



Revista Urología Colombiana

ISSN: 0120-789X

revistaurologiacolombiana@scu.org.co

Sociedad Colombiana de Urología
Colombia

Uribe Arcila, Juan Fernando; Quintero Tobón, María Teresa; Gómez Gómez, Margarita

Orgasmo femenino: definición y fingimiento

Revista Urología Colombiana, vol. XXIV, núm. 1, abril, 2015, pp. 19-27

Sociedad Colombiana de Urología

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=149138607005>

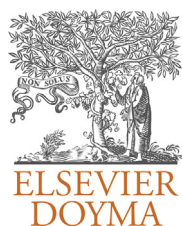
- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

redalyc.org

Sistema de Información Científica

Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España y Portugal

Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto



ORIGINAL

Orgasmo femenino: definición y fingimiento[☆]



Juan Fernando Uribe Arcila^{a,*}, María Teresa Quintero Tobón^b y Margarita Gómez Gómez^c

^a Urólogo, Medicina Sexual Ciudad del Río, Medellín, Antioquia, Colombia

^b Docente de Enfermería, Grupo de Investigación Emergencias y Desastres, Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia, Medellín, Antioquia, Colombia

^c Docente de Medicina, Grupo de Investigación de la Práctica de Enfermería en el Contexto Social (GIPECS), Facultad de Enfermería, Universidad de Antioquia, Medellín, Antioquia, Colombia

Recibido el 29 de octubre de 2014; aceptado el 24 de marzo de 2015

Disponible en Internet el 1 de mayo de 2015

PALABRAS CLAVE

Orgasmo;
Femenino;
Coito;
Conducta Sexual;
Disfunción Sexual;
Fisiológica

Resumen

Introducción: El orgasmo es un tema clave para comprender la función y disfunción sexuales femeninas. Mientras las definiciones involucran aspectos idiosincráticos que aportan información para entender el fenómeno, su fingimiento es un mito urbano con pocos estudios locales. **Objetivo:** Compilar las definiciones de orgasmo y analizar el tema del fingimiento y sus razones, correlacionadas con el análisis cuantitativo, en una población universitaria femenina del área de la salud.

Materiales y métodos: Estudio descriptivo, con 303 mujeres, de 18 a 39 años, pertenecientes a facultades del área de la salud de la Universidad de Antioquia. Para indagar el fenómeno se utilizó una encuesta estructurada no probabilística con 16 variables cuantitativas y 2 preguntas abiertas referentes a la definición del orgasmo y las razones para fingirlo. El estudio se hizo respetando los principios éticos y el análisis exploratorio usó el programa SPSS® v. 18.0.

Resultados: Con respecto a la definición del orgasmo se obtuvieron 330 respuestas que se distribuyeron en 5 grupos: la mayoritaria fue referida como «Máximo placer» (50,3%); la segunda definió el orgasmo como «Sensación placentera» (26%); la tercera fueron definiciones relacionadas con las «Sensaciones anatómicas» experimentadas (16%); la cuarta definición está relacionada con el subgrupo «Culminación o clímax» (6%); la última categoría son participantes que «no saben» cómo definirlo (1,81%). Con respecto al fingimiento del orgasmo, un 43,6% de las encuestadas lo hacen por diferentes razones. Se obtuvieron 324 respuestas que se distribuyeron en 5 grupos principales: la categoría mayoritaria está relacionada con fingimiento por «Asuntos de la pareja» (26,5%), con 2 tendencias: «Engaño altruista» y «Aumento de la excitación»; fingimiento por «Miedo/inseguridad» (3,70%); por «Aplazamiento sexual» (6,7%); para «Aumentar la propia excitación» (0,3%) y una categoría adicional de fingidoras que nunca han alcanzado orgasmos o «Anorgasmia perpetua» (0,6%).

[☆] Este trabajo es producto de la investigación de Juan Fernando Uribe Arcila «El orgasmo femenino en estudiantes universitarias de Medellín-Colombia», ganadora del premio Fundadores de la Sociedad Colombiana de Urología, 2012; está inscrita en el sistema de investigación universitario de la Universidad de Antioquia.

* Autor para correspondencia.

Correos electrónicos: jfuribe@une.net.co, medicinasexual@une.net.co (J.F. Uribe Arcila).

KEYWORDS

Orgasm;
Female;
Coitus;
Sexual Behavior;
Sexual Dysfunction;
Physiological

Conclusiones: El orgasmo fue definido principalmente como la sensación de «Máximo placer». Un 43,6% de las participantes fingen orgasmos por diferentes razones. La principal razón para fingirlos es el «Engaño altruista», que busca beneficiar a la pareja.

© 2014 Sociedad Colombiana de Urología. Publicado por Elsevier España, S.L.U. Todos los derechos reservados.

Female orgasm: Definition and fake

Abstract

Introduction: Orgasm is key to understanding the female function and sexual dysfunction. Personal definition involves idiosyncratic aspects that provide information to understand the phenomenon; similarly, fake orgasm is an urban myth with few local studies.

Aim: Compile the definitions of orgasm and fake orgasm reasons, correlated with quantitative analysis, in a female university population in health area.

Materials and methods: Descriptive study of 303 women between 18 and 39 years old, belonging to schools in health area from Universidad de Antioquia in Medellín. To investigate this phenomenon we used a structured questionnaire with 16 variables not random and 2 open questions (qualitative) regarding the definition of orgasm and why to fake. The study was conducted in compliance with ethical principles and the exploratory analysis used SPSS® version 18.0.

Results: For definition of orgasm 330 responses were distributed into 5 main groups: The majority was referred to as "Maximum pleasure" or "Maximum possible sense" (50.3%); the second option defined orgasm as "Pleasant sensation" (26%); third were related definitions "Anatomical sensation" (16%); fourth definitions were referred to orgasm as time "Culmination or climax" (6%); the last category of participants who "do not know" how to define it (1.81%). Regarding fake orgasm, 43.6% reported fake it for different reasons. Three hundred and twenty-four responses were distributed into 5 main groups: The majority category is related with "Couple affairs" with 2 tendencies: "Altruistic deception" and "Increasing excitement of another" (26.5%); "Fear and insecurity" (3.70%); "Sexual postponement" (6.7%); "Increasing self-excitation" (0.3%) and an additional category "Never reach" or "Perpetual anorgasmia" (0.6%) and fake their orgasms.

Conclusions: The orgasm was defined primarily as the feeling of maximum pleasure possible. A percentage of 43.6 of participants fake orgasm for different reasons. The main reason to fake orgasm is the "Altruistic deception" that seeks to benefit in some way to the couple.

© 2014 Sociedad Colombiana de Urología. Published by Elsevier España, S.L.U. All rights reserved.

Introducción

La salud sexual se considera uno de los elementos clave en el bienestar del ser humano; dentro de este tema, la salud sexual femenina ha tenido desarrollos recientes originados por una mejor comprensión de la función y la disfunción, que permitieron avances para integrarla; como subtema, el orgasmo normal, retardado o ausente, es uno de los pilares fundamentales que amerita estudios específicos¹⁻⁵.

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 influida por la cultura; entender las razones en grupos humanos específicos puede aportar una mejor comprensión al conocimiento de la función y disfunción femeninas⁶⁻¹¹.

Dentro de este orden de ideas, estudiar las definiciones de grupos que representen la cultura y etnicidad locales es fundamental para nuevos desarrollos, puesto que la

disfunción orgásmica está influida, además de por factores orgánicos, por ideología e idiosincrasia que hacen muy valiosos los datos de estudios propios; además, conlleva el confrontar temas como la anorgasmia perpetua y el fingimiento, que se convierten en mitos urbanos que deben ser reevaluados por investigaciones que aporten datos científicos reales^{2,3,5}.

Marco teórico

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»¹²⁻¹⁴.

Otras 3 definiciones complementarias a la anterior son: «El orgasmo es un pico de intensidad de excitación generado por estimulación aferente y reaferente de los receptores sensoriales visceral y/o somáticos, activado exógenamente y/o endógenamente». «El orgasmo es un proceso cognitivo de alto orden, seguido por una liberación y resolución de la excitación». Finalmente: «El orgasmo (del griego *ργασμός*) o clímax (del griego *κλίμαξ*, «escalera» o «subida») es la descarga repentina de la tensión sexual acumulada, durante el ciclo de respuesta sexual, resultando en contracciones musculares rítmicas en la región pélvica caracterizadas por el placer sexual». Sin embargo, es posible que ninguna de ellas tenga el alcance suficiente para describir el fenómeno en algunas mujeres y, por tanto, aun teniendo orgasmos genuinos, no sean capaces de identificarlos como tales, o también que identifiquen fenómenos de otro origen como si fueran orgasmos¹⁵⁻¹⁸.

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 sobre 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 ser «feliz» sexualmente; en estos casos no debe considerarse una enfermedad¹⁹.

En el estudio de sexualidad más difundido hasta la fecha, el *National Health and Social Life Survey*²⁰, la disfunción sexual femenina general se calculó en un altísimo 43% vs. un relativamente modesto 31% en los hombres, lo que significa una gran prevalencia desatendida por los sistemas de salud de los problemas sexuales de las mujeres. En ese mismo estudio se calculó un 25,72% de problemas del orgasmo, lo que es una cifra significativa, muy semejante a la obtenida en un estudio colombiano sobre diagnóstico de la disfunción sexual femenina realizado en Bogotá por la Dra. Sandra García Nader y sus colaboradores, con un resultado de 25,50%²⁰⁻²². Un estudio más reciente, el *Prevalence of Female Sexual Problems Associated with Distress and Determinants of Treatment Seeking*, realizado en 31.508 mujeres mayores de 18 años, encontró un 21% de problemas relacionados con el orgasmo²³.

Cuando se habla de disfunción orgásmica, en la quinta edición del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, el desorden del orgasmo femenino (*female orgasm disorder*) es definido como «un retardo marcado, infrecuencia marcada o ausencia de orgasmo», o bien «una reducción marcada de las sensaciones orgásmicas» que causa malestar clínicamente significativo en el individuo, que ha persistido 6 meses como mínimo y que aparece en el 75-100% de los encuentros sexuales²⁴.

Las definiciones suelen ser incompletas y en la literatura se encuentran abundantes variaciones; la *International Classification of Diseases*, por ejemplo, complementa en su definición que el desorden debe impedir a la paciente participar adecuadamente de la relación sexual, e igual, que debe tener una duración superior a los 6 meses²⁵.

Según el *Female Sexual Function Index*, el más difundido de los índices de función sexual femenina, el dominio de

«orgasmo» está compuesto por 3 subdominios: frecuencia, dificultad y satisfacción, que en conjunto permiten hacer la valoración del dominio «orgasmo»^{26,27}.

La definición de «desorden orgásmico» utilizada en el presente trabajo es la «sensación marcadamente disminuida en la intensidad de sensación orgásmica o marcadamente retardada a pesar de una adecuada estimulación que generan distrés o preocupación en la mujer que lo padece». Debe tenerse en cuenta que las definiciones utilizadas por la literatura médica a menudo no coinciden con el lenguaje utilizado habitualmente por las mujeres, y por eso, escuchar su voz en estudios de este tipo tiene un valor particular en el tema de la sexualidad^{5,28,29}.

La frecuencia de los orgasmos es un tema donde no existe acuerdo, puesto que los estudios muestran que el porcentaje de mujeres que «habitualmente» tienen orgasmos en sus relaciones sexuales es tan variable como de 17 a 41%, lo que puede indicar influencia de factores como etnicidad, pero también de las técnicas para recolectar los datos. En la primera parte del presente estudio, publicada previamente como «Perfil orgásmico en universitarias de ciencias de la salud», el número de mujeres que manifestaron tener orgasmos «siempre» fue de apenas el 24,3%, que aumentó a 43,7% cuando la opción fue «casi siempre», 24% algunas veces y 4,7% casi nunca. En un estudio realizado en Bogotá con 587 mujeres en el año 2008 por el Dr. Alonso Acuña Cañas y la Dra. Pilar Ceballos, con respecto a la frecuencia del orgasmo femenino, se encontró un porcentaje de 3,29% de mujeres anorgásmicas primarias, un 42% que «frecuentemente» llegaban al orgasmo y un 22,8% que lo hacían siempre. En un estudio previo de 1988 con 514 pacientes, el mismo Dr. Acuña había encontrado una frecuencia de anorgásmicas del 18,10%, de multiorgásmicas del 35,21% y de orgásmicas del 46,69%^{5,30-35}.

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 el 20 hasta el 90%, según la fuente, y varía notablemente si es juzgado por las mujeres (mayor) o si lo es por sus parejas (menor); esto podría explicarse por lo que dice el «Informe Hite», que es de corte cualitativo, donde se explica que aparentemente un buen porcentaje de hombres no saben cuándo su pareja tiene un orgasmo; adicionalmente, marcó la senda de múltiples estudios que han señalado la enorme divergencia que existe en el orgasmo según el género, con cifras que muestran que el 90% de los hombres consiguen el orgasmo durante el coito y el 70% de las mujeres no consiguen sus orgasmos en el coito. Aunque las cifras del reporte Hite son confusas por la cantidad de variables que utiliza, no puede negarse el aporte de Shere Hite para identificar el tema del orgasmo como un problema frecuente y mal abordado de la sexualidad femenina. Un portal femenino de Chile encontró un 70% de fingimiento del orgasmo en 500 mujeres encuestadas, y otros estudios con diferentes grados de rigurosidad son muy variables. En el «Perfil orgásmico en universitarias de ciencias de la salud» se encontró en un primer análisis cuantitativo que un 43,56% de las mujeres fingían el orgasmo³⁶⁻⁴⁴.

Con respecto al fingimiento del orgasmo, existe un estudio de Cooper et al. que logró desarrollar una clasificación

especial a la que llamaron *Faking Orgasm Scale* (FOS), con una versión específica para la relación coital y otra para la relación oral, compuesta de 4 factores para la coital:

1. Engaño altruista: las que fingen el orgasmo por la preocupación por las sensaciones de la pareja.
2. Miedo e inseguridad: las que fingen el orgasmo para evitar las emociones negativas asociadas a la experiencia sexual; para evitar sensaciones de inseguridad o para hacer frente a preocupaciones de ser anormales.
3. Aumentar la propia excitación: tentativa de una mujer de aumentar su propia excitación con el fingimiento del orgasmo.
4. Aplazamiento sexual: fingiendo el orgasmo para terminar el sexo⁴⁵.

En un estudio local del Dr. Alonso Acuña en 1996, las simuladoras del orgasmo fueron un 54%, mientras que en otro publicado en 2008 fueron el 60%, es decir, cifras similares. El porcentaje en 3 estudios (1988, 1996 y 2008) de las mujeres que simulan el orgasmo «ocasionalmente» fue del 45, 44 y 47%, respectivamente, y el de las que «nunca», del 35%³⁰.

Este tipo de clasificaciones ayudan a comprender el fenómeno; aun así, quedan todavía aspectos del tema cuyo conocimiento es precario y que en el futuro tendrán mejores explicaciones gracias a los avances en neurorradiología funcional, que es como realmente puede observarse cómo se origina el orgasmo y donde tenemos las mayores falencias de información.

Objetivos del proyecto

General

Compilar las definiciones de orgasmo y analizar el tema del fingimiento y sus razones, correlacionadas con el análisis cuantitativo, en una población universitaria femenina del área de la salud.

Específicos

- Explorar las definiciones de orgasmo en este grupo de estudiantes.
- Explorar las razones que las participantes aducen para fingir el orgasmo.
- Describir los estímulos asociados al orgasmo reconocidos por las participantes.
- Correlacionar los hallazgos con el estudio previo cuantitativo sobre el orgasmo femenino.

Metodología

Se realizó una investigación de corte cuantitativo transversal descriptivo⁴⁶; este tipo de investigaciones tienen como objetivo indagar dentro de una población elegida el número de casos ocurridos en una o más variables definidas para conocer el comportamiento del fenómeno.

La muestra fue no probabilística, pues la elección de las participantes no dependió de la probabilidad obtenida a partir de un procedimiento mecánico, o con base en fórmulas, sino que la participación fue libre y voluntaria siempre y cuando cumplieran con 3 requisitos de inclusión: ser mayor de edad y tener relaciones sexuales, sin importar su tendencia sexual. Según Sampieri⁴⁶, la muestra no probabilística se diferencia de la probabilística porque los elementos no dependen de la probabilidad, sino de las causas relacionadas con las características de la investigación o del que selecciona la muestra.

La muestra de este estudio estuvo conformada por 317 estudiantes mujeres, entre los 18 y los 35 años de edad; así, las 257 entre los 18 y 25 años equivalen al 81,1% de la muestra, las 32 entre los 26 y 30 años equivalen al 10,1%, y una 8,8% era mayor de 30 años, matriculadas del cuarto semestre en adelante, en 3 de las facultades que conforman el área de la salud en la Universidad de Antioquia: Enfermería, Medicina u Odontología, ubicada en la ciudad de Medellín, Colombia.

La elección de la muestra se hizo de acuerdo con los objetivos del estudio, por lo tanto, los resultados no se pueden generalizar para toda la población y fueron recogidos entre abril y junio de 2012. Para la recolección de los datos se utilizó una encuesta estructurada con 16 preguntas, de las cuales 11 tenían respuestas cerradas (para el trabajo cuantitativo), 4 eran preguntas con opciones mixtas (abiertas y cerradas) y una pregunta tenía respuesta abierta (usada en el trabajo cuantitativo).

De acuerdo con la Resolución del Ministerio de Salud de Colombia, número 008430 de 1993 sobre investigación en salud, el presente estudio se clasificó como «sin riesgo», ya que no se realizó ni modificó ninguna intervención intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participaron en el estudio; sin embargo, los investigadores consideramos que era de «mínimo riesgo», dado que en el cuestionario se abordó un tema muy íntimo para las mujeres⁴⁷.

Se ubicaron los horarios y las aulas de los grupos conformados por estudiantes de cuarto semestre en adelante. Se hizo el contacto con los docentes, se les presentó el proyecto y se pidió autorización para aplicar la encuesta a las estudiantes. Una vez en contacto con los grupos se explicó el propósito de la investigación y se invitó a las mujeres a que leyeran el consentimiento informado y el cuestionario; después se les indicó que solo firmaran el consentimiento quienes estuvieran dispuestas a participar en el estudio y cumplieran los criterios de inclusión. Para garantizar el anonimato todas permanecían en su puesto con el instrumento y pasados 10 min se recogía el material a todo el grupo y así cumplir con los criterios de ética aprobados por el Comité de Bioética de la Facultad de Enfermería. Para el procesamiento de datos se utilizaron los siguientes programas: SPSS® versión 18,0 y Excel® versión 2007.

Resultados

Definición de orgasmo (cualitativa)

Trescientas tres participantes. Trescientas treinta definiciones. Cinco categorías (figs. 1-4).

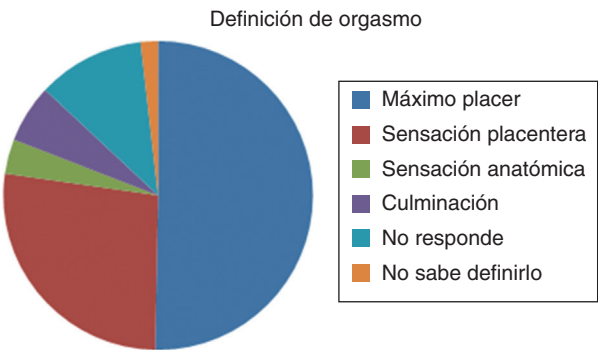


Figura 1 Categorías sobre la definición de orgasmo.

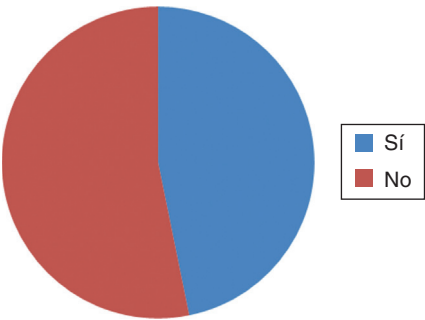


Figura 2 Orgasmos fingidos.

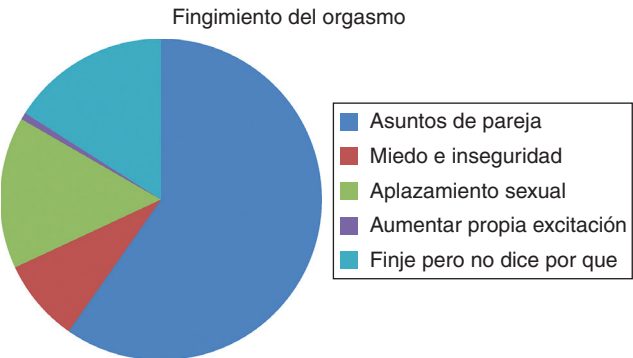


Figura 3 Categorías de fingimiento del orgasmo.

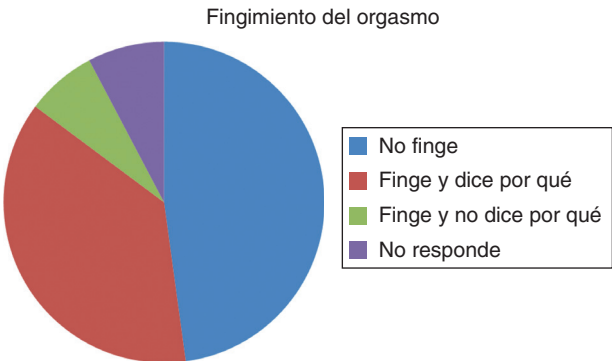


Figura 4 Opciones de respuesta al fingimiento del orgasmo.

Tabla 1 Edad, estado civil e identidad sexual (N = 303)

	Frecuencia	Porcentaje
<i>Rango de edad en años</i>		
18-25	244	81
26-30	30	10
Más de 30	27	9
<i>Media de edad: 23 años</i>		
<i>Estado civil</i>		
Solteras	255	84,7
Casadas	29	9,6
Unión libre	17	5,7
<i>Identidad sexual</i>		
Heterosexuales	297	99
Homosexuales	2	0,7
Bisexuales	1	0,3

Fingimiento del orgasmo

Tablas 1-4.

Discusión

Con respecto a la «definición de orgasmo» se detectaron 5 categorías principales, alrededor de las cuales se agruparon las opiniones.

La mayoritaria fue referida como «Máximo placer» o «Máxima sensación posible» (50,3%). En esta, las definiciones están relacionadas con un algo que los sentidos registran elevado a su máxima potencia; en este grupo están también las respuestas que se refieren al orgasmo como una sensación indescriptible, de éxtasis, en el límite superior que los sentidos perciben. No está claro si esta sensación máxima que obtienen con el orgasmo es en realidad la máxima de sus vidas o si se apegan a las definiciones del inconsciente colectivo y de la cultura sobre lo que un orgasmo debe ser.

Relacionada con la anterior se encuentra la segunda categoría, referida como «Sensación placentera» a secas (26%), entendiendo sensación como la impresión que las cosas producen por medio de los sentidos, sin enfatizarla como algo superior o indescriptible, pero siempre placentera. Algunas entrevistadas aluden específicamente a que la sensación placentera es producto de la estimulación adecuada y constante, haciendo explícito algo importante, que es la influencia de la técnica sexual en la consecución del orgasmo.

El tercer grupo es el de las «Sensaciones anatómicas» (16%), que agrupa una serie de definiciones que se refieren al aspecto anatómico y fisiológico, evidenciando los conocimientos que sobre morfología y función del cuerpo humano tienen las participantes. Definieron el orgasmo como una experiencia que involucra la contracción de algunos músculos, calambres, hormigueo, debilidad, cambios en la temperatura, frecuencia cardíaca y respiratoria y cambios físicos que generan descompresión o descongestión venosa; algunas definiciones mencionan una sensación de cosquilleo que lleva al éxtasis, lo que genera una idea interesante, de recuperar las cosquillas como acto placentero producto del vínculo afectivo.

Tabla 2 Categorías en la definición de orgasmo (330 definiciones)

Categorías de definición	Palabras que modifican la definición	Número de definiciones	Porcentaje	Algunas definiciones específicas
1) Máximo de placer	Relajación, excitación, sensación máxima	166	50,3	«Sensación de éxtasis» «Sensación máxima sin eyacular» «La mejor experiencia de placer» «Sensación de infinito placer pasajero» «Estado delicioso de paz momentánea» «Cuando el alma se sale del cuerpo» «Momento de gran placer durante una relación» «Un placer exquisito» «La parte más excitante del sexo» «Sobreexcitación» «Sensación indescriptible» «Sensación inexplicable»
2) Sensación placentera	Bienestar, sensación placentera de algo, sensación placentera que causa algo	86	26,0	«Sensación placentera al final» «Sensación placentera en que el mundo se va» «Sensación placentera de subir y bajar» «Sensación placentera para olvidarme del mundo» «Sensación placentera que genera ganas de repetir» «Sensación placentera que recorre todo el cuerpo» «Sensación placentera que dura segundos» «Sensación de placer que relaja» «Sensación placentera de corta duración» «Sensación de felicidad y alegría» «Sensación de placer que quita el aliento y luego descansa» «Sensación al interior para que algo no salga» «Sensación de placer explosivo o intenso» «Sensación de placer con la penetración» «Sensación plena de bienestar» «Sensación de furor» «Sensación placentera del sistema nervioso» «Sensación de placer y dolor relajante» «Sensación agradable» «Sensación placentera en el órgano» «Sensación placentera en el cuerpo» «Ilusión multicolor» «Algo intenso que tienes que saciar» «Sensación de fuego» «Sensación de liberar el estrés» «Sensación de plenitud» «Explosión interna de placer» «Satisfacción»
3) Sensaciones anatómicas	Hormigueo, cosquilleo, vibración, contracción muscular	16	4,8	«El punto donde no quiero que se acabe» «Sensación placentera en la vagina o clítoris» «Sensación de hormigueo y debilidad» «Sensación de cosquilleo que lleva al éxtasis» «Sensación de subir y bajar con cosquilleo» «Sensación de placer acompañada de calor, escalofrío y calambres» «Sensación que se siente en las piernas» «Explosión después de estimular el clítoris» «Contracción muscular placentera» «Estremecimiento agradable del cuerpo» «Vibración del clítoris»
4) Clímax	Culminación, final, finalización	20	6,06	«Es el momento final» «Es el máximo momento al terminar» «Es la culminación de todo»

Tabla 2 (continuación)

Categorías de definición	Palabras que modifican la definición	Número de definiciones	Porcentaje	Algunas definiciones específicas
5) No sé definirlo	No sé qué es No estoy segura	6	1,81	«No estoy segura de haber tenido orgasmos» «No sé bien qué es un orgasmo»
6) No responde		37	11,2	
Total		330	100	

Tabla 3 Orgasmos fingidos

Orgasmos fingidos	Frecuencia	Porcentaje
Sí	132	43,56
No	150	49,50
NS/NR	21	6,9

Un grupo se refirió al orgasmo como un momento de «Culminación o clímax» (6%), que está en plena consonancia con la definición de la Real Academia de la Lengua Española («Culminación del placer sexual»)⁴⁸. Se ajusta a este contexto como el punto más alto o culminación de un proceso; también lo nombraron como momento de final o

de cierre, entendiéndolo como un sentimiento de plenitud, o como un momento culminante de algo placentero, o la satisfacción al cumplir un deseo anhelado. Sin embargo, siendo esta una definición tan popular, llama la atención que sea poco invocada por las participantes.

Una última categoría es la de las pacientes que «no saben» definir el orgasmo (1,81%). El trabajo no permite concluir una explicación satisfactoria para este subgrupo, puesto que aquí están incluidas tanto las que no encuentran las palabras adecuadas para definir algo que consideran muy importante o fundamental como las que no tienen interés en responder adecuadamente la encuesta.

En nuestra investigación se formaron 5 categorías principales para explicar el fingimiento del orgasmo: Asuntos de

Tabla 4 Categorías de fingimiento del orgasmo

Categorías de fingimiento	Palabras que modifican la definición	Número de definiciones	Porcentaje	Algunas definiciones específicas
1) Asuntos de la pareja (Engaño altruista)	Hacer sentir bien, no hacer sentir mal, complacer, estimular, satisfacer, aumentar el placer	86	26,54	«Por comodidad de la pareja» «Para aumentar el placer de la pareja» «Para estimular la pareja» «Para satisfacción de la pareja» «Para demostrar satisfacción ante mi pareja» «Para satisfacer el ego masculino» «Para que mi pareja se desarrolle» «Para que mi compañero termine» «Para evitar situaciones incómodas con la pareja» «Para no dañar el momento con la pareja»
2) Miedo e inseguridad	Miedo de ser anormal, pena, evitar explicaciones	12	3,70	«Por pena con la pareja» «Para evitar explicaciones»
3) Aumento de la excitación	Aumenta mi excitación	1	0,30	«El sonido es un estímulo para mí»
4) Para terminar una relación (Aplazamiento sexual)	Acelerar la relación, cansancio, pereza, aburrimiento	22	6,79	«Porque yo no estoy satisfecha» «Porque estoy insatisfecha» «Porque se me baja el estado de ánimo» «Porque se me baja la excitación» «Porque llega un momento en que es muy cansón»
5) No alcanzo orgasmos	Alcanzar, conseguir	2	0,61	«Nunca alcanzo orgasmos y prefiero fingirlos» «Rara vez consigo orgasmos»
6) Respondió «Sí finjo», pero no escribió el porqué		23	7,09	
7) No responde «sí» o «no»		25	7,71	

la pareja (con 2 tendencias: Engaño altruista y Aumento de la excitación del otro), Miedo o inseguridad, Terminación rápida y Anorgasmia perpetua, que coinciden con 4 del FOS versión coital, que incluye una categoría y una subcategoría inéditas de nuestro estudio.

La categoría mayoritaria está relacionada con «Asuntos de la pareja», que fue anotada por 86 participantes (26,5%). En esta categoría encontramos 2 tendencias: un subgrupo que finge para aumentar la satisfacción, los sentimientos de bienestar o el ego de la pareja, que hemos denominado, como en el FOS, «Engaño altruista», lo que está de acuerdo con lo que diferentes investigadores han encontrado con respecto al tema (Salisbury y Fischer)^{44,46}. Otra tendencia dentro de la «Asuntos de la pareja» está orientada a «Aumentar la sensación de la pareja», lo que es interesante puesto que es diferente a la tercera categoría del FOS de «Aumentar la propia excitación», que en nuestra investigación tuvo un porcentaje mínimo de apenas una participante (0,3%).

El fingimiento del orgasmo por miedo o inseguridad, segunda de la FOS, la encontramos muy similar, con respuestas como: «para no quedar mal», «por vergüenza» o «pena»; fue anotado por 12 de las participantes (3,70%), denotando una situación de sumisión, que debería ser objeto de indagación adicional.

La categoría «Terminación rápida» o «Aplazamiento sexual» de la FOS fue anotada por 22 participantes (6,7%); con argumentos como: «cuando esta deja de ser placentera», «por cansancio» o «por pereza», lo que indica es una carencia de herramientas que busquen mejorar el desarrollo de la relación, puesto que se trata de finalizar algo incompleto.

Se encontró una categoría inédita en nuestro trabajo: las que «nunca alcanzan orgasmos» o «Anorgasmia perpetua» (0,6%) y los fingen, aunque fue baja, en coincidencia con los datos que se encontraron de anorgasmia (3,3%) o hiporgasmia (4,7%) en el grupo original. Esta categoría es muy importante por el diagnóstico que subyace y sus implicaciones, y porque en nuestra investigación resaltó como un grupo independiente que no puede asociarse a los otros descritos en el FOS^{5,45}.

Existen 2 grupos importantes adicionales: las que manifestaron que fingían el orgasmo pero no dieron un porqué (23 participantes, un 7,09%) y las que no respondieron la pregunta (25 participantes, un 7,7%).

Llama la atención que en un grupo de mujeres que están cursando estudios de educación superior se presente un nivel tan alto de fingimiento orgásmico, eliminando la posibilidad de encontrar un mutuo acuerdo en la relación que las lleve a sentir su propio orgasmo y tener una actividad más placentera.

Conclusiones

El orgasmo fue definido principalmente como la sensación de máximo placer posible.

Otras definiciones de orgasmo fueron: «sensación placentera», «sensación anatómica» o «culminación o clímax».

Un 13% de las participantes no definieron el orgasmo.

Un 43,6% de las participantes fingen orgasmos por diferentes razones.

La principal razón para fingir el orgasmo es el «Engaño altruista», que busca beneficiar de alguna forma a la pareja.

Otras razones para fingir el orgasmo son «aumentar la propia excitación», «miedo o inseguridad» y «aplazamiento sexual».

Una razón adicional de fingimiento del orgasmo es la «anorgasmia perpetua», que implica una genuina disfunción sexual de fondo que debe ser atendida.

Los resultados justifican la realización de «puericultura sexual» a todos los niveles.

Recomendaciones

La educación sexual es precaria en los currículos del área de la salud y debería integrarse mejor.

Se debe plantear la importancia de que los profesionales de la salud, conocedores de anatomía y fisiología, hagan algo básico que podría llamarse «puericultura sexual» con sus pacientes. En el mundo existen experiencias muy interesantes sobre educación sexual, no solo con médicos, sino con enfermeras, aun en áreas rurales, enfocadas a la sexualidad, que ayudan a mejorar la calidad de vida de las comunidades⁴⁹.

Son necesarios estudios adicionales sobre estos temas.

Responsabilidades éticas

Protección de personas y animales. Los autores declaran que para esta investigación no se han realizado experimentos en seres humanos ni en animales.

Confidencialidad de los datos. Los autores declaran que en este artículo no aparecen datos de pacientes.

Derecho a la privacidad y consentimiento informado. Los autores han obtenido el consentimiento informado de los pacientes y/o sujetos referidos en el artículo. Este documento obra en poder del autor de correspondencia.

Nivel de evidencia

III.

Conflicto de intereses

Los autores declaran que no tienen conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Lai CH. Major depressive disorder: Gender differences in symptoms, life quality, and sexual function. *J Clin Psychopharmacol*. 2011;31:39–44.
2. Nappi RE, Lachowsky M. Menopause and sexuality: Prevalence of symptoms and impact on quality of life. *Maturitas*. 2009;63:138–41.
3. Fisher S. *The female orgasm: Psychology, physiology, fantasy*. Nueva York: Basic Books; 1979.
4. Laan E, Rellini A, Barnes T. Standard operating procedures for female orgasmic disorder: Consensus of the International Society for Sexual Medicine. *J Sex Med*. 2013;10:74–82.
5. Quintero MT, Gómez M, Uribe JF. Perfil orgásmico en universidades de ciencias de la salud. *Urol Colomb*. 2013;XXII:18–29.

6. Tiefer L. A new view of women's sexual problems: Why new? Why now? *J Sex Res.* 2001;38:89-96.
7. Bancroft J, Loftus J, Long JS. Distress about sex: A national survey of women in heterosexual relationships. *Arch Sex Behav.* 2003;32:193-208.
8. Rosen R, Brown C, Heiman J. The Female Sexual Function Index (FSFI): A multidimensional self-report instrument for the assessment of female sexual function. *J Sex Marital Ther.* 2000;26:191-208.
9. Kothari P. Orgasm: New dimensions. Bombay, India: VRP Publishers; 1989.
10. Graziottin A. Libido: The biologic scenario. *Maturitas.* 2000;34 Suppl 1:S9-16.
11. Puts DA, Dawood K. The evolution of female orgasm: Adaptation or byproduct? *Twin Res Hum Genet.* 2006;9:467-72.
12. Whipple B, Graziottin A. Orgasmic disorders in women. En: Porst H, Buvat J, editores. *Standard practice in sexual medicine.* Oxford: Blackwell Publishing, Inc.; 2006.
13. Fournier J, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Focroy R, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: Definitions and classifications. *J Urol.* 2000;163:888-93.
14. Komisaruk BR, Whipple B. Physiological and perceptual correlates of orgasm produced by genital or non-genital stimulation. En: Kothari P, editor. *Proceedings of the First International Conference on Orgasm.* Bombay, India: VRP Publishers; 1991. p. 69-73.
15. American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders.* Washington, D. C.: American Psychiatric Association; 2000.
16. Herbenick D. The quest for the elusive female orgasm. *J Sex Res.* 2011;48:95-6.
17. Moore CK. Female sexual function and dysfunction. En: Campbell-Walsh Urology. 12th ed. Philadelphia: Saunders; 2012.
18. Wikipedia. Orgasmo [consultado Ene 2013]. Disponible en: <http://es.wikipedia.org/wiki/Orgasmo>
19. Bason R, Berman J, Burnett A, Derogatis L, Ferguson D, Fourcroy J, et al. Report of the international consensus development conference on female sexual dysfunction: definitions and classifications. *J Urol.* 2000;163:888-93. Review.
20. Laumann E, Paik A, Rosen R. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *JAMA.* 1999;281:537-44.
21. García SP, Aponte HA, Moreno S. Diagnóstico de la disfunción sexual femenina y su correlación con el perfil hormonal en la población femenina que consulta a los servicios de urología, ginecología y personal femenino del Hospital San José de Bogotá. *Urol Colomb.* 2005;14:75-80.
22. Villeda Sandoval CI, Calao-Pérez M, Enríquez González AB, Gonzalez-Cuenca E, Ibarra-Saavedra R, Sotomayor M, et al., Castillejos M. Orgasmic dysfunction: Prevalence and risk factors from a cohort of young females in Mexico. *J Sex Med.* 2014;11:1505-11, doi:10.1111/jsm.12532.
23. Shifren JL, Monz BU, Russo B, Segreti A, Johannes CB. Sexual problems and distress in United States women: Prevalence and correlates. *Obstet Gynecol.* 2008;112:970-8.
24. Asociación Americana de Psiquiatría. *Guía de consulta de los criterios diagnósticos del DSM 5.* Arlington, VA: Asociación Americana de Psiquiatría; 2013.
25. World Health Organization. *Classifications.* International Classification of Diseases (ICD). Disponible en: <http://www.who.int/classifications/icd/en/>
26. Masters WH, Johnson VE. *Human sexual inadequacy.* Boston: Little Brown & Company; 1970.
27. Brotto LA, Bitzer J, Laan E, Leiblum S, Luria M. Women's sexual desire and arousal disorders. *J Sex Med.* 2010;7:586-614.
28. Dickstein J, Goldstein S, Tkachenko N, Kreppner W. Correlation of question 15 of the FSFS-DAO with clinician evaluation of female orgasmic disorder. *J Sex Med.* 2013;10:2251-4.
29. Kingsberg S, Tkachenko N, Lucas J, Burbrink A, Kreppner W, Dickstein J. Characterization of orgasmic difficulties by women: Focus group evaluation. *J Sex Med.* 2013;10:2242-50.
30. Acuña A, Ceballos P, Suárez P. Estudio sobre algunos aspectos del comportamiento sexual femenino. *Urol Colomb.* 2008;17:79-80.
31. Kaiser FE. Sexual function and the older woman. *Clin Geriatr Med.* 2003;19:463-72.
32. Bacon CG, Mittleman MA, Kawachi I, Giovannucci E, Glasser DB, Rimm EB. Sexual function in men older than 50 years of age: Results from the Health Professionals Follow-up Study. *Ann Intern Med.* 2003;139:161-8.
33. Fugl-Meyer AR, Fugl-Meyer KS. Sexual disabilities, problems, and satisfaction in 18-74 year old Swedes. *Scand J Sexol.* 1999;2:79-105.
34. Ziaei S, Moghasehi M, Faghihzadeh S. Comparative effects of conventional hormone replacement therapy and tibolone on climacteric symptoms and sexual dysfunction in postmenopausal women. *Climacteric.* 2010;13:147-56.
35. Laumann EO, Glasser DB, Neves RC, Moreira ED Jr. GSSAB Investigators' Group. A population-based survey of sexual activity, sexual problems and associated help-seeking behavior patterns in mature adults in the United States of America. *Int J Impot Res.* 2009;21:171-8.
36. Muehlenhard CL, Shippee SK. Men's and women's reports of pretending orgasm. *J Sex Res.* 2010;47:552-67.
37. Darling CA, Davidson JK. Enhancing relationships: Understanding the feminine mystique of pretending orgasm. *J Sex Marital Ther.* 1986;12:182-96.
38. SoloMujer. Fingir orgasmos, ¿el secreto oculto de las chilenas? [consultado Ene 2013]. Disponible en: <http://www.solomujer.cl/articulo.php?id=902>
39. RapidShare. Informe Hite sobre masturbación femenina [consultado Ene 2013]. Disponible en: http://rapidshare.com/files/24221578/Tecnicas.de.Masturbacion.Femenina-The_Hite_Report_de_Shere_Hite.pdf.html
40. Hite S. *El informe Hite sobre la sexualidad masculina.* Barcelona: Ed. Plaza y Janés; 1981.
41. Meston CM, Levin RJ, Sipski ML, Hull EM, Heiman JR. Women's orgasm. *Annu Rev Sex Res.* 2004;15:173-257. Review.
42. Meston CM, Hull E, Levin RJ, Sipski M. Disorders of orgasm in women. *J Sex Med.* 2004;1:66-8.
43. Stephenson KR, Meston CM. When are sexual difficulties distressing for women? The selective protective value of intimate relationships. *J Sex Med.* 2010;7:3683-94.
44. 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;51:616-31.
45. Cooper EB, Fenigstein A, Fauber RL. The faking orgasm scale for women: psychometric properties. *Arch Sex Behav.* 2014;43:423-35.
46. Sampieri R. *Metodología de la investigación.* México D. F.: McGraw-Hill; 2006. p. 354.
47. República de Colombia. Ministerio de Salud. Resolución No. 008430 de 1993, por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud [consultado Ene 2012]. Disponible en: <http://www.dib.unal.edu.co/promocion/etica/res.8430.1993.pdf>
48. Real Academia Española [consultado Ene 2012]. Disponible en: <http://lema.rae.es/drae/?val=Orgasmo>
49. Hakanson C, Douglas C, Robertson J, Lester L. Evaluation of a rural nurse-led clinic for female sexual dysfunction. *Aust J Rural Health.* 2014;22:33-9.