

EYACULACIÓN PRECOZ Y MÉTODOS DEL SENTIDO COMÚN, DE LA PREGUNTA OBLIGADA A LA REFLEXIÓN MÉDICA.

Dra. Yamira Puentes Rodríguez.
Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX)
yamira@infomed.sld.cu

RESUMEN

En la entrevista que se le realiza al sujeto con eyaculación precoz se indaga acerca de los “métodos de sentido común” con más frecuencia utilizados en la búsqueda de paliativos al problema que los lleva a solicitar ayuda. Partiendo de un estudio realizado para la validación del cuestionario de Eyaculación Precoz de Gindin y Huguet, se analizan los principales métodos para el control de la eyaculación precoz que se recogen en el test y durante el interrogatorio realizado en la consulta. Se precisan cuáles de ellos son más frecuentes en las personas que asisten a consulta de Sexología Clínica en el Centro Nacional de Educación Sexual en Cuba.

Durante la investigación se recoge que los principales mecanismos empleados son los pensamientos distráctiles en el 80% de la muestra; siguiendo en frecuencia, utilizado por el 52% de la muestra, el coito compensatorio y las relaciones sexuales compulsivas. Aunque el test no recoge la ingestión de alcohol entre sus ítems, en la revisión de historias clínicas se constató que el 24 % de la muestra ingería alcohol antes de la relación sexual con vistas a retardar la eyaculación durante el coito.

A partir de ese punto se hace una reflexión sobre la importancia del conocimiento por parte del terapeuta de estos mecanismos empleados y las posibles consecuencias que para los sujetos pueda implicar el uso de alguno de ellos, como son la disfunción eréctil, el alcoholismo y las secuelas derivadas de este.

Introducción

La eyaculación precoz genera los más intensos debates en el campo de la sexología médica, se considera unos de los trastornos sexuales mas frecuentes del varón (Metz, 2000; Cuhna et al. 2004; Janini, 2005); no existe una idea clara de su definición, etiología, prevalencia o conducta a seguir.

Por ser necesario un acercamiento teórico a la definición del trastorno proponemos revisar las definiciones propuestas por los clásicos y aquellas que han sido recomendadas por los consensos en las últimas investigaciones.

El primer problema al que nos enfrentamos está relacionado con el hecho de que no existe un concepto preciso que sea clínicamente satisfactorio debido en parte a que el momento de la eyaculación está en relación con el ciclo de la respuesta sexual de la pareja. La dificultad aparece cuando la eyaculación rápida limita la posibilidad y capacidad de la pareja sexual para alcanzar niveles elevados de excitación u orgasmos.

Otro obstáculo a superar viene dado porque algunos investigadores consideran que la definición de eyaculación precoz debe estar en función del tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal (Waldinger, 2008). Para este autor los constructos hasta ahora establecidos están basados en variables cualitativas (satisfacción del sujeto, la pareja o ambos; sensación de control eyaculatorio) muy difíciles de medir en la práctica sexológica, proponiendo determinadas variables cuantitativas (tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal, número de bombeos vaginales) que rebasan el marco del trabajo que presentamos y que se debaten aún en el escenario del tema.

Si se realiza un análisis de las propuestas de Waldinger encontramos varios puntos que llevan a la reflexión: el primero de ellos tiene que ver con que la estimación por parte de las parejas del tiempo transcurrido entre el inicio de la actividad sexual y la eyaculación constituye un problema en sí y porque los autores divergen en la determinación de un rango normal de tiempo de latencia eyaculatoria (Cabello y Lucas, 2003; Cunha et al., 2004; Corty y Guardiani, 2008;). El segundo llamado de atención es al término «*intravaginal*» pues cuando hablamos de tiempo de latencia eyaculatoria «*intravaginal*» estamos asumiendo que todas las parejas serán heterosexuales, con penetración vaginal, dejando fuera del campo de estudio a aquellos sujetos con otro tipo de comportamiento diferente al heterosexual y con otro tipo de prácticas sexuales que no sean la penetración vaginal. Aún así quedan fuera de este concepto los aspectos relacionados con la percepción del sujeto de poder o no controlar su eyaculación y con la angustia que puede causarle el trastorno al sujeto, a la pareja o a ambos. En este sentido ya hay autores que se han pronunciado (Althof et al., 2006; McMahon, 2008) a favor de que tanto los criterios cuantitativos como cualitativos sean tomados en cuenta.

Clásicos de la terapia sexual han definido a este trastorno como la incapacidad de inhibir la eyaculación el tiempo suficiente para que la pareja alcance el orgasmo en el 50 % de los coitos (Kolodny, Masters y Johnson, 1985). Por su parte, Helen Kaplan plantea que es la ausencia de control voluntario sobre el reflejo eyaculatorio en el hombre.

Para Metz & Pryor (2000) la EP es la velocidad rápida inadvertida e insatisfactoria de la eyaculación masculina y el DSM-IV-TR define a este trastorno como la eyaculación

persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración, y antes de que la persona lo desee.

El Consenso de la Academia Internacional de Sexología Médica (Cunha et al., 2004) definen a esta entidad como una condición persistente o recurrente en la cual el hombre no consigue percibir y/o controlar las sensaciones propioceptivas que preceden al reflejo eyaculatorio, provocando trastornos personales y/o perturbando la relación con la pareja.

Se coincide con la Asociación Urológica Americana (AUA) en establecer tres elementos básicos a la hora de establecer un concepto de eyaculación precoz (Sharlip y Broderick, 2005):

- Ausencia de control voluntario.
- Angustia e insatisfacción (por el sujeto, por la pareja o por ambos).
- Disminución del tiempo de latencia eyaculatoria.

La AUA puntualiza que la EP es la eyaculación que ocurre antes o poco tiempo después de la penetración y antes de que la persona lo desee, provocando insatisfacción a un miembro de la pareja o a ambos.

Para la autora de este trabajo la definición más precisa es la que elabora la Academia Internacional de Sexología Médica, pues aún cuando no es perfecta, permite visibilizar un fenómeno que es trascendental en el sujeto portador de eyaculación precoz: el hecho de que el hombre no consiga percibir y/o controlar las sensaciones propioceptivas que preceden al reflejo eyaculatorio (Cunha et al., 2004).

En este trabajo centraremos la atención en el conjunto de “técnicas propias” que intenta el sujeto con vistas a tratar de retrasar el momento de eyacular, dimensión que ha recibido denominaciones tan diversas como «*métodos del sentido común*» (Kaplan, 1986), «*estrategias de autocontrol*» (Cabello y Lucas 2003) o «*mecanismos de autoayuda*» (Moncada, 2006)

Estos métodos son mencionados con poca frecuencia en la literatura y escasean los estudios, al menos hasta donde la autora ha explorado, que describan en encuestas epidemiológicas cuáles de ellos (en mayor o menor medida) han sido utilizados por los eyaculadores precoces en dependencia del área geográfica explorada.

Dentro de los más frecuentemente descritos podemos mencionar: coito compensatorio (o masturbación previa al coito que podría ser una variante del mencionado con anterioridad), relaciones sexuales compulsivas, uso de pensamientos distráctiles, empleo de métodos para disminuir la sensibilidad peneana (anestésicos, condones), ingestión de

alcohol, evitación de los juegos sexuales previos, disminución de la actividad sexual y otros.

Diseño metodológico

Se realiza estudio observacional descriptivo en el período comprendido entre enero y marzo de 2009 en la Consulta de Orientación y Terapia Sexual (COTSx) del Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX).

La muestra estuvo constituida 25 sujetos, escogidos de forma intencional, que cumplieron con los criterios de inclusión y que provenían de la COTSx del CENESEX

Criterios de inclusión: portador de eyaculación precoz primaria, estudios primarios terminados (para la lectura y comprensión del test), pareja estable, no portador de retraso mental o enfermedad psiquiátrica descompensada, aceptación voluntaria a realizar el test.

Criterios de exclusión: dificultades para la comprensión del test aún cuando tuviera estudios primarios finalizados, déficit visual que impidiera leer el test, no deseos de ser incluido en el estudio.

Objetivos

Determinar, por los resultados del test, cuáles fueron los principales «*métodos del sentido común*» utilizados por los sujetos.

Revisar las historias clínicas para conocer algún otro método, no precisado en el test, descrito por los sujetos que asisten a consulta.

Reflexionar acerca de la importancia que tiene para él o la profesional indagar en los eyaculadores precoces el uso de alguna practica específica con vistas a lograr demorar el momento de la eyaculación.

Resultados

El uso de pensamientos distráctiles ha sido el mecanismo de auto ayuda más utilizado por los casos valorados en consulta. Fue utilizado por 20 de los hombres encuestados, 80% de la muestra, este resultado coincide con otros autores (Cabello, 2003; Alfonso, 2006), y de hecho es uno de los pocos mecanismos de auto ayuda de los que se encuentran datos en la bibliografía. Se han publicado trabajos en los cuales se sugiere que estos pensamientos distráctiles den lugar a la aparición secundaria de disfunción eréctil (Alfonso y Puentes, 2006), la existencia de distracción durante la relación sexual puede traer como consecuencia la disminución del tono sexual y la aparición de fallas en la erección estableciéndose el ciclo de la disfunción sexual eréctil psicológica (fallo - ansiedad anticipatoria -distracción - fallo). La utilización de maniobras dolorosas (mordidas,

pellizcos) para distraerse es un mecanismo que resulta una variante del lo anteriormente explicitado y que sido descrita por clásicos de la sexología (Kaplan, 1978; Cabello, 2003) La pregunta relacionada con el coito compensatorio obtiene el mismo grado de puntuación que la pregunta que explora la tenencia de relaciones compulsivas pensando que en esta oportunidad o con esta persona le irá bien. En estos dos casos en el grupo proveniente de consulta 12 hombres contestan positivamente y hacen un 48% de la muestra.

Con el coito compensatorio sucede un fenómeno interesante y es que se ha tenido la experiencia de que el motivo de consulta no ha sido directamente por la eyaculación precoz sino porque después de que han utilizado durante años este mecanismo y cuando por alguna razón comienzan a aparecer fallas eréctiles los individuos vienen preocupados no por la eyaculación precoz en sí, sino por la imposibilidad de tener este segundo coito (Alfonso y Puentes, 2006). Una variable de esta maniobra podría ser la masturbación antes del coito situación que con relativa frecuencia se observa en consulta y que no aparece explicitada en el cuestionario.

En la pregunta relacionada con las relaciones compulsivas llama la atención que el 48% del grupo que asiste a consulta respondió positivamente pues en la experiencia de la autora no es habitual que al interrogatorio refieran la realización de relaciones sexuales compulsivas “para ver cómo le va con otra pareja”, es un recurso que se ha visto más relacionado con la disfunción eréctil y sin lugar a dudas el resultado obtenido en el test nos lleva a pensar que tendremos que profundizar en el interrogatorio e indagar en este ítems.

La pregunta que hace referencia a que estos sujetos evitan la estimulación de sus genitales por las parejas como una técnica para el control de la eyaculación precoz fue respondida positivamente por 6 sujetos del grupo de consulta para el 24 % de la muestra y la pregunta relacionada con el uso de anestésicos locales y/o pomadas o condones para disminuir la sensibilidad del pene solo fue respondida afirmativamente por tres de los sujetos provenientes de consulta (12% de la muestra). Aún cuando persista desde el imaginario popular que la eyaculación precoz se deba a un aumento de la sensibilidad del pene, desde la investigación, hace varios años ha sido refutada esta teoría y es así que los estudios de Cold y Van Howe, 1997; Paick et al, 1998 dejan bien claro que la hipersensibilidad peneana no es una teoría con un sustento de peso dentro de las posibles causas de eyaculación precoz.

Con respecto a la aplicación de sustancias que disminuyan la sensibilidad peneana la experiencia mayor se tiene con el uso de amitriptilina y condones (Alfonso y Puentes, 2006) y siempre ha llamado la atención el uso de la amitriptilina pues el riesgo es doble porque no solo al disminuir la sensibilidad del glande puede producirse una disfunción eréctil sino que también el uso de este medicamento puede llevar a producir irritaciones a nivel local en el pene y anestesia en las zonas que entren en contacto con el pene (boca, vagina, ano...)

Por último y como consideraciones generales acerca de los ítems que hacen referencia a los mecanismos de auto-ayuda desde la práctica diaria se han descrito otros (Bécquer y Puentes, 2006) y entre ellos la utilización de alcohol es una de las experiencias para controlar la eyaculación precoz que con más frecuencia se reporta en nuestra consulta. En la revisión de las historias clínicas (ya que no aparece en el test) 12 sujetos refirieron haber consumido alcohol para retrasar el momento de la eyaculación lo que hace un 48% de la muestra. Como ya se comentó anteriormente posiblemente sea uno de los mecanismos que pueden llevar a estos sujetos a una disfunción eréctil secundaria.

Los mecanismos que se sugieren en este caso serían: la adicción y dependencia al alcohol, con la consiguiente polineuropatía alcohólica, siendo en este caso un mecanismo tardío en la producción de disfunción eréctil. Existe, sin embargo, un mecanismo más temprano e inmediato de la disfunción eréctil y tiene que ver con el hecho de que el alcohol es la droga depresora por excelencia del sistema nervioso central y este sería un mecanismo temprano e inmediato de producción de disfunción eréctil. Como decía hace años William Shakespeare en su obra Hamlet *“El alcohol estimula el deseo pero impide el acto”*. Desgraciadamente a todo esto podríamos añadirle los cuadros depresivos que se producen como consecuencia de la adicción al alcohol y la abstinencia en casos de desintoxicación donde también son bien frecuentes las alteraciones en la esfera sexual.

CONCLUSIONES

- Los métodos del sentido común más frecuentemente utilizados por los sujetos fueron: uso de pensamientos distráctiles, coito compensatorio y realización compulsiva de relaciones sexuales.
- En la revisión de las historias clínicas, un número significativo de sujetos refirió consumir alcohol para retrasar la eyaculación.
- Se hace importante, por parte de (la) terapeuta, preguntar en los eyaculadores precoces acerca del empleo de estos métodos por las posibles consecuencias negativas que su empleo puedan causarle.

A modo de reflexión final

Como título de este trabajo propuse “Eyaculación precoz y métodos del sentido común, de la pregunta obligada a la reflexión médica” no por simple casualidad. En la experiencia en el campo de la salud mental como psiquiatra y de la terapia sexual en varias oportunidades he asistido a la dualidad de diagnósticos donde el común denominador ha sido la eyaculación precoz. Preguntar para un(a) especialista en salud mental la coexistencia de síntomas sexuales dentro de la psicopatología no es algo que he visto frecuentemente.

Tampoco todas(os) aquella(os) que se dedican a la terapia sexual indagan sobre estos métodos del sentido común en los eyaculadores precoces, sin embargo, mas de una vez he visto como la utilización de estos métodos dan lugar a complicaciones con pronósticos reservados y aún peor con complicaciones y secuelas avanzadas en su evolución que hacen poco probable la reversibilidad de las mismas.

Asumo que este trabajo sirva de atención, no solo a realizar la pregunta obligada, sino a reflexionar en las posibles consecuencias que el uso de estos métodos imprácticos [muchas veces sugeridos por amigos o familiares e incluso medico(as) no conocedores del tema] puedan tener sobre la persona que asista a solicitar ayuda con un problema sexual.

El uso de algunos de estos mecanismos podría tener un impacto negativo no solo en el funcionamiento sexual del sujeto sino en otras áreas de su cuerpo.

Obliguémonos a preguntar y reflexionemos sobre las respuestas.

BIBLIOGRAFIA

Althof S., Rosen R., Symonds T., Mundayat R., May K., and Abraham L. 2006. Development and validation of a new questionnaire to assess sexual satisfaction, control, and distress associated with premature ejaculation. *J Sex Med*; 3:465–475.

American Psychiatric Association. 2000. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition. Text Revision. DSM-IV-TR. Washington DC: American Psychiatric Association.

Alfonso B. C; Puentes R.Y. 2006. Eyaculación precoz ¿a qué nos enfrentamos? *Rev. Sexología Integral*; 3(4): 217-222. Disponible en URL: <http://www.drugfarma.com/spa/sexologia/index.asp>

Cabello SF, Lucas M. 2003. Manual médico de terapia sexual. 1ª ed. Madrid: Editorial Psimática, Pág. 205-219

- Cunha R.; Hernández R; Pereira G. 2004. Ejaculacao Precoce/Rápida. Concenso de Academia Internacional de Sexología Médica. Ed Guanabara Koogan S.A. Rio de Janeiro.
- Cold CJ; Van Howe RS. 1997. Somatosensory evoked potentials in patients whit primary premature ejaculation. J Urol 159 (6): 2103-2104.
- Corty EW, and Guardiani JM. 2008. Canadian and American sex therapists' perceptions of normal and abnormal ejaculatory latencies: How long should intercourse last? J Sex Med;5:1251–1256
- Jannini A. 2005. Epidemiology of premature ejaculation. Curr Opin Urol; Nov; 15(6):399-403.
- Kaplan H. 1986. La nueva terapia sexual: tratamiento activo de las disfunciones sexuales. Ed. Alianza. Tercera re-impresión. Madrid. Tomo II. Pág. 404-437.
- Kolodny, R.; Masters, W.; Johnson, V.; 1985. Tratado de Medicina Sexual. Ed. Científico-Técnica. Ciudad de La Habana.
- McMahon CG. 2008. Interventional and treatment preference studies -Part I-Defining and selecting the study population. J Sex. Med, 5:1805–1816
- Metz M, Pryor J. 2000. Premature Ejaculation: A Psychophysiological Approach for assessment and Management. Journal of Sex and Marital Therapy; 26 (4) 293:320.
- Moncada I. 2006. Tratamiento actual de la eyaculación precoz. Disponible en URL: <http://www.urologiacolombiana.com/revistas/agosto-2006/036.htm>.
- Paick JS, Jeong H, Park MS. 1998. Penile sensivity in men with premature ejaculation. Int J Impot Res. 10 (4); 247-250.
- Waldinger MD, Zwinderman AH, Olivier B, Schweitzer DH. 2008. Geometric mean IELT and premature ejaculation: appropriate statistics to avoid overestimation of treatment efficacy. J Sex Med. Feb; 5(2):492-9.