

Terapia sexual de las disfunciones eyaculatorias y orgásmicas: alternativas e innovaciones

Miguel Fernández Sánchez-Barbudo

Psicología Clínica. UAM Ofra. Servicio Canario de Salud. Santa Cruz de Tenerife. España.

RESUMEN

Los problemas de control de la eyaculación, aún teniendo una alta prevalencia a lo largo del ciclo vital, han sido un tema poco habitual en los artículos de las revistas especializadas ya sean de investigación o de revisión teórica. Los elementos más comunes incluidos en las definiciones de eyaculación precoz (EP) son la latencia eyaculatoria, la carencia de autoeficacia con el control y la insatisfacción sexual propia o de la pareja. Trabajos recientes señalan el impacto que tiene la EP en la autoestima, la relación de pareja y la calidad de vida. En los últimos años, ha habido una preocupación creciente por la validación empírica de los distintos abordajes psicoterapéuticos con objeto de establecer su efectividad y, por lo tanto, su rentabilidad. Esto ha llegado también al campo de la terapia sexual de las disfunción sexual en general y de la EP en particular. Los modelos de intervención terapéuticos que han demostrado ser más efectivos son los abordajes cognitivo conductuales. Aunque hay un arsenal de fármacos y de técnicas de terapia sexual disponibles, los porcentajes de éxito distan mucho de los reportados por Masters y Johnson. La carencia de estudios controlados acerca de la efectividad de las técnicas y el alto porcentaje de recaída parecen explicar la diferencia, sin embargo, la verdadera alternativa, la innovación requiere que los terapeutas nos replanteemos nuestra función y hagamos intervenciones holísticas de acuerdo con el concepto de salud sexual que hemos aceptado de forma consensuada, favoreciendo la madurez, el cuestionamiento de los valores dominantes con las mejores armas: la educación y la prevención.

Palabras clave: Eyaculación precoz. Terapia EP. Intervención holística.

ABSTRACT

Sexual therapy in ejaculatory and orgasm dysfunctions: new perspectives

The problems of ejaculation control despite being highly prevalent throughout the life cycle are rarely the subject of publications in specialised professional journals, of research or of theoretical reviews. The most common elements included in the definitions of premature ejaculation are the latency, the lack of self-efficacy control and the sexual dissatisfaction of the patient and/or his partner. Recent research shows the impact that PE has on self-esteem, on the couple's relationship and on the quality of life. Over the last years, there has been an increasing interest in establishing the effectiveness and, therefore, cost-effectiveness, of different psychotherapeutic approaches, that is, to identify empirically validated psychotherapeutic treatments. Sexual therapies of SD in general and of PE in particular have also been the subject of scrutiny. Research has identified the cognitive behavioural approach as the most effective model of therapeutic intervention for this type of disorder. Although numerous sexual therapy 'techniques' and drugs are available, the percentage of treatment success found is far less than the one reported by Masters and Johnson. The lack of controlled studies on the effectiveness of the techniques, and the high percentage of relapse seems to account for this difference. Nevertheless, a real alternative, an innovative approach, would require us therapists to reframe our function and to make holistic interventions in agreement with the concept of sexual health that has been unanimously accepted. Thus, fostering maturity and questioning dominant values with the best weapons: education and prevention.

Key words: Premature ejaculation. PE therapy. Holistic intervention.

Correspondencia: Dr. M. Fernández Sánchez-Barbudo.
UAM Ofra. Servicio Canario de Salud.
Avda. Príncipes de España, 7.
38010 Santa Cruz de Tenerife. España.
Correo electrónico: miguelb@hotmail.com

INTRODUCCIÓN

El abordaje terapéutico de las disfunciones sexuales masculinas y femeninas en el siglo XXI no es ajeno a la sociedad donde nos desenvolvemos, que oscila entre avances científicotécnicos de enorme importancia para la calidad de vida de la población y una profunda crisis de valores. Cuando se reflexiona acerca de la posición de los profesionales de la salud sexual ante los problemas sexuales que presentan sus pacientes es fácil establecer paralelismos con los problemas con los que se enfrentan día a día padres y educadores: la confusión y la duplicidad de mensajes.

– Vivimos en una sociedad restrictiva con la expresión sexual pero que a la vez favorece la ausencia de límites. “Todo nos está permitido”, “tenemos derecho a todo”; esta actitud facilita una visión consumista de la sexualidad, donde es más importante la cantidad que la calidad. Si se transmite a nuestros jóvenes o a nuestros pacientes la fantasía de que pueden acceder a todo lo que desean, se les promete que es posible producir o mantener erecciones continuadas, facilitar o retrasar eyaculaciones, responder siempre y ante cualquier estímulo¹, se les está vendiendo una visión de la sexualidad tan reduccionista como cuando se proscribía el acceso a la sexualidad, y que nada tiene que ver con el concepto de salud sexual holístico que promueve la Organización Mundial de la Salud (OMS). La medicalización de la sexualidad² supone un riesgo ya que implica una visión sesgada de la sexualidad.

– Vivimos en una sociedad con una profunda crisis de valores que favorece en los jóvenes posiciones egoístas: “tenemos derechos pero no obligaciones”, la obligación de disfrutar pero no de compartir. Los profesionales sanitarios muchas veces reproducimos lo mismo; en la mayoría de las ocasiones, ante una disfunción eréctil (DE) o una eyaculación precoz (EP) se aborda al varón y se prescinde de su pareja, sin conocer las consecuencias que puede tener el restablecer de forma artificial la función sexual. Muchos de los abandonos terapéuticos o de la perpetuación de situaciones contrarias a la salud sexual (para muchas mujeres la ausencia de erección de sus parejas supone un descanso después de años de relaciones forzadas o no deseadas) son consecuencia directa de esta praxis.

– Una queja habitual respecto a los jóvenes es lo poco responsables que son, en ocasiones los profesionales sanitarios favorecemos en los pacientes la evitación de la responsabilidad; desde el momento en que el paciente atribuye el origen de su problema a algo ajeno a él, espera que las soluciones también vengan del exterior y al administrar un fármaco, como única

alternativa, le estamos diciendo que no tiene responsabilidad en el problema y su solución no depende de él.

– Los profesionales de la salud sexual en ocasiones tendemos a favorecer una percepción de la realidad distorsionada. Vivimos en el mundo de la inmediatez, nuestro estilo de vida cada vez es más apresurado, está más cargado de ansiedad. Solemos tener una vivencia rápida, superficial de las cosas, donde no es preciso profundizar. No es de extrañar que si nos pasamos el día corriendo, en el momento de llegar a una situación sexual sigamos corriendo. Si los profesionales no favorecemos la reflexión, cuestionarse cambiar el ritmo vital y nos limitamos a prescribir un fármaco o unos ejercicios de presión en el surco balanoprepucial, flaco favor le estamos haciendo a nuestros pacientes. Si a eso unimos que estamos más pendientes de lo que nos falta que de lo que tenemos parecemos abocados a una insatisfacción permanente.

Las alternativas, las innovaciones, se han visto siempre como la búsqueda de nuevos fármacos o el alumbramiento de una nueva técnica de terapia. Si bien es lícito encontrar nuevas herramientas lo verdaderamente innovador sería favorecer la madurez, la independencia frente a la dependencia, profundizar en la educación, en la prevención y en el cuestionamiento de los valores dominantes.

Por lo tanto, promover la salud sexual desde el ámbito de la terapia supone favorecer:

A. La aceptación de la existencia de límites como algo real y no restrictivo.

- La transmisión de valores: igualdad, respeto.
- La asunción de responsabilidades.
- La capacidad para disfrutar de las cosas sin prisas.

B. Apreciar lo que se “tiene” para poder seguir evolucionando.

C. La reflexión ante los problemas o las dificultades de la vida y los sentimientos que éstos nos provocan.

Es decir, los profesionales no podemos ser expendedores de fármacos o de recetas de terapia, nuestra intervención debe orientarse a promover la salud sexual, y eso implica educar dentro de una concepción holística. Lo que ocurre en la esfera sexual es reflejo no sólo de lo que ocurre en nuestro cuerpo sino también en nuestra mente, en nuestras emociones y en nuestro entorno social. La OMS ya lo apuntaba en 1975 al definir la salud sexual³: “la salud sexual es la integración de los elementos somáticos, emocionales, intelectuales y sociales del ser sexual a través de me-

TABLA 1. Disfunciones sexuales de la fase de orgasmo en el varón

	Presencia de eyaculación	Ausencia de eyaculación
Presencia de orgasmo	Eyaculación precoz Eyaculación retardada	Orgasmo sin eyaculación Eyaculación retrógrada
Ausencia de orgasmo	Anomalía eyaculatoria	Anorgasmia aneyaculatoria

dios positivamente enriquecedores que potencien la personalidad, la comunicación y el amor”.

La psicología positiva definida por Seligman y Csikszentmihalyi⁴ tiene como objeto: “...mejorar la calidad de vida y prevenir la aparición de trastornos mentales y patologías. La concepción actual, focalizada en lo patológico, se centra en corregir problemas y restaurar lo que ya se ha deteriorado. Por el contrario, la psicología positiva insiste en la construcción de competencias y en la prevención”.

Éste es el marco donde queremos desenvolvemos aportando una visión crítica y constructiva del abordaje terapéutico de los problemas de la eyaculación y el orgasmo.

Aunque el tema que nos ocupa hoy es el de los problemas de control de la eyaculación, es preciso recordar el resto de las disfunciones sexuales de la fase del orgasmo, que aún teniendo una prevalencia menor, desde el punto de vista clínico y humano, tienen una repercusión en el individuo y su pareja (tabla 1).

En una encuesta llevada a cabo por Montejo en 2005⁵ con tutores de medicina de familia con diversos grados de formación en sexualidad, el 95% consideraba la esfera sexual como fundamental, sin embargo sólo un 21% de ellos incluía la historia sexual en su historia médica (el 27,5% de las mujeres y el 16,8% de los varones), y sólo un 12,5% registraba la historia sexual de los mayores (fig. 1). Si hablamos de los médicos de atención primaria en general, según Demoscopia⁶ sólo un 6% pregunta acerca de la sexualidad y sólo un 18% de los pacientes habla a los profesionales de sus problemas sexuales (fig. 2). Es decir, son pocos los médicos que preguntan, aun teniendo una formación para ello, y sin embargo los pacientes desean hablar de su sexualidad.

La prevalencia de la EP es alta a lo largo de todo el ciclo vital a diferencia de la DE, que aumenta con el paso del tiempo⁷ (fig. 3), y probablemente la mayor parte de ellas o no se consulta o no se trata.

Los indicadores más relevantes incluidos en las definiciones de EP⁸ son:

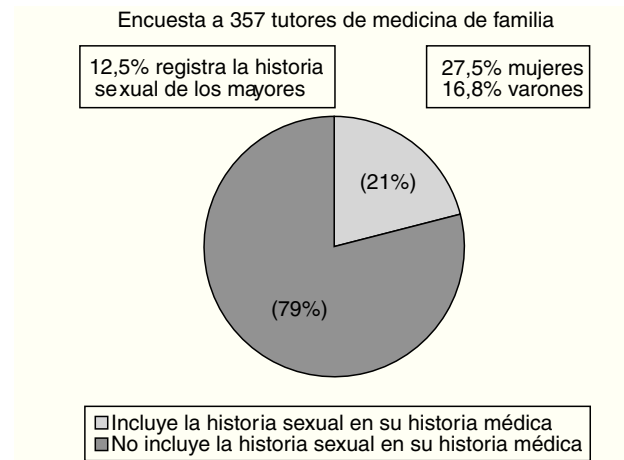


Figura 1. Inclusión de la historia sexual en atención primaria (Zarco Montejo, 2005).

– Latencia hasta la eyaculación: intervalo entre la intromisión vaginal y la eyaculación. El 90% de los varones con EP eyacula antes de los 2 min (el 75% para Kinsey et al, 1948)⁹.

Latencia población general = 4-7 min¹⁰.

Latencia población con EP = 1,8 min¹¹.

– Insatisfacción sexual propia o de la pareja que produce preocupación o malestar¹².

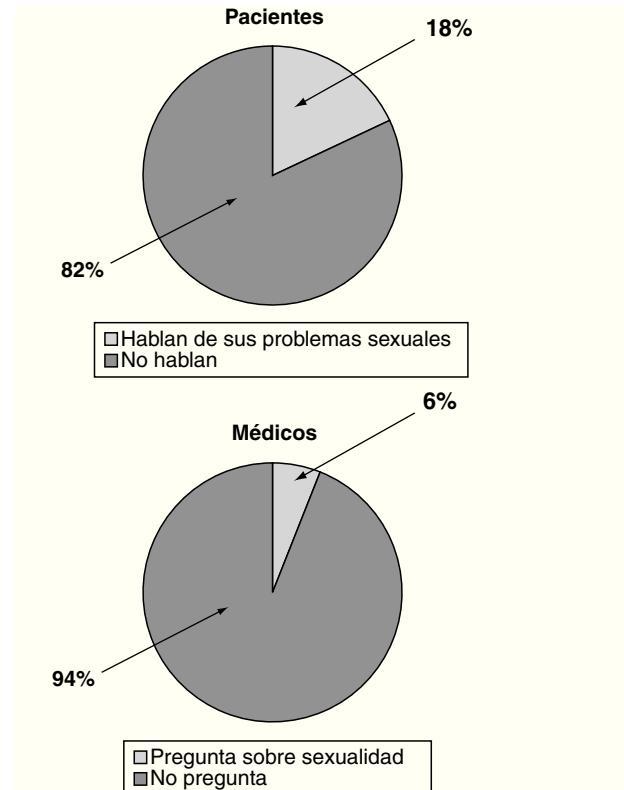


Figura 2. Actitud ante los problemas sexuales en atención primaria por parte de pacientes y profesionales (Demoscopia 2001).

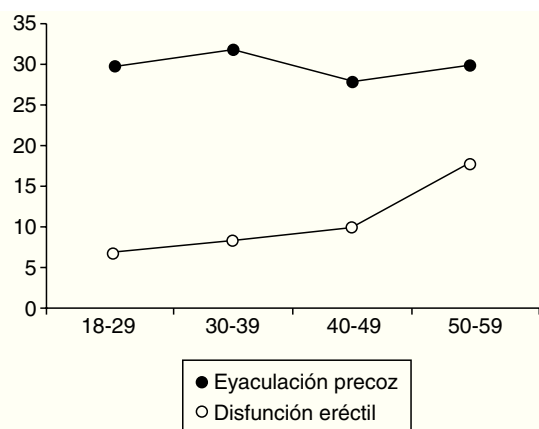


Figura 3. Prevalencia de eyaculación precoz y de disfunción eréctil en las distintas edades (Laumann et al, 1999).

– Carencia de autoeficacia en relación con el control de la eyaculación. Ausencia de control voluntario.

Un buen indicador del grado de satisfacción propio pueden ser los niveles de intimidad alcanzados en la interacción con la pareja. McCabe (1997)¹³ compara estos niveles en varones con y sin EP (fig. 4). Las diferencias son bastante significativas.

Un indicador de la satisfacción de la pareja puede ser el obtenido por Patrick et al (2005)¹¹ al comparar la satisfacción sexual de las parejas de varones con y sin EP (fig. 5), claramente menor en las primeras.

Las conclusiones del estudio cualitativo de Symonds et al¹² acerca del impacto de la EP en el varón y su pareja fueron:

– Los 2 temas que de forma recurrente emergían en las entrevistas cualitativas en varones con EP eran en el sentido que la EP causaba una baja autoestima y su preocupación con el impacto de la disfunción en la relación.

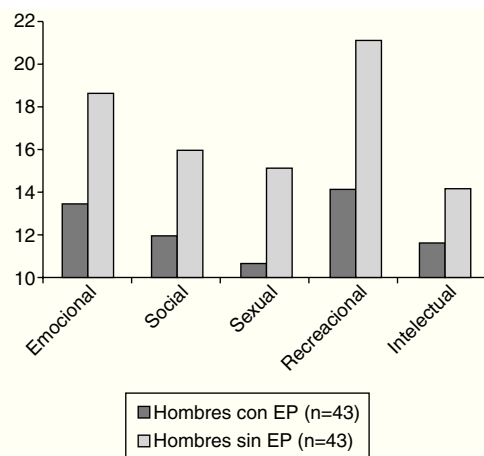


Figura 4. Niveles de intimidad en varones con y sin eyaculación precoz (McCabe, 1997).

– A igualdad de condiciones cada varón vive el problema de manera diferente, las motivaciones para buscar ayuda o no también son diferentes y van a incidir en la respuesta a la terapia.

– En los criterios de evaluación de la EP es recomendable considerar no sólo la latencia y el control sino también el impacto en la autoestima y la relación, lo que se puede valorar mediante indicadores como la evitación de las relaciones, el efecto en la relación actual, el bienestar psicológico, la depresión, la autoestima, la autoconfianza sexual, el sentido de masculinidad y la repercusión en su compañera/o sexual.

La intervención con una pareja donde el varón experimenta un problema de control de la eyaculación es necesaria para mejorar la calidad de vida y empieza durante la fase de evaluación mediante las propias cuestiones que planteamos:

1. ¿Por qué y por quién consulta?

- Porque su pareja no queda satisfecha.
- Porque él no está satisfecho.
- Porque hay riesgo de ruptura en la relación.

2. ¿Qué importancia tiene el orgasmo a través del coito en la satisfacción de su pareja?

- Ninguna.
- Es su única forma de llegar.
- Él está obsesionado con que ella llegue así.

3. ¿Cómo reacciona él/ella ante la eyaculación?

- Se enfada él.
- Se enfada ella.

4. ¿Qué pasa cuando él eyacula?

- Se interrumpe la relación.
- Continúan por otros medios.
- Continúan con la penetración.

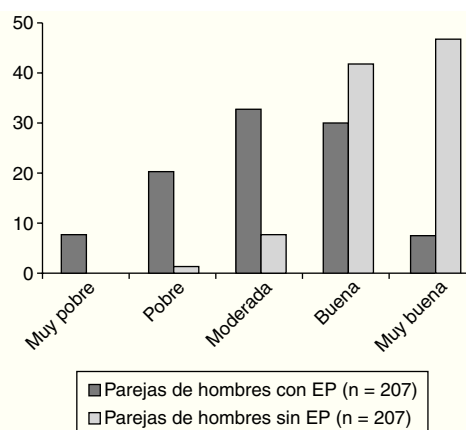


Figura 5. Satisfacción sexual de las parejas de varones con y sin eyaculación precoz (Patrick et al, 2005).

5. ¿Percibes habitualmente las sensaciones preeyaculatorias?

- No las percibo.
- Si las percibo.

6. ¿Alguna vez has intentado controlar la eyaculación?, ¿cómo?

- No lo he intentado.
- Lo he intentado y no puedo.
- Ella no quiere que me pare.

Aclarar cada una de ellas saca a la luz mitos, carencias de información, a la vez que sugiere nuevas pautas de relación.

La EP no ha sido un tema habitual en las revistas especializadas, ya sea de investigación o de revisión teórica. Veamos algunos datos interesantes, por ejemplo, si comparamos el porcentaje de artículos publicados acerca de disfunciones sexuales masculinas y femeninas entre 1967 y 1998¹⁴ (fig. 6) parece claro que las publicaciones se han decantado siempre hacia las disfunciones sexuales (DS) masculinas.

El porcentaje de artículos acerca de DS masculinas publicados en *Archives of Sexual Behavior* y *Journal of Sex and Marital Therapy*¹⁴ están reflejados en la figura 7.

Si en esos años los artículos acerca de EP eran más escasos probablemente en la actualidad lo sean aún más. Si a eso unimos que por el efecto de la medicalización de la sexualidad los artículos de investigación en terapia sexual son cada vez menos frecuentes (ausencia de financiación) (fig. 8)¹⁵, esto dibuja el panorama en el que nos encontramos.

INTERVENCIÓN. TERAPIA SEXUAL EN LA EYACULACIÓN PRECOZ. ALTERNATIVAS E INNOVACIONES

Al hablar de intervención es preciso señalar que no todos los problemas sexuales tienen el mismo grado de complejidad. Se puede hablar de *problemas funcionales*: alteraciones en el funcionamiento de la respuesta sexual por carencia de información sexual, presencia de mitos sexuales, falta de conocimiento de la propia respuesta sexual o altos niveles de ansiedad ante las situaciones sexuales, y de *problemas profundos*: detrás del problema sexual hay conflictos más complejos como una historia de abusos sexuales o un miedo a la pérdida afectiva. Evidentemente el abordaje terapéutico será distinto.

En los últimos años, en Estados Unidos, probablemente por el modelo sanitario donde predominan los seguros privados, ha habido una preocupación creciente por la validación empírica de los distintos abordajes psicoterapéuticos con objeto de establecer su efectividad y, por lo tanto, su rentabilidad. Esto ha llegado también al campo de la terapia sexual. Los modelos de interven-

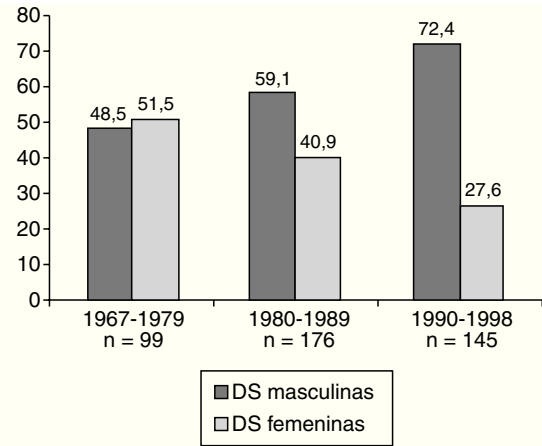


Figura 6. Porcentaje de artículos publicados sobre disfunciones sexuales en función del género entre 1967 y 1998 (Winton, 2001). DS: disfunciones sexuales.

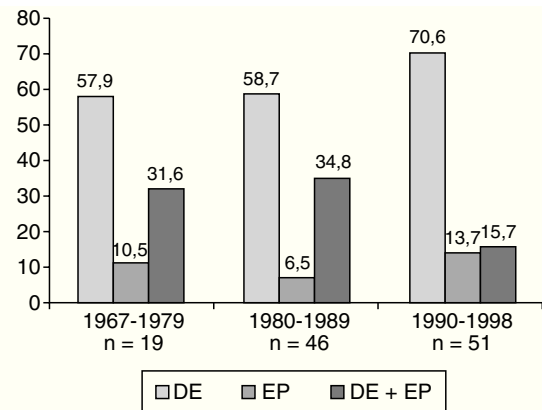


Figura 7. Porcentaje de artículos acerca de disfunciones sexuales masculinas en *Journal of Sex and Marital Therapy* entre 1967 y 1998 (Winton, 2001). DE: disfunción eréctil; EP: eyaculación precoz.

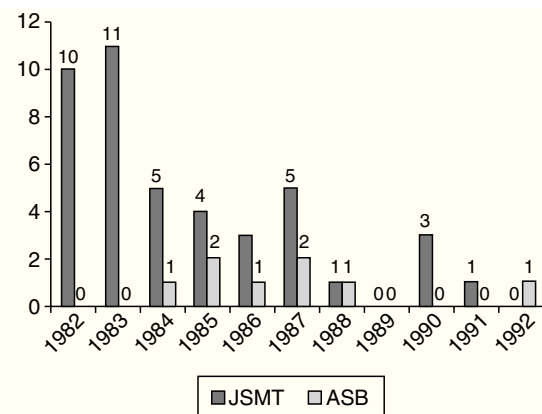


Figura 8. Investigación en terapia sexual entre 1982-1992 (Schover y Leiblum, 1994). ASV: *Archives of Sexual Behavior*; JSMT: *Journal of Sex and Marital Therapy*.

TABLA 2. Valoración empírica de las técnicas empleadas en los abordajes psicosexuales de la eyaculación precoz (EP)¹⁶

Técnicas empleadas	N	% éxito
Técnica del apretón y parada (Masters y Jonson,1970)*	186	98
(McCarthy,1973)*	14	86
Técnica de parada arranque (Kaplan,1974)*	4	100
Técnica del apretón + entrenamiento comunicación (Lobitz & LoPiccolo,1972)*	6	100
Técnica del apretón + entrenamiento asertivo (Yulis,1976)*	37	89%
Técnica apretón + educación sexual + psicoterapia (Hawton & Catalan,1986)*	14	64
Desensibilización sistemática + educación sexual + psicoterapia (Cooper,1969)*	30	43
Desensibilización sistemática + entrenamiento asertivo (Obler,1973)*	27	8
Biblioterapia + educación sexual + entrenamiento habilidades sexuales + ejercicios masturbación + sexual surrogate (Dauw, 1988)*	127	96

*Citados por Heiman y Meston: ARAR. 1997;8:148-94.

ción terapéuticos que han demostrado ser más efectivos son los abordajes cognitivo conductuales. Heiman y Meston¹⁶ valoraron empíricamente las técnicas empleadas en los abordajes psicosexuales de la EP (tabla 2).

CONCLUSIÓN DE LOS ESTUDIOS DE INVESTIGACIÓN ACERCA DE LA EFECTIVIDAD DE LOS ABORDAJES TERAPÉUTICOS PSICOLÓGICOS EN LOS CASOS DE EYACULACIÓN PRECOZ

Los resultados más efectivos, tanto en la fase de terapia como en la de seguimiento, son los que emplean técnica de apretón o técnica de parada-arranque.

Antes de proponer un modelo de intervención quizás sería conveniente, a modo de reflexión, mencionar un estudio llevado a cabo por Donahey y Miller en 2001¹⁷ acerca de los factores de cambio o mejora en terapia sexual (fig. 9).

Para estos autores hay 4 factores comunes en todo cambio o mejora que experimenta el/la paciente con independencia de la orientación teórica, modelo, frecuencia o especialidad del terapeuta.

– Factores extraterapéuticos (E): incluye cualquier aspecto del paciente o de su ambiente que pueda facilitar su recuperación; por ejemplo, una pareja que vive con los padres de uno de ellos y cambia de vivienda para vivir solos, en este caso, el que los hijos dejen la casa familiar para hacer una vida autónoma dejando a los padres en una situación de mayor intimidad. El 40% de la mejora se debe a estos factores.

– Factores relacionales (R): incluye cualquier factor de la relación entre el/la paciente y el/la terapeuta que puede facilitar su recuperación. Se dice que cada paciente tiene su terapeuta y la relación empática que se establece es uno de los principales motores del cambio. El 30% de la mejora se debe a este factor.

– Factores motivacionales (P): incluye cualquier aspecto relacionado con la motivación y expectativas de recuperación. Tener una actitud optimista, una visión positiva del problema o capacidad de lucha va a favorecer la mejora. Estos factores constituyen un 15% del cambio.

– Factores relacionados con la estructura, modelo y/o técnica del terapeuta (E): hace referencia a los factores que tienen que ver con el modelo o la técnica que emplea el/la terapeuta en esa situación concreta. Constituyen sólo el 15% del cambio.

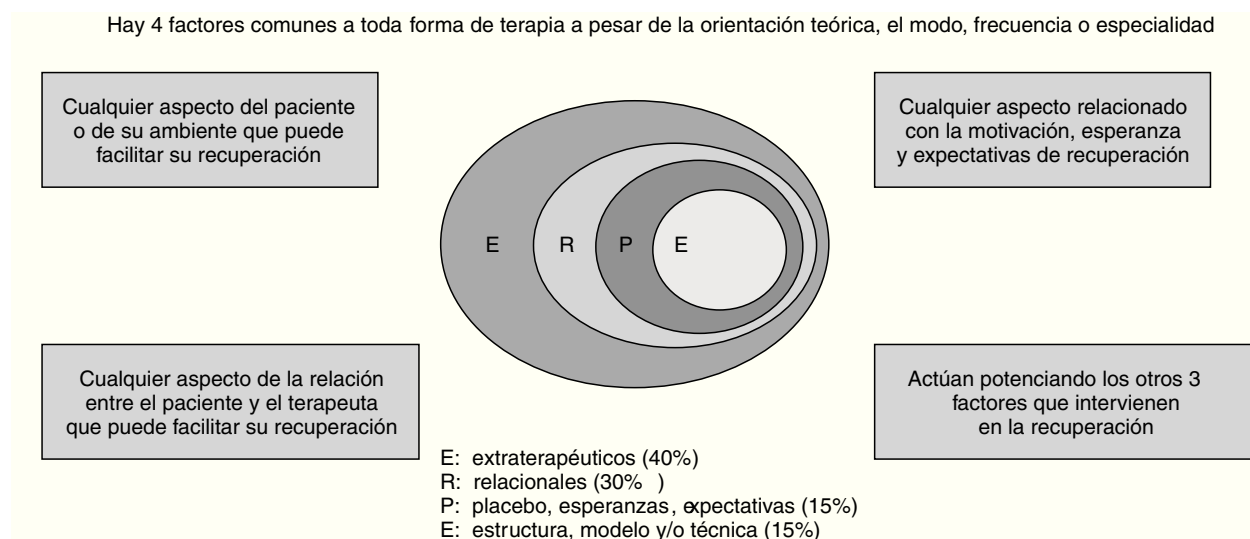


Figura 9. Factores de cambio o mejora en terapia (Donahey y Miller, 2001).

Los/as profesionales de la salud en ocasiones nos creemos dioses, nos ponemos en un lugar más allá del bien y del mal, y atribuimos el éxito terapéutico a nuestra técnica, la realidad es que las técnicas sin las personas (actitud del/la paciente, estilo del/la terapeuta) no explican sino un 15% del cambio y, probablemente, sólo cuando están presentes los otros factores.

ABORDAJE TERAPÉUTICO DE LA EYACULACIÓN PRECOZ

Como buena parte de las disfunciones, la EP no siempre se da en estado puro y suele ir asociada a otras disfunciones en el propio individuo o en su pareja. Cuando una EP no se trata y las demandas de la pareja van en aumento puede aparecer una inseguridad que derive hacia una DE parcial o total y, a la larga, a una evitación de las relaciones que puede finalizar en una ausencia de deseo. Igualmente, una falta de deseo puede provocar DE y favorecer la aparición de una eyaculación incontrolada incluso en ausencia de erección. Asimismo, la demanda ansiosa de una pareja que no llega al orgasmo puede precipitar una EP, o la falta de control eyaculatorio puede producir en la pareja dificultades para la consecución del orgasmo y falta de deseo.

La intervención terapéutica, además de abordar las condiciones terapéuticas previas (reetiquetado, explicación adecuada del origen del problema, responsabilidad en el problema y su solución, y la promoción de estilos de vida constructivos)¹⁸ implica un abordaje psicoeducacional, un trabajo acerca de actitudes y una reestructuración cognitiva.

Intervención psicoeducacional y trabajo acerca de actitudes

Su fin es producir cambios en la educación y actitudes de cada uno de los miembros de la pareja, y reestructurar cognitivamente los pensamientos que interfieran con la respuesta sexual en general y con la respuesta orgásmica/eyaculatoria en particular.

A. Explicar el funcionamiento de la respuesta sexual masculina y femenina (en el caso de una relación heterosexual). En el varón con problemas de control de la eyaculación no sólo hay falta de información acerca de la respuesta sexual masculina (p. ej., piensa que controla mejor su eyaculación si restringe los juegos sexuales) sino que buena parte de su malestar se fundamenta en su falta de conocimiento acerca de la respuesta sexual femenina que hace depender casi exclusivamente de la relación coital.

B. Tomar conciencia de cómo el estrés y las transiciones vitales afectan al funcionamiento psicológico y

sexual. Esto es especialmente relevante en los problemas de control de la eyaculación que son tan dependientes de la ansiedad. Las situaciones de estrés externo o interno, así como los estilos de vida, van a condicionar el grado de control.

C. Trabajar los mitos asociados con la respuesta de eyaculación y orgasmo, tanto en los pacientes como en sus parejas. Ejemplos de mitos pueden ser:

- El varón es el responsable de la satisfacción de la mujer.
- La mujer necesita la penetración para llegar al orgasmo.
- El varón que no controla su eyaculación no es capaz de satisfacer a su pareja.
- Cuanto antes se produzca la penetración más duradera será.
- La relación sexual se acaba cuando el varón eyacula.

D. Discutir con la pareja el tema de la responsabilidad en la relación sexual: inicio, roles, satisfacción, especialmente entender que cada persona es la responsable de su respuesta orgásmica, etc.

E. Abrir nuevas perspectivas en la visión de la sexualidad, por ejemplo: el coito es una alternativa no la única, o la relación no se acaba con la eyaculación.

En esta fase puede ser de gran utilidad algún libro de autoayuda como *La eyaculación precoz* de Helen Kaplan¹⁹ o el de Metz y McCarthy²⁰.

Reestructuración cognitiva

El modelo de sexualidad masculina predominante se caracteriza por una aproximación al objeto sexual voyeurista, consumista y competitiva. El objeto es un trofeo del que depende la validación de la propia masculinidad. La educación favorece en el varón la inhibición de las necesidades emocionales y estimula la búsqueda de la actividad sexual, quizás por ello muchos varones tratan de satisfacer sus necesidades afectivas a través del sexo, ya que las situaciones de intimidad emocional le provocan sentimientos de inseguridad, temor y/o vergüenza.

Esto contribuye a que los varones presenten un cierto estado de fragilidad que se fundamenta en sus dificultades para adaptarse a situaciones nuevas (las mujeres poseen una mayor capacidad de adaptación), una pobre tolerancia a la frustración sexual y una autoestima dependiente de su capacidad de respuesta sexual. Dada la estrecha relación entre pensamientos, afectos y conductas la aparición de distorsiones cognitivas va a provocar sentimientos de inseguridad que interfieren con la respuesta sexual.

Al igual que ocurre en la DE, los varones con problemas de control de la eyaculación ante los “fracasos” esporádicos (eyaculación incontrolada) suelen reaccionar haciendo distorsiones cognitivas (ella no está satisfecha, me va a dejar, se va a ir con otro, etc.) que incrementan su ansiedad, lo que acaba generando una baja autoestima que refuerza el problema y puede dar lugar a dificultades en la erección o la evitación de las relaciones sexuales. Un ejemplo claro de esta distorsión y sus consecuencias es que las parejas de varones con EP con frecuencia expresan en consulta que más que la eyaculación en sí les afecta la reacción de sus parejas: se enfadan consigo mismos o dan por interrumpidas las relaciones. Esta reacción provoca desconcentración y les impide seguir disfrutando de la relación. Sin embargo, si el varón no se enfada y continúa concentrado en la relación hay mujeres que en circunstancias similares se han acostumbrado a llegar al orgasmo, incluso en la relación coital, después de que el varón ha eyaculado.

Una de las quejas/preocupaciones más habituales de los varones con problemas de control es que su pareja no queda satisfecha; en estos casos, tras las fases de información y reestructuración cognitiva, se plantea como primer objetivo terapéutico no el control de la eyaculación sino la satisfacción de la pareja, lo que rebaja considerablemente los niveles de ansiedad, hasta el punto que en ocasiones puede no ser necesario trabajar el control de la eyaculación ya que se resuelve por sí solo.

En un reciente trabajo acerca del abordaje terapéutico de la EP, Carufel y Trudel²¹ establecen las siguientes premisas fundamentales que hay que transmitir al paciente:

- La eyaculación es un reflejo, y como tal no se puede controlar voluntariamente (ni el reflejo de emisión ni el de expulsión).
- El reflejo de eyaculación se dispara cuando la excitación sexual alcanza un nivel suficiente de intensidad.
- El reflejo de eyaculación no ocurre cuando la excitación sexual se mantiene por debajo del nivel a partir del cual se dispara.
- El curso/evolución de la excitación sexual puede controlarse voluntariamente.
- Por lo tanto, dado que el reflejo de eyaculación no se puede controlar pero sí lo que lo provoca, la excitación sexual, los tratamientos deben diseñarse teniendo en cuenta estos hechos.

Si el objetivo es disminuir la ansiedad y controlar el nivel de excitación, el varón debe ser consciente de cuál es su nivel para poderlo disminuir si se eleva, por lo que no se recomiendan estrategias como pensar en otra cosa (disminuir la excitación sexual cognitiva). Sí puede ser efectivo disminuir la excitación sexual física lentificando o parando los movimientos pélvicos, acariciarse o besarse, y controlar las reacciones respiratoria y muscular que obedecen a un control voluntario. Aunque no se le ha prestado demasiada atención en terapia sexual, manejar esas reacciones permite controlar la excitación sexual. La excitación sexual produce tensión muscular y acelera la respiración, reducir la tensión (movimientos pélvicos y posiciones de penetración más relajados) y respirar más lentamente y usando el diafragma (respiración abdominal) controla la excitación sexual.

TABLA 3. Técnicas empleadas para el retraso de la eyaculación²³

Técnica	Media de efectividad ^a	% de la muestra que había usado la técnica	Correlación	
			Control ^b	Latencia ^c
Retirarse durante unos instantes	4,3	65	0,01	-0,06
Eyacular antes del coito	4,3	47	-0,25 ^c	-0,25 ^c
Tomar drogas antes del coito	4,3	12	0,02	-0,05
Beber alcohol antes del coito	4,0	62	-0,05	-0,12
Aplicar un anestésico en el pene/glande	4,0	02	-0,01	-0,07
Tener pensamientos distractores no sexuales	3,9	86	0,05	0,02
Usar una posición costal diferente	3,8	80	0,24 ^d	0,34 ^c
Usar más de un condón	3,7	03	-0,02	-0,10
Lentificar el momento de la penetración	3,7	91	-0,04	0,07
Hacer unos pocos movimientos y parar	3,7	81	-0,01	0,04
Alternar posiciones coitales	3,6	82	0,18	0,35 ^c
Tomar una ducha fría	3,6	10	-0,10	-0,07
Aplicarse hielo en el pene	3,5	04	0,08	0,03
Usar un preservativo	3,3	80	-0,01	-0,02

^aEfectividad de la técnica para ayudar a retrasar la eyaculación, puntuación desde 1 (muy inefectiva) a 5 (muy efectiva).

^bControl eyaculatorio percibido (autoinforme); n = 109.

^cLatencia para eyacular que sigue a la penetración vaginal (autoinforme); n = 107.

^dp < 0,05.

^e≤ 0,01.

TABLA 4. Técnicas empleadas para el retraso de la eyaculación²³

Técnica	Media de efectividad ^a	% de la muestra que había usado la técnica	Correlación	
			Control ^b	Latencia ^c
Contraer los músculos pélvicos	3,3	57	0,06	0,07
Relajar los músculos pélvicos	3,3	53	0,06	0,04
Movimientos de penetración menos profundos	3,1	67	0,11	0,08
Hablar durante el coito	3,0	59	0,18	0,19
Apretar los dientes	3,0	20	-0,10	-0,40
Usar sexo oral como calentamiento	2,9	66	0,05	0,25 ^c
Moverse de forma circular	2,9	51	0,36 ^c	0,27 ^c
Hacer inspiraciones profundas	2,9	35	0,08	0,13
Tener coito en un momento específico del día	2,9	16	0,09	0,16
Usar más lubricación	2,7	23	-0,06	-0,15
Chasquear labios, lengua o mejillas	2,5	22	-0,02	-0,06
Movimientos de penetración más profundos	2,2	76	0,10	0,14
Acelerar los momentos de penetración	1,6	49	0,07	0,11
Tener pensamientos eróticos/sexuales	1,6	61	0,05	0,01

^aEfectividad de la técnica para ayudar a retrasar la eyaculación, puntuación desde 1 (muy inefectiva) a 5 (muy efectiva).

^bControl eyaculatorio percibido (autoinforme); n = 109.

^cLatencia para eyacular que sigue a la penetración vaginal (autoinforme); n = 107.

^dp < 0,05.

^e≤ 0,01.

Hay evidencia de que las técnicas conductuales y cognitivas disponibles pueden reducir la ansiedad y el malestar asociados con la EP, mejoran la comunicación y las interacciones sexuales. Sin embargo, en ciertos grupos de pacientes el éxito inicial de estas terapias puede ser difícil de mantener a largo plazo²².

Los varones buscan todo tipo de estrategias para intentar controlar su eyaculación. Grenier y Byers²³ han recogido y evaluado las diversas técnicas que los varones usan con este fin, y las han correlacionado con los criterios de control voluntario y latencia para establecer su grado de efectividad, más allá de la efectividad percibida por los pacientes y el porcentaje que había usado cada una de ellas (tablas 3 y 4).

Los resultados fueron concluyentes, además de eyacular antes del coito, las técnicas que correlacionaron significativamente con la latencia y el control voluntario fueron usar una posición diferente y moverse de forma circular. La mayoría de los varones manifiestan controlar mejor la eyaculación en la posición en que su pareja se encuentra encima. Hay que recordar que ésta es la posición que la mayoría de las mujeres describen como más favorable para la consecución de su orgasmo, ya que pueden buscarlo activamente. El movimiento circular o de atrás hacia delante, más que el de entrada-salida, supone una estimulación adicional del clitoris.

En la tabla 5 se recoge los distintos abordajes y modalidades terapéuticas que se emplean en el tratamiento de la EP.

Realmente hay pocos estudios controlados sobre las técnicas empleadas para el control de la eyaculación.

TABLA 5. Abordajes y modalidades terapéuticas que se emplean en el tratamiento de la eyaculación precoz (EP)

<i>Psicoterapia</i>
Conflictos profundos
Temor a la pérdida afectiva
Experiencia sexual traumática
<i>Terapias cognitivas o cognitivo-conductuales</i>
Reestructuración cognitiva
Reevaluar y reinterpretar pensamientos y sentimientos que genera la EP
Aprender a identificar
Distorsiones cognitivas
Distracciones cognitivas
Sensaciones preeyaculatorias
Desarrollo de habilidades
Entrenamiento habilidades sociales
Entrenamiento de habilidades sexuales:
Placerización sensorial
Entrenamiento masturbación
Entrenamiento en asertividad
<i>Técnicas de prevención de la recaída</i>
Disminución del riesgo de recaída
Garantizar las ganancias logradas
<i>Técnicas conductuales</i>
Aprendizaje de técnicas orientadas a mejorar el aspecto físico de la EP
Técnica de parada-arranque
Técnica de presión en surco balanoprepucial
Técnica de presión en el periné
Coito no exigente
Alternancia de movimientos coitales
Posiciones mayor control
Las mayores críticas que se hacen hoy en día a las terapias de la EP son:
Carencia de estudios controlados sobre la efectividad de las técnicas
Alto porcentaje de recaída
Carencia de abordajes de pacientes sin pareja

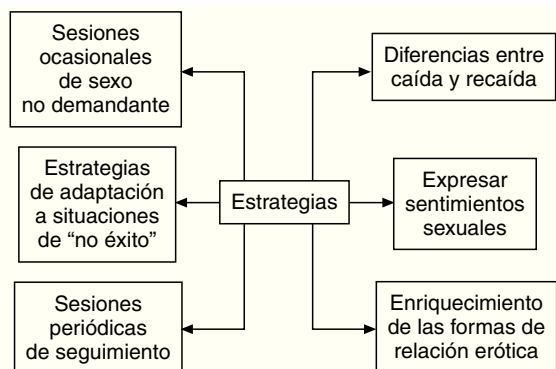


Figura 10. Prevención de la recaída. Alto porcentaje de recaídas en problemas de eyaculación precoz. McCarthy (1993) aplica la prevención de la recaída a los problemas de eyaculación precoz.

El único estudio controlado que ha probado la técnica de presión en el surco balanoprepucial es el de Heiman y LoPiccolo²⁴, cuyo diseño se basó en 15 sesiones de tratamiento cognitivo conductual que incluía la técnica de presión. Los autores encontraron que la duración de los juegos sexuales se incrementó de 7-10 hasta 11-15 min y la duración del coito de 1-2 hasta 5-8 min, ambos cambios fueron significativos. Sin embargo, a los 3 meses de seguimiento tras finalizar la terapia se produjo una disminución en la duración del coito. Metz y McCarthy²⁵ describen un programa de prevención de la recaída para las disfunciones sexuales masculinas. Los principios serían los mismos que las técnicas de prevención de la recaída aplicadas a consumos de tóxicos o en el trabajo con agresores.

Algunas de las estrategias que plantea Metz y McCarthy se reflejan en la figura 10.

Metz y Pryor²⁶ recogen algunos de los abordajes que se utilizan en personas sin pareja (fig. 11), aun-

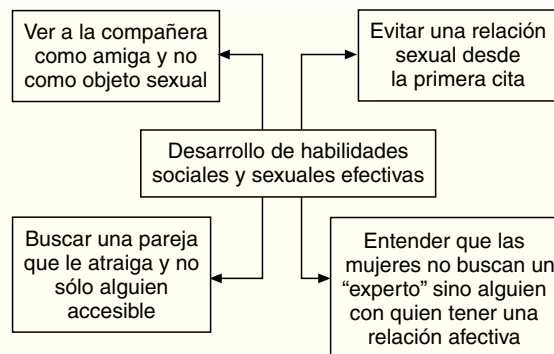


Figura 12. La terapia sexual de la eyaculación precoz en personas sin pareja.

que ya McCarthy²⁷ había descrito un modelo cognitivo basado en 4 puntos:

1. Cambiar las cogniciones respecto a la sexualidad.
2. Disminuir la ansiedad sexual e incrementar el sentimiento de comodidad sexual.
3. Construir habilidades sociales para establecer y desarrollar una relación.
4. Construir habilidades de excitación y estimulación sexual, con las estrategias que están reflejadas en la figura 12.

Dentro de los abordajes de pareja, Metz y Pryor (2000)²⁶ sugieren las alternativas terapéuticas que se muestran en la figura 13.

Leiblum y Rosen (1991)²⁸ habían descrito la técnica de la modificación de *scripts* sexuales para el asesoramiento de parejas donde el varón tenía DE, pero puede ser igualmente útil para varones con problemas de control de la eyaculación. Los *scripts* son guiones de conducta que se pueden evaluar de acuerdo con su

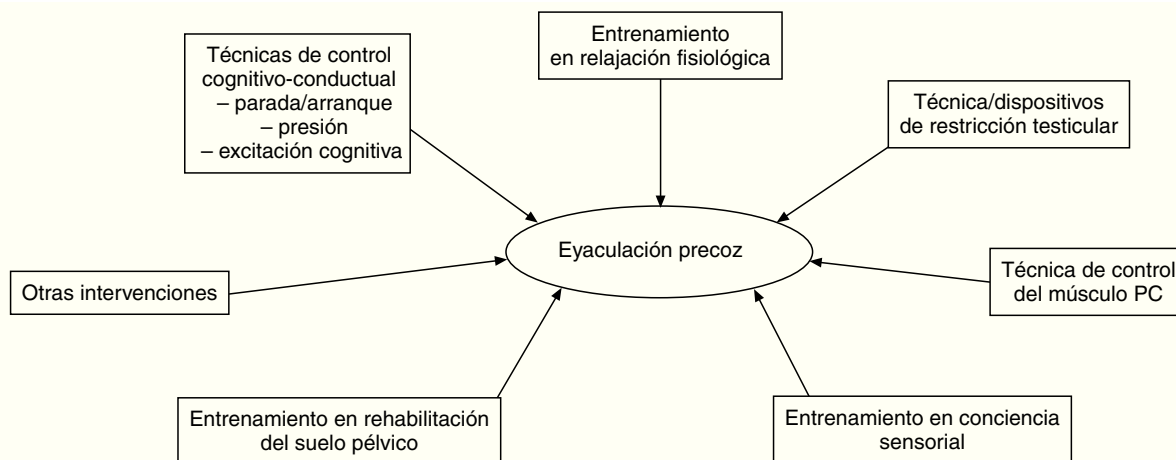


Figura 11. Alternativas terapéuticas para pacientes sin pareja: estrategias conductual cognitivas (Metz y Prior, 2000).

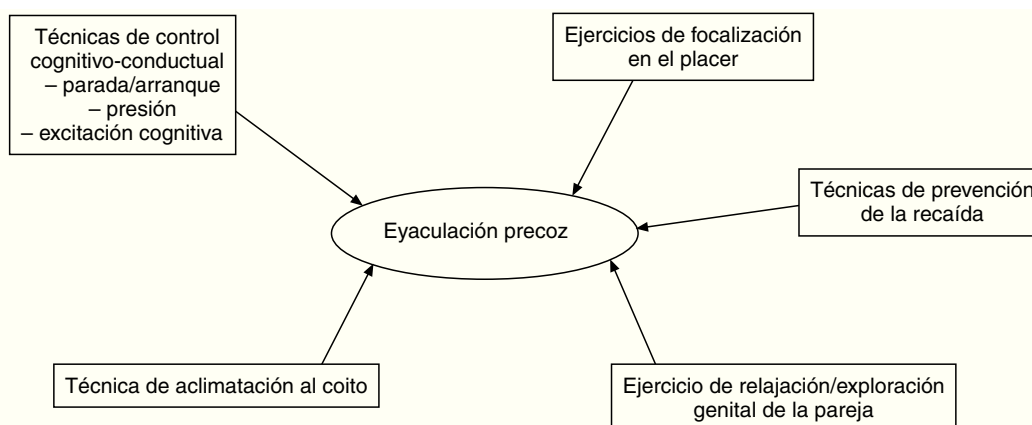


Figura 13. Abordajes en pareja. Alternativas terapéuticas: estrategias conductual cognitivas (Metz y Prior, 2000).

complejidad, convencionalidad, rigidez y satisfacción. Los *scripts* de los varones con problemas de control de la eyaculación suelen ser poco complejos, directos, breves, rígidos e insatisfactorios. El terapeuta trabaja con los *scripts* reales y los ideales o de fantasía de ambos miembros de la pareja, y mediante la comparación y reestructuración tratan de acercar los *scripts* ideales a los reales.

El problema, como se puede comprobar, no es la carencia de fármacos o de técnicas sino el abordaje parcializado que se ha hecho de las disfunciones sexuales en general y de los problemas de control de la eyaculación en particular; lo alternativo, lo innovador es que los terapeutas nos replanteemos nuestra función y hagamos intervenciones holísticas de acuerdo con el concepto de salud sexual que hemos aceptado de forma consensuada y que olvidamos con frecuencia.

Bibliografía

- Brooks G. Challenging dominant discourses of male (hetero) sexuality: The Clinical implications of new voices about male sexuality. En: Kleinplatz P, editor. *New Directions in Sex Therapy. Innovations and alternatives*. Philadelphia: Brunner-Routledge; 2001. p. 50-68.
- Tiefer L. The medicalization of sexuality: conceptual, normative and professional issues. *Annual of Sex Research*. 1996;7:252-82.
- Organización Mundial de la Salud. La educación y el tratamiento en sexualidad humana: la capacitación de los profesionales de la salud. Informe Técnico 572. Ginebra: OMS; 1975.
- Seligman M, Csikszentmihalyi M. Positive psychology: an introduction. *The American Psychologist*. 2000;55:5-14.
- Montejo Z. Abordaje de la sexualidad desde la consulta del médico de familia. *Jornadas de actualización en Medicina de Familia*; 2005.
- Demoscopia; 2001.
- Laumann EO, Paik A., Rosen RC. Sexual dysfunction in United States: prevalence and predictors. *JAMA*. 1999;281:537-44.
- Rosen R, Kountz, D, Kuritzky L. Managing sexual problems in primary care: focus in premature ejaculation. *Men's Health Forum Report*. New Jersey: University of Medicine and Dentistry; 2006.
- Kinsey A, Pomeroy WB, Martin CE. *Sexual behaviour in the human male*. Philadelphia: WB Saunders Co.; 1948.
- Gebhard PH. Factors in marital orgasm. *J. Soc. Issues*. 1966; 22:88-95.
- Patrick DL, Althof SE, Pryor JL, Rosen R, Rowland DL, Ho KF, et al. Premature ejaculation: an observational study of men and their partners. *Journal of Sexual Medicine*. 2005;2:358-67.
- Symonds T, Roblin D, Hart K, Althof S. How does premature ejaculation impact a man's life? *Journal of Sex and Marital Therapy*. 2003;29:361-70.
- McCabe MP. Intimacy and quality life among sexually dysfunctional men and women. *Journal of Sex Marital Therapy*. 1997; 23:276-90.
- Winton MA. Gender, sexual dysfunctions, and the Journal of Sex and Marital Therapy. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 2001;27:333-7.
- Schover LR, Leiblum SR. Commentary: the stagnation of sex therapy. *Journal of Psychology and Human Sexuality*. 1994;6: 5-30.
- Heiman J, Meston C. Empirically validated treatment for sexual dysfunction. *Annual Review of Sex Research*. 1997;8: 148-94.
- Donahey K, Millar S. "What works" in sex therapy: a common factors perspective. En: Kleinplatz P, editor. *New directions in sex therapy, innovations and alternatives*. Philadelphia: Brunner-Routledge; 2001.
- Carrobes JA, Sanz Yaque A. *Terapia sexual*. Madrid: UNED; 1991.
- Kaplan HS. *La eyaculación precoz: cómo reconocerla, tratarla y superarla*. Barcelona: Grijalbo; 1989.
- Metz ME, McCarthy B. *Coping with premature ejaculation: how to overcome PE, please your partner and have great sex*. Oakland CA: New Harbinger Publications; 2004. p. 147-60.
- De Carufel F, Trudel G. Effects of a new functional-sexological treatment for premature ejaculation. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 2006;32:97-114.
- Barnes T, Eardley I. Premature ejaculation: the scope of the problem. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 2007;33:151-70.
- Grenier G, Byers ES. The relationship among ejaculatory control, Ejaculatory latency, and attempts to prolong heterosexual intercourse. *Archives of Sexual Behavior*. 1997;26:27-48.
- Heiman JR, LoPiccolo J. Clinical outcome of sex therapy. *Archives of General Psychiatry*. 1983;40:443-9.
- Metz ME, McCarthy B. Enjoying sex and preventing relapse. En: *Coping with premature ejaculation: how to overcome PE, please your partner and have great sex*. Oakland CA: New Harbinger Publications; 2004. p. 147-60.
- Metz ME, Pryor JL. Premature ejaculation: a psychophysiological approach for assessment and management. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 2000;26:293-320.
- McCarthy B. Treatment of erectile dysfunction with single men. En: Rosen R, Leiblum S, editors. *Erectile disorders. Assessment and Treatment*. New York: The Guilford Press; 1992.
- Leiblum S, Rosen R. Couples therapy for erectile disorders: conceptual and clinical considerations. *Journal of Sex and Marital Therapy*. 1991;17:147-59.