

SEXÓLOGOS VALENCIA

El mapa

*La anatomía del clítoris y cómo funciona
la respuesta sexual de verdad*

Sergio Pérez Serer

Psicólogo General Sanitario · Colegiado CV07113
Sexólogo clínico

SEXÓLOGOS VALENCIA

El mapa · Guía

La anatomía completa del clítoris, los tres modelos de respuesta sexual y qué dice la investigación sobre la brecha del orgasmo.

Redacción y dirección clínica: Sergio Pérez Serer, Psicólogo General Sanitario, colegiado CV07113, y sexólogo clínico. Sexólogos Valencia · Calle Maestro Valls 28 · 46022 Valencia · 601 082 966.

Primera edición, septiembre de 2026. Gratuita. Material educativo: las cifras son aproximadas y proceden de encuestas con metodologías distintas.

Aviso. No diagnostica ni sustituye una consulta. Si algo de lo que te ocurre te causa malestar, consulta con un profesional sanitario con formación en sexología clínica.

Índice

1 El clitoris entero

Seis partes, y solo una se ve

2 Orgasmo vaginal o clitoriano

Por qué esa división no se sostiene

3 Los modelos de respuesta

De Masters y Johnson a Basson

4 La brecha del orgasmo

Qué la explica y qué no

5 Cuatro ideas que conviene soltar

Y cuándo consultar

CAPÍTULO UNO

El clítoris entero

La parte visible es la punta de algo mucho mayor.

Lo que se ve por fuera es el glande, del tamaño aproximado de un guisante. El conjunto mide alrededor de diez centímetros y está casi todo bajo la piel, rodeando la uretra y la vagina.

Parte	Qué es
Glande	La única porción visible. Concentra una densidad muy alta de terminaciones nerviosas.
Capuchón	El pliegue que lo cubre y lo protege. Para muchas personas la estimulación directa resulta molesta y es más cómoda a través de él.
Cuerpo	La parte que se interna bajo la piel y se curva hacia abajo. Tejido eréctil que se llena de sangre.
Pilares	Dos prolongaciones que descienden a ambos lados y se anclan al hueso. Aportan la mayor parte de la longitud.
Bulbos	Dos masas de tejido eréctil que rodean la vagina y la uretra y presionan esa zona al llenarse de sangre.
Esponja uretral	Tejido eréctil alrededor de la uretra. Es la región descrita popularmente como punto G.

Su descripción anatómica completa, con disección y resonancia magnética, la publicaron Helen O'Connell y colaboradores entre finales de los noventa y los primeros dos mil. Antes de eso, los manuales clásicos recogían poco más que el glande.

CAPÍTULO DOS

Orgasmo vaginal o clitoriano

Una división que viene de una teoría, no de la anatomía.

Como categorías separadas no se sostienen. Los bulbos y los pilares del clítoris rodean la vagina, de modo que **la estructura implicada suele ser la misma**. Lo que cambia es desde dónde se estimula y qué se siente.

La distinción procede de una teoría psicoanalítica de principios del siglo XX, según la cual el orgasmo clitoriano era una fase inmadura. La investigación posterior no la confirmó, pero la idea sigue circulando y hace daño: convierte en defecto lo que es la anatomía de la mayoría.

La consecuencia práctica

Necesitar estimulación del clítoris no es un fallo ni una carencia: es lo habitual. Solo alrededor de una de cada cinco mujeres llega al orgasmo únicamente con penetración.

CAPÍTULO TRES

Los modelos de respuesta

Sesenta años de diferencia, y una consecuencia clínica muy concreta.

Modelo	Qué propone	Su límite
Masters y Johnson, 1966	Cuatro fases en orden fijo: excitación, meseta, orgasmo y resolución. El primero basado en observación en laboratorio.	No incluye el deseo y da por supuesto que la respuesta es igual en todas las personas.
Kaplan, 1979	Añade el deseo como primera fase. Así pasó a los manuales diagnósticos.	Sigue siendo lineal: si el deseo no aparece antes, lo interpreta como un fallo.
Basson, 2000	Modelo circular: el encuentro puede empezar desde la neutralidad, por motivos como la intimidad, y el deseo aparece después, como respuesta.	Describe bien a muchas personas, pero no a todas: conviene usarlo como una posibilidad, no como norma.

Lo que cambió Basson en la consulta: **dejó de considerarse anómalo que el deseo llegue después de la excitación**. Muchas personas, sobre todo en relaciones largas, funcionan así, y eso no es un trastorno del deseo.

CAPÍTULO CUATRO

La brecha del orgasmo

Uno de los hallazgos más repetidos de la investigación sexológica.

Grupo	Llega al orgasmo casi siempre
Hombres heterosexuales	Alrededor del 95 %
Mujeres heterosexuales	Alrededor del 65 %
Mujeres lesbianas	Alrededor del 85 %
Solo con penetración, sin estimulación del clítoris	Alrededor de una de cada cinco mujeres

Son cifras aproximadas de grandes encuestas, con diferencias entre estudios. Lo que importa no es el decimal: **que las mujeres lesbianas presenten porcentajes mucho más altos descarta que la diferencia sea anatómica**. Lo que la explica es qué prácticas se consideran «el sexo».

Lo que reduce la brecha

Que la estimulación del clítoris forme parte del encuentro, y no sea un añadido previo o un recurso de emergencia. Eso, y quitar el reloj de en medio.

CAPÍTULO CINCO

Cuatro ideas que conviene soltar

Y cuándo es momento de consultar.

La idea	Lo que sabemos
«Hay orgasmos vaginales y clitorianos.»	La estructura implicada suele ser la misma. Cambia desde dónde se estimula.
«Necesitar el clítoris es un fallo.»	Es lo habitual, no la excepción.
«El deseo tiene que venir antes.»	En muchas personas aparece durante la intimidad, como respuesta.
«Si tardo mucho, algo va mal.»	El tiempo varía enormemente. Cronometrarlo es de lo que más lo dificulta.

Cuándo consultar

Cuando la ausencia de orgasmo, el dolor o la falta de deseo causan malestar, duran meses o generan tensión en la pareja. También si aparecen junto a dolor, cambios de ánimo o una medicación nueva. La valoración la hace un profesional sanitario con formación en sexología clínica.

En qué se apoya

- **O'Connell y colaboradores.** Anatomía completa del clítoris mediante disección y resonancia magnética.
- **Masters y Johnson, Kaplan y Basson.** Los tres modelos de respuesta sexual, en orden histórico.
- **Encuestas en población general.** Diferencias en la frecuencia de orgasmo según sexo y orientación, y papel de la estimulación del clítoris.



Sergio Pérez Serer

Psicólogo General Sanitario · Colegiado CV07113
Sexólogo clínico · Director de Clínica Pérez-Vieco

Sexólogos Valencia · Calle Maestro Valls 28 · 46022 Valencia
601 082 966 · info@sexologosvalencia.es
Lunes a jueves, de 9:00 a 21:00

Primera edición · Septiembre de 2026