

FUNCIÓN SEXUAL HUMANA: NUEVAS INTERPRETACIONES SOBRE EL MODELO DE HELÍ ALZATE

JAIRO ALBERTO JIMENO OROZCO^{(1)*}, MARIANA BELTRÁN MONTOYA⁽²⁾, DIANA CAROLINA OCAMPO MUÑOZ⁽³⁾, ADRIANA ARCILA RIVERA⁽⁴⁾

(1) Médico (Universidad de Cartagena), Magíster en Salud Sexual y Reproductiva (Universidad El Bosque), Especialista en Sexología Clínica (Universidad de Caldas).

(2) Médica (Universidad CES), Especialista en Sexología Clínica (Universidad de Caldas).

(3) Médica (Universidad de Caldas), Especialista en Sexología Clínica (Universidad de Caldas), Especialista en Terapia Sexual y de Pareja (INESSPA), Docente de Medicina de la Universidad de Caldas, Docente de la Especialización en Sexología Clínica de la Universidad de Caldas.

(4) Médica, Especialista en Educación Sexual, Máster en Terapia Sexual y de Pareja, Magíster en Filosofía, Docente Asociada de la Universidad de Caldas.

Resumen

El modelo de función sexual de Helí Alzate (1987) sigue vigente por su capacidad explicativa sobre la sexualidad humana y las disfunciones sexuales. Propone tres planos: psíquico, somático y comportamental (o externo). Además, describe cinco fases: apetitiva o de deseo, relacional, estimulatoria, excitatoria y orgásmica.

La fase apetitiva está relacionada con el deseo y la motivación sexual. La fase relacional implica la interacción con el otro, con uno mismo y la construcción del vínculo sexual. En la fase estimulatoria, se activan los estímulos sensoriales y psíquicos que favorecen la excitación. La fase excitatoria intensifica la respuesta fisiológica y emocional, y la fase orgásmica culmina con el orgasmo y la resolución.

El plano psíquico es esencial, ya que sin su activación no puede darse la función sexual consciente. El plano somático abarca respuestas fisiológicas como la excitación genital, mientras que el plano comportamental se centra en la interacción física con la pareja o con uno mismo.

Este modelo permite diferenciar disfunciones sexuales reales de aquellas que no lo son, facilitando el diagnóstico y tratamiento. Su revisión reafirma su valor en la comprensión de la sexualidad y su aplicabilidad en la práctica clínica, mejorando la atención en salud sexual.

Palabras claves: Función sexual, deseo sexual, excitación, orgasmo, modelo sexual

HUMAN SEXUAL FUNCTION: NEW INTERPRETATIONS OF HELÍ ALZATE'S MODEL

Summary

The sexual function model by Helí Alzate (1987) remains relevant due to its explanatory capacity regarding human sexuality and sexual dysfunctions. It proposes three planes: psychic, somatic, and behavioral (or external). Additionally, it describes five phases: appetitive (or desire), relational, stimulatory, excitatory, and orgasmic.

The appetitive phase is related to sexual desire and motivation. The relational phase involves interaction with others, with oneself, and the construction of a sexual bond. In the stimulatory phase, sensory and psychic stimuli are activated, enhancing arousal. The excitatory phase intensifies physiological and emotional responses, and the orgasmic phase culminates in orgasm and resolution.

* Dirección de correo electrónico: jairo.jimeno03@gmail.com

The psychic plane is essential, as conscious sexual function cannot occur without its activation. The somatic plane includes physiological responses such as genital arousal, while the behavioral plane focuses on physical interaction with a partner or oneself.

This model helps differentiate real sexual dysfunctions from those that are not, facilitating diagnosis and treatment. Its review reaffirms its value in understanding sexuality and its applicability in clinical practice, contributing to improved sexual health care.

Key words: Sexual function, sexual desire, arousal, orgasm, sexual model

INTRODUCCIÓN

El modelo de Alzate (1987) (figura 1) presentado en su libro sexualidad humana hace ya casi 50 años sigue vigente, entre otros porque ha demostrado ser ampliamente explicativo de la complejidad del funcionamiento sexual de las personas, y una ayuda útil a la comprensión de las disfunciones sexuales, permitiendo incluso que se puedan identificar algunas disfunciones sexuales que no son verdaderas.

Señaló tres planos, y cinco fases, en donde el plano psíquico es esencial, teniendo en cuenta que los eventos del plano somático periférico, son contingentes, es decir pueden o no estar presentes, para que se dé el funcionamiento sexual. No así la ausencia de eventos en la fase psíquica, como el caso de las erecciones nocturnas, o matutinas de los hombres, o ante una situación de pánico que pueden tener una erección como respuesta refleja, pero estos casos no hacen parte de un ejercicio

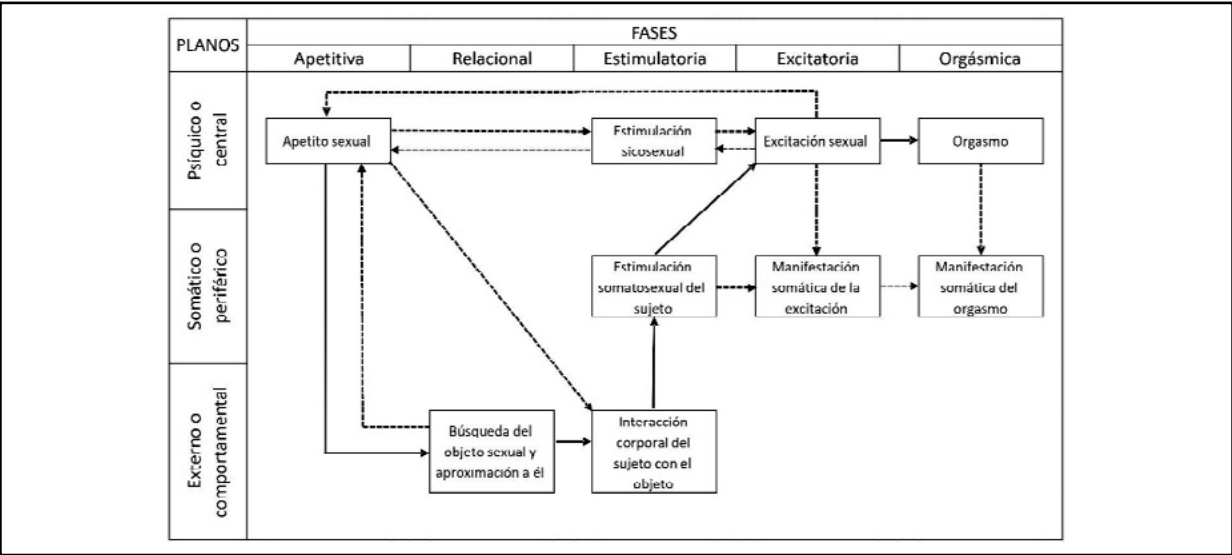


Figura 1.² El modelo representa la secuencia funcional de la sexualidad humana a través de cinco fases: apetitiva, relacional, estimulatoria, excitatoria y orgásmica. Las líneas continuas con flechas indican el curso esperado del proceso sexual, que inicia con el deseo o apetito sexual y progresa hacia la fase relacional, la estimulación, la activación de la excitación y finalmente el orgasmo. Por su parte, las líneas punteadas representan conexiones indirectas entre las fases, que permiten retroalimentaciones no lineales dentro del ciclo. Estas interacciones laterales fortalecen la fase en la que se encuentra la persona, sin seguir necesariamente el orden secuencial del proceso, y reflejan la complejidad e integración dinámica entre los planos psíquico, somático y comportamental implicados en la vivencia sexual.

consciente de la función erótica. Menciona también en las mujeres la ocurrencia de episodios nocturnos de aumento de la presión vaginal del pulso y del flujo sanguíneo vaginal, coincidentes con los períodos de movimientos oculares rápidos del sueño, tal como ocurre en los varones en estas erecciones nocturnas.

En su libro *Sexualidad Humana*, ofrece explicaciones al detalle de los fenómenos fisiológicos que ocurren en cada fase del funcionamiento sexual, facilitando la identificación del proceso fisiológico afectado, y así establecer una terapéutica más eficaz. Se oponía a que sus discípulos hablaran de respuesta sexual, e insistía en la denominación de función sexual, teniendo en cuenta que en ella intervienen procesos que involucra el plano psíquico, eventos periféricos, y un componente externo comportamental.

Fase Apetitiva: plano psíquico o central

El deseo sexual, llamado por Álzate como fase apetitiva, se refiere al interés y la motivación consciente para participar en alguna forma de actividad sexual.¹ Constituye la primera etapa de la función erótica y se manifiesta en el plano psíquico o central. Esta fase motiva a la búsqueda del objeto de deseo y aproximación hacia éste y facilita la transición hacia la interacción corporal o la estimulación somatosexual, que puede incluir tanto relaciones compartidas como prácticas autoeróticas.² Se trata de un proceso dinámico que es constantemente retroalimentado, principalmente por la estimulación psicosexual y la excitación sexual central.²

El deseo sexual involucra al menos tres componentes principales, según Levin: impulso (biológico), motivación (psicológico) y anhelo (cultural).³ Aunque el apetito sexual tiene un fundamento biológico, también está influenciado por factores socioculturales y presenta una gran variabilidad individual y circunstancial.¹ Este fenómeno puede expresarse como un interés en la sexualidad compartida o en la sexualidad en solitario, e incluye pensamientos, sueños y fantasías, que pueden ser desencadenados por señales internas y externas específicas para cada individuo.^{2,4} Además, abarca múltiples aspectos de la sexualidad, desde el contacto físico directo hasta formas influenciadas por medios de comunicación o la imaginación.^{5,6}

Tradicionalmente, el deseo sexual se conceptualiza en dos dimensiones: el deseo sexual diádico, asociado al interés en actividades sexuales con otra persona y al deseo de intimidad y conexión, y el deseo sexual solita-

rio, relacionado con actividades individuales sin implicar intimidad ni compartir con otros.⁷ Recientemente, este modelo se amplió al dividir el deseo sexual diádico en dos subcomponentes: el deseo enfocado en la pareja y el deseo hacia una persona atractiva en general. Esta ampliación, validada por su relación con pensamientos sexuales exploratorios, íntimos y con la satisfacción sexual, da lugar a un modelo de tres dimensiones: deseo sexual diádico enfocado en la pareja, deseo sexual diádico hacia una persona atractiva y deseo sexual solitario.⁷

El modelo clásico lineal de la respuesta sexual postula que el deseo sexual precede a la excitación, motivando la búsqueda de estímulos que culminan en la excitación y el orgasmo. Álzate, expuso que en el funcionamiento sexual ocurren eventos de retroalimentación positiva o negativa entre las fases del funcionamiento, y la ilustró en su modelo con líneas discontinuas, como por ejemplo la excitación refuerza el deseo. Posteriores investigaciones revelaron que algunas personas, especialmente mujeres, no se identificaban con modelos lineales. Dado esto, el tanto el modelo del doctor Helí Álzate, como el modelo de motivación por incentivos sugiere que el deseo sexual puede ser responsivo, emergiendo ante estímulos sexuales y la experiencia de excitación. Este enfoque resalta factores biopsicosociales, como la percepción de la respuesta genital, los estímulos preferidos, la calidad de la relación y la capacidad de respuesta a los estímulos, como moduladores esenciales entre la excitación y el deseo sexual.⁸

Desde una perspectiva neurobiológica, el deseo sexual se basa en un equilibrio complejo entre el sistema de recompensa, representado principalmente por las neuronas dopaminérgicas, y el sistema inhibitorio.⁴ Este equilibrio permite que el deseo sea tanto un fenómeno innato como condicionado, influenciado por contextos sociales, culturales y emocionales, y que varía significativamente entre individuos y situaciones.²

A nivel del sistema nervioso central, el sistema de recompensa facilita el incremento del deseo y es retroalimentado por la excitación sexual;² por su parte, el sistema inhibitorio, regulado por vías opioides y endocannabinoides, modula estas respuestas, promoviendo un equilibrio entre excitación y control.⁹ Este proceso involucra la acción de neurotransmisores y hormonas, y puede activarse tanto por mecanismos de excitación directa como por la supresión de inhibiciones, reflejando una dinámica adaptativa que puede ser diferente para cada individuo.⁵

Cualquier condición, evento externo o fármaco que altere el equilibrio entre los mecanismos de excitación e inhibición puede impactar negativamente el deseo sexual. En este contexto, trastornos que afectan neurotransmisores u hormonas, como el hipotiroidismo, el hipogonadismo o la hiperprolactinemia, así como la reducción en la producción de hormonas sexuales durante la menopausia, están directamente vinculados con una disminución del deseo sexual.¹⁰

Adicionalmente, se ha planteado que niveles elevados de dopamina pueden predisponer a comportamientos impulsivos y compulsivos, como la hipersexualidad. Esta tendencia es particularmente evidente en personas con enfermedad de Parkinson que reciben terapia de reemplazo de dopamina, lo que resalta la influencia de los neurotransmisores en la regulación del deseo sexual y en la aparición de conductas relacionadas.¹¹

Fase relacional: plano externo

La fase relacional se compone de la motivación sexual y el comportamiento asociado de búsqueda y aproximación hacia un objeto sexual; se da en el plano externo o comportamental según el modelo de función erótica² y se desarrolla a través de un proceso multifásico. Este proceso inicia con la exposición a un estímulo sexualmente relevante (ya sea externo o interno), seguido por procesos cognitivos que interpretan dicho estímulo como sexual y lo integran en el plano psíquico o central. Esto desencadena una activación tanto fisiológica como psicológica, generando un estado motivacional que impulsa a la persona a buscar e interactuar con un objetivo sexual. Finalmente, intervienen procesos cognitivos adicionales que evalúan la idoneidad del objetivo sexual y los comportamientos de acercamiento, considerando su eficacia para lograr los resultados deseados.¹² La motivación para involucrarse en actividades sexuales depende de cómo el estímulo se representa a nivel central, lo cual incluye las recompensas y los significados que la persona ha asociado previamente con dicho incentivo.¹²

La fase relacional, en conjunto con la fase apetitiva, impulsan el desarrollo de la fase estimulatoria en el plano externo mediante la interacción corporal entre el sujeto y el objeto.² Por ejemplo, en el contexto de una pareja, esto puede manifestarse con caricias, abrazos o besos, que refuerzan el vínculo emocional y culminan en la estimulación somatosexual. Este proceso genera sensaciones placenteras en el cuerpo del sujeto, como la activación de zonas erógenas, el aumento de la exci-

tación y otras respuestas físicas que enriquecen la experiencia sexual.¹³

Cuando las personas aprenden que ciertos resultados siguen a un comportamiento, este patrón forma una predicción sobre lo que es probable que ocurra en el futuro. La frecuencia con que el comportamiento y el resultado ocurren juntos determina la fuerza de la expectativa: cuanto más frecuente, mayor la expectativa.¹⁴ Por ejemplo, si una persona experimenta un orgasmo en cada encuentro sexual, su expectativa de alcanzarlo en futuros encuentros será alta, lo que influirá en su enfoque de relacionarse con el fin de llegar a la actividad sexual. Así, el desarrollo de expectativas es un proceso cognitivo clave que conecta experiencias pasadas con comportamientos futuros y motivaciones, como el deseo sexual.¹⁴

La motivación para participar en actividades sexuales está influida por los significados aprendidos sobre el incentivo y las recompensas esperadas.¹² La aparición de la motivación sexual y el consecuente comportamiento de acercamiento sexual implica un proceso de múltiples etapas que incluye: la exposición a un estímulo relevante sexualmente (externo o interno), procesos cognitivos que interpretan dicho estímulo como sexual e incitan la activación fisiológica y psicológica, el surgimiento de un estado motivacional que impulsa a la persona a buscar un objeto sexual, y procesos cognitivos que evalúan la idoneidad de los objetivos sexuales y los comportamientos de acercamiento sexual, considerándolos probablemente eficaces para alcanzar los resultados deseados.¹²

Las experiencias positivas que un individuo viva durante su fase relacional fomentarán la búsqueda de nuevas experiencias sexuales placenteras. Por el contrario, si estas experiencias son percibidas como negativas, la motivación se verá afectada, generando el efecto opuesto.¹⁵ En las relaciones diádicas, esto puede extrapolarse a las dinámicas de pareja marcadas por violencia y en las relaciones con el sujeto mismo, o una educación sexual erotófoba que influye de manera negativa en los comportamientos sexuales de cada individuo con su propio cuerpo.¹⁶

Es relevante considerar que las personas que han experimentado abuso sexual tienden a utilizar la evitación como un mecanismo de afrontamiento, derivado de la angustia emocional asociada con un trastorno de estrés postraumático no tratado.¹⁷ Además, la posibilidad de un encuentro sexual en pareja, especialmente cuando no existe una conexión emocional significativa, puede actuar como un factor disuasorio para el deseo sexual.¹²

La seguridad social, que incluye conexión confiable, pertenencia, inclusión, reconocimiento y protección social, constituye un principio organizador fundamental del comportamiento humano y favorece el desarrollo de relaciones interpersonales.¹⁸

Es crucial señalar que, en términos de deseo diádico, hay varios tipos potenciales de parejas sexuales, cada contexto interpersonal tiene el potencial de provocar diferencias en los significados y resultados del sexo con esa persona.¹² Especialmente para las mujeres, la búsqueda de intimidad con su pareja durante la fase relacional puede ser lo que desencadena el deseo sexual.¹²

En el contexto relacional de la función erótica, la atracción sexual se ha entendido históricamente de manera rígida, aunque investigaciones como las de Kinsey hace más de 60 años evidenciaron una gradación en los comportamientos sexuales.² Existe una confusión frecuente entre orientación y comportamiento sexuales, este último, influido por factores como la atracción, la disponibilidad, las fantasías y el acto en sí.¹⁹ Tradicionalmente, la orientación sexual se ha categorizado en términos binarios entre heterosexualidad y homosexualidad, con la bisexualidad como punto intermedio. Sin embargo, las clasificaciones actuales se inclinan hacia modelos no binarios que reflejan mayor diversidad en los comportamientos sexuales.¹⁹

Al hablar de función sexual en el contexto relacional, es importante considerar también los psicológicos y sociales que influyen en ella. En este contexto, el estigma sexual interiorizado puede convertirse en un obstáculo importante, ya que afecta la forma en que las personas se relacionan consigo mismas y con otros, dificultando el desarrollo de vínculos eróticos saludables.²⁰ Este estigma, originado en la socialización en contextos heterosexistas con actitudes negativas hacia la diversidad sexual, se traduce en autodesprecio y vergüenza hacia la propia orientación, incorporados en el sistema de creencias personal.²⁰ Sus manifestaciones incluyen actitudes negativas globales hacia la diversidad sexual, incomodidad al revelar la orientación sexual, desconexión de comunidades LGB y rechazo hacia la actividad sexual con personas del mismo sexo.²⁰

Estas dinámicas generan un impacto profundo en la identidad, la autoestima y las relaciones objetales, dificultando la búsqueda y el acercamiento al objeto sexual deseado.²¹ Comprender estas barreras es esencial para abordar las limitaciones que el estigma sexual interiorizado impone en la función erótica relacional y para fo-

mentar una experiencia sexual y afectiva más auténtica y satisfactoria.²¹

Fase estimulatoria: Plano psíquico, somático y comportamental

La fase estimulatoria se desarrolla en tres planos interconectados. En el plano psíquico existe una retroalimentación bidireccional con la excitación sexual, donde los pensamientos, emociones y expectativas influyen y son influenciados por la respuesta erótica. En el plano somático, la estimulación sensorial del cuerpo genera una activación fisiológica de la excitación. Finalmente, en el plano comportamental, la interacción con el objeto de deseo ya sea otra persona o el propio cuerpo, fomenta la estimulación somatosexual, potenciando así las respuestas físicas de excitación.²

El tacto es un poderoso mecanismo para inducir la excitación sexual, tanto a través de caricias de la pareja como mediante la autoestimulación. La estimulación sexual impulsa el comportamiento erótico a través de mecanismos fisiológicos periféricos y centrales, así como de factores emocionales y motivacionales. Aunque los estímulos visuales y auditivos pueden desempeñar un papel, la estimulación táctil es un desencadenante fundamental de la respuesta erótica.²² La piel en su totalidad actúa como un órgano somatosensorial en la experiencia sexual tanto en hombres como en mujeres, especialmente durante la actividad sexual con una pareja.

Durante la masturbación, la superficie corporal involucrada en la respuesta erótica suele ser menor en comparación con la interacción sexual en pareja, lo que subraya la importancia del contacto táctil con zonas extragenitales en la modulación de la excitación. Se ha observado que aproximadamente el 24% del total de la superficie corporal puede generar excitación sexual cuando es estimulada por una pareja.²³

En este contexto, el cuerpo humano en su conjunto responde a la estimulación somatosensorial para desencadenar excitación sexual. Existe una organización topográfica clara entre las zonas erógenas primarias y secundarias, con capacidades diferenciales para inducir excitación. Mientras que las zonas primarias responden tanto a la autoestimulación como al contacto externo, las zonas secundarias son particularmente sensibles a la estimulación producida por otra persona.²³ Esta selectividad sugiere que las zonas erógenas secundarias desempeñan un papel clave en el establecimiento y mantenimiento del vínculo de pareja, resaltando la relevancia

del sistema somatosensorial en la interacción social y el comportamiento sexual humano.²²

Las personas que priorizan la interacción a través del tacto muestran una mejor regulación de las vías neuroendocrinas relacionadas con el estrés y las hormonas sexuales, facilitando la liberación de oxitocina, vinculada al apego, y manteniendo un adecuado equilibrio en el eje hipotálamo-hipófisis-gonadal, esencial para una función erótica saludable.²²

Menciona Álzate que “cualquier tipo de estímulo (síquico o somático), siempre que sea adecuado, puede hacer entrar al sujeto en la fase excitatoria. Sin embargo, son los estímulos táctiles los que usualmente permiten a la persona excitarse hasta el orgasmo; la intensidad y la duración de estos estímulos eficaces varían individualmente”.²

Cualquier condición que altere la sensibilidad o la transmisión de señales somatosensoriales puede comprometer la fase estimulatoria, afectando la experiencia erótica. Su abordaje dependerá de la causa específica y requerirá estrategias adaptadas a cada caso.

Fase excitatoria: plano psíquico y somático

La excitación sexual se define como un estado emocional o motivacional que surge a partir de estímulos internos o externos y que implica una combinación de mecanismos fisiológicos, psicológicos y conductuales, manifestándose a través de respuestas centrales, periféricas y comportamentales.^{24,25}

La fase excitatoria del modelo de función sexual de Alzate, se experimenta en dos dimensiones: el plano psíquico y el plano somático, interactuando dinámicamente entre sí.² La excitación sexual producida en el plano psíquico, también conocida como excitación subjetiva, se define como un estado de compromiso mental positivo, que se encuentra enfocado en respuestas a estímulos sexuales.²⁶ Alzate la definió como la percepción subjetiva del continuo de sensaciones placenteras inducidas por la estimulación sexual.²

La excitación psíquica recibe señales de la fase estimulatoria, los cuales provienen tanto del plano psíquico, a través de la activación psicosexual, como del plano somático, mediante la estimulación somatosexual (corporal) del sujeto.² Esta interacción genera una retroalimentación positiva con la fase apetitiva o fase de deseo sexual, lo cual incrementa progresivamente el nivel de excitación psíquica.² Este proceso intensifica los estímulos provocadores, como los recuerdos de sensaciones

previas, los sueños y las fantasías.²⁷ De este modo, se establece un circuito continuo que sostiene y potencia la excitación sexual psíquica mientras persista una estimulación sexualmente positiva.

La excitación psíquica depende de la atención a estímulos eróticos y de su valoración positiva.²⁸ Aunque la respuesta genital es mayormente automática, la excitación psíquica varía según la percepción de las señales sexuales y otros factores, como la relación la pareja, las propias sensaciones genitales, las creencias y actitudes sobre la sexualidad, así como antecedentes de abuso sexual y experiencias sexuales negativas.²⁶

En el plano somático, la excitación sexual es desencadenada por estímulos provenientes del plano psíquico, generando cambios y respuestas físicas.² Esta respuesta física se ve reforzada por los estímulos sensoriales externos y los estímulos internos experimentados durante la actividad sexual, lo que potencia aún más la experiencia y las manifestaciones somáticas de la excitación.⁴ Entre los cambios somáticos compartidos en ambos sexos se encuentran el aumento de la frecuencia cardíaca, aumento de la presión arterial, sudoración, dilatación pupilar, enrojecimiento de la piel y la vasocongestión genital.^{26,29}

Sin embargo, también se observan diferencias específicas entre los hombres y las mujeres. En los hombres, la vasocongestión provoca la relajación del músculo cavernoso del pene y la vasodilatación de la arteria cavernosa, resultando en la erección.³⁰ En las mujeres, ocurre vasodilatación de los capilares vaginales produciendo una vasocongestión que genera lubricación vaginal y vasocongestión vulvar, resultando en la tumescencia clitorídea, pues este no alcanza la erección, por ausencia de la túnica albugínea que sí presente en el hombre.^{4,31} Además, en ambos sexos, se registra un aumento de la temperatura genital, reflejando la activación fisiológica característica de esta fase.²⁹

Los cambios observados en el plano somático se consideran una respuesta contingente a la excitación psíquica.³² Por ejemplo, una mujer puede experimentar excitación psíquica sin manifestar una respuesta somática, como la lubricación vaginal. Esto no necesariamente se debe a la falta de estímulo psíquico, sino a condiciones como el hipoestrogenismo o la diabetes mellitus, que afecta la respuesta genital femenina.^{33,34} De manera similar, un hombre puede experimentar excitación psíquica, pero debido a una diabetes mellitus descompensada, no logra traducir esa excitación en una respuesta somática, como la erección.³⁵

El modelo acá presentado permite identificar que, en ausencia de excitación psíquica, la falta de erección corresponde una “falsa” disfunción, puesto que, en ausencia de la excitación sexual, fisiológicamente se espera la ausencia de erección. Pero cuando un hombre tiene la percepción subjetiva de estar excitado sexualmente, y no logra la erección se estaría en presencia de una “verdadera” disfunción erectiva. Así, para que haya una verdadera disfunción excitatoria (en el plano síquico) se requiere que el apetito sexual esté presente y la pareja sea eróticamente atractiva para el varón.

Fase orgásmica: plano psíquico y somático

El orgasmo es una experiencia subjetiva, variable de placer intenso que produce un estado alterado de conciencia y se puede acompañar de aumento de la frecuencia respiratoria, la frecuencia cardíaca y la presión arterial.³⁶ El orgasmo también se ha descrito como la percepción subjetiva de haber llegado a un clímax sensorial claramente identificado durante la actividad sexual.³⁶

La fase orgásmica, la última etapa en el modelo de función sexual de Alzate, se manifiesta en dos dimensiones: el plano psíquico y el plano somático. En el plano psíquico se encuentra el orgasmo psíquico, que abarca las experiencias evaluativas y afectivas vinculadas al orgasmo.³⁷ Por su parte, en el plano somático se presentan manifestaciones somáticas del orgasmo las cuales incluyen sensaciones fisiológicas asociadas a esta fase.³⁸

El orgasmo psíquico hace referencia a la evaluación subjetiva de las sensaciones del orgasmo.³⁷ Surge como resultado de los estímulos provenientes de la excitación psíquica, siendo esta fase su principal origen. Es en este plano donde se integran dichas estimulaciones, culminando en las manifestaciones somáticas del orgasmo.²

El orgasmo psíquico se relaciona estrechamente con el deseo sexual diádico centrado en la pareja, mientras que su conexión con el deseo sexual diádico hacia personas atractivas o el deseo sexual en solitario suele describirse como menos significativo.^{37,39} Sin embargo, las mujeres suelen reportar una mayor percepción del orgasmo subjetivo que los hombres, incluso en contextos dominados por el deseo sexual en solitario.⁴⁰

La expresión orgásmica en el plano somático o periférico se manifiesta a través de diversas respuestas corporales.² Aunque los mecanismos para alcanzar el orgasmo son similares en hombres y mujeres, se analizan de manera separada debido a las diferencias en los sistemas genital, nervioso y hormonal entre ambos sexos.⁴¹ En general, el orgasmo se caracteriza por contracciones rítmicas de los músculos del suelo pélvico en ambos sexos, aunque en los hombres suele estar acompañado por la eyaculación en la mayoría de las veces.⁴²

En el plano somático, el orgasmo en las mujeres se caracteriza por contracciones involuntarias y rítmicas de los músculos estriados pélvicos circunvaginales. En algunos casos, también puede incluir contracciones uterinas y anales, junto con miotonía, lo que contribuye a aliviar la vasocongestión provocada por la excitación sexual.⁴³ Inicia mediante la activación de los receptores del complejo clitoriano y vulvar,⁴⁴ y culmina con la activación de las fibras simpáticas ubicadas entre T12 y L1.⁴⁵ Este reflejo organiza de siete a ocho contracciones rítmicas de músculos esqueléticos, como los perineales, bulbocavernosos y pubocoxígeos (elevadores del ano), junto con una liberación súbita de neurotransmisores y hormonas como dopamina, opioides, serotonina, prolactina y oxitocina.⁴⁵

Durante el orgasmo, algunas mujeres pueden liberar fluidos desde la región genital, un fenómeno conocido como orgasmo eyaculatorio.⁴⁶ La prevalencia del orgasmo eyaculatorio varía de un 10 a 54%.⁴⁷ Dentro de este proceso se identifican dos mecanismos principales: la eyaculación femenina y el *squirting*.⁴⁸ Los estudios disponibles, aunque limitados, confirman que ambos son fenómenos distintos con orígenes anatómicos y secreciones diferentes.^{49,50} La escasez de información clara sobre la eyaculación femenina y el *squirting* a menudo genera confusión y malentendidos, lo que puede llevar a algunas mujeres que no los experimentan a sentir una falsa sensación de imperfección sexual.⁵¹ Además, esta desinformación contribuye a expectativas poco realistas de placer sexual tanto en hombres como en mujeres.^{51,52}

REFERENCIAS

1. Van Anders SM, Herbenick D, Brotto LA, Harris EA, Chadwick SB. The Heteronormativity Theory of Low Sexual Desire in Women Partnered with Men. *Arch Sex Behav* 51:391–415, 2022.
2. Alzate H. La función sexual humana. In: *Sexualidad Humana*. Editorial Temis; editor. Bogotá: 65–90, 1987.
3. Gómez Zapiain J. Configuración del deseo erótico. In: *Psicología de la sexualidad*. Gómez Zapiain J, editor. Madrid: 115–150. 2014.
4. Cabello Santamaría F. Manual de sexología y terapia sexual. Cabello Santamaría F, editor. Málaga: 10–438. 2010.
5. Rowen TS, Simon JA. Sexual Desire and Pharmacologic Management. *Obstet Gynecol Clin North Am* 51:259–71, 2024.
6. Harris EA, Hornsey MJ, Hofmann W, Jern P, Murphy SC, Hedenborg F, et al. Does Sexual Desire Fluctuate More Among Women than Men? *Arch Sex Behav* 52:1461–78, 2023.
7. Arcos-Romero AI, Expósito-Guerra D, Sierra JC. Sexual desire and its relationship with subjective orgasm experience. *Int J Impot Res* 34:93–9, 2022.
8. Velten J, Dawson SJ, Suschinsky K, Brotto LA, Chivers ML. Development and Validation of a Measure of Responsive Sexual Desire. *J Sex Marital Ther* 46:122–40, 2020.
9. Pfaus JG. Pathways of sexual desire. *J Sex Med* 6:1506–33, 2009
10. Pettigrew JA, Novick AM. Hypoactive Sexual Desire Disorder in Women: Physiology, Assessment, Diagnosis, and Treatment. *J Midwifery Womens Health* 66:740–8, 2021.
11. Hammes J, Theis H, Giehl K, Hoenig MC, Greuel A, Tittgemeyer M, et al. Dopamine metabolism of the nucleus accumbens and fronto-striatal connectivity modulate impulse control. *Brain* 142:733–43, 2019.
12. Blumenstock SM, Suschinsky K, Brotto LA, Chivers ML. Sexual Desire Emerges from Subjective Sexual Arousal, but the Connection Depends on Desire Type and Relationship Satisfaction. *J Sex Marital Ther* 50:252–71, 2024.
13. Trejo Pérez F, Díaz Loving R. Elaboración de una definición integral del placer sexual. *Psicología Iberoamericana* 25:8–16, 2017.
14. Blumenstock SM. Expectations and Sexual Desire in Romantic Relationships: An Experimental Investigation of Pleasure and Emotional Closeness Expectancies among Young Adults. *J Sex Marital Ther* 59:283–302, 2022.
15. Dugal C, Brochu ÈM, Kusion PY, Doucet É, Binette C, Péloquin K, et al. Cumulative childhood trauma, sex motives and sexual satisfaction among emerging adults. *Child Abuse Negl* 143:106326, 2023.
16. Cervilla O, Vallejo-Medina P, Gómez-Berrocal C, Sierra JC. Development of the Spanish short version of Negative Attitudes Toward Masturbation Inventory. *Int J Clin Health Psychol* 21:100222, 2021.
17. Batchelder AW, Safren SA, Coleman JN, Boroughs MS, Thiim A, Ironson GH, et al. Indirect Effects from Childhood Sexual Abuse Severity to PTSD: The Role of Avoidance Coping. *J Interpers Violence* 36:9–10, 2018.
18. Diamond LM, Alley J. Rethinking minority stress: A social safety perspective on the health effects of stigma in sexually-diverse and gender-diverse populations. *Neurosci Biobehav Rev* 138:104720, 2022.
19. Ventriglio A, Bhugra D. Sexuality in the 21st Century: Sexual Fluidity. *East Asian Arch Psychiatry* 29:30–4, 2019.
20. Nguyen J, Anderson J, Pepping CA. A systematic review and research agenda of internalized sexual stigma in sexual minority individuals: Evidence from longitudinal and intervention studies. *Clin Psychol Rev* 108:102376, 2024.
21. Friedman RC, Downey J. Internalized Homophobia and the Negative Therapeutic Reaction. *Psychodyn Psychiatry* 50:88–99, 2022.
22. Maister L, Fotopoulou A, Turnbull O, Tsakiris M. The Erogenous Mirror: Intersubjective and Multisensory Maps of Sexual Arousal in Men and Women. *Arch Sex Behav* 49:2919–33, 2020.
23. Nummenmaa L, Suvilehto JT, Glerean E, Santtila P, Hietanen JK. Topography of Human Erogenous Zones. *Arch Sex Behav* 45:1207–16, 2016.
24. Álvarez-Muelas A, Sierra JC, Gómez-Berrocal C, Arcos-Romero AI, Calvillo C, Granados R. Study of Sexual Concordance in Men and Women with Different Typologies of Adherence to the Sexual Double Standard. *Int J Clin Health Psychol* 22:100297, 2022.
25. Sierra JC, López-Herrera F, Álvarez-Muelas A, Arcos-Romero AI, Calvillo C, Sierra JC, et al. La autoestima sexual: su relación con la excitación sexual. *Suma Psicológica* 25:146–52, 2018.
26. Meston CM, Stanton AM. Understanding sexual arousal and subjective-genital arousal desynchrony in women. *Nat Rev Urol* 16:107–20, 2019.

27. Skorska MN, Yule MA, Bogaert AF, Brotto LA. Patterns of Genital and Subjective Sexual Arousal in Cisgender Asexual Men. *J Sex Res* 60:253–70, 2023.
28. Granados MR, Sierra JC. Excitación sexual: una revisión sobre su relación con las conductas sexuales de riesgo. *Ter Psicol* 34:59–70, 2016.
29. Huberman JS, Dawson SJ, Chivers ML. Examining the time course of genital and subjective sexual responses in women and men with concurrent plethysmography and thermography. *Biol Psychol* 129:359–69, 2017.
30. MacDonald SM, Burnett AL. Physiology of Erection and Pathophysiology of Erectile Dysfunction. *Urol Clin North Am* 48:513–25, 2021.
31. Hamilton LD, Kaufmann JG. More Research on Context and Moderators Is Needed to Understand Reflexive Vaginal Arousal Responses. *Arch Sex Behav* 51:757–61, 2022.
32. Velásquez Sepúlveda AM. Función erótica, solo una porción de la sexualidad humana. In: *Introducción a la sexología clínica y estudio de casos*. Escobar JI, editor. Manizales; 35–44, 2023.
33. Winkley K, Kristensen C, Fosbury J. Sexual health and function in women with diabetes. *Diabet Med* 38:e14644, 2021.
34. Angelou K, Grigoriadis T, Diakosavvas M, Zacharakis D, Athanasiou S. The Genitourinary Syndrome of Menopause: An Overview of the Recent Data. *Cureus* 12:e7586, 2020.
35. Faselis C, Katsimardou A, Imprialos K, Deligkaris P, Kallistratos M, Dimitriadis K. Microvascular Complications of Type 2 Diabetes Mellitus. *Curr Vasc Pharmacol* 18:117–24, 2020.
36. Arcos-Romero AI, Moyano N, Sierra JC. Psychometric Properties of the Orgasm Rating Scale in Context of Sexual Relationship in a Spanish Sample. *J Sex Med* 15:741–9, 2018.
37. Muñoz-García LE, Gómez-Berrocal C, Sierra JC. Evaluating the Subjective Orgasm Experience Through Sexual Context, Gender, and Sexual Orientation. *Arch Sex Behav* 52:1479–91, 2022.
38. Bitzer J, Kirana PS. Female Sexual Dysfunction. In: *Psychiatry and Sexual Medicine*. Lew-Starowicz M, Giraldi A, Krüger THC, editors. Cham; 109–34, 2021.
39. Cervilla O, Jiménez-Antón E, Álvarez-Muelas A, Mangas P, Granados R, Sierra JC. Solitary Sexual Desire: Its Relation to Subjective Orgasm Experience and Sexual Arousal in the Masturbation Context within a Spanish Population. *Healthcare* 11:805, 2023.
40. Arcos-Romero AI, Sierra JC. Factors Associated with Subjective Orgasm Experience in Heterosexual Relationships. *J Sex Marital Ther* 46:314–29, 2020.
41. Calabrò RS, Cacciola A, Bruschetta D, Milardi D, Quattrini F, Sciarrone F, et al. Neuroanatomy and function of human sexual behavior: A neglected or unknown issue? *Brain Behav* 9:1–7, 2019.
42. Rivera Palacio AA. Fisiología de la respuesta sexual. In: *Introducción a la sexología clínica y estudio de casos*. Escobar JI, editor. Manizales: 45–60, 2023.
43. Jannini EA, Rubio-Casillas A, Whipple B, Buisson O, Komisaruk BR, Brody S. Female Orgasm(s): One, Two, Several. *J Sex Med* 9:956–65, 2012.
44. Wei L, Jiang H, Jiang T. The relationship between clitourethrovaginal complex and female orgasm. *Arch Gynecol Obstet* 308:1697–702, 2023.
45. Yeung J, Pauls RN. Anatomy of the Vulva and the Female Sexual Response. *Obstet Gynecol Clin North Am* 43:27–44, 2016.
46. Hensel DJ, von Hippel CD, Lapage CC, Perkins RH. Vaginal Squirting: Experiences, Discoveries, and Strategies in a U.S. Probability Sample of Women Ages 18–93. *J Sex Res* 61:529–39, 2024.
47. Pastor Z, Chmel R. Differential diagnostics of female “sexual” fluids: a narrative review. *Int Urogynecol J* 29:621–9, 2018.
48. Espitia FJ. Prevalencia y caracterización de la eyaculación femenina. Estudio de corte transversal en mujeres colombianas del Quindío. 2012 a 2016. *Biociencias* 14:45–54, 2019.
49. Pastor Z. Female Ejaculation Orgasm vs. Coital Incontinence: A Systematic Review. *J Sex Med* 10:1682–91, 2013.
50. Pâfs J, Wahlberg A, Fugl-Meyer KS, Ziaei S. Women’s experiences of female ejaculation and/or squirting: a Swedish cross-sectional study. *Sex Med* 12:qfae074, 2024.
51. Pastor Z, Chmel R. Female ejaculation and squirting as similar but completely different phenomena: A narrative review of current research. *Clin Anat* 35:616–25, 2022.
52. Cutillas-Blasco S, Ruiz-Gonzalez C, Rueda-Ruzafa L, Roperio-Padilla C, Roman P, Rodriguez-Arrastia M. Experiences of young women in the practice of squirting: a descriptive qualitative study. *J Sex Med* 21:691–9, 2024.