

## ARTÍCULO DE REVISIÓN

### **Eyacuación y placer sexual en el varón: una relación compleja y multideterminada**

*Male ejaculation and sexual pleasure: A complex relation with multiple determining factors*

MsC. Loraine Ledón Llanes,\* Dr. Gustavo L. Acosta Ballester,\*\* Dra. Lizet Castelo Elías-Calle\*\*\*

Instituto Nacional de Endocrinología

[loraine.ledon@infomed.sld.cu](mailto:loraine.ledon@infomed.sld.cu)

\*Licenciada en Psicología, máster en Género, Sexualidad y Salud Reproductiva, investigadora auxiliar, trabaja en el Departamento Psicosocial, Instituto Nacional de Endocrinología, La Habana. \*\*Médico especialista en Medicina General Integral, máster en Educación Médica y en Medicina Bioenergética, profesor auxiliar, trabaja en el Policlínico Luis de la Puente Uceda, La Habana. \*\*\*Médica especialista en Endocrinología, máster en Longevidad Satisfactoria, profesora auxiliar, investigadora agregada, trabaja en el Departamento Centro de Atención al Diabético, Instituto Nacional de Endocrinología, La Habana.

#### RESUMEN

Reflexiones sobre la pretendida relación entre volumen de semen eyaculado y placer sexual, originalmente establecida por Masters y Johnson. Para ello se realiza una revisión de textos clásicos y artículos científicos de actualidad en temas de respuesta sexual humana, sexualidad y sexología, con énfasis en el proceso de eyacuación. El trabajo se estructura en apartados que muestran los aspectos fundamentales relacionados con la eyacuación y algunas dimensiones o factores con los que se vincula: aspectos descriptivos generales, enfoques para comprender la experiencia orgásmica masculina inclusiva de eyacuación, técnicas sexuales, trastornos eyaculatorios, orgasmo y placer sexual. Se realiza una discusión final que expresa la postura de los autores frente al tema.

*Palabras claves:* volumen de semen eyaculado, eyacuación, orgasmo, placer sexual.

ABSTRACT

*Reflections on the supposed relationship between the volume of ejaculated semen and sexual pleasure, originally established by Masters and Johnson. For this purpose, a revision of classic texts and current scientific articles about topics of human sexual response, sexuality and sexology, with emphasis on the ejaculation process is made. The article is structured in sections that show the fundamental aspects concerning ejaculation and some related dimensions or factors: general descriptive aspects, and comprehensive perspectives on the masculine orgasmic experience that include ejaculation, sexual techniques, ejaculatory dysfunctions, orgasm and sexual pleasure. The position of the authors regarding this topic is discussed.*

Key words: *volume of ejaculated semen, ejaculation, orgasm, sexual pleasure*

### **Introducción**

La eyaculación es una de las expresiones sexuales del varón que menor atención ha recibido en la literatura científica, a menos que presente un «trastorno» o se exprese de forma «diferente» atendiendo a criterios médicos y sociales. Al decir de R. J. Levin: «De las cuatro “E’s” de la función sexual masculina: la excitación, la erección, la emisión y la eyaculación; el mecanismo que ha sido menos estudiado es el último: la eyaculación», la que el autor considera «la Cenicienta de los mecanismos masculinos, con un muy limitado catálogo de estudios experimentales en su haber» (1:123).

La eyaculación es un proceso fisiológico que se expresa en la fase de la respuesta sexual masculina correspondiente al orgasmo, y está relacionado con factores biopsicosociales. Si bien se encuentra debidamente esclarecido que eyaculación y orgasmo son dos fenómenos diferentes, en ocasiones se han establecido paralelismos entre estos, uno de los cuales relaciona positivamente la cantidad de volumen de eyaculado con la vivencia del placer sexual en el varón. Esta relación, descrita originalmente por W. Masters y V. Johnson, se ha perpetuado en algunos textos y artículos posteriores.

El propósito del trabajo es reflexionar sobre esta pretendida relación, para lo que se revisan textos clásicos y artículos científicos de actualidad en temas de respuesta sexual humana, sexualidad y sexología, con énfasis en la eyaculación. El trabajo se

estructura en apartados que muestran los aspectos fundamentales de la eyaculación y algunas dimensiones relacionadas. Al final se realiza una discusión que expresa la postura de los/las autores/as frente a la relación entre volumen de semen eyaculado y placer sexual en el varón.

### **Aspectos descriptivos generales de la eyaculación**

La eyaculación de líquido seminal no presenta analogías en la respuesta sexual femenina (2). Es el resultado de un conjunto de fenómenos neuromusculares que permiten la progresión del semen durante el ciclo de respuesta sexual y su expulsión por el conducto uretral al final del ciclo (3). Aunque la eyaculación se ubica en la tercera fase de la respuesta sexual humana (orgasmo), desde la fase de meseta puede observarse la emisión preorgásmica de un fluido mucoso claro, transparente, producido por las glándulas de Cowper, que escapa del meato uretral de forma involuntaria y puede contener espermatozoides activos (2, 4-6).

Aunque la eyaculación casi siempre se expresa simultáneamente a la experiencia orgásmica, no constituyen un solo e idéntico proceso (3, 5): el orgasmo es una respuesta psicofísica global (7), relacionada con las contracciones musculares rítmicas en la región pélvica y otras zonas del cuerpo que liberan la tensión sexual acumulada, y con sensaciones subjetivas (5) secundarias a mensajes eróticos de los receptores distribuidos por todo el cuerpo (8). El orgasmo masculino es variable (2, 5). La eyaculación es una respuesta fisiológica, un fenómeno objetivo (7) referido específicamente a la expulsión de semen, a veces sin que se produzca orgasmo (5).

### **Enfoques para comprender la experiencia orgásmica masculina inclusiva de eyaculación**

Para Masters y Johnson el orgasmo masculino que incluye eyaculación puede estudiarse según enfoques fisiológico, psicológico y sociológico (2).

#### *Enfoque fisiológico*

La fisiología del orgasmo masculino incluye las condiciones y reacciones físicas durante el desarrollo de la tensión sexual. La eyaculación puede dividirse fisiológicamente en dos etapas (2, 3, 7): emisión y eyaculación propiamente dicha (4).

La emisión es la expulsión del líquido seminal desde los órganos accesorios de la reproducción (próstata, vesículas seminales) a través de los conductos eyaculadores (vasos eferentes del testículo, epidídimo y conducto deferente) y su

deposición en la uretra prostática (2, 6, 7) por la contracción refleja de dichos órganos (9). La emisión se da una fracción de segundo antes de la eyaculación y se halla bajo el control del sistema nervioso autónomo (4). A medida que el semen se colecta en la uretra prostática, se produce una expansión de dos a tres veces el volumen del bulbo uretral, que anticipa la segunda etapa. El cierre del esfínter estriado de la uretra crea un gradiente de presión intrauretral que se asocia con la sensación de eyaculación inminente (7) o «inevitabilidad de la eyaculación» (4), e inicia la eyaculación por los cambios de presión y la distensión de la uretra posterior (10).

La segunda fase de eyaculación inicia con el fin de coleccionar secreciones genitales en la uretra prostática (1): comprende la propulsión del semen desde esta hacia el meato uretral a través de las porciones membranosas, e implica la relajación del esfínter estriado de la uretra, la contracción del esfínter liso y las contracciones rítmicas de la uretra prostática, la uretra peneana y los músculos de la base del pene (2, 7, 11, 12). Estos movimientos culminan con la salida del semen por el meato urinario mediante contracciones cíclicas de la última parte de la uretra peneana a intervalos de 0,8 segundos (2, 5-7, 9). Las contracciones son el aspecto motor del reflejo eyaculador, comprimen la base del pene y hacen que el semen salga en tres a siete chorros (4). El esfínter interno del cuello de la vejiga urinaria permanece cerrado para que el líquido seminal avance hacia el pene (6). Luego de las primeras tres o cuatro contracciones peneales, estas se espacian y disminuye su intensidad (5).

Luego de la eyaculación, en la fase de resolución, el varón entra en un período refractario en el que es imposible otra eyaculación. Puede durar desde minutos a varias horas, se prolonga con la edad y tras cada eyaculación repetida (4, 6).

*Mecanismos de la eyaculación.* Aún existe una incompleta comprensión de la neurofisiología general de la eyaculación, se conoce que está asociada a numerosos eventos neurofisiológicos integrados por interacciones nerviosas, hormonales y vasculares (13, 14), y también responde a un proceso de aprendizaje (15).

La eyaculación refleja una actividad de los centros corticales superiores y también es un acto reflejo (2): al parecer no existe un único centro cerebral, sino varias áreas interconectadas que envían el mensaje final hacia la médula espinal para instigar la eyaculación (1, 4, 16). Los aspectos viscerales se rigen por el sistema nervioso simpático. A nivel cerebral los centros de la emisión y eyaculación tienen,

como neurotransmisor facilitador, la dopamina y, como inhibidor, la serotonina. El mecanismo propulsor del bolo seminal a nivel uretral está innervado por nervios somáticos provenientes del nervio pudendo, originados a nivel de S2-S4 (7).

El sistema límbico se relaciona también con la eyaculación (17). Las áreas de eyaculación se localizan a lo largo del tracto espino-talámico y en su estación receptora en el tálamo, así como en ciertas áreas de proyección talámica del sistema límbico (18). Existen evidencias de que la eyaculación resulta afectada por mecanismos reguladores hormonales (7): estudios experimentales en roedores sugieren la influencia de hormonas como la prolactina (PRL), la hormona estimulante del folículo (FSH) y la hormona luteinizante (LH) (17).

*Eyaculación y edad.* La eyaculación se modifica con la edad (7): el período refractario aumenta, y la fuerza y frecuencia de eyaculación y su característica bifásica declinan marcadamente después del máximo de la adolescencia (4, 19). Kaplan describe la experiencia de eyaculación en el hombre en las diferentes etapas de su vida (19). Tanto esta autora como Masters y Johnson refieren que este cambio no necesariamente limita el placer, y que librarse de la necesidad de una rápida descarga eyaculatoria puede potenciar un intercambio sexual más satisfactorio e imaginativo, siempre que se disfrute de buena salud y oportunidades (4, 19).

#### *Enfoque psicológico*

Para Masters y Johnson, el proceso fisiológico de la eyaculación puede correlacionarse con la progresión subjetiva hacia la experiencia orgásmica (2).

En la fase de emisión, el hombre experimenta la sensación de inevitabilidad de la eyaculación (2) en forma de calor o presión intensos, a veces acompañada de estremecimiento o sacudidas (5). En la fase de eyaculación propiamente dicha, la subjetividad masculina progresa en dos etapas. La primera se relaciona con las contracciones del esfínter de la uretra, que estimulan la sensación contráctil y varían en intensidad y apreciación subjetiva (2). Estas contracciones son muy placenteras y pueden describirse como una sensación de bombeo (5). La segunda etapa se relaciona con el paso del semen bajo presión a través de la uretra distendida y alargada, con lo cual el varón tiene una apreciación subjetiva del volumen seminal (2) y puede experimentar de forma diferente las contracciones: como un chorro cálido de líquido o como una sensación punzante (5). Para Masters y Johnson, la apreciación subjetiva del volumen seminal se ejemplifica cuando los

varones refieren que perciben mayor intensidad del orgasmo luego de un período de abstinencia (en que el volumen seminal es mayor), en comparación con la situación en que eyaculan poco tiempo después de una primera eyaculación (cuando, por tanto, el volumen seminal es menor) (2).

Estos autores encontraron en su muestra de estudio que cuanto «mayor sea el volumen eyaculado, mayor es la sensación subjetiva del placer» (2:194), derivado de la capacidad del volumen del líquido seminal emitido para distender la uretra (7). Cuando los hombres estudiados presentaban multieyaculaciones, la experiencia más satisfactoria referida por ellos era la primera (7).

En un reciente artículo, Levin revisa críticamente ocho aspectos fisiológicos del proceso de excitación sexual descritos en el reporte original de Masters y Johnson (1966, primera edición, citado por Levin) (20), los que a la luz del incremento de los estudios de laboratorio disponibles han mostrado la necesidad de corrección, modificación o explicación adicional. El punto 7 de su revisión se refiere al tema de la relación entre volumen de semen eyaculado y placer sexual en el varón. El autor cuestiona aspectos de la metodología de investigación utilizada por Masters y Johnson para arribar a dicha conclusión (20):

- 1) el dato sobre la cantidad de sujetos masculinos estudiados no se refiere;
- 2) para obtener el «mayor volumen de fluido» los sujetos no eyacularon al menos durante cinco días, lo que crea confusiones sobre si la apreciación de mayor placer sexual fue resultado del mayor volumen de fluidos o de la posibilidad de tener una eyaculación luego del periodo de abstinencia;
- 3) en su opinión, resulta extremadamente difícil diseñar un experimento que permita analizar y describir la influencia de estos factores.

A estos cuestionamientos se puede añadir que es posible que las condiciones de estudio en laboratorio de la respuesta sexual condicionen que las referencias vivenciales se centren más en sus aspectos anatomofisiológicos.

En un segundo momento, Levin analiza algunos resultados de estudios que no apoyan la relación entre volumen de semen eyaculado y placer sexual (20):

- 1) El propio autor (1) reporta que cuando no es expelido ningún volumen de eyaculado (eyaculación «seca»), el placer referido ha sido tan bueno como en eyaculaciones con buen volumen.

- 2) Gerstenberg, Levin y Wagner (11) estudiaron un grupo de sujetos a quienes se les administró una droga para interrumpir la emisión y la eyaculación, y aun tuvieron orgasmo; reportaron que el mismo fue equivalente en placer a los obtenidos con un completo volumen eyaculado.
- 3) M. T. Rosenberg y sus colegas (21) estudiaron cerca de quinientos hombres entre 18 y 89 años, y significativamente la mayoría reportó que su placer sexual obtenido de la eyaculación estaba más relacionado con la fuerza de sus eyaculaciones que con el volumen de eyaculado.

Para Levin, ni la metodología de investigación utilizada por Masters y Johnson ni los estudios disponibles apoyan la existencia de «una simple relación entre el volumen de semen eyaculado y el placer sexual involucrado» (20:397).

Un aspecto relevante para la vivencia subjetiva de placer durante la eyaculación es la experiencia contráctil. En *Masters and Johnson on sex and human loving* (Boston: Little Brown and Company; 1985) de Masters, Johnson y Kolodny, citado por Haning *et al.* (22), las contracciones musculares espasmódicas que expelen el semen, es la característica más confiable de que el orgasmo ha ocurrido. Sin embargo, Levin es especialmente enfático en aclarar que aunque «el placer extático pulsátil ocurre con cada contracción, las contracciones voluntarias del músculo estriado bulbocavernoso no crean este placer. El sitio exacto de generación del placer eyaculatorio es aún un misterio» (1:125). Masters, Johnson y Kolodny refieren:

La detección de intensas contracciones durante un orgasmo no significa necesariamente que sea percibido como «mejor» que otro orgasmo en el que las alteraciones corporales sean menos vivas. Un orgasmo fisiológico más moderado puede ser vivido de forma más intensa, placentera y satisfactoria que otro orgasmo fisiológico más activo [5:101].

Si bien los mecanismos reflejos de la respuesta orgásmica son bastante uniformes, la vivencia de su intensidad varía en relación con el estado físico de la persona, la frecuencia eyaculatoria (23, 24); los cambios emocionales (23); los aspectos cognitivos (9); factores psicosociales como la actividad, las expectativas y los sentimientos en torno al hecho sexual (5); el momento y las circunstancias alrededor de la experiencia sexual (23) y las condiciones generales de la relación: vinculación erótica, actitud ante la sexualidad, nivel de deseo y respeto (25).

---

### *Enfoque sociológico*

Masters y Johnson refirieron la existencia de factores ambientales, culturales y sociales influyentes en la experiencia del orgasmo (2). No obstante, reconocieron la escasez de literatura al respecto debido a la estructuración de la eyaculación masculina como necesidad para el ciclo de vida, con lo cual ha sido menos controlada (en comparación con el orgasmo femenino, por ejemplo), y al mayor interés hacia otras áreas de la respuesta sexual masculina, como la erección. Para ellos, la inadaptación sexual en el hombre y el problema cultural del desempeño sexual masculino no se relacionan con la obtención del orgasmo (2), sino con la habilidad para sostener la erección dentro de marcos científicamente establecidos. Levin refiere la existencia de algunas dificultades para la exploración científica de la eyaculación, relacionadas con el insuficiente desarrollo tecnológico actual para aprehender particularidades del proceso eyaculatorio tales como la rapidez de los movimientos musculares y la localización «escondida» en la pelvis de esta actividad fisiológica (1).

*Técnicas sexuales, eyaculación y placer.* La experiencia y progresión sexuales también dependen de aspectos físicos y mecánicos que pueden ejercer mayor o menor influencia estimuladora de la excitación, el orgasmo, la eyaculación y el placer sexual. Estudios clínicos indican que, en circunstancias normales, la estimulación táctil en general, y en específico la estimulación rítmica del glande y del cuerpo del pene, es un requisito fundamental para la eyaculación (4, 18, 26).

Las posiciones coitales merecen algunas consideraciones: las que permiten introducir el pene con mayor facilidad y libertad de movimientos («misionero»), pueden disminuir el control del reflejo eyaculatorio; las que permiten mayor control eyaculatorio (la pareja encima) pueden considerarse como amenazantes (27) desde definiciones de «masculinidad hegemónica» (28), difíciles para el empuje pélvico (27) o muy eróticas, lo cual puede disparar la respuesta orgásmica y eyaculatoria; la penetración por detrás puede ser muy excitante para el hombre por las sensaciones de roce en sus genitales y la visualización de áreas de gran significado erótico, pero puede limitar la intimidad emocional y dificultar la realización de movimientos pélvicos profundos (27).

Ello muestra que ninguna posición por sí misma sostiene la mayor relevancia para la eyaculación y el placer sexual, y que ambos conceptos no necesariamente van de la mano. Masters, Johnson, Kolodny (27) y Schnabl (25) consideran que el goce del

sexo no depende tanto de la eficiencia mecánica demostrada como de la forma en que dos personas se relacionan y comunican.

### **Trastornos eyaculatorios**

El presente apartado muestra las generalidades de los cuadros disfuncionales eyaculatorios y algunas particularidades que pueden arrojar luz sobre la relación entre volumen de semen eyaculado y placer sexual.

#### *Eyaculación precoz (EP)*

Lo que ha hecho de la eyaculación un propósito de estudio es la EP (1), el trastorno eyaculatorio más frecuente con un valor referencial de prevalencia de 29 % (3), que afecta a 75 % de los hombres en algún momento de su vida (29) y que es común entre varones jóvenes (7, 30).

No existe en la actualidad un concepto preciso sobre la EP clínicamente satisfactorio, debido a que se inserta en la dinámica de respuesta sexual de la pareja (7, 15) y se relaciona con factores socioculturales y de personalidad (15). Según la quinta edición del *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales* (DSM-V), la EP se caracteriza por una eyaculación que ocurre más de 75 % de las veces antes, durante o muy poco después de iniciarse la actividad sexual y antes de que el hombre lo desee, a consecuencia de la incapacidad percibida para demorar la eyaculación, y que tiene efectos personales negativos en él (31). Para autores como Waldinger (32), no existe patofisiología ni etiología particular para esta entidad.

No siempre la EP se consideró como un trastorno de la respuesta sexual del varón: por años se consideró aceptable, muestra de «la superioridad biológica masculina» (6). Algunos autores la han considerado como un legado del hombre primitivo que permitía la inseminación de un número mayor de hembras y mayor dispersión de su material genético (33).

La etiología de la EP puede ser orgánica y psicológica (7). La etiología orgánica es menos frecuente (34), aunque no menos importante (35-37). Las causas psicológicas tienen un peso mayor (38) y son variadas (7). Aunque la EP no muestra correlación con conflictos sexuales, psicopatología, relación marital o nivel socioeconómico (39), se asocia comúnmente a distrés (30), pérdida de la autoconfianza sexual, y menor satisfacción y disfrute de la experiencia sexual y la

relación de pareja, por preocupaciones del varón respecto al control de sus orgasmos (40).

Symonds y sus colegas exploraron en veintiocho hombres con EP cómo esta condición había afectado sus vidas y encontraron que el trastorno causaba baja autoestima y preocupaciones respecto a la relación de pareja (38). Corretti encontró que la exposición a la valoración de la pareja sexual puede causar ansiedad, lo que afecta negativamente el control del reflejo de eyaculación y la reducción del tiempo de latencia (30). Según estos resultados, el placer y la satisfacción sexual en hombres con EP parecen afectados no tanto por la eyaculación y orgasmo *per se*, sino porque la rapidez y la sensación de no tener control generan distrés, malestares e insatisfacciones en la pareja.

#### *Eyaculación retardada (ERA)*

Como resultado del ejercicio de un exceso de control involuntario sobre el reflejo de eyaculación (4, 9, 34), se inhibe el reflejo eyaculador y orgásmico del hombre (41, 42), y se bloquea la secuencia sexual en la fase de meseta (4, 42); lograr la eyaculación requiere prolongado tiempo y estimulación, y la excitación sexual es a veces muy tardía (34). Este trastorno se observa en todos los grupos de edad (34) y se relaciona con factores psicotraumáticos (41).

Para el hombre que no padece de conflictos, el alto nivel de excitación que precede el orgasmo se caracteriza por una sensación de «abandono» sexual que se transforma en una experiencia muy placentera (4). Sin embargo, los prolongados períodos de empuje peneal necesarios para la eyaculación pueden resultar física y psicológicamente incómodos para la pareja (34).

#### *Incompetencia parcial en la eyaculación*

Se trata de una variante de la ERA que en ocasiones se confunde con la eyaculación retrógrada (ERE). Según Kaplan (42), los pacientes tienen dificultad para abandonarse a la experiencia sexual y se preocupan por su desempeño. La respuesta eyaculatoria está solo inhibida parcialmente: la fase de emisión está intacta mientras la de eyaculación está ausente. Los sujetos perciben la sensación de inevitabilidad de la eyaculación, pero no sienten auténticas sensaciones orgásmicas porque no ocurren. El semen gotea porque el componente pulsátil, placentero, queda inhibido (4, 42). El varón en el momento del clímax solo siente la emisión y no percibe el placer orgásmico (42).

---

*Inhibición de la eyaculación (o incapacidad eyaculatoria según Kolodny, Masters y Johnson) (5) (IE)*

Es uno de los trastornos sexuales masculinos más desafiantes y que menos atención ha recibido (43). Es la incapacidad de eyacular durante la penetración a pesar de existir alto nivel de excitación sexual (15, 34). Es menos frecuente en población clínica (15), su incidencia es de 5 % a 11 % en población general (44) y se presenta en hombres menores de treinta y cinco años (34). Sus causas pueden ser orgánicas (15, 17, 34), aunque un modelo de comprensión neurobiológica lo considera parte de la variabilidad biológica del umbral de excitación necesario antes del orgasmo (45). La mayoría de sus causas son psicógenas (15, 17, 46).

Esta disfunción induce tanto problemas emocionales como prácticos en ambos miembros de la pareja (46), aunque también puede causar intenso placer sexual, pues permite coitos muy prolongados (1-2 horas) (34). En un estudio cualitativo realizado con hombres con IE, Robbins-Cherry y sus colegas encontraron cuatro temas claves, entre estos la «percepción de la situación» (46): para algunos de los hombres, no ser capaz de eyacular no fue percibido como un problema.

*Eyaculación retrógrada (ERE)*

En este trastorno el cuello de la vejiga no se cierra herméticamente durante el orgasmo, debido al efecto de alguna enfermedad o drogas anticolinérgicas que alteran la integridad anatómica del cuello vesical e interfieren en su tono neurológico, por lo que el semen es expulsado dentro de la vejiga (5, 42, 47). Según Masters, Johnson y Kolodny, el hombre afectado experimenta una sensación diferente durante la eyaculación: si bien percibe que se produce el orgasmo, advierte la ausencia de la sensación que produce el líquido seminal al avanzar por la uretra distal (5). El orgasmo es placentero pero «seco»: no hay emisión externa de líquidos (42), lo cual puede resultar penoso para algunos, mientras que no representa preocupación alguna para otros (47).

Según las referencias anecdóticas de varones con diabetes mellitus de larga evolución y complicaciones de la enfermedad, que presentan ERE y han recibido atención en las consultas de disfunción sexual del Instituto Nacional de Endocrinología, no existe diferencia respecto al placer vivenciado a partir de las experiencias orgásmicas con o sin ERE. Sus malestares aparecen cuando se plantean proyectos reproductivos, cuando la ERE se acompaña de disfunción eréctil y cuando la pareja refiere inquietudes respecto a la no visualización del semen, estructurado como momento clímax y fin del ejercicio sexual masculino.

---

### **Orgasmo y placer: entre la fisiología y la subjetividad**

El orgasmo es un fenómeno subjetivo cumbre con manifestaciones objetivas (contracciones) que se han puesto en el centro de la atención como prueba *sine qua non* del mismo (48). Muchos de los cambios corporales que ocurren en el orgasmo fueron observados por Masters y Johnson —*Human sexual response*, Boston: Little Brown; 1966, citado por Levin (48)— en sus doce años de estudios de laboratorio con 382 mujeres y 312 hombres. Sus descripciones fueron esencialmente fisiológicas.

El orgasmo es una de las funciones más intangibles del cerebro humano que incluye un grupo amplio de transiciones durante la terminación de la conducta sexual. Implica la progresión del deseo y la excitación sexuales (49) e incluye tanto aspectos fisiológicos como mentales no necesariamente sinérgicos (14, 48, 49). Las experiencias de placer orgásmico y satisfacción en los hombres han recibido poca consideración, pero la evidencia anecdótica sugiere que están sujetas a influencias psicosociales al igual que en la mujer (50). Uno de los factores hipotetizados como influyentes en el placer y la satisfacción orgásmicos se relaciona con la intensidad percibida y la ubicación anatómica de las sensaciones orgásmicas: el orgasmo masturbatorio se ha referido como más intenso físicamente y localizado que el coital, pero este último es más placentero y satisfactorio (51). Otros autores refieren que el placer y la satisfacción con el orgasmo dependen más de la intensidad psicológica de la experiencia orgásmica, relacionada con los sentimientos y las emociones experimentados (50).

Algunas evidencias enfatizan la importancia de la calidad de las relaciones para las experiencias orgásmicas masculinas (22, 50). McCarthy y Fucito consideran que, teórica y clínicamente, la sexualidad íntima e interactiva es lo primero que hay que considerar tanto por el hombre como por la pareja, porque la sexualidad es básicamente un proceso interpersonal cuya meta final es estimular la satisfacción con la relación (52). Schiavi encontró en hombres de edad avanzada que el funcionamiento y la satisfacción sexuales estaban más influidos por factores psicológicos, relacionales y psicosexuales que por factores vasculares, neurológicos y hormonales (53).

Mah y Binik evaluaron la experiencia orgásmica de jóvenes y encontraron: a) la satisfacción sexual y orgásmica fue significativamente mayor en el contexto de sexo en pareja en comparación con la masturbación en solitario, y tuvo más

relación con las características cognitivo-afectivas de la experiencia orgásmica que con las sensoriales; b) la intimidad emocional fue trascendental para el orgasmo; c) la intensidad psicológica y afectiva de la experiencia orgásmica tuvo mayor importancia para la vivencia de placer que la ubicación anatómica de las sensaciones orgásmicas; d) las sensaciones orgásmicas que trascienden la región genito-pélvica se evaluaron como más placenteras que estas últimas (50). Haning y sus colegas encontraron que la intimidad general, la intimidad sexual en pareja y la tendencia a lograr el orgasmo, correlacionaron positivamente con la satisfacción sexual en varones (22).

Un aspecto importante sobre la vivencia del orgasmo se relaciona con las representaciones sobre el placer sexual, que «significa diferentes cosas para diferentes hombres y debe ser definido más específicamente», según afirman Fink, Carson y DeVellis en «Adult circumcision outcomes study: Effect on erectile function, penile sensitivity, sexual activity and satisfaction» (*Journal of Urology* 2002; 167:2113-2116), citado por Richters (54). El placer trasciende la experiencia orgásmica, que ha recibido mayor atención quizás por la existencia de correlatos fisiológicos, objetivables en los órganos reproductivos y sexuales. No obstante, la expresión subjetiva del orgasmo es más difícil de aprehender por su carácter «profundamente personal», relacionada con conceptos de placer y satisfacción, pero a la vez diferentes de ellos, y cuya exploración demanda de habilidades combinadas de fisiólogos, psicólogos, endocrinólogos, imágenes cerebrales y del sujeto (48).

### **Discusión**

Las reflexiones aquí esbozadas se enmarcan en la revisión realizada y en el paradigma biopsicosocial de sexualidad humana del cual fueron pioneros Masters y Johnson (55), al defender su carácter «personalísimo» (27) y la integrada contribución de las influencias biológicas, psicológicas, interpersonales y culturales en todo acto sexual (13, 31, 56).

La eyaculación es un proceso aún pobremente estudiado, lo que ha conducido a que las evidencias, en particular sobre la relación entre volumen de eyaculado y placer sexual, sean escasas e insuficientemente esclarecedoras. La perpetuación de esta relación se vincula con el carácter revolucionario de los hallazgos de Masters y Johnson y su impacto en términos de reestructurar la concepción de sexualidad humana y brindar una superficie más objetiva de acción sobre la misma, unido a la

utilización de métodos de investigación científicos. Ello probablemente condujo a que algunas de sus afirmaciones se asumieran acríticamente. Sin embargo, un análisis más pormenorizado de sus resultados, evidencias posteriores y el avance en los procesos de comprensión de la sexualidad y el placer, permiten esbozar nuevos posicionamientos.

El establecimiento de una relación positiva entre volumen de semen eyaculado y placer sexual partió originalmente de la existencia de una variable «confusional» (la abstinencia sexual de los varones estudiados), cuya presencia debilita la supuesta relación. Asimismo, el establecimiento de dicha relación pareciera que tiene visos de generalidad, pero la literatura sobre respuesta sexual y eyaculación (incluso de los propios Masters y Johnson) se refiere a una diversidad de formas de experimentarlas no necesariamente menos placenteras.

Una reflexión necesaria se relaciona con el determinismo de los factores fisiológicos sobre la experiencia sexual en general y sobre el proceso eyaculatorio, el orgasmo y el placer sexual. Masters, Johnson y sus seguidores afirmaron que la intensidad de los aspectos anatomofisiológicos involucrados en la experiencia sexual puede influir pero no determinar por sí misma el placer y la satisfacción sexuales. Además, los aspectos fisiológicos se integran a una gama de factores (físicos, psicológicos, transaccionales, medioambientales, circunstanciales y socioculturales) que influyen en el proceso eyaculatorio y orgásmico en el varón. Esta complejidad de interacciones debilita el establecimiento de una relación directa entre volumen de semen eyaculado y placer sexual.

Otro aspecto importante es el concepto de *placer sexual*. Se describe que los cambios anatomofisiológicos suscitados en cada fase de la respuesta sexual, incluida la eyaculación, tienen un correlato subjetivo: en términos de vivencias y sensaciones. Sin embargo, estos cambios no se perciben de forma similar por cada individuo, ni tienen igual interpretación, ni bastan por sí mismos para abarcar el concepto de placer, que se construye a partir de sensaciones, sentidos, intercambios, fantasías, expectativas y representaciones en un marco concreto y simbólico de interacciones. Asumir que la sexualidad es diversa, variable y transformable, es asimismo asumir estos atributos para el placer sexual.

Sobre la base de la revisión y la discusión realizadas, se concluye:

- No existe relación lineal entre volumen de semen eyaculado y placer sexual en el varón.

- El volumen de semen eyaculado constituye un aspecto fisiológico de la eyaculación masculina que puede conducir o no a una percepción subjetiva de experimentar sensaciones físicas más intensas dentro del proceso eyaculatorio.
- La percepción subjetiva de sensaciones físicas dentro del proceso eyaculatorio puede contribuir o no a la estructuración de mayor placer sexual.
- El placer sexual es una dimensión irreductible a un aspecto fisiológico (volumen de semen), de uno de los procesos (eyaculación) perteneciente a una de las fases (orgasmo) de la respuesta sexual humana, que a su vez constituye solo una de las expresiones de la sexualidad.
- Tanto el campo de la eyaculación como el relativo a la estructuración del placer sexual precisa de mayores exploraciones científicas, desde una perspectiva interdisciplinaria.

## Referencias

1. Levin RJ. The mechanisms of human ejaculation—A critical analysis. *Sexual and Relationship Therapy* 2005; 20(1):123-131.
2. Masters WH, Johnson VE. Orgasmo masculino (eyaculación). En Masters WH, Johnson VE. Respuesta sexual humana. Ciudad de La Habana: Ed. Científico-Técnica; 1989. pp. 189-197.
3. Díaz O. Aspectos actuales en el diagnóstico, evaluación y tratamiento de la eyaculación precoz. *Sexología y Sociedad* 2004; 10(24): 35-38.
4. Kaplan HS. La anatomía y la fisiología de la respuesta de cambio. En Kaplan HS. La nueva terapia sexual I. 3a. reimp. Madrid: Alianza Editorial; 1986. pp. 23-60.
5. Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. El ciclo de respuesta sexual. En Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. La sexualidad humana. La Habana: Ed. Científico-Técnica; 1987. pp. 91-108.
6. Kolodny RC, Master WH, Johnson VE. Anatomía y fisiología sexual. En Kolodny RC, Master WH, Johnson VE. Tratado de medicina sexual. La Habana: Edición Revolucionaria; 1985. pp. 1-22.
7. Puentes Y, Alfonso C. Diagnóstico y tratamiento de la eyaculación precoz. En García CT, Fragas R, Alfonso AC, Arrue MI. Salud sexual y práctica sexológica.

Lecturas para profesionales de la salud. Vol. 1. La Habana: Editorial CENESEX; 2008. pp. 53-69.

8. Cavalcanti RS, Hernández R, Pereira PG. Ejaculação precoce/rápida. Consenso da Academia Internacional de Sexologia Médica. Rio de Janeiro: Ed. Guanabara-Koogan; 2005.

9. Kaplan HS. Naturaleza y causa de las disfunciones sexuales. En Kaplan HS. Manual ilustrado de terapia sexual. 2a. ed. Barcelona: Ediciones Grijalbo; 1978. pp. 21-30.

10. Newman HF, Reiss H, North JD. Physical basis of emission, ejaculation and orgasm in the male. *Urology* 1981; 19:341-350.

11. Gerstenberg TC, Levin RJ, Wagner G. Erection and ejaculation in man. Assessment of the electromyographic activity of the bulbocavernosus and ischiocavernosus muscles. *Br. J. Urol.* 1990; 65(4):395-402.

12. Shafik A. Response of the urethral and intracorporeal pressures to cavernous muscle stimulation: The role of the muscles in erection and ejaculation. *Urology* 1995; 46:85-88.

13. Barnes T, Eardley I. Premature ejaculation: The scope of the problem. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2007; 33(2):151-170.

14. Pomerol JM. Edad y función sexual masculina. *Med. Clin.* 2005; 124(5):179-80.

15. Kolodny RC, Master WH, Johnson VE. Disfunciones sexuales en el varón. En Kolodny RC, Master WH, Johnson VE. Tratado de medicina sexual. La Habana: Edición Revolucionaria; 1985. pp. 383-404.

16. Holstege GG, *et al.* Brain activation during human male ejaculation. *Journal of Neuroscience* 2003; 23:9185-9189.

17. Federación Latinoamericana de Sociedades de Sexología y Educación Sexual (FLASSES), World Association for Medical Sexology (WAMS). Patologías en sexología clínica. En FLASSES, WAMS, MDES-IIR. Manual diagnóstico de las enfermedades en sexología. 2a. ed. rev. Caracas: Editorial C.I.P.V.; 2010. pp. 65-162.

18. Kaplan HS. Cerebro y sexo. En Kaplan HS. La nueva terapia sexual I. 3a. reimp. Madrid: Alianza Editorial; 1986. pp. 61-76.

19. Kaplan HS. Los efectos de la edad sobre la sexualidad. En Kaplan HS. La nueva terapia sexual I. 3a. reimp. Madrid: Alianza Editorial; 1986. pp. 156-176.
20. Levin RJ. Critically revisiting aspects of the human sexual response cycle of Masters and Johnson: Correcting errors and suggesting modifications. *Sexual and Relationship Therapy* 2008; 23(4):393-399.
21. Rosenberg MT, Hazzard MA, Tallman CT, Ohi DA. Is the amount of physical pleasure with ejaculation related to volume or strength and force of ejaculation? *Journal of Sexual Medicine* 2006; 3(Suppl. 1), abstract 131: 55.
22. Haning RV, *et al.* Intimacy, orgasm likelihood, and conflict predict sexual satisfaction in heterosexual male and female respondents. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2007; 33(2):93-113.
23. Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. Tópicos comunes sobre la respuesta sexual. En Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. La sexualidad humana. La Habana: Ed. Científico-Técnica; 1987. pp. 108-109.
24. Palmieri A, *et al.* Ejaculatory abstinence influences intravaginal ejaculatory latency time: Results from a prospective randomized trial. *Urol Int* 2012; 88:459-462.
25. Schnabl S. El acto sexual (coito). En Schnabl S. El hombre y la mujer en la intimidad. La Habana: Ed. Científico-Técnica; 1989. pp. 61-95.
26. Schnabl S. Disfunciones de la potencia masculina y de la eyaculación. En Schnabl S. El hombre y la mujer en la intimidad. La Habana: Ed. Científico-Técnica; 1989. pp. 173-228.
27. Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. Sexualidad coital. En Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. La sexualidad humana. La Habana: Ed. Científico-Técnica; 1987. pp. 426-432.
28. Connell RW. La organización de la masculinidad. En Valdez T, Y Olavarría J, editores. Masculinidades: poder y crisis. Ediciones de las Mujeres, 24. Santiago de Chile: ISIS Internacional/FLACSO; 1997. pp. 31-48.
29. McMahon CG. Treatment of premature ejaculation with sertraline HCL: A single-blind placebo controlled crossover study. *Journal of Urology* 1998; 159:1935-1938.

30. Corretti G, Pierucci S, De Scisciolo M, Nisita C. Comorbidity between social phobia and premature ejaculation: Study on 242 males affected by sexual disorders. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2006; 32:183-187.
31. Perelman MA. Commentary on the DSM-V considerations regarding premature ejaculation. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2011; 37:145-150.
32. Waldinger MD. Premature ejaculation: Different pathophysiologies and etiologies determine its treatment. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2007; 34(1):1-13.
33. Hong LK. Survival of the fastest: On the origin of early ejaculation. *Journal of Sex Research* 1984; 20:109-122.
34. Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. Trastornos sexuales del hombre. En Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. La sexualidad humana. La Habana: Ed. Científico-Técnica; 1987. pp. 551-557.
35. Jannini EA, Simonelli C, Lenzi A. Sexological approach to ejaculatory dysfunction. *International Journal of Andrology* 2002; 25:317-323.
36. McMahon CG, et al. Disorders of orgasm and ejaculation in men. *Journal of Sexual Medicine* 2004; 1:58-65.
37. Waldinger MD. The neurobiological approach to premature ejaculation. *Journal of Urology* 2002; 168:2359-2367.
38. Symonds T, Roblin D, Hart K, Althof S. How does premature ejaculation impact a man's life? *Journal of Sex & Marital Therapy* 2003; 29(5):361-370.
39. Kaplan HS. Eyaculación precoz. En Kaplan HS. La nueva terapia sexual II. 3a. reimpr. Madrid: Alianza Editorial; 1986. pp. 403-437.
40. Hartmann U, Schedlowski M, Kruger TH. Cognitive and partner-related factors in rapid ejaculation: Differences between dysfunctional and functional men. *World Journal of Urology* 2005; 23:93-101.
41. Kaplan HS. Eyaculación retardada. En: Kaplan HS. La nueva terapia sexual II. 3a. reimpr. Madrid: Alianza Editorial; 1986. pp. 438-465.
42. Kaplan HS. Eyaculación retardada. Exceso de control eyaculatorio. En Kaplan HS. Manual ilustrado de terapia sexual. 2a. ed. Barcelona: Ediciones Grijalbo; 1978. pp. 163-180.

43. Hartmann U, Waldinger M. Treatment of delayed ejaculation. En Lieblum SR, editor. Principles and practice of sex therapy. New York: Guilford Press; 2007. pp. 241-276.
44. Laumann EO, Paik A, Rosen RC. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association* 1999; 281:537-544.
45. Waldinger M, Schweitzer D. Retarded ejaculation in men: An overview of psychological and neurobiological insights. *World Journal of Urology* 2005; 23:76-81.
46. Robbins-Cherry SA, Hayter M, Wylie KR, Goldmeier D. The experiences of men living with inhibited. *Sexual and Relationship Therapy* 2011; 26(3):242-253.
47. Kolodny RC, Master WH, Johnson VE. Sexualidad y enfermedades urológicas. En Kolodny RC, Master WH, Johnson VE. Tratado de medicina sexual. La Habana: Edición Revolucionaria; 1985. pp. 155-174.
48. Levin RJ. An orgasm is... Who defines what an orgasm is? *Sexual and Relationship Therapy* 2004; 19(1):101-107.
49. Georgiadis JR. Exposing orgasm in the brain: A critical eye. *Sexual and Relationship Therapy* 2011; 26(4):342-355.
50. Mah K, Binik YM. Are orgasms in the mind or the body? Psychosocial versus physiological correlates of orgasmic pleasure and satisfaction. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2005; 31:187-200.
51. Hite S. The Hite Report on Male Sexuality. New York: Ballantine; 1981.
52. McCarthy BW, Fucito LM. Integrating medication, realistic expectations, and therapeutic interventions in the treatment of male sexual dysfunction. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2005; 31(4):319-328.
53. Schiavi RC. Aging and Male Sexuality. Cambridge: Cambridge University Press; 1999.
54. Richters J. Bodies, pleasure and displeasure. *Culture, Health & Sexuality: An International Journal for Research, Intervention and Care* 2009; 11(3):225-236.
55. Berry MD. Historical revolutions in sex therapy: A critical examination of men's sexual dysfunctions and their treatment. *Journal of Sex & Marital Therapy* 2011; 37:151-160.

56. Levine SB. Pharmacologic treatment of erectile dysfunction. *British Medical Journal* 2004; 329:E310-E311.

FECHA DE RECEPCIÓN DE ORIGINAL: 27 de octubre de 2012  
FECHA DE APROBACIÓN PARA SU PUBLICACIÓN: 3 de abril de 2013