

DEPÓSITO LEGAL ppi 201502ZU4666
*Esta publicación científica en formato digital
es continuidad de la revista impresa*
ISSN 0041-8811
DEPÓSITO LEGAL pp 76-654

Revista de la Universidad del Zulia

Fundada en 1947
por el Dr. Jesús Enrique Lossada



Ciencias

Exactas

Naturales

y de la Salud

Año 11 N° 30
Mayo - Agosto 2020
Tercera Época
Maracaibo-Venezuela

Biopsicosociología del orgasmo en el varón y en la hembra: fundamentos y diferencias

Andrés Reyes *

Mariana Añolis **

Édixon Ochoa ***

María Matera ****

RESUMEN

La respuesta sexual se encuentra mediada por factores anatómo-hormono-neurovasculoendoteliales. Ha sido explicada a través de varios modelos como el tetrafásico (Masters y Johnson, 1966), el trifásico (Kaplan, 1979), y el pentafásico (Bancroft, 1983), entre otros. El orgasmo se ubica como una de estas fases en estos modelos. Éste se define como un conjunto de sensaciones corporales sumamente placenteras y de excitación intensa, que libera tensiones y que produce satisfacción. Existen pocas diferencias entre el orgasmo del varón y de la hembra; desde un punto de vista funcional, el orgasmo del varón está estrechamente relacionado con la eyaculación, mientras que en la hembra no existe una conexión tan obvia y directa. En este estudio se recopiló las semejanzas y diferencias presentes en el orgasmo del varón y de la hembra, referidas a los fundamentos anatómicos, fisiológicos, neuroendocrinos, neurológicos, psicológicos, socioculturales y espirituales.

PALABRAS CLAVE: respuesta sexual; orgasmo; varón; hembra; diferencias.

* Comunidad Estudiantil para la Difusión e Investigación de la Anatomía Humana (CEDIAH). Escuela de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad del Zulia (LUZ). Maracaibo, Venezuela. E-MAIL: aerc2302@gmail.com ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-4181-1649>

** Comunidad Estudiantil para la Difusión e Investigación de la Anatomía Humana (CEDIAH). Escuela de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad del Zulia (LUZ). Maracaibo, Venezuela. ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7841-3153>

*** Profesor. Unidad curricular electiva Sexología Médica. Cátedra de Psicología Médica. Departamento de Ciencias de la Conducta. Unidad curricular Orientación II. Centro de Orientación "Dra. Consuelo Faría" (COFAMED). Escuela de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad del Zulia (LUZ). Maracaibo, Venezuela.

**** Comunidad Estudiantil para la Difusión e Investigación de la Anatomía Humana (CEDIAH). Escuela de Medicina. Facultad de Medicina. Universidad del Zulia (LUZ)// Servicio de Cirugía General. Hospital Universitario de Maracaibo, Venezuela.

Recibido: 29/04/2020

Aceptado: 19/06/2020

Biopsychosociology of orgasm in male and female: fundamentals and differences

ABSTRACT

The sexual response is mediated by anatomic-hormonal-neuro-vasculoendothelial factors. This has been explained through several models, like the four-phase (Masters y Johnson, 1966), the three-phase (Kaplan, 1979), the penta-phase (Bancroft, 1983), among others. Orgasm is located as one of these phases in these models. This is defined as a set of extremely pleasant bodily sensations and intense arousal that releases tensions and produces satisfaction. There are few differences between male and female orgasm, from a functional point of view, male orgasm is closely related to ejaculation while in female there is no such obvious and direct connection. This study compiled the similarities and differences that occur in the male and female orgasm regarding the anatomical, physiological, neuroendocrine, neurological, psychological, sociocultural and spiritual fundamentals.

KEYWORDS: sexual response; orgasm; male; female; differences.

Introducción

La respuesta sexual humana es toda actividad caracterizada por la presencia de activación cortical y/o medular en el sistema nervioso; correlacionada con un fenómeno de tumescencia, contractilidad muscular lisa y/o estriada y un fenómeno de detumescencia (tanto a escala genital como extragenital), efecto de una estimulación sexual; y mediada por factores anatomico-hormono-neuro-vasculo-endoteliales (FLASSES, AMSM y AISM, 2014).

Dicha estimulación sexual implica la activación de reacciones neurológicas, vasculares, musculares y hormonales (Kaplan, 1974; Portillo, 2017), lo cual se ha explicado a través de distintos modelos, tales como: El tetrafásico (Masters y Johnson, 1966) (fig. 1), el trifásico (Kaplan, 1979), el pentafásico (Bancroft, 1983), el tridimensional (Schnarch, 1991), el continuo de (Whipple y Mc Greer, 1997) y el ciclo de la erótica (Lacalle, 2009) (fig. 2). En todos estos modelos se menciona al orgasmo como una de sus fases (FLASSES, AMSM y AISM, 2014).

El vocablo **orgasmo** proviene del griego *orgasmós* (ὄργασμός), que significa ‘hinchazón, plenitud, deseo de lujuria’; éste a su vez deriva de *orgé* (ὄργέ), ‘ardor, impetu’ y del verbo *orgáoo* (ὀργάοο), ‘arder en deseos’ (Duvauchelle, 1995). Es una experiencia difícil de describir, a pesar de haber sido experimentado por la mayoría de las personas, quienes lo definen como la sensación más intensa de placer sexual (Kaplan, 1974; Portillo, 2017; Levin, 2011; Komisaruk et al, 2004). Puede conceptuarse como “Una descarga expulsiva de tensión neuromuscular en la respuesta sexual humana” o “Un breve episodio de relajación física relacionado a vasocongestión y miotonía, incrementado por el desarrollo de la estimulación de la respuesta sexual”. Sin embargo, una definición más completa expone que el orgasmo es un conjunto de sensaciones corporales sumamente placenteras y de excitación intensa que libera tensiones y produce inmensa satisfacción (Komisaruk et al, 2004).

Tanto la hembra como el varón experimentan cambios en la circulación, la respiración y la musculatura pélvica durante el orgasmo (Levin, 2007). La actividad cerebral del mismo es similar tanto en la hembra como en el varón y puede inducir cambios mentales profundos porque, a su vez, se presentan emociones como intenso placer, relajación de la tensión, sensación de inevitabilidad y pérdida del control conductual consciente (Georgiadis et al, 2006).

Las diferencias descritas entre el varón y la hembra son muy pocas (Levin, 2011). Desde un punto de vista funcional, el orgasmo del varón está estrechamente relacionado con la eyaculación, mientras que en la hembra no existe una conexión tan obvia y directa, debido a que el fluido orgásmico es inconstante (Georgiadis et al, 2006). Por ello, la presente investigación tiene como objetivo determinar los fundamentos anatómicos, fisiológicos, neuroendocrinos, neurológicos y psicológicos del orgasmo, estableciendo diferencias entre el orgasmo del varón y de la hembra.

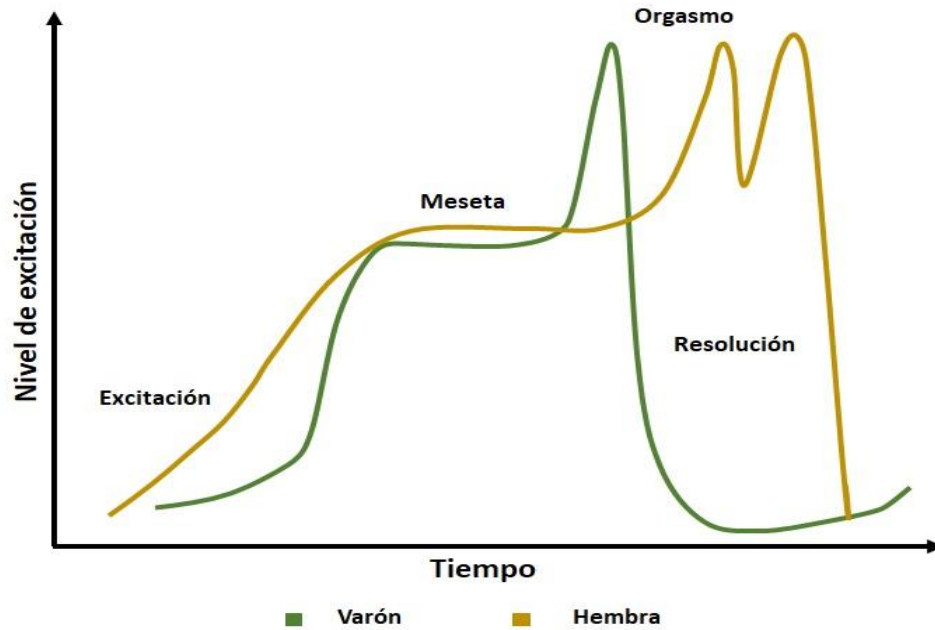


Figura 1. Modelo tetrafásico de respuesta sexual humana (Masters y Johnson, 1966)

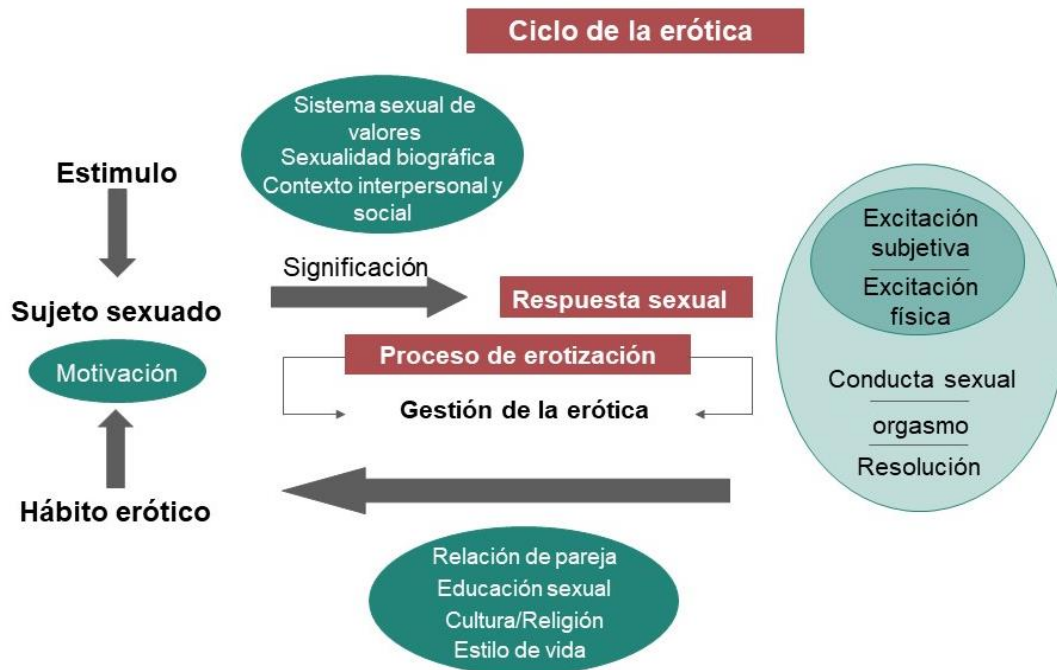


Figura 2. Ciclo de la erótica (Lacalle et al, 2009).

1. Fundamentos anatómicos

En la hembra, los genitales externos corresponden al monte de Venus, los labios mayores, los labios menores, el clítoris y el vestíbulo vaginal. El monte de Venus es un triángulo invertido de tejido adiposo, encima de la sínfisis púbica y se relaciona con dos pliegues gruesos, denominados labios mayores. Cada labio tiene dos caras, una externa que está pigmentada y cubierta de vello púbico y la cara interna que es lisa y compuesta de glándulas sebáceas (Emhardt et al, 2016; Graziottin y Gambini, 2015). Entre ellos se ubican dos pliegues pequeños denominados labios menores, que rodean el vestíbulo de la vagina y se dividen en dos porciones: una superior que va a formar el prepucio del glande del clítoris y una inferior que forma el frenillo del clítoris, son ricos en tejido eréctil, vascular y una gran cantidad de terminaciones nerviosas (Emhardt et al, 2016; Graziottin y Gambini, 2015).

El clítoris es una estructura eréctil formada por un cuerpo cavernoso y glándulas que cubren al prepucio, los cuerpos cavernosos convergen y siguen las ramas públicas formando la crura que representa su porción oculta que se encuentra cubierta por el isquiocavernoso. El vestíbulo vaginal se encuentra en la entrada de la vagina y cumple una función sexual y protectora. Éste se convierte en un lugar de alta congestión durante la fisiología sexual, contribuyendo a la congestión genital y formación de la plataforma orgásmica (Emhardt et al, 2016).

Los genitales internos están conformados por las trompas de Falopio, que son dos estructuras tubulares que se relacionan con los ovarios, los cuales son dos órganos ovalados situados en ambas fosas ilíacas. La vagina, es una estructura fibromuscular, tubular con una extensión de 6 – 12 cm desde la vulva al cérvix. Se encuentra rodeada de musculatura pélvica estriada, formando dos capas paralelas: la más superficial se compone de tres músculos ubicados en dos triángulos, el isquiocavernoso, el bulbo esponjoso y el transversal (Emhardt et al, 2016). El útero es un órgano muscular que se sitúa en la pelvis entre la vejiga y el recto (Emhardt et al, 2016; Graziottin y Gambini, 2015).

En el varón, los órganos genitales externos corresponden al pene, que se encuentra situado por debajo de la sínfisis púbica y por arriba del escroto. Posee la capacidad de la erección, que lo hace apto para sus funciones copuladoras (Latarjet y Ruiz, 2005). Su longitud promedio en el adulto es de 9,16 cm en estado flácido, mientras que en la erección alcanza un promedio de 13,12

cm (Veale et al, 2015). Asimismo, consta de una extremidad proximal o raíz del pene, una cara dorsal y la uretra; en su extremo distal se sitúa el glande, que se encuentra rodeado por el prepucio, y está constituido por formaciones eréctiles: los cuerpos cavernosos y el cuerpo esponjoso. El escroto es un saco cutáneo contentivo de los testículos (Latarjet y Ruiz, 2005).

Los genitales internos del varón son los testículos, órganos glandulares y ovoides. El epidídimo, que comprende la vía colectora y secretora, está conformado por una cabeza, un cuerpo y una cola. Las vías espermáticas están constituidas por los conductos deferentes, que inician su trayecto desde la cola del epidídimo, se dirigen al conducto inguinal y luego descienden hacia la vejiga urinaria, terminando en la unión con el conducto excretor de la vesícula seminal. Las vesículas seminales son un par de glándulas bilaterales, anexas a los conductos deferentes, situadas detrás de la vejiga y delante del recto y, unidas con el conducto deferente, forman el conducto eyaculador, que se dirige en sentido inferior, medial y posterior a un trayecto de 15 a 20 cm, hasta desembocar en la pared posterior de la uretra prostática (Latarjet y Ruiz, 2005).

Por otra parte, la uretra masculina pertenece tanto al sistema urinario como al aparato genital, mide 16 cm aproximadamente y se origina en el cuello vesical, traspasa la próstata y el diafragma urogenital para luego hacerse perineal y, rodeada por las formaciones eréctiles, atraviesa el pene hasta desembocar en el orificio externo de la uretra. Por ello, se divide en uretra prostática, membranosa, bulbar y esponjosa (Latarjet y Ruiz, 2005). La próstata es un órgano musculo glandular, que interviene en la función sexual y es atravesada por los conductos eyaculadores (Levin, 2018). Las glándulas bulbouretrales son dos, están ubicadas a ambos lados del músculo esfínter externo de la uretra y desembocan en la uretra esponjosa (Latarjet y Ruiz, 2005).

2. Fundamentos fisiológicos

Aunque el orgasmo posee un componente subjetivo muy marcado, existen ciertos patrones comunes entre el varón y la hembra (Komisaruk et al, 2004). En ambos se producen contracciones de los músculos pélvicos, pulsátiles, altamente intensas y placenteras al inicio del orgasmo. En el componente cardiovascular, al inicio del orgasmo, el varón y la hembra

experimentan las cifras más elevadas de presión arterial, frecuencia cardíaca y frecuencia respiratoria registrables durante todo el ejercicio de la función sexual. Además, durante el orgasmo la mayoría de los hombres y mujeres emiten vocalizaciones involuntarias (Levin, 2011).

En la hembra, el orgasmo suele estar asociado con la estimulación de los genitales y áreas extragenitales, tales como los pezones y las mamas. El inicio del orgasmo ocurre con sensaciones pulsátiles de intenso placer, perceptibles con las contracciones del útero, los músculos pélvicos, la vagina y el ano (Levin, 2011). También ocurre el engrosamiento del tercio posterior de la vagina, formándose la plataforma orgásmica. Ésta se halla constituida por los músculos perineales, encargados de las contracciones orgásmicas y la emisión uretral (Puppo, 2013).

Las contracciones rítmicas y estereotipadas de la plataforma orgásmica ocurren en los músculos bulbocavernosos, pubococcígeo, isquiocavernoso, transverso del periné, elevador del ano y esfínter externo del ano, además del útero (Puppo, 2013). Los bulbos vestibulares ocasionan la contracción de la vagina, observable cada 0,8 segundos debido a la contracción rítmica del músculo bulbocavernoso (Levin, 2011). El fenómeno de la “eyacuación en la hembra” se refiere a la expulsión, a través de la uretra, de un fluido diferente a la orina que es producido por glándulas intrauretrales (Jannini et al, 2012). Desde un punto de vista fisiológico, el término “emisión uretral” es el más adecuado (Puppo y Puppo, 2016).

La hembra es multiorgásmica por naturaleza, por lo que no es refractaria al orgasmo desde el punto de vista físico. Si su respuesta sexual no se encuentra inhibida y su aparato genital aún se mantiene en la fase de meseta, puede volver a ser eróticamente estimulada y, segundos después del primer orgasmo, alcanzar otro u otros hasta extenuarse físicamente, pudiendo rechazar toda estimulación (Arango, 2008). El orgasmo de la hembra no se asocia completamente con la presencia de la emisión uretral (Puppo, 2013; Puppo y Puppo, 2016). Sin embargo, algunas pueden presentar orgasmos con emisión uretral, tras la cual sigue un período refractario posteyaculatorio, no pudiendo experimentar un orgasmo inmediatamente posterior a ello (Levin, 2011).

Durante las fases precedentes al orgasmo, en el momento en que éste ocurre y ulterior al mismo, se registra un aumento de la temperatura en los genitales externos. A lo largo de la fase de excitación, los labios mayores y menores de la hembra son las áreas más cálidas. Sin embargo,

tan pronto como se desencadena la fase orgásmica, el clítoris se torna la estructura genital externa que proporciona el mayor aumento de calidez (Woodard y Diamond, 2010).

En el varón, los principales componentes del orgasmo son la erección y la eyaculación (Graziottin y Gambini, 2015). Es importante destacar que eyaculación y orgasmo no son sinónimos, pero la eyaculación es un componente importante del orgasmo del varón. Durante el orgasmo, los espermatozoides fluyen del epidídimo hasta los conductos deferentes propulsados por contracciones musculares, adquiriendo un componente que funciona como vehículo a partir de la vesícula seminal. Los conductos deferentes se contraen casi sincrónicamente con la vesícula seminal, drenando hacia la uretra prostática, simultáneamente acompañada con la emisión de la vesícula seminal. Durante esta fase, los fluidos prostáticos drenan en la uretra prostática mediante contracciones regulares y recurrentes, palpables a través del recto (Alwaal et al, 2015).

La segunda fase corresponde a la expulsión, debida a un reflejo parasimpático en el que participan la vejiga, la uretra y los músculos perineales, para propulsar el semen durante la eyaculación. Durante el orgasmo, los músculos bulbocavernosos se contraen rítmicamente con una acción de bombeo para la expulsión del semen (Puppo y Puppo, 2016). Tras la eyaculación, se presenta un período donde el varón no puede repetir inmediatamente la erección o la eyaculación, denominado “Periodo Refractario Posteyaculatorio”, cuya duración promedio es de 20 minutos y su finalidad es desconocida (Alwaal et al, 2015; Sayin y Shenck, 2019). Se han descrito hombres multiorgásmicos, considerando como aquellos varones capaces de experimentar más de un orgasmo en un lapso < 20 minutos (Wibowo et al, 2016).

3. Fundamentos neuroendocrinos

Existen una serie de neurotransmisores y hormonas que actúan en un conjunto de procesos bioquímicos estrechamente relacionados con el orgasmo y su desarrollo. Éstas son las siguientes:

Dopamina: Se relaciona con el sistema límbico, representa el neurotransmisor del placer en ambos sexos, modula la motivación, el placer, la sensación de éxtasis, la duración de la experiencia sexual en los humanos, su comportamiento sexual y la libido, facilita la eyaculación

en el varón y prolonga la duración del orgasmo de la hembra (Sayin y Shenck, 2019). Sus efectos ocurren de manera predominante en el núcleo accumbens (Arango, 2008).

Serotonina: Antagonista de la dopamina en ambos sexos. Actúa en el hipotálamo lateral en el tracto mesocorticolímbico dopaminérgico, disminuye la libido, reduce el placer sexual, bloquea el orgasmo y su intensidad en la hembra y retarda la eyaculación del varón (Sayin y Shenck, 2019).

Norepinefrina: Mediador del sistema nervioso autónomo, durante la respuesta sexual aumenta la libido, la capacidad de alcanzar el orgasmo y la sensación de placer durante el orgasmo (Krüger et al, 1998). Facilita la función sexual en ambos sexos y puede inducir la eyaculación rápida en el varón (Sayin y Shenck, 2019).

Testosterona: Mayormente sintetizada por las células de Leydig en el varón y por las glándulas suprarrenales en la hembra, aumenta la libido en ambos sexos. Es la responsable de la producción de espermatozoides. Las concentraciones séricas de testosterona libre determinan la duración de la actividad sexual del varón. Si aquellas aumentan, el período refractario se acorta, se prolonga la erección y aumenta el volumen de emisión seminal, (Sayin y Shenck, 2019). Además, aumenta la frecuencia orgásmica en ambos sexos y la incitación al coito (Exton et al, 2001).

Prolactina: Denominada la hormona de la saciedad sexual, es secretada posterior al orgasmo en ambos sexos, siendo responsable de la sensación de vértigo y de ebriedad junto a las endorfinas. (Sayin y Shenck, 2019). Posterior al orgasmo, se registran concentraciones pronunciadas de la misma en plasma, lo cual sugiere que actúa como mecanismo de retroalimentación negativa en el sistema nervioso central para controlar la excitación postorgásmica (Exton et al, 2001). Cuando aumenta, se reducen las concentraciones de testosterona, induciendo el período refractario. Es capaz de disminuir la libido y la atracción sexual en los hombres (Sayin y Shenck, 2019).

Oxitocina: Producida en las neuronas supraópticas del núcleo paraventricular del hipotálamo, cumple un papel fundamental tanto en el orgasmo como en la conducta sexual de ambos sexos. Es la responsable de las contracciones uterinas y vaginales en el orgasmo de la hembra, mientras que en el varón influye en la erección y la eyaculación. Regula, además, el

estado de ánimo y las emociones, promoviendo las sensaciones de amor pasional, apego, empatía y tranquilidad posteriores al orgasmo (Sayin y Shenck, 2019).

4. Fundamentos neurológicos

La experiencia orgásmica implica un fenómeno de integración neuronal en las áreas corticales de asociación y existe una variabilidad en la calidad de esta experiencia (Arango, 2008). La actividad cerebral al momento del orgasmo suele ser muy similar, tanto en la hembra como en el varón. En ambos se activan regiones como el hipotálamo lateral, los núcleos accumbens, la región ventral del tegmento, la región ventral del núcleo pálido, la ínsula, la corteza de la cíngula, la corteza prefrontal, la corteza orbitofrontal y el septum (Sayin y Shenck, 2019). Sin embargo, existen algunas excepciones en la amígdala, el lóbulo temporal, la porción inferior del tallo encefálico, así como en la duración del período refractario postorgásmico (Jannini et al, 2012).

La activación del tegmento ventral se proyecta al núcleo accumbens, se activa la sustancia gris periacueductal y el núcleo dorsal de rafe. La cíngula anterior y la ínsula se activan en el orgasmo al igual que a la estimulación al dolor. La amígdala proporciona el componente emocional al orgasmo y, además, conjuntamente con el hipotálamo posterior activa al sistema nervioso autónomo, que induce el aumento de la frecuencia cardíaca y del flujo sanguíneo, característicos del orgasmo. Sin embargo, el hipocampo es el responsable del papel de la fantasía en el orgasmo, mientras que el núcleo paraventral del hipotálamo es indispensable para la liberación de oxitocina y la eyaculación (Jannini et al, 2018).

El cerebelo también se activa, tanto en el orgasmo de la hembra como del varón, incrementando la tensión muscular, Por otra parte, la corteza de la cíngula se activa fuertemente en el orgasmo y presenta dos funciones importantes: una simulación para activar el sistema nervioso autónomo y, además, generar los sentimientos intensos del orgasmo (Jannini et al, 2018).

En la hembra se ha observado un descenso en la actividad de la neocorteza, asimismo se exhibe un incremento de la actividad en las regiones subcorticales del cerebro (Georgiadis et al, 2006). De igual manera, se evidencia una activación más profunda de la ínsula izquierda (Levin, 2011; Sayin y Shenck, 2019; Georgiadis et al, 2009). Por otra parte, ocurre el decrecimiento de la

actividad en la corteza orbitofrontal, lo cual representaría la desinhibición conductual, como también del córtex temporal inferior, que está asociado con el incremento de la excitación sexual (Jannini et al, 2018; Georgiadis et al, 2016). Debido a la activación exagerada de la cíngula anterior, las manifestaciones autonómicas del orgasmo en la hembra se presentan con doble magnitud, debido a una intensa activación de la vía simpática (Jannini et al, 2018).

En el varón se ha observado una activación más extensa de la sustancia gris periacueductal (Levin, 2011; Georgiadis et al, 2009), que tiene un papel prominente en el control del comportamiento reproductivo. Además, se asocia con la activación mayormente intensa del claustro izquierdo y la porción ventral occipitotemporal de la corteza (Georgiadis et al, 2009). También se ha descrito una activación primaria en las zonas de transición del mesodiencefalo, mientras se describe un descenso en la amígdala durante la eyaculación. Se ha descrito actividad neocortical en pocas áreas, las cuales son exclusivas del hemisferio derecho (Levin, 2011; Wise et al, 2017).

5. Fundamentos psicológicos

En cuanto a la experiencia mental, tratar de definir el orgasmo con palabras resulta difícil en varones y hembras, debido especialmente a la pérdida de la concentración voluntaria. La experiencia psicológica en ambos es bastante similar, cuando no idéntica (Levin, 2011). Al estudiar cualquier faceta humana, es necesario establecer una relación entre el cuerpo y la persona, precisando así la influencia psicológica en la obtención del orgasmo (Sira, 2011).

En la hembra, se encuentra influenciada por la orientación psicosocial y la receptividad para la obtención del orgasmo (Sira, 2011). La apreciación del cuerpo se relaciona con la calidad percibida de la excitación, orgasmo y satisfacción de la función sexual (Satinsky et al (2012). Una vez iniciado, puede ser interrumpido por el ambiente (Levin, 2011). Las hembras pueden presentar disminución de la ansiedad, felicidad, euforia, relajación, sensación subjetiva de corriente eléctrica y tensión muscular, así como la alteración del estado de conciencia (Sayin, 2017). Es frecuente que la mujer finja el orgasmo por considerar que, cuanto mayor sea la intensidad de la respuesta sexual, mayor será el placer subjetivo obtenido por el varón. Un

estudio realizado en 487 mujeres estableció la existencia de tres estadios en la progresión subjetiva de la mujer hacia el orgasmo (Sira, 2011).

En el primer estadio, el orgasmo se inicia con una sensación de “suspensión o detenimiento”, que dura sólo un instante, siguiéndole un empuje aislado de inmensa actividad sexual, orientada hacia el clítoris e irradiada hacia la pelvis. Hay mujeres que registran diferentes intensidades de respuesta, desde niveles suaves hasta el choque. La sensación de vivencia clitorídea – pélvica ha sido explicada por muchas mujeres como una sensación de expulsión. Con frecuencia se refiere la sensación de abrirse para recibir algo. El segundo estadio se describe como una sensación de “ola de calor”, que invade el área pélvica y se extiende a todo el cuerpo. Con respecto al tercer estadio, se manifiesta una contracción involuntaria en vagina o en el perineo bajo, definida como “latido pélvico” (Sira, 2011).

En el varón, se refiere una sensación de placer y plenitud posterior al orgasmo durante la eyaculación, que suele ser mayor en comparación con la hembra y, una vez iniciado en fase de “sensación de inevitabilidad eyaculatoria”, no puede ser interrumpido (Levin, 2011). Cuanto mayor sea el volumen seminal expelido, mayor será la sensación subjetiva de placer. En él se describen dos estadios (Sira, 2011).

El primer estadio consiste en una sensación de inevitabilidad eyaculatoria, descrita como la sensación de “sentir que viene la eyaculación” y un segundo estadio que posee dos fases: primero, las contracciones del esfínter de la uretra estimulan la sensación contráctil, variando en intensidad y apreciación subjetiva. Experimentan un grado de tal anestesia que las porciones finales del eyaculado se expelen casi sin presión. Durante la segunda fase, donde el semen es expelido bajo presión a través de la uretra, se tiene una apreciación específica del volumen seminal. Dicha apreciación subjetiva se puede ejemplificar con la diferencia de intensidad del orgasmo en la eyaculación luego de un período de abstinencia: cuanto sea mayor el volumen eyaculado mayor será la sensación subjetiva de placer (Sira, 2011).

6. Fundamentos Socioculturales

La calidad de la relación de pareja se encuentra altamente ligada a la frecuencia con la que se obtiene el orgasmo y la calidad de la respuesta sexual (Mah y Bink, 2005). Se describe la

presencia de factores ambientales, culturales y sociales influyentes en la experiencia del orgasmo (Masters y Johnson, 1978). Sin embargo, para ellos, la inadaptación sexual en el varón y la influencia cultural en la actividad sexual de aquél no se relacionan con su obtención del orgasmo, a contrapelo de la obtención del orgasmo de la hembra (Llanes et al, 2013).

Se ha sugerido que los factores psicosociales son determinantes en la interpretación subjetiva del orgasmo experimentado en la hembra, además de la satisfacción y el placer. Se ha evidenciado que, tanto el placer como la satisfacción orgásmica de la hembra, se vinculan con las relaciones intrapersonales e interpersonales, así como también con los factores del contexto o lugar donde se ejerza la función sexual. La experiencia de placer y satisfacción orgásmica en el varón recibe una pequeña consideración, pero alguna evidencia sugiere que sus experiencias subjetivas se relacionan con influencias psicosociales. Algunas de estas experiencias enfatizan la importancia de la calidad de los orgasmos en la relación del varón (Guasch, 1993).

En muchas hembras que nunca han experimentado orgasmos parece estar implicada una educación religiosa severa y negativa respecto del sexo. Además, la hembra es calificada como “femenina”, es decir, dulce, amorosa, delicada, sentimental, dependiente de lo afecto y lo económico, pero se le reprime sexual y eróticamente, por lo que su respuesta sexual puede verse afectada, especialmente en la obtención del orgasmo (Masters et al, 1987). Se dice que “la mujer tiene que buscar un orgasmo”, más allá de buscar una necesidad individual, pero estas situaciones pueden generar malestar o bienestar dentro de la salud sexual por lo que puede afectar la fase del orgasmo (Arango, 2008).

La salud sexual es un fundamento de la salud en general, por tanto, demanda un espacio dentro del derecho a la salud integral. No obstante, es violentada, lo cual atenta contra los individuos debido a los estereotipos estéticos y conductuales (femenino/masculino) que impone la sociedad. Una mujer que responde a estos cánones está constreñida por los papeles conductuales que debe seguir: desgenitalizar su cuerpo, no apropiarse de su placer, desconocer sus genitales y su funcionamiento. Hereda mitos y prejuicios, además de un sentimiento de culpa sobre ellos, por tanto, sobre la respuesta sexual, así como su actitud y conquista ante el erotismo y el orgasmo (Arango, 2008).

La hembra suele fingir el orgasmo para generar placer al varón, para terminar el encuentro sexual, sentirse sexualmente normales, evitar reacciones negativas y reforzar las habilidades sexuales del varón. Por el contrario, es más común que los hombres simulen el orgasmo por su propio beneficio para producir incentivo para una nueva erección (DeLamater et al, 2015).

7. Fundamentos espirituales

La espiritualidad y la sexualidad son determinantes en la identidad, creencias y comportamientos del ser humano. A pesar de que suelen verse como dos entidades totalmente opuestas en la existencia, se han desarrollado investigaciones las cuales han revelado relaciones entre ellas (Costa et al, 2016). Tanto el deseo sexual como su ejecución poseen una relación inherente con el ámbito espiritual. El orgasmo juega un papel fundamental en la sexualidad humana, siendo una experiencia en la que se trasciende al mismo ser (Ellens, 2009).

Ahora bien, el autoejercicio de la función sexual (masturbación) y el coito casual acostumbra a ser ejercicios sexuales gratificantes y placenteros a la vez, pero suelen estar acompañados de una impresión de sentirse vacío e incompleto. En consecuencia, el orgasmo es una experiencia que consiste en entregarnos completamente hacia el otro individuo. Consumar el orgasmo con una persona con la que se comparta una arraigada sensación emocional, conlleva una especie de paz suprema (Ellens, 2009).

Es común que exista el deseo de encontrar una conexión sexual sustentada en creencias y comportamientos (Armstrong, 2019). Cuando un individuo asume la importancia de la espiritualidad en la sexualidad, ya sea en la suya propia o en una relación, se compromete a alcanzar un grado mayor de satisfacción (Kusner et al, 2014). Una vez llegado al punto máximo de conexión de la sexualidad con la espiritualidad, el cuerpo actúa como un intermediario entre el placer emocional y el espiritual, experimentando así, nuevos niveles de placer orgásmico (MacKnee, 2002).

En algunas culturas del mundo oriental, se ha logrado conseguir el orgasmo a través de la meditación espiritual, es decir, si ocurre la interconexión entre la energía sexual y la energía espiritual. Tal conexión no discrimina expresiones fenotípicas, edad, cultura, religión o

nacionalidad, debido a que la energía espiritual proviene del espíritu y en éste no existen diferencias entre unos y otros (Henderson, 2015).

En el caso de las hembras, mientras mayor sea su disposición a abrirse a su espiritualidad, alcanzarán frecuentemente el orgasmo durante el ejercicio de la función sexual (Costa et al, 2016). Suele suceder que el varón propague la idea de una vinculación directa del ejercicio de la función sexual con altos niveles de energía espiritual, ante la finalidad de concretar encuentros sexuales con algunas hembras (Henderson, 2015; Ochoa y Pitter, 2018).

Consideraciones finales

Existen ciertas diferencias entre el orgasmo del varón y la hembra. Entre éstas destacan que el orgasmo de la hembra carece de función reproductiva, puede constantemente ser repetitivo, usualmente no presenta período refractario, no se relaciona directamente con la emisión uretral y, una vez iniciado, puede ser interrumpido o inhibido por factores psicológicos, socioculturales y ambientales. Asimismo, la espiritualidad representa un papel sustancial en la obtención del orgasmo en la hembra.

Por su parte, el orgasmo del varón mayormente no es repetitivo debido a la presencia de un período refractario constante, ejerce una función vinculada directamente con la reproducción y está estrechamente relacionado con la eyaculación. Al contrario de la hembra, no se halla muy influenciado por el entorno social, el contexto sexual o los prejuicios culturales; y su magnitud de la espiritualidad se haya menguada en la consecución del mismo.

Finalmente, se recomienda la realización de nuevas investigaciones que propicien la exploración de las singularidades orgásmicas del varón y la hembra, en aras de una mayor comprensión de dichos fenómenos, así como también para el desarrollo de competencias más efectivas, tanto en el tratamiento de las alteraciones en la fase orgásmica de la respuesta sexual, como en el fomento de experiencias sexuales sanas, libres, conscientes, responsables y sin problematizaciones, todo ello enmarcado en la promoción de la salud sexual.

Referencias

Alwaal A., Breyer B., Lue T. (2015). Normal male sexual function: Emphasis on orgasm and ejaculation. *Fertil Steril.* 104:1051-1060.

- Arango, I. (2008) Sexualidad Humana. Editorial Manual Moderno.
- Armstrong, J. (2019). God Likes Sex: Conversations Integrating Spirituality and Sexuality. DMin. 2 (1)
- Bancroft J. (1983) Human sexuality and its problems. Churchill Livingstone, New York.
- Costa R., Oliveira T., Pestana J., Costa D. (2016). Self-transcendence is related to higher female sexual desire. *Personality and Individual Differences*, 96, 191–197.
- De Lamater J., Plante R. (2015). *Handbook of the Sociology of Sexualities*. Editorial Springer. p-p 138.
- Duvauchelle C. (1995). Etimología del lenguaje en las Ciencias de la Salud. Maracaibo - Venezuela. Ediciones Astro Data S.A.
- Ellens J. H. (2009). *The Spirituality of Sex: Psychology, religion and spirituality*. Editorial Greenwood Publishing Group p.p 54-56.
- Emhardt E., Siegel J., Hoffman L. (2016). Anatomic variation and orgasm: Could variations in anatomy explain differences in orgasmic success? *Clin Anat*. 29 (05), 665-672.
- Exton, M., Kruger, T., Bursch, N., Haake, P., Knapp, W., Schedlowski, M., Hartmann, U. (2001). Endocrine response to masturbation-induced orgasm in healthy men following a 3-week sexual abstinence. *World Journal of Urology*. 19, 377-382.
- FLASSES, AMSM, AISM (2014). MSD III. Manual de diagnóstico de sexología. 3ª Edición. Caracas - Venezuela. Editorial CIPV.
- Guasch O. (1993). Para una sociología de la sexualidad. *Rev española de investigaciones sociológicas*. 64, 105-122.
- Georgiadis J., Kortekaas R., Kuipers R., Nieuwenburg A., Pruijm J., Reinders A., Holstege G. (2006). Regional cerebral blood flow changes associated with clitorally induced orgasm in healthy women. *Eur J Neurosci* 24: 3305-3316.
- Georgiadis, J., Reinders, A., Paans, A., Renken, R., Kortekaas, R. (2009). Men versus women on sexual brain function: prominent differences during tactile genital stimulation, but not during orgasm. *Human Brain Mapping*. 30, 3089-3101.
- Georgiadis J., Kortekaas R., Kuipers R., Nieuwenburg A. et al. (2016). Regional cerebral blood flow changes associated with clitorally induced orgasm in healthy women. *The European journal of neuroscience*. 24, 3305-3316.
- Graziottin A., Gambini D. (2015). Anatomy and physiology of genital organs – women. In: *Neurology of Sexual and Bladder Disorders*. Milan.130, 39-60.

- Henderson R. (2015). *Emotion and Healing in the Energy Body: A Handbook of Subtle Energies in Massage and Yoga*. Editorial Simon and Schuster.
- Jannini EA., Rubio A., Whipple B., Buisson O., Komisaruk BR., Brody S. (2012). Female orgasm(s): One, two, several. *J Sex Med.* 9, 956-965.
- Jannini E.A., Wise N., Frangos E., Komisaruk BR. (2018). Peripheral and Central Neural Bases of Orgasm. In *Textbook of Sexual Function and Dysfunction: Diagnosis and Treatment*, First Edition. 13, 179-195.
- Kaplan H. (1974). *New Sex Therapy: Active treatment of sexual dysfunction*. Editorial Routledge, pp. 5-12.
- Kaplan, H. (1979). *Disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy (Vol. 2)*. Simon y Schuster.
- Komisaruk B., Whipple B., Crawford A., Grimes S., Liu W-C, Kalnin A, et al. (2004). Brain activation during vaginocervical self-stimulation and orgasm in women with complete spinal cord injury; fMRI evidence of mediation by the vagus nerves. *Brain Res.* 1024, 77-88.
- Krüger T., Exton M., Pawlak C., von zur Muhlen A., Hartmann U., Schedlowski M. (1998). Neuroendocrine and cardiovascular response to sexual arousal and orgasm in men. *Psychoneuroendocrinology* 23:401-11.
- Kusner G.K., Mahoney A., Mahoney K.I., DeMaris A. (2014). Sanctification of marriage and spiritual intimacy predicting observed marital interactions across the transition to parenthood. *J. Fam. Psychol.* 28(5).
- La Calle P., Herraíz, M.A., Coronado P., Moltalvo J. (2009). *Flujo Genital Femenino: estudio y consideraciones clínicas*. [Tesis Doctoral] Madrid. Facultad de Medicina. Departamento de Ginecología y Obstetricia. Hospital Clínico Universitario San Carlos.
- Latarjet M., Ruiz A. (2005). *Anatomía Humana*. Editorial Panamericana. p.p. 1567-1598.
- Levin R.J. (2011). Physiology of orgasm. *Cancer and sexual health.* 35-49.
- Levin R.J. (2018). Prostate induced orgasms: a concise review illustrated with a highly relevant case study. *Clin Anat.* 31, 81-5.
- Levin R.J. (2007). The human sexual response - similarities and differences in the anatomy and function of the male and female genitalia. In: Janssen E, editor. *The psychophysiology of sex*. Bloomington: Indiana University Press. 39-56.
- Llanes L., Acosta G., Castelo L. (2013). Eyaculación y placer sexual en el varón: una relación compleja y multideterminada. *Rev Sexología y Sociedad.* 19 (1): 44-63.

- MacKnee C. (2002). Profound Sexual and Spiritual Encounters among Practising Christians: A Phenomenological Analysis. *Journal of Psychology & Theology* 30(3): 234-245.
- Mah K., Binik Y.M. (2005). Are orgasms in the mind or the body? Psychosocial versus physiological correlates of orgasmic pleasure and satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy* 31, 187-200.
- Masters, W., Johnson, V. (1966). *Human sexual response*. Little, Brown.
- Masters, W., Johnson V. (1978) *La Respuesta sexual humana*. Editorial Inter-Médica.
- Masters, W., Johnson, V., Kolodny, R. (1987). *La Sexualidad Humana*. Grijalbo
- Ochoa, E.; Pitter, W. (2018). Menstruación, abstinencia sexual y ejercicio de la función sexual según la ley judía: una perspectiva sexológica, *Revista de la Universidad del Zulia*, 9 (24), 54-71.
- Portillo S., Pérez T., Royuela A. (2017). Disfunción sexual femenina: estudio de prevalencia en mujeres premenopáusicas. *Prog Obstet Ginecol*. 60(4), 320-327.
- Puppo V. (2013). Anatomy and physiology of the clitoris, vestibular bulbs, and labia minora with the review of the female orgasm and the prevention of female sexual dysfunction. *Clin Anat*. 26, 134-52.
- Puppo V., Puppo G. (2016). Comprehensive review of the anatomy and physiology of male ejaculation: Premature ejaculation is not a disease. *Clin Anat*. 29(1), 111-9.
- Satinsky S., Reece M., Dennis B., Sanders S., Bardzell S. (2012). An Assessment of body appreciation and its relationship to sexual function in women. *Body image* 9, 137-144.
- Sayin HÜ. (2017). Female Orgasmic Consciousness: New Horizons (Review). *SexuS Journal*. 2(4), 117-145.
- Sayin HÜ., Shenck CH. (2019). Neuroanatomy and neurochemistry of sexual desire, pleasure, love and orgasm. *SexuS Journal Winter*. 4,11.
- Schnarch, D. (1991). *Constructing the sexual crucible: An integration of sexual and marital therapy*. WW Norton & Company.
- Sira M. (2011). *Entre sábanas, consejos prácticos para mejorar tu vida sexual y de pareja*. Editorial Norma p.p. 49-53.
- Veale D., Miles S., Bramley S., Muir G., Hodsoll J. (2015). Am I normal? A systematic review and construction of nomograms for flacid and erect penis length and circumference in up to 15 521. *BJU Int*; 115, 97886.

Whipple, B., Brash-McGreer, K. (1997). Management of female sexual dysfunction. Sexual function in people with disability and chronic illness. A health professional's guide, 509-534.

Wibowo E., Wassersug R. (2016). Multiple orgasms in men—what we know so far. Sex Med Rev. 4, 136-48.

Wise N., Frangos E., Komisaruk B. (2017). Brain activity Unique to Orgasm in Women: An fMRI Analysis. J Sexual Med. 14(11), 1380-1391.

Woodard T., Diamond M., (2010). Physiologic Measures of Sexual Function in Women: A Review. National Institutes of Health. 92 (1), 19-34.