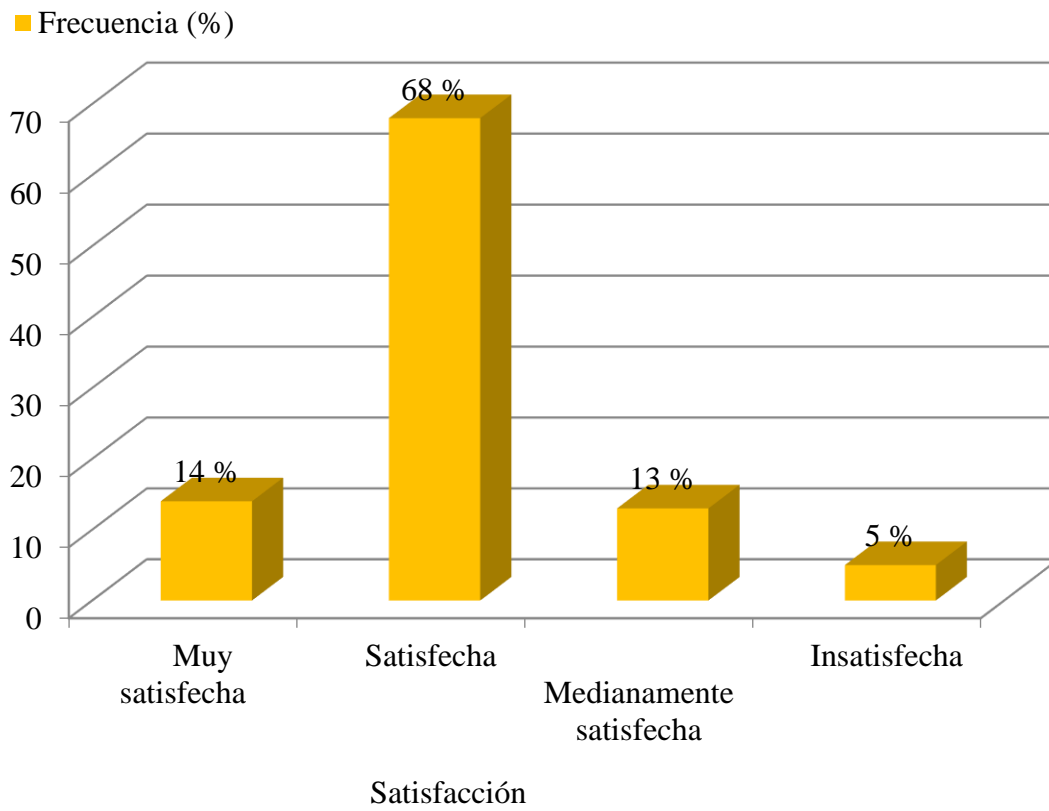
Tabla 1

Características generales de la función sexual

	Frecuencia	Porcentaje
Conocimiento de un orgasmo		
Si	89	89,0
No	11	11,0
Grado de importancia de los orgasmos		
Muy importante	16	16,0
Importante	67	67,0
Poco importante	11	11,0
Me da igual	6	6,0
La frecuencia sexual se modificó con el embarazo		
Si	69	69,0
No	31	31,0
Son buenos los orgasmos para la salud en el embarazo		
Nada	8	8,0
Un poco	24	24,0
Lo necesario	48	48,0
Bastante	20	20,0
Excitación sexual		
Siempre	48	48,0
Casi siempre	39	39,0
A Veces	12	12,0
Nunca	1	1,0
Estímulos previos al acto sexual		
Besos	41	41,0
Caricias	38	38,0
Juegos	16	16,0
Otros	5	5,0
Tipo de contacto sexual		
Masturbación	22	22,0
Coito	71	71,0
Sexo anal	6	6,0
Otros	1	1,0
Orgasmo en las últimas 10 relaciones sexuales		
Todas	19	19,0
Casi todas	35	35,0
Algunas	43	43,0
Ninguna	3	3,0

Gráfica 2

Distribución de pacientes según la satisfacción con el orgasmo



Gráfica 3

Distribución de gestantes según el fingimiento de orgasmos

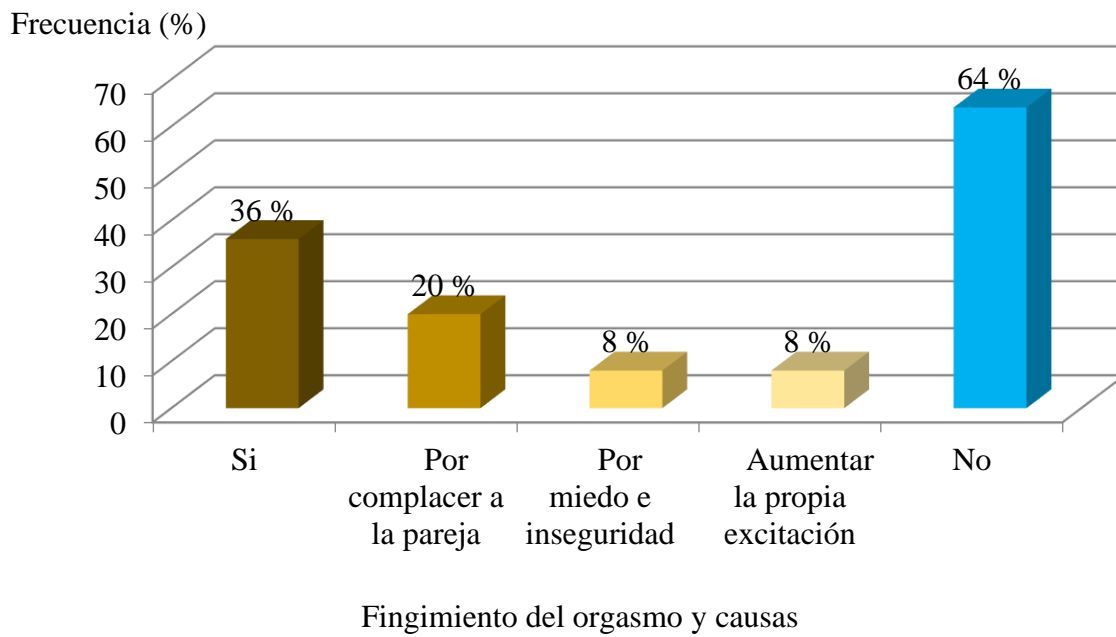


Tabla 2

Frecuencia de orgasmos de acuerdo con la edad

Frecuencia orgásmica	Edad					
	< 20 años		20 a 35 años		> 35 años	
	n	%	n	%	n	%
1 (n=31)	5	50	8	21,6	18	34
2 (n=46)	3	30	24	64,8	19	35,8
3 (n=17)	1	10	5	13,5	11	20,8
4 (n=4)	1	10	0	0	3	5,7
5 (n=2)	0	0	0	0	2	3,8

$$\chi^2 = 12,48; p=0,13$$

Tabla 3

Frecuencia de orgasmos de acuerdo con el estado civil

Frecuencia orgásmica	Estado civil					
	Casada		Concubinato		Soltera	
	n	%	n	%	n	%
1 (n=31)	6	25	18	30,5	7	41,2
2 (n=46)	13	54,2	28	47,5	5	29,4
3 (n=17)	3	12,5	9	15,3	5	29,4
4 (n=4)	0	0	4	6,8	0	0
5 (n=2)	2	8,3	0	0	0	0

$\chi^2=13,2$; $p=0,12$

Tabla 4

Frecuencia de orgasmos de acuerdo al grado de instrucción

Frecuencia orgásmica n(%)	Grado de instrucción					
	Primaria		Secundaria		Universitario	
	n	%	n	%	n	%
1 (n=31)	1	50	19	35,2	11	25
2 (n=46)	1	50	21	38,9	24	54,5
3 (n=17)	0	0,0	10	18,5	7	15,9
4 (n=4)	0	0,0	3	5,6	1	2,3
5 (n=2)	0	0,0	1	1,9	1	2,3

$\chi^2=3,5$; $p=0,89$

Tabla 5

Frecuencia de orgasmos de acuerdo con la ocupación

Ocupación	Frecuencia orgásmica n (%)					Total (n=100)
	1 (n=31)	2 (n=46)	3(n=17)	4 (n=4)	5 (n=2)	
Del hogar	13(31,7)	20(48,8)	6(14,6)	1(2,4)	1(2,4)	41 (41,0)
Comerciante	0(0,0)	5(55,6)	4(44,4)	0(0,0)	0(0,0)	9 (9,0)
Docente	2(25)	5(62,5)	1(12,5)	0(0,0)	0(0,0)	8 (8,0)
Administradora	3(60)	2(40)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	5 (5,0)
Estudiante	3(60)	1(20)	1(20)	0(0,0)	0(0,0)	5 (5,0)
Analista	1(25)	3(75)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	4 (4,0)
Asistente	1(33,3)	2(66,7)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	3 (3,0)
Contadora	1(33,3)	1(33,3)	1(33,3)	0(0,0)	0(0,0)	3 (3,0)
Obrera	2(66,7)	0(0,0)	0(0,0)	1(33,3)	0(0,0)	3 (3,0)
Manicurista	1(33,3)	1(33,3)	0(0,0)	1(33,3)	0(0,0)	3 (3,0)
Camarera	1(50)	0(0,0)	1(50)	0(0,0)	0(0,0)	2 (2,0)
Enfermera	1(50)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	1(50,0)	2 (2,0)
Mantenimiento	0(0,0)	2(100)	0(0,0)	0(0,0)	0(0,0)	2 (2,0)
Secretaria	0(0,0)	0(0,0)	1(50)	1(50)	0(0,0)	2 (2,0)
Otros*	2(25)	4(50)	2(25)	0(0,0)	0(0,0)	8 (8,0)

*1 caso de cada uno: aduana, recepcionista, corredora de seguros, ingeniero, trabajadora social, médico, peluquera, tecnología

p=0,75

Tabla 6

Distribución de la frecuencia de orgasmos según el alto riesgo obstétrico

Frecuencia orgásmica	Alto riesgo obstétrico			
	No		Si	
	n	%	n	%
1 (n=31)	16	32	15	30
2 (n=46)	24	48	22	44
3 (n=17)	7	14	10	20
4 (n=4)	2	4	2	4
5 (n=2)	1	2	1	2

Chi-cuadrado=0,64; valor de p=1,00

Tabla 7

Distribución de la frecuencia de orgasmos según el alto riesgo médico

Frecuencia orgásmica	Alto riesgo médico			
	No		Si	
	n	%	n	%
1 (n=31)	15	30	16	32
2 (n=46)	22	44	24	48
3 (n=17)	10	20	7	14
4 (n=4)	2	4	2	4
5 (n=2)	1	2	1	2

Chi-cuadrado=0,64; valor de p=0,95

Tabla 8

Distribución del grado de satisfacción con los orgasmos de acuerdo al alto riesgo obstétrico

Grado de satisfacción con los orgasmos	Alto riesgo obstétrico			
	No		Si	
	n	%	n	%
Muy satisfecha	7	14	7	14
Satisfecha	35	70	33	66
Medianamente satisfecha	6	12	7	14
Insatisfecha	2	4	3	6

Chi-cuadrado=0,33; valor de p=0,95

Tabla 9

Distribución del grado de satisfacción con los orgasmos de acuerdo al alto riesgo médico

Grado de satisfacción con los orgasmos	Alto riesgo médico			
	No		Si	
	n	%	n	%
Muy satisfecha	7	14	7	14
Satisfecha	33	66	35	70
Medianamente satisfecha	7	14	6	12
Insatisfecha	3	6	2	4

Chi-cuadrado=0,33; valor de p=0,95