

Terapia sexual en 25 casos de eyaculación precoz

JOSE JOAQUIN MIRA

Centro de Orientación Familiar. INSALUD de Alcoy

DOSSIER

INTRODUCCION

Existe acuerdo al afirmar que entre las disfunciones sexuales masculinas la eyaculación precoz (EP) es, sin duda, la de mayor incidencia, manejándose difras de casi un 36% de prevalencia en la población masculina adulta (Frank y cols., 1978). En efecto, en nuestra experiencia la EP es el principal motivo de consulta de los varones (el 75% de los diagnósticos es de EP), y la segunda queja en importancia numérica del total de casos vistos (C. O. F., 1986).

Pese a este hecho y como es de sobra conocido, no hay acuerdo a la ho-

ra de definir los criterios para diagnosticar una EP. Así, se utilizan criterios como: tiempo de demora entre penetración y eyaculación (variando desde 30 sg. a 2, 5 ó 10 mn.); número de movimientos coitales realizados antes de eyaculación; si el varón puede controlar su eyaculación durante tiempo suficiente para la satisfacción orgásmica de su pareja en al menos el 50% de los intentos coitales; un criterio excesivamente vago como «control deseable a juicio del clínico»; o el más simple e individual de ausencia de control voluntario sobre el reflejo eyaculador; que sólo coinciden al rechazar la hipótesis de la «superioridad biológica» sugerida por Kinsey y cols. (1948), pero que dejan a juicio subjetivo del profesional la capacidad para decidir qué se considera problema y cuándo.

Por este motivo es por lo que, en nuestro caso, coincidimos de modo pragmático con la definición diagnóstica por negación del síndrome de EP propuesta por Lo Piccolo (1977): «ambos miembros de la pareja aceptan que la calidad de sus encuentros sexuales no está influida por la difi-

cultad para retrasar la eyaculación», que modifica sustancialmente el criterio diagnóstico al incluir los deseos y expectativas de la pareja demandante de ayuda.

El factor crítico en los casos de EP parece ser la falta de aprendizaje de la habilidad para demorar, independientemente del tiempo, el orgasmo cuando se está excitado (Perelman, 1980). Este déficit se traduce en uno de estos dos puntos: (1º) o bien el rasgo esencial de la EP es la existencia de un mecanismo reflejo demasiado rápido, por lo que los eyaculadores precoces experimentan el orgasmo a un nivel de excitación sexual inferior al normal (Semans, 1956); o (2º), la EP se produciría como consecuencia de una falta de control voluntario sobre el reflejo eyaculador, debida a un déficit en la retroalimentación del orgasmo y eyaculación (Kaplan, 1974).

Independientemente de esto, resulta evidente para los profesionales con experiencia en este campo que los varones que padecen este síndrome ven afectada su autoestima —especialmente en medios socioculturales rurales—; intentan por diversos medios —en ocasiones muy particulares— demorar la eyaculación; evitan las relaciones sexuales (frecuencia de coito por debajo de la habitual en esa comunidad), para no verse comprometidos por un nuevo «fracaso», y, en la terminología de Master y Johnson (1970), presentan un claro «rol de espectador».

En resumen, el panorama general es que no hay criterios ampliamente aceptados para diagnosticar una eyaculación precoz, cada profesional adopta un criterio según su valoración clínica —aunque todos sepamos de qué hablamos al referirnos a la EP—; no contamos con hipótesis claras y contrastadas sobre la etiología y los factores que contribuyen al mantenimiento de la EP, y, por último en nuestro caso particular, no disponemos de datos sobre población masculina española con EP.

Al objeto de aclarar algunos de estos aspectos de la EP, nos proponemos en este trabajo:

- Revisar las principales hipótesis sobre los factores que inciden en la génesis y mantenimiento de la EP, intentando verificarlas en nuestra población;
- Aproximarnos a cómo es vivida la EP en nuestro medio cultural, y
- Revisar las técnicas terapéuticas más usuales en el tratamiento de la EP.

HIPOTESIS EXPLICATIVAS DE LA OCURRENCIA DE LA EP

Revisando la bibliografía sobre el

TABLA N° 1. RELACION DE CASOS TRATADOS.

EDAD	LATEN.	POSICIONES	FP. REL.	MET. ANT.	QUEJA MUJ.	OTROS COMENTARIOS
27	3	Fem. inf.	2-3	C. I.	Anorgasm.	Varón no quiere ir a consulta
39	2	Fem. Inf.	1/M	C. I.	Anorgasm.	Varón dice que el problema es de su esposa
23	3	Varias	3-4	Natur.	—	Varón no quiere ir a consulta
30	2	Fem. Inf.	1-2	C. I.	Anorgasm.	Varón no quiere ir a consulta
27	5	Fem. Inf.	1-2	Condón	—	Varón dice que el problema es de su esposa
33	—	—	1	C. I.	—	Varón no acude
45	—	—	—	—	—	No desean tipo de terapia
44	1	—	—	C. I.	—	No quiere que su mujer «lo sepa»
24	5	Varias	2	Condón	Anorgasm.	Abandona terapia
34	2	Varias	3-4	Condón	—	Abandona terapia
31	5	Fem. Inf.	1/M	C. I.	Fob. Sex.	Abandona terapia
47	1	Fem. Inf.	2-3	Anov. Diu.	—	+
28	2	Fem. Inf.	2-3	Condón	Anorgasm.	+
43	2	Fem. Inf.	2	Condón	—	+
34	1	Fem. Inf.	E	Ninguno	Vaginismo	+
38	5	Fem. Inf.	1/M	Condón	Anorgasm.	Genera impotencia, prob. tratados +
18	1	Fem. Inf.	1	Ninguno	Anorgasm.	+
29	5	Fem. Inf.	1	C. I.	Anorgasm.	+
21	5	Fem. Inf.	1	C. I.	Anorgasm.	+
45	5	Fem. Inf.	3-4	C. I.	—	+
55	3	Fem. Inf.	1	C. I.	—	+
24	2	Varias	2	C. I.	—	+
20	1	Varias	2-3	Ninguno	—	+
33	3	Varias	3	Condón	—	+
44	2	Varias	1-2	Condón	—	+

CLAVE:

- Edad en años.
- Latencia en minutos menos cuando se indica J = intentos penetración.
- Posiciones: varias o preferentemente femenina inferior.
- Frecuencia de relaciones: x/semana, excepto cuando se indica x/mes o E = esporádicas
- Método anticonceptivo: C. I. = coitus interruptus.
- Otros métodos comentados: + = resultado exitoso de la terapia.

tema encontramos diferentes hipótesis sobre la ocurrencia de la EP. Algunas de estas hipótesis han sido ya rechazadas en estudios experimentales y sólo se comentarán brevemente para conocimiento del lector, otras han sido parcialmente confirmadas y estudiaremos si ocurren en nuestro caso y, por último, de otras sólo contamos con indicaciones de su ocurrencia e intentaremos conocer su efecto real. Las hipótesis a las que nos referimos son:

- 1.) Los eyaculadores precoces se excitan con más rapidez que los varones normales.
- 2.) En condiciones normales, los

eyaculadores precoces muestran siempre niveles de excitación mayores a los de los varones funcionales.

3.) Los eyaculadores precoces están excitados sexualmente en mayor número de situaciones potencialmente sexuales que los varones funcionales.

4.) Los eyaculadores precoces evalúan sus niveles de excitación sexual con menor acierto que los normales.

5.) Los eyaculadores precoces eyaculan estando menos excitados que los varones funcionales.

6.) La eyaculación ocurre más rápidamente tras un período de abstinencia

sexual. La latencia de la eyaculación correlaciona negativamente con la duración del período de abstinencia sexual del varón.

7.) Los eyaculadores precoces muestran períodos prolongados de abstinencia sexual. Tienen relaciones sexuales con menos frecuencia que los varones funcionales.

8.) No hay diferencias, entre varones con EP, en razón de edad u otras variables socioculturales.

9.) La posición coital más frecuente en parejas con varones disfuncionales a causa de EP, será la femenina inferior.

10.) El método anticonceptivo más utilizado por varones con EP será el coitus interruptus o el uso de preservativos.

Las recomendaciones terapéuticas incluirán: o bien el uso de la técnica de la **compresión** (Master y Johnson, 1970), o el procedimiento de **parada-marcha** (Semans, 1956), junto a las instrucciones de aumentar la frecuencia de relaciones sexuales —aproximadamente a 3 veces/semana— e insistir al varón en que debe atenderse a las señales de excitación de su cuerpo y no intentar desviar la atención de las mismas para no alcanzar el nivel de excitación que —como ya conoce— dispara el reflejo eyaculador.

DESCRIPCION DE LA MUESTRA DE ESTUDIO

En la tabla n° 1 puede verse los datos sobre edad, latencia de la eyaculación, posiciones coitales, frecuencia de relaciones sexuales, método anticonceptivo utilizado preferentemente, queja asociada en la mujer y otros comentarios —como por ejemplo, si la terapia resultó exitosa, abandonos u otros— obtenidos en la entrevista clínica de los 25 primeros casos de EP atendidos en la consulta de terapia sexual del Ctr. de Orientación Familiar del INSALUD en Alcoy.

Los casos se presentan ordenados en base a los comentarios que de los mismos se realizan.

En la tabla n° 2 se detalla las frecuencias observadas en cada una de las variables a estudio, según diferentes intervalos.

Por último, en la tabla n° 3 se explican los resultados de la terapia sexual realizada según el modelo propuesto por Semans (1956). Como se puede ver, de los 25 casos entrevistados solo en 19 fue posible el tratamiento; de éstos, en 14 casos la terapia resultó exitosa (criterio utilizado latencia de la eyaculación igual o superior a 11 mn., junto a la no preocupación de la pareja por el reflejo eyaculador).

COMENTARIO

Una vez expuestos tanto aspectos teóricos sobre la EP, como clínicos de 25 casos de EP, vamos a ver si se corresponden unos con otros, con la intención teórica de validar o rechazar, en nuestra muestra, las hipótesis que sobre la ocurrencia de la EP habíamos reseñado, siendo conscientes de que no podemos generalizar las conclusiones —por razones metodológicas—, pero con la intención de aproximarnos mejor a lo particular de nuestra comunidad.

Un segundo punto, al que prestaremos atención, será conocer, en base a los datos recogidos, las actitudes de hombres y mujeres ante la EP, y, un tercero, repasar algunas de las condiciones para la terapia.

Las cinco primeras hipótesis a las que aludimos fueron puestas a prueba experimentalmente, controlando con exactitud la respuesta de excitación sexual masculina mediante un plestimógrafo cuyo terminal era el extensímetro de mercurio de Geer (1980), por Spiess, Geer y O'Donohue (1984), quienes llegaron a la conclusión de que las hipótesis 1, 2, 3, y 4 no obtenían validación y debían ser rechazadas.

Por tanto, según estos autores, los eyaculadores precoces no se diferencian de los varones funcionales en cuanto a: rapidez en lograr excitación, intensidad de los niveles de excitación y en el acierto al terminar el nivel de excitación ante imágenes de excitación sexual.

Hay que hacer la aclaración de que este estudio de corte experimentalista conlleva las limitaciones propias de lo artificial de la situación, por lo que la noción de Kaplan sobre la importancia de la retroalimentación sensorial de las señales premonitoras de orgasmo no necesariamente debe ser descartada en base a sus resultados —como una primera lectura pudiera sugerir—, ya que, como estos mismos autores indican, tal y como se desarrolló el experimento esta idea no fue contrastada en los términos expuestos por Helen Kaplan (1974).

La hipótesis número 5 sí que recibió, en cambio, confirmación experimental en este estudio. Esta hipótesis afirma que los eyaculadores precoces eyaculan estando menos excitados que los varones funcionales. Esta idea coincide con la noción de Semans (1956), sobre la EP, que, hasta la fecha, sólo había recibido contrastación al responder la EP a la técnica terapéutica ideada por Semans según su criterio sobre la etiología del problema. Su razonamiento es que la técnica de **parada-marcha** faci-

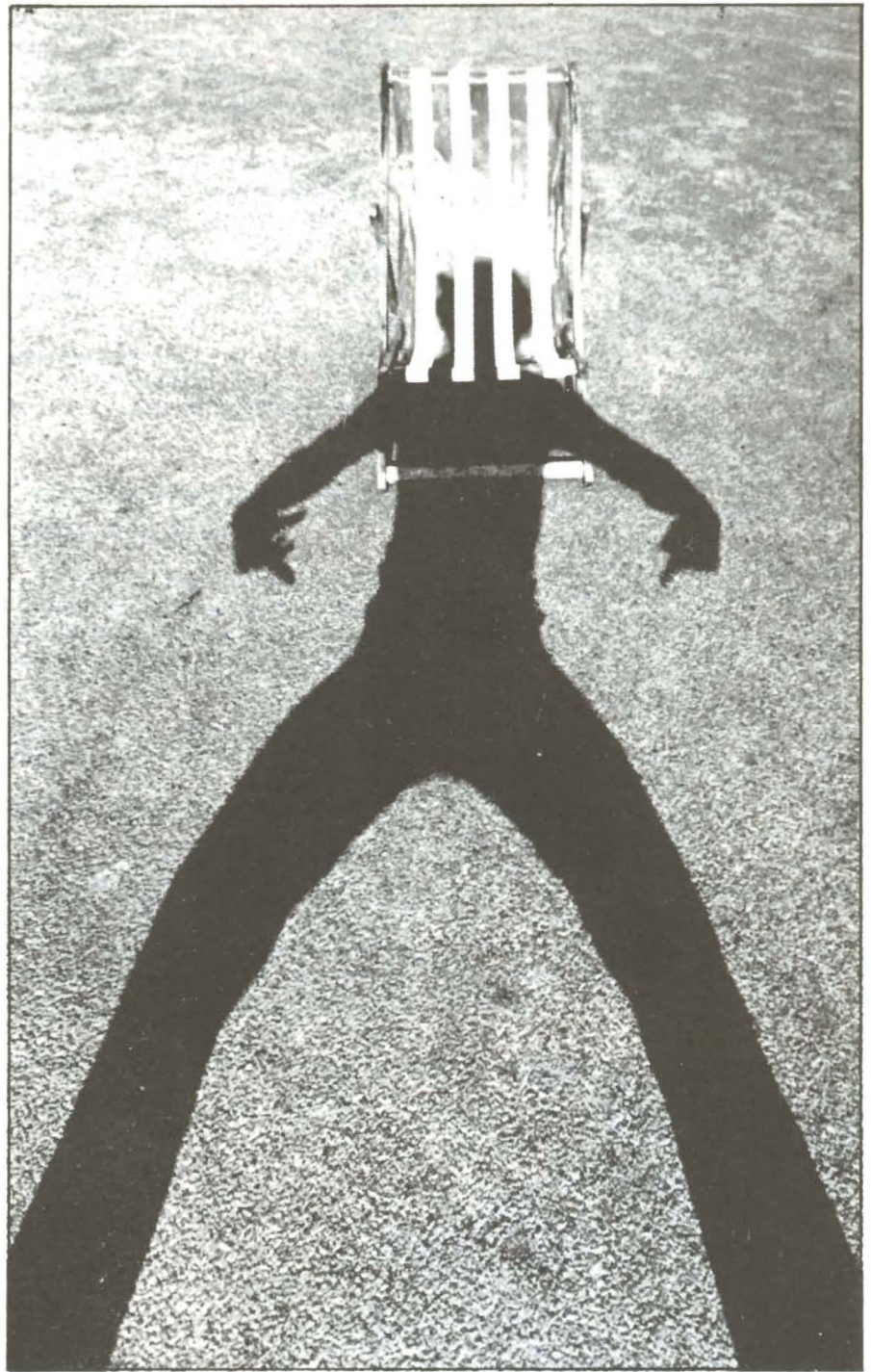


TABLA N° 2. DETERMINANTES CIRCUNSTANCIALES-MEDIDOS

EDAD	LATENCIA	POSICIONES	FR. REL.	MET. ANT.
16-20 = 2	I = 3	Fem. Inf. = 15	1/M = 3	C. I. = 11
21-25 = 4	-1 = 2	Varias = 7	1-2 = 11	Nat. = 1
26-30 = 5	-2 = 7	No hay Dat = 3	2-3 = 5	Condón = 8
31-35 = 5	-3 = 4		3-4 = 3	Anov. + Diu = 1
36-40 = 2	-5 = 7		E = 1	Ninguno = 3
41-45 = 5	No D = 2		No Dat = 2	No datos = 1
46-50 = 1				
51-55 = 1				

CLAVE:

- I = Intentos de penetración.
- x/semana, excepto.
- x/mes o E = esporádicas.
- C. I. = coitus interruptus.

lita que paulatinamente el varón disfuncional alcance un nivel de excitación mayor sin llegar a eyacular. Tanto nuestros datos clínicos como los de otros autores (Perelman, 1980) coinciden al afirmar la eficacia de la técnica y, en principio de rebote, la validez de la hipótesis número 5.

En cuanto a las hipótesis 6, 7, 8 y 9, ya no se puede hablar de estudios de corte experimental puesto que la recolección de los datos se basa en la entrevista, con las limitaciones que ello conlleva. El estudio de Spiess, Geer y O'Donohue afirma la validez de la hipótesis número 6 y en nuestra experiencia parece confirmarse que un aumento en la frecuencia de relaciones sexuales va acompañado de una mayor demora en la respuesta de eyaculación. En nuestros datos, la demora de la eyaculación promedio es de un minuto y medio al comienzo del tratamiento —como media— y la frecuencia de relaciones aproximadamente igual a 2 veces/semana; al finalizar la terapia en los casos controlados, la frecuencia de relaciones se sitúa entre 3 ó 4 veces/semana, y la demora es superior a 11 mn., (recordemos uno de los dos criterios de éxito de la terapia). Obviamente este dato no es suficiente como para poder afirmar la hipótesis 6, pero sí que aporta una conclusión para el proceso terapéutico, a saber: la instrucción al paciente de que debe aumentar la

frecuencia de relaciones sexuales que, por otra parte, en muchos casos se ve disminuida por el miedo del varón disfuncional a un nuevo «fracaso».

La hipótesis número 7 sí que puede contrastarse en nuestro caso con menor probabilidad de error, puesto que la frecuencia de relaciones sexuales es —en el 70% de los casos vistos— inferior a 2 veces/semana, y sólo en un 13%, se llega a una frecuencia de entre 3 ó 4 veces/semana.

La EP ocurre, efectivamente, con independencia de la edad, según ve-

mos en la tabla número 2, lo que ha sido confirmado en múltiples ocasiones (Master y Johnson, 1970; Kaplan, 1974), por lo que la hipótesis 8 es válida en nuestro caso.

En algo más del 67% de los casos la pareja mantiene relaciones coitales preferentemente (o únicamente) en la posición femenina inferior, lo que valida la hipótesis número 9. De nuevo, las instrucciones durante la terapia de modificar este tipo de posición se ven contrastadas.

Por último, los métodos anticonceptivos utilizados más frecuente-

TABLA N° 3. RESULTADOS TERAPIA SEXUAL

SOBRE UN TOTAL DE CASOS ATENDIDOS	25
Casos en los que acude pareja femenina	24
Casos en los que acude pareja masculina	21
Casos en los que el varón no considera problema E. P.	2
Casos en los que el varón considera E. P. problema	19
QUEJA INICIAL	
Mujer se queja de no experimentar orgasmo en coito	4
E. P. más otras quejas en pareja femenina que no se confirman en diagnóstico	3
E. P. más otra queja en pareja femenina que si se confirma en diagnóstico ..	4
E. P.	14
CASOS EN TERAPIA SEXUAL	
No se desea terapia sexual tras diagnóstico y explicación terapia	1
Varón no desea que pareja femenina se entere de su E. P.	1
Abandono terapia o no posibilidad de control final	3
Complicaciones durante la terapia.	1
Terapia terminada con éxito (incluido caso con complicación)	14



mente son el coitus interruptus y el preservativo, sin embargo, los datos no son en absoluto concluyentes, puesto que coinciden con las preferencias de la población general (JNE, 1978) y no son particulares de esta muestra clínica.

Mención aparte merecen otros aspectos de los 25 casos atendidos en la consulta. Como se ve en la tabla nº 3, del total de 25, en 24 (y en ese otro no por deseo de la mujer, sino por exigencia del varón) acude siempre la mujer a la consulta; curiosamente, en cambio, sólo 21 varones pudieron ser entrevistados al menos una vez. De éstos 21, 2 no consideraron que la EP fuera un problema (en uno de los casos con una frecuencia de relaciones igual a 1 vez/mes y una demora de la eyaculación aproximada de menos de dos minutos) y 19 lo vieron como a resolver para mejorar la calidad de la relación de pareja.

De los 19 casos en terapia sexual, 1 no deseó el formato de terapia sugerido por cuestiones de formación cultural, otro acudió solo y se negó a dar datos personales (ya lo hemos comentado), y en 3 casos se produjo un abandono de la terapia en diferentes momentos de la misma, por lo que no se dispone de datos sobre si fue eficaz o no el tratamiento; en el resto, la terapia resultó exitosa.

Es de destacar, en este mismo sentido, que la queja inicial en 4 de los casos fuera que la mujer no experimentara el orgasmo y no la rapidez en eyacular del varón, siendo además la mujer quien afirmaba ese extremo. En 3 casos se produce una doble queja, anorgasmia y EP, y sólo se confirma la EP. En 4 casos, tanto la mujer como el hombre experimentan un trastorno psicosexual (vaginismo y EP; orgasmia y EP). Y, en 14, el trastorno diagnosticado y el motivo de la consulta era la EP.

Ciertamente hemos observado una falta de información importante sobre el comportamiento sexual de hombres y de mujeres y una cierta resistencia a aceptar que el varón sufra un trastorno psicosexual, cosa que parece que si ocurre a una mujer es menos problemático socialmente. Como puede verse en la tabla nº 2, incluso en dos casos el varón se negó a aceptar la solicitud de la mujer para ir a la consulta y el juicio diagnóstico, considerando su comportamiento sexual normal, independientemente de la satisfacción de la pareja.

para terminar con esta exposición, repasaremos algunas cuestiones relacionadas con la terapia.

En primer lugar, queda demostrada —como en otros artículos (Kaplan, 1974; LoPiccolo, 1977; Hogan, 1978; Perelman, 1980)— la eficacia de la



técnica de Semans como procedimiento terapéutico en los casos de EP.

Aparte de esto, es de destacar que las instrucciones de concentrarse en las sensaciones del propio cuerpo, como la de aumentar la frecuencia de relaciones sexuales y el control sobre las posiciones coitales, son decisivas para el éxito de la terapia.

En resumen y por diferentes caminos, podemos concluir que los varones con EP eyaculan sin estar completamente excitados, que —para la terapia— se debe explorar los niveles de excitación que provocan su eyaculación, la frecuencia de actividad sexual, la relación de ésta con la demora en eyacular, el método anticonceptivo, que deberá variar si es el coitus interruptus y, como recomendación terapéutica, la técnica de paradmarcha propuesta por Semans.

REFERENCIAS

- Ctr. de Orientación Familiar, INSALUD-ALCOY. *Fucionamiento del COF de Alcoy*. Manuscrito no publicado, 1986.
- E. FRANK Y COLS. «Frequency of sexual dysfunction in normal couples.» Citado en S. Leibun y L. Pervin. «The development of sex therapy from a sociocultural perspective.» En: Leiblum y Pervin (eds.) *Principles and practice of sex therapy*, Guilford Press, 1980.
- J. GEER «Direct meosurement of genital responcing.» En Martin y Venables (eds.) *Techniques in psychophysiology*, Wiley, 1980.
- D. HOGAN. «The effectiveness of sex therapy: a revien of the literature.» En: LoPiccolo y LoPiccolo (eds.) *Handbook of sex therapy*. Plenum Press, 1978.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADISTICA. *Encuesta nacional de fecundidad*, mayo 1978.
- H. KAPLAN. *La nueva terapia Sexual*. Alianza, 1978 (versión original de 1974).
- A. KINSEY Y COLS. *Sexual behavior in the human male*. J. B. Saunders, 1948.
- J. LoPICCOLO «Direct irectment of sexual dysfunction in the couple.» En Honey (eds.) *Handbook of sexologi*. Etsevier/Horth Holland Biomedical Press, 1977.
- MASTER Y V. JOHNSON. «Imcompatibilidad sexual humana.» *Intermédica*, 1981 (versión original de 1970).
- A. PERELMAN. «Treatment of premature ejaculation.» En: Leiblum y Pervin (eds.) *Principles and practice of sex therapy*. Tavistock, Guilfords Press, 1980.
- I. Semans. «Premature ejaculation: a nem approach.» *Southern Medical Journal* 1956, 47, 353-358.
- W. SPIESS, J. GEER y W. O'DONOHUE. Premature ejaculation: investigation of factors in ejaculatory latency.» *Journal of Abnormal Psychology*, 1984, 93, 242-245.