

# Consenso de la



# Eyacuación Precoz/Rápida

Salvador da Bahia, Brasil  
2004

## **ACADÉMICOS PARTICIPANTES**

**RUBÉN HERNÁNDEZ SERRANO** - Venezuela  
Presidente AISM

**RICARDO DA CUNHA CAVALCANTI** - Brasil  
Secretario General AISM

**ANDRÉS FLORES COLOMBINO** - Uruguay

**ANTÓNIO PACHECO PALHA** - Portugal

**ELENA SEPÚLVEDA** - Chile

**EDUARDO PINO ARAVENA** - Chile

**FELIPE NAVARRO CREMADES** - España

**FERNANDO BIANCO COLMENARES** - Venezuela

**FRANCISCO CABELLO SANTAMARÍA** - España

**GERSON PEREIRA LOPES** - Brasil

**GLADYS LLANOS DE ORDÓÑEZ** - Ecuador

**JOSÉ DÍAZ MORFA** - España

**JUAN CARLOS KUSNETZOFF** - Argentina

**JUAN JOSÉ BORRAS VALLS** - España

**LEÓN ROBERTO GINDIN** - Argentina

**MAURICIO DELGADO** - Colombia

**SIDNEY GLINA** - Brasil

**YODALIA LEYVA MARIN** - Cuba

## PREFACIO

La Academia Internacional de Sexología Médica AISM reúne a 25 Profesores Universitarios, con una destacada trayectoria docente y de investigación. Luego de varios proyectos que comenzaron en Uruguay, Mexico, Cuzco en Perú, Paris y Margarita en Venezuela, logramos constituirla en Octubre de 2002. Se instaló oficialmente de manera solemne en Salvador de Bahia en Brasil, Noviembre 2003.

La experiencia clínica, docente y de investigación de sus Individuos de Numero es muy larga, extensa y digna de ser reconocida. Son muchos años acumulados observando, estudiando, diagnosticando y tratando miles de pacientes. Ello representa un caudal invaluable de conocimientos, a lo cual se sumarán las colaboraciones de los 25 Miembros Correspondientes que pasarán luego a ocupar los Sillones Vitalicios, cumplidos los requisitos finales.

Su objetivo fundamental es discutir en profundidad temas que puedan ser llevados a la comunidad científica en forma de documentos de consenso que luego sean publicados y revisados periódicamente. La velocidad de la investigación sexológica actual y las dinámicas de los Congresos de las distintas especialidades medicas representadas en la AISM, impiden generalmente la discusión profunda de temas particularmente controversiales, generando frustraciones y actitudes negativas. Por otro lado Internet aporta numerosas referencias bibliograficas accesibles facilmente, y produciendo el ya conocido fenomeno de excesiva informacion y la clasificacion de trabajos cientificos publicados en un esquema ya de uso internacional. Lo que Internet no podrá sustituir es precisamente el comentario oportuno y acertado en las discusiones eminentemente académicas que pretenden llegar al Consenso.

Por ello esta primera publicación es histórica y marcará pautas en el manejo correcto de uno de los principales problemas que afectan a las parejas de hoy, develando conflictos que si no son resueltos terminarán con su estabilidad y reforzamiento causando otros problemas reactivos.

No queremos competir con otras organizaciones ya existentes, queremos contribuir y aportar de manera selectiva al proceso de consolidación de la enorme cantidad de trabajos que hoy nos llegan para sintetizarlos con base a nuestra experiencia, en beneficio de la mayoría de la profesión médica y logrando así una mayor calidad en la atención de nuestros pacientes, a quienes nos debemos.

RÚBEN HERNÁNDEZ SERRANO  
Presidente 2002-2004

# ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
2. DEFINICIONES Y CLASIFICACIÓN
3. PREVALENCIA
4. FISIOLÓGÍA DE LA EYACULACIÓN EN EL ÁMBITO CEREBRAL Y NEUROLÓGICO
5. ETIOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO DE LA EYACULACIÓN RÁPIDA
6. TRATAMIENTOS DE LA EYACULACIÓN RÁPIDA
  - a. Tratamiento psicofarmacológico
  - b. Tratamiento psicoterapéutico
7. CONCLUSIONES

## 1. - INTRODUCCIÓN

La Eyaculación precoz /rápida (E.P./E.R) probablemente sea la *disfunción sexual más frecuente* en la primera mitad de la vida sexual del hombre y es de hecho *el mayor motivo de consulta masculina* en nuestros consultorios sexológicos.

Sin embargo, aún hoy se discute sobre su definición, etiología, epidemiología y tratamientos. Como esta disfunción sexual es muy frecuente y genera sentimientos vergonzantes para el sujeto que la padece han surgido "tratamientos" médicos, quirúrgicos, psicológicos, dietoterápicos y herbarios de todo tipo, con consecuencias iatrogénicas en algunos casos

Años atrás no se incluía a la E.P./E.R dentro de las disfunciones sexuales. Recién en los años setenta fue incluida definitivamente dentro de las mismas. Hasta entonces, muchos hombres no mostraban preocupación por su control eyaculatorio, ni su pareja, aparentemente, se lo solicitaba. La sexualidad era contemplada básicamente con fines reproductivos y, para muchas mujeres, como algo que tenían que soportar. Por ello, cuanto más rápida fuera la eyaculación, menor compromiso de la pareja y de cada uno de sus integrantes con la sexualidad como forma de comunicación y expresión del amor.

A medida que estas concepciones fueron cambiando, la sexualidad pasó a ser considerada como un instrumento de placer y de comunicación íntima para la pareja, al tiempo que las mujeres comenzaron a reivindicar su derecho a disfrutar del sexo. Como consecuencia, a partir de mediados de los años sesenta la eyaculación precoz/rápida comenzó a ser contemplada como un verdadero impedimento para dichos fines.

En cuanto a la E.P./E.R, en general, se la ha considerado desde el área médica y psicológica como "un trastorno menor" que causa muchos problemas, pero como no influye en las posibilidades reproductivas y aún coitales, ha quedado relegada en rubro "problemas" o "trastornos" sin una implicancia fundamental en la vida de las personas. Olvidan quienes piensan así en la llamada "calidad de vida".

Hemos evolucionado desde una concepción en la que "el placer es cosa de hombres", donde la sexualidad femenina está negada y en la que el placer sexual de la mujer es indicativo de una dudosa catadura moral. En ese contexto, no existe posibilidad de preocuparse por la precocidad de la eyaculación. Es la situación más generalizada en occidente hasta los años 1940.<sup>(1)</sup>

En la década de los 80 a los 90 se estableció la "dictadura del orgasmo" y el hombre pasó a ser responsabilizado y, sobre todo, sentirse culpable de la ausencia del orgasmo de la mujer. Esta nueva concepción pesa sobre los hombros del hombre como una obligación sexual, imponiéndose una mejor revisión acerca de los diagnósticos de E.P./E.R que fueran realizados en estos periodos. Muchos de los casos que fueran etiquetados como eyaculación precoz no lo eran, debieron ser diagnosticados como anorgasmias femeninas, lo que no solo disminuye la incidencia y la prevalencia de la eyaculación precoz en una determinada población. Pero sobretodo, elimina del hombre la responsabilidad acerca del placer sexual femenino y refuerza la idea de que el orgasmo es fisiológico y socioculturalmente responsabilidad de cada individuo, independientemente de su genero .

## 2. - DEFINICIONES Y CLASIFICACIONES

### TERMINOLOGÍA

Eyacuación Precoz (OMS)<sup>(1)</sup>

Eyacuación Prematura (DSM-IV)<sup>(2)</sup>

Eyacuación Temprana (Goldstein)<sup>(3)</sup>

La ACADEMIA INTERNACIONAL DE SEXOLOGÍA MÉDICA prefiere la denominación **Eyacuación Rápida**.

### DEFINICIONES

Entre las definiciones propuestas tenemos:

En la **Clasificación de Trastornos Mentales - CIE 10** <sup>(1)</sup>, bajo el rubro (F52.4) se define la eyacuación precoz/rápida como:

**"la incapacidad de controlar la aparición de la eyacuación durante el tiempo necesario para que ambos participantes disfruten de la relación sexual".**

La CIE-10 establece una duración mínima de los síntomas de por lo menos 6 meses.

### Comentario

Esta definición encierra dos puntos cuestionables. En primer lugar ningún hombre ejerce control voluntario sobre la eyacuación. Ella es un acto reflejo que por definición es independiente de la voluntad. En este particular Masters y Johnson fueron bien claros cuando hablaban de la "inevitabilidad eyaculatoria", esto es, cuando el reflejo fuera activado. Lo que se puede

controlan son las reacciones orgánicas que preceden al reflejo eyaculatorio y así prevenir la inevitabilidad.

El eyaculador precoz ignora, no percibe y tiene una seria dificultad en darse cuenta de sus sensaciones eróticas previas al momento eyaculatorio.

Se podría decir que no es como ellos mismos creen, que tienen un exceso de sensibilidad o que "sienten" demasiado - una "ola de fuego" como suelen describir en la consulta- sino que, por el contrario, pareciera que sufriesen de dificultad para percibir sus sensaciones genitales placenteras. Ellos no reconocen las señales de su cuerpo y eyaculan perdiendo la posibilidad de disfrutar de una fase de excitación más prolongada.

Todos los hombres, previo al reflejo eyaculatorio, pueden percibir una sensación propioceptiva - en cada varón asume características distintas- que le "avisa": como si le dijese "a continuación se producirá la emisión de espermatozoides".

Por supuesto que cada hombre debe conocer el código de su propio cuerpo para poder interpretar las señales que este le envía - es necesario insistir- momentos antes de iniciarse la descarga eyaculatoria.

Otro punto a considerar es la subjetividad de la definición cuando afirma:..." durante el tiempo necesario para que ambos participantes disfruten de la relación sexual". El concepto de disfrutar es muy relativo. Hay personas que disfrutan de la relación sexual sin que haya penetración y sin que tengan necesidad de eyacular. No hay porque asociar, en ciertos casos, necesariamente, el concepto de la eyaculación con el de disfrutar de una relación sexual. Esa es generalmente la confusión que se hace entre eyaculación y orgasmo.

En el **Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV)**<sup>(2)</sup>, después de aclarar que la eyaculación rápida no es debida exclusivamente a los efectos directos de alguna sustancia (p. ej., abstinencia de opiáceos) lo que puede diagnosticarse como trastorno sexual inducido por sustancias, afirma que ella provoca malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales. Entonces define la Eyaculación Rápida, bajo el rubro (302.75) como:

**"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."**

### Comentario

Sin embargo mejor que la anterior, el DSM IV valoriza el deseo (antes de que la persona lo desee). Deseo es algo extremadamente imponderable y subjetivo y la voluntad o la capacidad de inhibir la sensación propioceptiva es variable en un mismo individuo y de un individuo a otro. Como el propio DSM IV señala depende de numerosas variables: edad, la novedad de la pareja o la situación y la frecuencia de la actividad sexual.

Otro punto importante a considerar es que los problemas ocasionales de eyaculación rápida que no son persistentes ni recidivantes o que no se acompañan de malestar acusado o dificultades en las relaciones interpersonales no se consideran eyaculación rápida.

**Masters y Johnson** <sup>(4)</sup>, en 1970 definen, la eyaculación rápida como la

**"incapacidad para retrasar el reflejo eyaculatorio durante la penetración el tiempo suficiente como para satisfacer a su pareja en el 50 % de sus contactos sexuales".**

### Comentario

La gran crítica que se hace a esta definición es que coloca en el hombre la responsabilidad del orgasmo femenino, abriendo la puerta para que legiones de hombres se sientan culpables, enfermos, disfuncionales, en suma porque su pareja no logra el orgasmo durante el coito y, aún más terrible exigencia, no lo hace simultáneamente con ellos. (Borrás)<sup>(5)</sup>

La definición de Masters y Johnson , por otro lado, tampoco toma en cuenta las posibles disfunciones de la pareja. La primera pregunta que le hicieron sus colegas, con justa razón, fue "Y que pasa si la mujer es lenta en alcanzar el orgasmo?" No conocemos la respuesta. Sin embargo si una mujer fuera anorgásmica, de acuerdo a los criterios de Masters y Jonson, todos los hombres son eyaculadores prematuros para aquella mujer.

Para **Helen Kaplan** <sup>(6)</sup>, "debe considerarse eyaculador rápido al varón que no tiene, no ha adquirido o ha perdido la capacidad de decidir, dentro de límites razonables, su capacidad de control del momento eyaculatorio". Ella define la eyaculación rápida cuando:

**"el hombre es incapaz de ejercer un control voluntario sobre su reflejo eyaculador, con el resultado de que una vez está excitado sexualmente alcanza con mucha rapidez el orgasmo".**

### Comentario

Kaplan<sup>(6)</sup>incurre en el mismo error ya señalado, de querer controlar voluntariamente el acto reflejo y aun más tiende a perpetuar la confusión entre eyaculación y orgasmo.

Algunos autores prefieren definir la eyaculación precoz desde un parámetro distinto: el del **tiempo** de duración del pene en el interior de la vagina. Desde esta óptica, para algunos especialistas, la existencia de la eyaculación rápida estaría determinada por la imposibilidad de realizar determinado **número de "bombeos"**, vale decir, la rítmica penetración y salida del pene de la vagina, usual cuando se buscan acelerar las sensaciones placenteras del coito. Si un hombre eyacula antes de 10 impulsos es rápido(Seagraves et al)<sup>(7)</sup>; otros fijan el número de "bombeos" en 15 (Meyer)<sup>(8)</sup>

Ciertos autores, sin especificar si es " bombeando" el pene en el conducto vaginal se inclinan en cambio por un determinado lapso de **permanencia en la vagina**: para unos 30 a 50 segundos (Seagraves et al)<sup>(7)</sup>, (Cooper y Magus)<sup>(9)</sup>, (Waldinger et al)<sup>(10)</sup>, otros 1 minuto (Strassberg e al)<sup>(11)</sup> y para los demás 2, 3 ó 5

minutos de duración sin eyacular. (Marmor)<sup>(12)</sup>; (LoPiccolo y Lobitz) <sup>(13)</sup>; (Walbrek y Walbrek )<sup>(14)</sup>.

### Comentario

La estimación por parte de las parejas del tiempo transcurrido entre el inicio de la actividad sexual y la eyaculación, constituye un problema que puede tener muchas variables, incluso porque los autores divergen en la determinación de un rango normal del tiempo de latencia.. Sin embargo para trabajos científicos en que se necesita de parámetros objetivos la única forma, actualmente disponible, para medir la latencia eyaculatoria, es cronometrar el tiempo(la haría la pareja) desde la penetración hasta la eyaculación dentro de la vagina. Los estudios clínicos que debemos soportar deberán tener un tiempo de latencia en la línea de base, otra con placebo y otra con medicamento o la terapia. Actualmente el tiempo es el mejor estándar que tenemos para ver la eficacia o no, de los tratamientos.

### Conclusión

A pesar de la dificultad para emitir una definición, la **ACADEMIA INTERNACIONAL DE SEXOLOGÍA MÉDICA** considera que:

**Eyaculación Rápida es la condición persistente o recurrente en que el hombre no puede percibir y/o controlar las sensaciones propioceptivas que preceden el reflejo eyaculatorio, produciendo malestar personal y/o en la relación con su pareja.**

## **CLASIFICACIÓN**

Aún cuando existen varias clasificaciones de eyaculación rápida, la **ACADEMIA INTERNACIONAL DE SEXOLOGÍA MÉDICA** resolvió adoptar, operacionalmente, la clasificación presentada en el DSM-IV, con algunas pequeñas modificaciones.

Cronología	Primaria Secundaria
Ámbito Temporal	General Situacional
Patogenia	Debido a factores psicológicos Debido a factores orgánicos Debido a efectos secundarios de los medicamentos Debido a factores combinados

En el DSM-IV la ER.. es clasificada de acuerdo con el CRITÉRIO CRONOLÓGICO en: "De toda la vida" o primaria (desde el inicio de la vida sexual) y "Adquirida" o secundaria ( cuando hay períodos previos en que la E.R.. no ocurre)(Schapiro)<sup>(15)</sup> (Godpodinoff)<sup>(16)</sup>.

Esa clasificación puede ser útil en la clínica porque los eyaculadores primarios son, generalmente jóvenes, con mayor cantidad de relaciones sexuales y poca asociación con la disfunción eréctil. Por otro lado los eyaculadores secundarios son, en general de mayor edad, buscan menos las relaciones sexuales y su trastorno está casi siempre asociado a la disfunción eréctil. (Novaretti)<sup>(17)</sup>

De acuerdo con :

- a. el **CONTEXTO** el DSM-IV clasifica la Eyaculación en: **general** o **situacional**.
  - General : cuando esta ocurre independientemente de las circunstancias o personas.
  - Situacional o circunstancial : cuando esta ocurre en determinadas circunstancias o con determinadas personas
- b. la **ETIOLOGÍA** la eyaculación rápida puede ser: debido a factores psicológicos, orgánicos, a efectos secundarios de los medicamentos o debido a factores combinados
- c. los TIPOS o GRADOS de **SEVERIDAD** (Gindin y Huguet)<sup>(18)</sup>, (DSM-IV) <sup>(3)</sup>, la **ACADEMIA INTERNACIONAL DE SEXOLOGÍA MÉDICA** considera que la ER. pode ser clasificada en:

Grado I o **Leve** - eyacula luego de la penetración y después de un escaso número de **movimientos coitales**  
Grado II o **Moderado** - eyacula inmediatamente luego de la penetración.  
Grado III o **Severo** - eyacula antes de la penetración (Eyaculación "ante portas")<sup>(18)</sup> o en ausencia de erección <sup>(2)</sup>

De modo general con relación a la eyaculación hay que tener en cuenta una evolución filogenética y una evolución ontogenética.

El coito en las especies antecesoras del hombre es extremadamente breve y de manera general la eyaculación sobreviene en menos de 10 segundos de iniciada la relación, pudiendo tener un número mayor o menor de movimientos coitales.

Esa brevedad en ciertas especies tiene una razón de ser. Los eyaculadores más rápidos tendrían ventajas competitivas respecto de otros más lentos, que quedarían más expuestos a la acción de los depredadores. La rapidez favorecería en esos casos a los designios de la naturaleza del instinto de conservación de las especies.

Se puede considerar el desarrollo erótico de la especie humana como una adaptación ecológica específica. Es como si hubiese una marca genética, heredada filogenéticamente pero ontogenéticamente modificable con el tiempo y el aprendizaje del sujeto.

La primera relación sexual representa una experiencia crucial para el varón. La introducción del pene desencadena un programa gestual instintivo, seguido de movimientos rápidos que llevan a la eyaculación. Esto produce marcas muy importantes; cuando más rápida es esta primera experiencia más alta es la posibilidad de que este síntoma permanezca estable en la vida del sujeto.

Con esas consideraciones la **ACADEMIA INTERNACIONAL DE SEXOLOGÍA MÉDICA** considera que:

**En la mayoría de los casos, el control de la eyaculación es una respuesta aprendida con una gran influencia socio-cultural.**

Un dato importante a tener en cuenta es que la ER.. no se presenta con las mismas características de rapidez y ansiedad cuando el sujeto se masturba. La mayoría de los varones con este trastorno pueden retrasar la eyaculación durante la masturbación por un período de tiempo más largo que durante el coito.

El grupo etario que habitualmente acude a la consulta por E.R.. corresponde a los hombres que están entre los 15 y los 40 años. En el caso de los jóvenes si las relaciones sexuales son ocasionales el patrón rápido puede existir y no es tan grave, siendo capaz de revertirlo cuando establezcan una vida sexual regular. Cuando aparece una E.R. secundaria ella generalmente está asociada con disfunción eréctil persistente y recurrente. En esos casos el hombre con disfunción eréctil que obtiene una rigidez inadecuada y rápida trata de aprovecharla al máximo eyaculando tan rápido como tan breve sea la erección.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) **Organización Mundial de la Salud - Clasificación Estadística Internacional de Enfermedades y Problemas Relacionados con la Salud- CIE 10,1993**
- (2) **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - Fourth Edition (DSM-IV)**, published by the American Psychiatric Association, Washington D.C., 1994.
- (3) **Goldstein,I - Editorial: Premature to early ejaculation.** Int.Jour.od Impotence Research 15:307-308,2003
- (4) **Masters,W.H. and Johnson,V.E. - Human Sexual Inadequacy**, Boston: Little Brown,1970
- (5) **Borrás,J.J. \_ El paciente con alteraciones de la eyaculación** In Iribarren,I.M.; Garcia,E.L.; Cabero,J.M.G. y Borrás,J.J. - *Disfunción Sexual en el varón*, Momento Médico, Madrid, 2003
- (6) **Kaplan,H.S. The new sex Therapy.** New York: Brunner/Mazel, 1974.
- (7) **Segraves,R.T.;Saran,A; Segraves,K; Maguire,E. - Clomipramine versus placebo in treatment of premature ejaculation: a piloy study.** J.Sex Marital Therapy, v.198,n.3:198-200,1993
- (8) **Meyer,J.K. - Clinical Management of Sexual Disorders**, The Williams and Wilkins,Co, Baltimore,1976
- (9) **Cooper,A; Magus,R.:** A clinical trial of the beta blocker propranolol in premature ejaculation. J.Psychosom.Rev., v.28:331-336,1984
- (10) **Waldinger,M.D;Hengeveld,M.W.;Zwinderman,A.H.:** *Ejaculation-retarding properties of paroxetine in patients with primary premature ejaculation: a double-Blind, randomized, dose-response study.* Br. J.Urol.,v.78 p.592-595,1997
- (11) **Strassberg,D.S.;Mahoney,J.M.;Schaugaard,M.;Halev,E. - The role of anxiety in premature ejaculation:a psychophysiological model.** Arch.Sex.Behavior., v.19,n.3:231-259,1990
- (12) **Marmor,J. - Impotence and Ejaculatory Disturbance.** In Sadock,J.B.; Kaplan,H.I.;Freedman,A.M. eds. *The Sexual Experience.* The Williams and Wilkins,Co, Baltimore ,1976
- (13) **LoPiccolo,J.;Lobitz,W.C. - The role of masturbation in the treatment of orgasmic dysfunction.** Arch. Sex. Behav. 2:163-171, 1972

- (14) **Wabrek, A.J.; Wabrek, C.J.:** *Premature ejaculation.* Conn.Med., v.41:214-216,1977
- (15) **Schapiro, B.:** *Premature ejaculation: a review of 1130 cases.* J.Urol.,V.50: 374-379,1943
- (16) **Godpodinoff, M.L. -** *Premature ejaculation : clinical subgroups and etiology.* J.Sex Marital Therapy,v.15, n.2:130-134,1989
- (17) **Novaretti, J.P.T. -** *Tratamento medicamentoso da Ejaculação Precoce* in **Glina, S.; Puech-Leão, P.; Reis, J.M.S.M.; Pagani, E.** (org) *Disfunção Sexual Masculina* - Instituto H.Ellis, São Paulo,2002
- (18) **Gindin, L.R.;** **Huguet, M** - *Eyaculación Precoz*, Ed..Paidos,1989.
- (19) **Bianco, F.;** **Hernández-Serrano, R.;** -*Sexology an Indepent Field.* Ellsevier,Amsterdam,1990
- (20) **Parra, C.A.;** **Hernández-Serra, R.;** - *X Simposium Internacional Educación Sexual*, Ed.UCR - FNUAP, Caracas, 1995
- (21) **Silva E.** *Eyaculación Precoz.* Maracay, Venezuela. 2003.

## PREVALENCIA

Aunque es una queja común entre los hombres, la Eyaculación Rápida es una disfunción aún poco estudiada. Varios factores concurren para las discrepancias estadísticas como el tipo de muestra, criterio utilizado para definir EP, tipo y cultura del grupo humano considerado, y hasta las cuestiones de género contribuyen para que se torne difícil la integración y comparación de resultados de investigaciones y, por supuesto, de conclusiones.(Ben Shenassa et al.)<sup>(1)</sup>

Revisando la prevalencia de Eyaculación rápida en la población general, (Metz et al)<sup>(2)</sup> (Metz y Pryor.)<sup>(3)</sup> encontró los siguientes resultados:

ESTUDIO	MUESTRA	% de E.P.	COMENTARIOS
Ende y col.(1986) Pacientes consecutivos en un servicio de clínica médica	117 varones	14	Pacientes consecutivos en un servicio de clínica
Frank y col. (1978)	100 parejas	36	Muestreo en la comunidad
Grenier y Byers (1997)	110 hombres jóvenes	1-59	Muestra en college. Variable según criterio de evaluación de la E.P.
Kinsey et al. (1950)	5.300 adultos	75	Muestra no representativa. La E.P. ocurre antes de 2 min de la penetración
Laumann et al.( 1994) <sup>(4)</sup>	1.422 adultos entre 18-58 años	29	Muestra representativa de la población de EE.UU
Metz et al. (1990)	65 hombres (18-75 años)	65	Muestra de búsqueda. Reportan E.P. a lo largo de toda su vida
Nettelblat y col. (1979)	58 parejas	38	Muestra randomizada en parejas jóvenes suecas no clínicas
Schein y col (1988)	64 hombres (18-78 años)	41	Muestra encontrada en práctica clínica de familias

Como se puede observar los datos relativos a la prevalencia son demasiados divergentes. Spector y Carey<sup>(5)</sup> evaluando 23 resultados con muestras de la población general encontraron que la prevalencia de la ER en la literatura era de 36-38%, siendo 29% la prevalencia más aceptada en la población norteamericana (Laumann et alii)<sup>(6)</sup> (SLAIS)<sup>(7)</sup>. Sin embargo los índices varían de 1 a 75% dependiendo del tipo de muestra y de los criterios usados para definir la ER. En el propio análisis hecho por Spector y Carey, 55% de las personas que respondieron el cuestionario eran del sexo femenino.

En Brasil en una encuesta realizada con 2.835 personas, se evidenció que 46,2% de los hombres presentaron algún grado de dificultad del control de la eyaculación (eyaculación precoz). (Abdo et al)<sup>(8)</sup>

Haciendo un análisis del bajo percentual señalado, Glin et al<sup>(9)</sup> afirmaron que probablemente ocurre porque la ER aún permite un cierto grado de desempeño sexual, aunque insatisfactorio, lo que no ocurre con la disfunción eréctil que hace que el hombre vaya a buscar, con más frecuencia, ayuda para su dificultad.

Datos recogidos por Carrobbles y Sanz Yaque<sup>(10)</sup> muestran que, en Europa, la prevalencia oscila, según autores, entre el 15 y el 40% de la población masculina.

Revisando la prevalencia de Eyaculación rápida en la consulta sexológica los datos son también discrepantes. Depende de la clínica, equipo tratante, etc.

En 1986 Gindin y Huguet<sup>(11)</sup> informan la prevalencia de la Eyaculación rápida. sobre 2000 clientes atendidos en el Centro de Educación, Terapia e Investigación en Sexualidad: El 45% de la consulta total eran casos de E.R abarcaban el 56% de la consulta masculina, con edad promedio 33 años. 50% solos y 50% en pareja. Igualmente en el 2003 (Gindin)<sup>(12)</sup>, para un Sistema de Medicina Prepagada (188 clientes) informa que los casos de E.R en su clínica eran el 35 % de la consulta total y 41 % de la consulta masculina. La edad promedio de consultantes por E.R. era 26 años y el 75 % concurren solos.

Abdo et al<sup>(8)</sup> refieren que en el Instituto de Psiquiatría de la Universidad de São Paulo, la ER fue el diagnóstico más frecuente, abarcando un 43,9% de los consultantes.

Hernández-Serrano et al<sup>(13)</sup> realizando la casuística de la UTES , en Caracas, durante 10 años encontraron una incidencia de ER en 43% de los hombres y 5% de orgasmo rápido en la mujer.

## BIBLIOGRAFÍA

1. **Ben Shenassa M.D.; Wayne J.G.; Hellstrom, M.D.** - *Understanding ejaculatory disorders* Contemporary Urology Archive Apr. 2001
2. **Metz M.E. ;Pryor, J. ;Abuzzahab.F. ;Nesvacil, L. & Koznar, J.-.** *Premature ejaculation: a psychophysiological review.* Journal of Sex & Marital Therapy, 23 : 3-23,1997
3. **Metz M.E. ;Pryor, J. :** **Premature Ejaculation : A Psychophysiological Approach for Assessment and Management,** Journ.os Sex & Marital Thepary, 26 :293-320,2000
4. **Lauman, E. O., Gagnon, J. H., Michael, R. T., & Michaels, S.** *The social organization of sexuality. Sexual practices in the United States.* Chicago: University of Chicago,1994.
5. **Spector IP, Carey MP.** - *Incidence and prevalence of the sexual dysfunctions: a critical review of the empirical literature.* Arch. Sex. Behav. V.14,n.4:389-408
6. **Laumann, E.O.; Paik, A. ;Rosen, R.C.** - *Sexual dysfunction in the United States: prevalence and predictors:* JAMA, 281(6):537-544,1999
7. **Sociedade Latinoamericana para o Estudo da Impotência e Sexualidade: I Consenso Latinoamericano de Disfunção Erétil - BG** Editora e Produções Culturais Ltda., São Paulo, 2003
8. **Abdo CHN, Oliveira Jr WM, Moreira ED, Fittipaldi JAS.** *Perfil Sexual da População Brasileira: Resultados do Estudo do Comportamento Sexual do Brasileiro (ECOS).* Rev Bras Med 2002; 59(4):250-257.
9. **Glina, S.; Puech-Leão, P.; Reis, J.M.S.M.; Pagani, E.** - *Disfunção Sexual Masculina* - Instituto H.Ellis, São Paulo, 2002
10. **Carrobles, J.A y Sanz Yaque, A :** *Terapia sexual* in **Iribarren, I.M. ; Garcia, E.L. ; Cabero, J.M.G. y Borrás, J.J.** - *Disfunción Sexual en el varón,* Momento Médico, Madrid, 2003
11. **Gindin, L.R. ; Huguet, M** - *Eyaculación Precoz,* Ed..Paidos,1989
12. **Gindin. L.R.** Informe para OSDE (Obra social) 2003
13. **Hernández-Serrano, R.; Parra, C.A.; Erazo, C.; Hernández, P.R. ; Hernández, G.V.** - *Análisis estatístico y evaluación de la UTES, Caracas, 1990-2000*

## FISIOLOGÍA DE LA EYACULACIÓN EN EL ÁMBITO CEREBRAL Y NEUROLÓGICO

A pesar que orgasmo y eyaculación son dos fenómenos íntimamente relacionados, ambos son diferentes y con distintas características. Las contracciones expulsivas, el paso del espermatozoides en mayor o menor cantidad y el placer del orgasmo son fenómenos simultáneos, pero que pueden separarse. (Esto es claro en los lesionados medulares y en las poluciones nocturnas.)

Para la **ACADEMIA INTERNACIONAL DE SEXOLOGÍA MÉDICA**:

La eyaculación es una respuesta fisiológica localizada, mientras el orgasmo es una respuesta psicofísica global. La eyaculación es un fenómeno objetivo; el orgasmo es una sensación subjetiva debida al mensaje erótico de los receptores ubicados en todo el cuerpo

La eyaculación es un reflejo que sucede en dos etapas: (Witt y Grantmyre) <sup>(1)</sup>  
(Arrondo)<sup>(2)</sup>

- **Emisión seminal** - deposición de líquido seminal a partir de los conductos eyaculadores en la uretra protática.

En la fase de emisión se produce la contracción, primero de los conductos deferentes, luego de las vesículas seminales y finalmente de la próstata. Estos hechos se ven favorecidos por la contracción de la musculatura cérvico-prostática que asegura el cierre del esfínter liso (esfínter interno o vesical) y del esfínter estriado (esfínter externo o uretral).

Para impedir la emisión retrógrada, el cuello vesical debe permanecer cerrado, y por una contracción muscular el veru montanum se aproxima a la luz uretral, actuando como tampón. Además, el cierre concomitante del esfínter estriado durante la emisión crea un gradiente de presión intrauretral que se asocia con la sensación de eyaculación inminente (Mazza)<sup>(3)</sup>. Los productos excretados se acumulan en la uretra prostática que triplica su volumen y es esta percepción de acumulación la que provoca la sensación de inevitabilidad eyaculatoria .

- ***Eyaculación propiamente dicha*** - propulsión de semen desde la uretra protática al meato uretral.

Este segundo momento, casi simultáneo al anterior, comienza con la relajación del esfínter estriado de la uretra, contracción sostenida del esfínter liso y contracciones rítmicas de la uretra prostática, la uretra peneana y de los músculos de la base del pene. Estos movimientos concluyen con la salida de esperma por el meato urinario, mientras se producen cuatro a ocho contracciones clónicas de la última parte de la uretra peneana que duran 0.8 segundos cada una.

Todas estas etapas pueden presentar alteraciones funcionales que pueden ser diagnosticadas y tratadas. Resulta necesario el conocimiento de los mecanismos neuroanatomofisiológicos y psiconeuroendocrinológicos involucrados.

El circuito del reflejo eyaculatorio incluye:

zonas sensibles o receptoras  
vías ascendentes, centrípetas o sensitivas  
centros cerebrales y medulares  
vías eferentes, centrífugas o motoras

Las **zonas receptoras** son las zonas erógenas primarias y secundarias. La primaria corresponde a la mucosa del glande rica en receptores específicos (Krause, Finger). La secundaria corresponde en general a los genitales externos y con grandes variaciones a algunas zonas del resto del cuerpo (p. ej. tetillas). La estimulación de esas zonas contribuye a la excitación sexual que provoca la erección poniendo al glande más sensible. También son el origen de mensajes sensitivos que se agregan a los que provienen del glande y son vehiculizados a los centros cerebrales.

Los fisiólogos coinciden en afirmar que la estimulación del glande tumescente es un hecho necesario y suficiente para desencadenar la eyaculación. Luego de la eyaculación la mucosa del glande experimenta un estado de no-receptividad y recupera su poder en un lapso variable según el individuo y la calidad del estímulo. Esta fase de no estimulabilidad del glande no es exactamente superponible a la fase refractaria de la respuesta sexual donde la erección no es posible. La fase de insensibilidad del glande puede ser más breve o larga.

Ylmaz et al <sup>(4)</sup> observaron que la recesión parcial del nervio dorsal del pene determina un aumento de latencia eyaculatoria, de la misma forma que los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina.

**Vías centripetas** - Los mensajes de los receptores genitales se canalizan desde el nervio dorsal del pene, a la médula. Estos mensajes se unen a los derivados de las zonas erógenas secundarias canalizados a través de los nervios espláncnicos.

Al llegar en la médula espinal las fibras del nervio dorsal del pene penetran en la sustancia gris y parte en la sustancia blanca del funículo posterior.

Las fibras que penetran en la sustancia blanca forman un cordón nervioso ascendente conocido como *fascículo gracil* para terminar en el *núcleo gracil* del bulbo. Las fibras cruzan para el lado opuesto y ascienden con el nombre de *lemnisco medial* para terminal en el *núcleo ventroposterolateral del tálamo* donde parten las *fibras talamocorticales* para área somatoestésica de la corteza. (Cavalcanti y Cavalcanti) <sup>(5)</sup>

Las fibras del nervio dorsal del pene que penetran en la sustancia gris de la médula van a formar los tractos espinotalámicos ventral y espinoreticular. Bajo el punto de vista filogenético, el tracto espinotalámico ventral subdivide en dos vías: una neoespinotalámica que se integra al sistema lemniscal y camina para el núcleo ventroposterolateral del tálamo, y otra paleoespinotalámica que termina conjuntamente con el tracto espinoreticular en los núcleos inespecíficos del tálamo, donde se difunde a la corteza, sistema límbico y hipotálamo. (Cavalcanti y Cavalcanti) <sup>(5)</sup>

**Centros cerebrales y medulares** - Conocemos muy poco acerca de los llamados centros sexuales superiores. El sistema límbico subcortical integra diferentes estímulos en centros apetitivos (núcleo accumbens) y consumatorios (área hipotalámica preóptico medial - APOM), interviniendo la amígdala y el área

ventral tegmental como estaciones de relevo e integración. De esa forma, el reflejo eyaculatorio depende fundamentalmente del APOM, lo mismo que el período refractario que le sigue a la resolución. (Mazza)<sup>(3)</sup>

Hay en la médula (D12-L1/2) un centro responsable de la fase de emisión y un centro sacro (S2/4) responsable de la fase de eyaculación propiamente dicha. Estos centros medulares son regulados por los centros cerebrales que inhiben o estimulan el reflejo eyaculatorio.

El centro responsable de la emisión provoca la contracción de los músculos lisos de las vías espermáticas y asegura el cerramiento del esfínter prostático, que impide el reflujó de semen a la vejiga urinaria.

El centro medular responsable de la eyaculación propiamente dicha (S2 a S4) acciona 4 a 6 segundos después del anterior. Dispara las contracciones de los músculos pubococcígeos y uretrales (4 a 8 contracciones separadas por 0,8 segundos de intervalo).

**Vías eferentes** - La emisión se halla bajo control simpático (centro localizado en el segmento dorsolumbar (D12 - L2). Los impulsos eferentes simpáticos continúan, a través del nervio hipogástrico, ocupándose de la contracción de la musculatura lisa de los órganos internos genitales (cola epididimaria, conducto deferente, vesícula seminal y próstata) y asegurando el cierre de los esfínteres interno y externo(Arrondo).<sup>(2)</sup>

La eyaculación propiamente dicha depende de los sistemas simpático y parasimpático (S2-S4). Los impulsos eferentes parasimpáticos, a través del nervio pudendo interno, inducen la relajación del esfínter externo y las contracciones clónicas de los músculos bulbocavernoso, isquiocavernoso y de la zona perineal (Arrondo).<sup>(2)</sup>

Luego de la eyaculación, el hombre presenta una fase refractaria, en la cual el varón no puede responder con erección a ningún estímulo. Esta fase puede durar de minutos a días, dependiendo de la edad. Este fenómeno refractario probablemente esté asociado a los mecanismos de producción de esperma.

La **neurotransmisión** dopaminérgica (especialmente a nivel de receptores D1 en el APOM) permite la sucesión encadenada de los eventos eyaculatorios. La

dopamina alcanza elevados niveles hasta la eyaculación, momento en la cual decrece bruscamente dando lugar a los neurotransmisores opiodes (beta endorfinas, sistemas opiodes endorfínicos y encefalínicos) que dan lugar a la sensación placentera del orgasmo y cuya desaparición podría desencadenar el período refractario que se restauraría con el aumento del tono alfa adrenérgico. El sistema simpático y somático sensitivo determinarían vías periféricas necesarias para su ejecución. (Mazza)<sup>(3)</sup> De la misma manera intervendrían las vías oxitocinérgicas y receptores específicos de la serotonina.

**Posibles influencias hormonales en la respuesta eyaculatoria** - No se ha determinado hasta ahora de forma definitiva que los cambios hormonales incidan en el tiempo eyaculatorio, pero parece que alguna influencia se puede atribuir a los picos de oxitocina. Así Ivell et al. <sup>(6)</sup>, mantienen que la oxitocina interviene en la eyaculación, tanto con impulsos a nivel central, como posiblemente a nivel periférico.

En esa línea, Filippi et al. <sup>(7)</sup> ponen de manifiesto la posible relación de la oxitocina en el proceso eyaculatorio en vista de la presencia de receptores oxitocinérgicos en epidídimo y deferentes. Además en cultivos de células epiteliales del epidídimo, la oxitocina facilita la liberación de endotelina-1 que también induce la contracción. Estos mismos autores, ponen de manifiesto que dicha cantidad de receptores están en relación con los niveles estrogénicos. Por otro lado, se ha encontrado que la eyaculación puede ser más rápida cuando hay pocos niveles de magnesio en el semen (Omu et al.) <sup>(8)</sup>.

## BIBLIOGRAFÍA

1. Witt M.A.; Grantmyre J.E.- *Ejaculatory failure*. World J.Urol., 11(2):89-95, 1993
2. Arrondo, J.L.A. - *Recuerdo anatomofisiológico de la eyaculación* in Monseny, J.M.P. ; Arrondo, J.L.A. (org) *Práctica Andrológica*, Ed. Científicas y Técnicas, Barcelona, 1994
3. Mazza, O.N. - *Fisiología de la emisión seminal, la eyaculación y el orgasmo*. Opus.cit. Gindin, R.L. *Relato Central "Eyaculación Precoz*, AISM, 2003
4. Yilmaz U, Tatlisen A, Turan H, Arman F, Ekmekcioglu O.- *The effects of fluoxetine on several neurophysiological variables in patients with premature ejaculation*. J.Urol. 161(1):107-111, 1999
5. Cavalcanti, R.C.; Cavalcanti, M. - *Tratamento Clínico das Inadequações Sexuais*, 2ª.ed., Roca, São Paulo, 1996
6. Ivell, R.; Balvers, M.; Rust, W.; Bathgate, R.; Einspanier, A. - *Oxytocin and male reproductive function*. Adv Exp Med Biol. 424: 253-264, 1997.
7. Filippi S.; Manzini M.; Amerini S.; Bartolini M.; Natali A.; Mancina R.; Forti G.; Ledda F.; Maggi M. - *Functional adenosine receptors in human corpora cavernosa*. Int. J. Androl. 23: 210-217, 2000.
8. Omu, A.E.; Al-Bader, A.A.; Dashti, H.; Oriowo, M.A. - *Effect of extracellular Mg concentration on electrically induced contractions of rat vas deferens in vitro*. Arch Androl. 46(3):159-67, 2001

## ETIOLOGÍA Y DIAGNÓSTICO DE LA EYACULACIÓN RÁPIDA

Es muy difícil conocer la causalidad de la ER, ya que nunca nos encontramos frente a una situación fácil de diagnosticar ni de un único factor desencadenante (Waldinger). <sup>(1)</sup>

En todos los casos debemos obtener una adecuada historia clínica del consultante y de su pareja para determinar si la eyaculación rápida es primaria o secundaria y si es general o situacional. La entrevista terapéutica puede complementarse con escalas y tests psicológicos y, en ciertos casos, con un examen físico apropiado.

La **ACADEMIA INTERNACIONAL DE SEXOLOGIA MÉDICA** considera que:

la clasificación etiológica propuesta por Metz e Pryor<sup>(2)</sup>, puede ser operacionalmente usada, aún que necesite de mayor comprobación clínica de su efectividad.

TIPOS	SUB-TIPOS	INICIO	CONTEXTO	FRECUENCIA CLÍNICA	TRATAMIENTO
Biogénica (Orgánicas)	Constitución Neurológica	Primario	Generalizado	Muy común	FDR + TCC
	Enfermedad Física	Secundario	Generalizada	Ocasional	Tratar la enfermedad + TCC
	Traumatismo Físico	Secundario	Generalizada	Rara	FDR + TCC
	Efecto Farmacológico Colateral	Secundario	Generalizada	Rara	Evitar drogas o condiciones farmacológicas que aceleren la eyaculación + TCC
Psicogénica (Psicológicas)	Constitución Psicológica	Primario	Generalizada	Rara	Tratar la condición psicopatológica + TCC
	Trastorno Psicológico	Secundario	Generalizada o Situacional	Común	Tratar el trastorno psicológico + TCC
	Trastorno de la Relación	Secundario	Generalizada o Situacional	Común	Terapia de pareja + TCC
	Inhabilidad Psicosexual	Primario	Generalizada o Situacional	Muy común	FDR + TCC
Con otra disfunción simultánea	Primario Secundario	Generalizada o Situacional	Común	Tratar la disfunción asociada + TCC Considerar FDR	

TCC - Terapia Cognitiva - Comportamental

FDR - Fármacos *directamente* relacionados con el tratamiento de la EP/Rápida

## I. EYACULACIÓN RÁPIDA DE CAUSA ORGÁNICA

Habitualmente el problema orgánico no es detectable cuando la eyaculación rápida es primaria. Cuando es secundaria pueden encontrarse alteraciones orgánicas en algunas ocasiones.

Para la **ACADEMIA INTERNACIONAL DE SEXOLOGÍA MÉDICA**:

Hasta el momento no hay pruebas de laboratorio que puedan demostrar la existencia de eyaculación rápida. Lo más importante son los datos obtenidos por la entrevista clínica.

No obstante, hay investigaciones electrofisiológicas (medición de potenciales evocados, velocidad de conducción del nervio dorsal del pene, medición del reflejo bulbocavernoso...) que hasta el momento no han aportado datos rigurosamente concluyentes.

### 1.1. Constitución Neurológica

Se trata de una predisposición neurológica innata para eyacular rápidamente, tanto en el coito como en la masturbación. Hay evidencias de que el reflejo bulbocavernoso, es más rápido en los individuos con ER por constitución neurológica y que los estudios del potencial evocado y los de biotensiometría del glándulo peneano parecen confirmar estos datos (Metz y Pryor).<sup>(2)</sup>

Lamentablemente los parámetros de estos tests para uso clínico aún no están establecidos y estos exámenes, por su complejidad y costo, aún no están incorporados a la rutina diagnóstica. (Rowland)<sup>(3)(4)</sup> (Rowland et al)<sup>(5)</sup>.

Hay algunas teorías que tratan de explicar la etiología de la Eyaculación Rápida por constitución neurológica:

1.1.1. **Atavismo filogenético** (Damrav)<sup>(6)</sup> (Kaplan)<sup>(7)</sup>

1.1.2. **Condicionantes genéticos** - Para Waldinger<sup>(1)</sup> la ER no es un trastorno psicológico, mas es un fenómeno neurobiológico, ligado a la neurotransmisión serotoninérgica, influenciada por factores hereditarios.

1.1.3. **Sensibilidad del glande** - Algunos autores(Damrav)<sup>(6)</sup>, (Xin et al)<sup>(8)(9)</sup> afirman que la ER ocurre por una excesiva sensibilidad del glande, pero esa hipersensibilidad idiopática es negada por otros.(Cold y Van Howe)<sup>(10)</sup> (Rowland et al)<sup>(11)</sup> <sup>(12)</sup> (Paick et al)<sup>(13)</sup> (Glina et al).<sup>(14)</sup>

## 1.2. **Enfermedad Física**

1.2.1. Aún que sean sumamente excepcionales hay referencias de Eyaculación Rápida atribuidas a procesos urológicos inflamatorios e infecciosos como verumontanitis, prostatitis(Metz y Pryor)<sup>(2)</sup> (Segraves et al.)<sup>(15)</sup> uretritis (Shapiro)<sup>(16)</sup>, y otras patologías urológicas, (Charthan)<sup>(17)</sup> (Godlewski)<sup>(18)</sup> (Murphy y Lipshultz)<sup>(19)</sup> (Davis y Minisberg)<sup>(20)</sup> Una situación peculiar implica a las prostatitis crónicas que es considerada por Metz y Pryor al<sup>(2)</sup> como la causa física aguda mas común de la ER. Para Borrás<sup>(21)</sup> cuando el cliente nos hable de alternancia de periodos de control con otros de ER nos debe hacer sospechar esta patología orgánica. Es característico que el cliente experimente pérdida de su control eyaculatorio en las reagudizaciones de la prostatitis, intercalados con períodos de estabilidad donde el control razonable de su latencia eyaculatoria es posible. Hay casos en que la prostatitis crónica permanece sin diagnosticar y el diagnóstico y tratamiento ha partido de la consulta por eyaculación rápida

### 1.2.2. **Otras causas**

Se refirió la E.R. en epilepsia (Warneke)<sup>(22)</sup>, (Ruff)<sup>(23)</sup>, en esclerosis múltiple, polineuritis<sup>(16)</sup>, o en otros trastornos neurológicos degenerativos<sup>(8)</sup>. También en casos de cirugía aórtica (May et al)<sup>(24)</sup>, fracturas pélvicas (Rathus)<sup>(25)</sup>, diabetes y enfermedad tiroidea (Segraves et al)<sup>(15)</sup>.

### **1.3. Traumatismos Físicos Irreversibles**

Los traumatismos que afecten a las ramas nerviosas periféricas que participan en el reflejo orgásmico, en la médula espinal (Comarr)<sup>(26)</sup> (Kuhr et al)<sup>(27)</sup> o en centros superiores (Elliott y Biever)<sup>(28)</sup>.

### **1.4. Efecto Farmacológico Colateral**

#### **1.4.1. Medicamentos que aceleran la eyaculación**

Otro factor orgánico a tener en cuenta son los medicamentos que potencialmente pueden acelerar la eyaculación.

Señalamos (Gindin y Huguet)<sup>(29)</sup> los siguientes:

Antagonistas serotoninérgicos

- Ciproheptadina
- Pizotifeno
- Metisergida
- Granisetron

Yohimbina

DHEA (Dehidroepiandrosterona)

Testosterona

Dopamina y agonistas dopaminérgicos

La efedrina y fenilpropanolamina pueden causar ER., por mecanismos no conocidos (Sappetti)<sup>(30)</sup>. También algunos autores refieren eyaculación espontánea, aunque raras, con dosis bajas de tricíclicos como la clomipramina (McLean et al)<sup>(31)</sup> (Segraves)<sup>(32)</sup> la desipramina (Schatzberg y Nemeroff)<sup>(33)</sup> (Williams)<sup>(34)</sup>.

#### **1.4.2. Suspensión brusca de medicamentos**

No olvidar como causal de E.R. la suspensión brusca de antidepresivos IRSS (Modell)<sup>(35)</sup>, como la trifluoperazina (Keitner y Selub.)<sup>(36)</sup> y de ciertos narcóticos y opiáceos (Buffum)<sup>(37)</sup> luego de un tratamiento por estas sustancias.

## II. EYACULACIÓN RÁPIDA DE CAUSA PSICOLÓGICA

### 2.1. Constitución Psicológica

Es una característica de personalidad propia de clientes con trastornos psicopatológicos, probablemente de origen familiar. o genética, (Stoudemire)<sup>(38)</sup> como la depresión distímica, trastorno bipolar, ansiedad generalizada, síndrome obsesivo-compulsivo(Metz y Pryor)<sup>(2)</sup>. Estos tipos de trastornos psicopatológicos asociado a la ER. además de ser severa es también la mas resistente al tratamiento.

### 2.2. Trastornos Psicológicos

En estos casos la ER. es causada por dificultades psicológicas transitorias (depresión reativa, verguenza sexual, presión por el desempeño sexual, problemas profesionales y financieros, trastornos previos en la erección o acontecimientos importantes en la vida, como cambio de pareja tras una separación o una época de estrés importante, son situaciones que, dependiendo de la historia personal, pueden originar una eventual pérdida del control eyaculatorio, presumiblemente por alterar temporalmente los mecanismos neurológicos que regulan la eyaculación(Metz y Pryor).<sup>(2)</sup>

En la mayoría de los casos, la causa de la eyaculación rápida es psicológica. Es sabido desde siempre que la ansiedad, acompaña a la E.R., sendo difícil decir si la ansiedad es causa o consecuencia de la ER. Es común en la primera visita de un cliente con Eyaculación Rápida encontrar una persona sudorosa, con las manos mojadas por la transpiración. Salvo alguna excepción muy ocasional casi siempre y en todas o casi todas sus relaciones sexuales han repetido este síntoma y el individuo experimenta ansiedad a medida que alcanza altos niveles de excitación y eso desencadena la eyaculación rápida (Gindin y Huguet).<sup>(29)</sup>

La ER puede surgir en una relación eventual donde el individuo se preocupó de tal manera con el hecho que la relación siguiente pasó a ser una evaluación de su desempeño sexual. Tornándose él mismo en un observador de su propio desempeño lo que redundo en un nuevo fracaso. Aparece entonces el temor de desempeño a fracasos

subsiguientes. Es el inicio de un verdadero aprendizaje hasta que se condiciona a eyacular rápidamente.

El mal aprendizaje tiene algunos hechos determinantes: La forma en que se desarrolla la primera relación sexual por falta de experiencia, ansiedad, miedo, incomodidad, o, simplemente desconocimiento, es la principal causa posible de originar una rápida respuesta eyaculatoria de acuerdo con la forma en que se haya realizado ese primer coito. El varón que al término de su iniciación sexual piensa que se "comportó mal", no tiene en cuenta que se trata de una primera experiencia para la cual no ha realizado ningún aprendizaje. La ansiedad por su desempeño le hace olvidar que está realizando un camino donde -como cualquier proceso de aprendizaje- el ensayo, error y acierto, son requisitos necesarios para cumplirlo en forma eficaz.

Luego, en la consulta, al recordar su primera experiencia sexual, algunos de estos varones refieren que aunque ellos mismos no habían evaluado su actuación, se sintieron tocados en su autoestima porque la mujer con quien estaban les formuló algún comentario desvalorizador de su actuación.

Cuando se produce la segunda relación sexual, ese hombre intenta realizar una especie de "revancha" y la va a buscar con inseguridad por el recuerdo de su experiencia anterior. De la placentera y distendida situación sexual que debiera ser, se transforma en exigente y es vivida como un examen a cumplir. Se refuerza de esta manera su ansiedad original y, por temor frente al desempeño con la mujer, nuevamente tiene una rápida respuesta sexual.

Otros autores explican que el varón intenta manejar la ansiedad que le despierta la sexualidad erigiendo, levantando defensas contra la percepción de las sensaciones eróticas intensas que preceden al orgasmo. La consecuencia es que no perciben las señales que anuncian la inevitabilidad de la eyaculación y se produce una descarga involuntaria. Esta inhibición perceptiva no tiene como causa un factor único sino que difiere de un varón a otro y entre distintos autores entre sí.

Algunos expertos manifiestan que las primeras experiencias se realizaron en forma traumática: rápido, como suelen urgir las prostitutas o con una chica en la casa de sus padres y con miedo a que ellos los sorprendan. El haber tenido las primeras experiencias en la parte trasera de un automóvil, incómodo y con miedo a ser descubierto, es la causa para otros sexólogos de establecer un patrón de respuesta involuntaria e inadecuada en el reflejo eyaculatorio (Gindin y Huguet) <sup>(29)</sup>.

El vínculo que se establece en la pareja y un sistema conyugal inseguro es la preeminencia que adjudican otros terapeutas centrados en el sistema marital para que se engendre hostilidad y miedo a ser rechazado en el varón. De esta forma, cuando la relación se expresa en términos sexuales aquellas fantasías -o pensamientos concretos - de miedo a no ser bien aceptado se expresan en una involuntaria descarga eyaculatoria.

El exceso o la falta de preocupación por el goce de la mujer también estarían en el origen de la inhibición de las percepciones anticipatorias de las señales propioceptivas del reflejo eyaculatorio. Un exceso de preocupación por el goce de la mujer - lleva al hombre a estar totalmente desatento con lo que le sucede a él - o, el caso antagónico, -tener tal desinterés por el goce de ella - podrían iniciar, en ambos casos, el establecimiento de un patrón de descarga rápida en la eyaculación.

Todas estas posturas de diferentes sexólogos refuerzan la teoría de que el mal aprendizaje y su consecuencia, la ansiedad, están en el origen del descontrol involuntario del reflejo eyaculatorio (Gindin y Huguet). <sup>(29)</sup>

El diagnóstico diferencial entre ER por Constitución Psicológica y Eyaculación Rápida determinada por Trastorno Psicológico es que esta es secundaria y de tratamiento más fácil (Metz y Pryor).<sup>(2)</sup> El diagnóstico diferencial se hace por la historia clínica y adicionalmente por instrumentos como el SCL-90 ( Derogatis et al)<sup>(39)</sup>, MMPI-2 (Butcher et al) <sup>(40)</sup>, o por escalas clínicas como la MCMI-III (Millon)<sup>(41)</sup>, BDI (Beck et al) <sup>(42)</sup> y la HARS (Hamilton)<sup>(43)</sup>, entre otras.

### **2.3. Trastornos de la Relación**

Los trastornos de la relación (dificultades de ajuste interpersonal, demandas excesivas de la pareja(Chartham)<sup>(17)</sup>, reacción ante la infidelidad, celos (Kaplan)<sup>(44)</sup>, hipersensibilidad interpersonal (Derogatis y Meyer)<sup>(45)</sup>, comunicación deficiente (Murphy y Lipshultz)<sup>(19)</sup>, (Snyder et al.)<sup>(46)</sup>, expectativas matrimoniales irreales (Epstein y Eidelson)<sup>(47)</sup>, (Whalen)<sup>(48)</sup>, siempre fueron consideradas por los terapeutas sexuales clásicos (Kaplan)<sup>(7)</sup> (Goldlewski)<sup>(18)</sup> (Kaplan)<sup>(44)</sup> como importantes factores causales de ER. Para Godpodinoff <sup>(49)</sup> 25% de los casos de ER secundaria serán el resultado de la dinámica de la relación.

Aunque no exista un patrón definido para el eyaculador precoz, hay casos en que el hombre está frecuentemente culpabilizado, con miedo a fallar y decepcionar a la pareja; otras veces el eyaculador precoz parece ser narcisista e indiferente en relación a la compañera. Hay también algunos que culpan a la pareja de demorar excesivamente para obtener el orgasmo, siendo frecuente encontrar mujeres que se sientan abandonadas y hostiles, catalogando al hombre como egoísta.

Además de la historia clínica individual y de pareja, la evaluación de la calidad de la relación puede ser realizado por algunos instrumentos de medida como el Dyadic Adjustment Scale (DAS)(Spanier)<sup>(50)</sup>, MSI(Snyder)<sup>(51)</sup>, SCI ( Metz)<sup>(52)</sup>, entre otros.

### **2.4. Por Inhabilidad Psicosexual**

Este subtipo es propio de los individuos ansiosos que tienen dificultades en relajar y administrar sus propias sensaciones durante la estimulación sexual. Es la forma clásica de etiología descrita por Masters e Johnson<sup>(53)</sup>, Heiman et alii<sup>(54)</sup>, McCarthy<sup>(55)</sup>, Crooks et al.<sup>(56)</sup>, donde la Eyaculación Rápida era atribuída a un condicionamiento indeseable.

### III. EYACULACIÓN RÁPIDA CON OTRA DISFUNCIÓN SIMULTÁNEA

Este tipo de ER merece una clasificación aparte (Loudon)<sup>(57)</sup>. Frecuentemente es asociada la ER con el Deseo Sexual Hipoactivo (Metz y Pryor)<sup>(2)</sup> y en los casos de E.R. secundaria casi siempre hay una Disfunción Eréctil presente o incipiente.

La **ACADEMIA INTERNACIONAL DE SEXOLOGÍA MÉDICA** considera que el mecanismo con que se establece la Eyaculación rápida de causa psicológica secundaria:

depende básicamente de dos factores: ansiedad y mal aprendizaje. Ambos se interactúan y se refuerzan mutuamente.

## BIBLIOGRAFÍA

- (1) **Waldinger, M.D.**. *The neurobiological approach to P.E.* *Journal of Urology*, vol.168, (6)2359-2367,2002
- (2) **Metz, M.E.; Pryor, J.L.**-*Premature Ejaculation: A Psychophysiological Approach for Assessment and Management* ,*Sex. Marital Therapy*,26 (4) 293:320,2000
- (3) **Rowland, D.L.** - *Issues in the laboratory study of human sexual response:A synthesis for the nontechnical sexologist.* *The Journal of Sex Research*,36:1-13,1999
- (4) **Rowland, D.L** - *Apsychophysiological approach to assessing premature ejaculation.* *Inter.Jour.of Impotence Research*,10(Suppl.2)S44-S51, 1998
- (5) **Rowland, D.L.; Cooper, S.E.; Slob, A.K.** - *The treatment of premature ejaculation: Psychological and biological strategies* *Drugs of Today*,34:1-21,1998
- (6) **Damrav, F.** - *Use of Ethyl Amino Benzoate to Prolong Coitus* - *J.Urol.* 89:936-939,1963
- (7) **Kaplan, H.S.** *The new sex Therapy.* New York: Brunner/Mazel, 1974
- (8) **Xin ZC, Chung WS, Choi YD, Seong DH, Choi YJ, Choi HK** - *Penile sensitivity in patients with primary premature ejaculation.* *J. Urol.* 156(3):979-81,1996
- (9) **Xin ZC, Choi YD, Rha KH, Choi HK.** *Somatosensory evoked potentials in patients with primary premature ejaculation.* *J Urol.* 158(2):451-455, 1997
- (10) **Cold CJ, Van Howe RS:** *Somatosensory evoked potentials in patients with primary premature ejaculation.* *J Urol.*159(6):2103-2104. 1998
- (11) **Rowland DL, Haensel SM, Blom JH, Slob AK** - *Penile sensitivity in men with premature ejaculation and erectile dysfunction.* *J Sex Marital Ther.* 19(3):189-197. 1993
- (12) **Rowland DL, Cooper SE, Slob AK.:** *Penile sensitivity in patients with primary premature ejaculation.* *J Urol.* 158(1):187-188, 1997
- (13) **Paick JS, Jeong H, Park MS.** - *Penile sensitivity in men with premature ejaculation.* *Int J Impot Res.* 10(4):247-250. 1998

- (14) **Glina, S.; Medeiros, M.; Chao, S.; Puech-Leão, P.; Reis, J. M. S. M** – *Neurologic evaluation in patients with sexual dysfunction and premature ejaculation with no pre-existing neuropathy.* Int.J.Impotence Res.(Supplem 2):93-94,1990 in **Glina, S.; Puech-Leão, P.; Reis, J. M. S. M.; Pagani, E.** (org) *Disfunção Sexual Masculina* - Instituto H.Ellis, São Paulo, 2002.
- (15) **Segraves, R. T.; Saran, A.; Segraves, K.; Maguire, E.** *Clomipramine vs. placebo in the treatment of premature ejaculation: A pilot study.* Journal of Sex Marital Therapy, 19:198-200, 1993
- (16) **Schapiro, B.** *Premature ejaculation: A review of 1130 cases.* Journal of Urology, 50:373-379, 1943
- (17) **Charthan, R.** - *The Forum Guide to Sexual Problems.* St. Albans, VT: Mayflower, 1975
- (18) **Godlewski, J.** - *Seminograms in certain erection and ejaculation disturbances.* Polski Tygodnik Lekarski, 33:889-891, 1978
- (19) **Murphy, J. B.; Lipshultz, L. I.** - *Abnormalities of ejaculation.* Urologic Clinics of North America, 14: 583-596, 1987
- (20) **Davis, J. E.; Minisberg, D. T.** - *Prostatitis and sexual function* Medical Aspects of Human Sexuality 10: 32-40
- (21) **Borrás, J. J.** - *El paciente con alteraciones de la eyaculación* In **Iribarren, I. M.; Garcia, E. L.; Cabero, J. M. G. y Borrás, J. J.** - *Disfunción Sexual en el varón*, Momento Médico, Madrid, 2003
- (22) **Warneke, L. B.** - *A case of temporal lobe epilepsy with an orgasmic component.* Journal of the Canadian Psychiatric Association, 21:319-323, 1976
- (23) **Ruff, R. K.** - *Orgasmic epilepsy.* Neurology, 30:1252, 1980
- (24) **May, A. G.; DeWeese, J. A.; Rob, C. G.** - *Changes in sexual functions following operation in the abdominal aorta.* Surgery, 13:397-401, 1969
- (25) **Rathus, S. A.** - *Human Sexuality.* New York : Holt, Rinehart & Winston, 1983
- (26) **Comarr, A. E.** - *Sexual function among patients with spinal cord injury.* Urology International, 25,134, 1970
- (27) **Kuhr, C. S.; Heiman, J.; Cardenas, D.; Bradley, W.; Berger, R. E.** - *Premature emission after spinal cord injury.* Journal of Urology, 153:429-431, 1995
- (28) **Elliott, M. L.; Biever, L. S.** - *Head injury and sexual dysfunction.* Brain Injury, 10: 703-717, 1996
- (29) **Gindin, L. R.; Huguet, M** - *Eyaculación Precoz*, Ed..Paidós, 1989

- (30) **Sappetti, A.** - *Abordaje farmacológico de la E.P.* - Ateneo de SASH, Mayo, 2003
- (31) **McLean, J.D.; Forsythe, R.G.; Kapkin, I.A.** - *Unusual side effects of clomipramine associated with yawning.* Journal of the Canadian Psychiatric Association, 28: 569-570, 1983
- (32) **Segraves, R.T.** - *Pharmacological enhancement of human sexual behavior.* Journal of Sex Education & Therapy, 17: 283-289, 1991
- (33) **Schatzberg, A.F.; Nemeroff, C.B.** - *Biology of mood disorders.* In Textbook of Psychopharmacology (p.453) Washington, D.C., The American Press, 1995
- (34) **Williams, W.** - *Secondary premature ejaculation.* Australian and New Zealand Journal of Psychiatry, 18: 333-340, 1984
- (35) **Modell, J.G.** - *Repeated observations of yawning, clitoral engorgement, and orgasm associated with fluoxetine administration.* Journal of Clinical Psychopharmacology, 9: 63-65, 1989
- (36) **Keitner, G.I.; Selub, S.** - *Spontaneous ejaculations and neuroleptics.* Journal of Clinical Psychopharmacology 3: 34-36, 1983
- (37) **Buffum, J.** - *Prescription drugs and sexual function.* Psychiatric Medicine, 10: 181-198, 1992
- (38) **Stoudemire, A.** - *Clinical Psychiatry for Medical Students*, (3rd.ed), Baltimore, Maryland. Lippincott Williams and Wilkins Co., 1998
- (39) **Derogatis, I.R.; Lipman, R.; Covi, L.** - *SCL-90: An outpatient psychiatric rating scale.* Psychopharmacology Bulletin, 9: 13-28, 1973
- (40) **Butcher, J.N.; Dahlstrom, W.G.; Graham, J.R.; Tellegen, A.M.; Kaemmer, B.** - *Minnesota Multiphasic Personality Inventory-2™ (MMPI-2): Manual for administration and scoring.* Minneapolis: University of Minnesota Press, 1989
- (41) **Millon, T.** - *MCMI-III: Millon Clinical Multi-axial Inventory-III*, Minneapolis, National Computer Systems, 1997
- (42) **Beck, A.T.; Ward, C.H.; Mendelson, M.; Mock, J.; Erbaugh, J.** - *An inventory for measuring depression.* Archives of General Psychiatry 4, 561-571, 1961
- (43) **Hamilton, M.** - *The assessment of anxiety states by rating.* British Journal of Medical Psychology, 32: 50-55, 1959
- (44) **Kaplan, H.S.** - *Premature ejaculation: How to overcome premature ejaculation.* New York, Brunner/Mazel, 1989
- (45) **Derogatis, L.R.; Meyer, J.K.** - *A psychological profile of the sexual dysfunctions.* Archives of Sexual Behavior 8(3): 210-223, 1979

- (46) **Snyder, D.K.; Berg, P.** - *Determinants of sexual dissatisfaction in sexually distressed couples.* Archives of Sexual Behavior, 12:237, 1983
- (47) **Epstein, N.; Eidelson, R.J.** - *Unrealistic beliefs of clinical couples: Their relationship to expectations, goals and satisfaction.* American Journal of Family Therapy, 9:13-22, 1981
- (48) **Whalen, S.R.** - *Cognitive factors in sexual behavior.* Journal of Sex and Marital therapy, 6: 87-101, 1980
- (49) **Godpodinoff, M.L.** - *Premature ejaculation : clinical subgroups and etiology.* J. Sex Marital Therapy, v.15, n.2:130-134, 1989
- (50) **Spanier, G.B.** - *Measuring dyadic adjustment: New scales for assessing the quality of marriage and similar dyads.* Journal of Marriage and the Family, 38:15-28, 1976
- (51) **Snyder, D.K.** - *Marital Satisfaction Inventory, revised: Manual.* Los Angeles, Western Psychological Services, 1997
- (52) **Metz, M. E.** - *The Styles of Conflict Inventory for Personal Relationships (SCI),* Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 1993
- (53) **Masters, W.; Johnson, V.E.** - *Human sexual inadequacy.* Little Brown, Boston, 1970
- (54) **Heiman, J.R.; LoPiccolo, J.; LoPiccolo, L.** - *The treatment of sexual dysfunction.* In **Gurman, A.S.; Kniskern, D.P.** (eds) - *Handbook of family therapy* (pp.592-627, Brunnet/Mazel, New York, 1981
- (55) **McCarthy, B.** - *Male sexual awareness: Increasing sexual satisfaction.* Carrol & Graf, New York, 1988
- (56) **Crooks, R.; Bauer, K.** - *Our sexuality* 8<sup>th</sup> edition, Pacific Grove, CA : Brooks/Cole, 2002
- (57) **Loudon, J.B.** - *Potential confusion between erectile dysfunctions and premature ejaculation: An evaluation of men presenting with erectile difficulty at a sex therapy clinic.* Sex. Matital Therapy, 13:397-401, 1998

## 6. TRATAMIENTOS DE LA EYACULACIÓN RÁPIDA

### 6.1 - Tratamientos propuestos para la Eyaculación Rápida que no pasan la prueba clínica y de la experiencia:

#### 6.1.1. Uso Local

6.1.1.1. Xin et al. <sup>(1)</sup> afirman que usaran una crema (SS-Cream) a base de hierbas orientales y obtuvieron mejoras en 89,2% de los clientes. Choi et al <sup>(2)(3)</sup> encontraron resultados similares, inclusive determinaron que la dosis local óptima del SS-cream era de 0,20 gr. No hay, sin embargo, otros estudios que comprueben tal eficacia.

6.1.1.2. Uso de anestésicos locales - Basado en la teoría de una supuesta hipersensibilidad del glande al estímulo sexual que determinaría la ER se ha propuesto el uso de anestésicos locales en cremas o sprays (Henry y Morales)<sup>(4)</sup> (Berkovitch et al)<sup>(5)</sup>

La experiencia clínica demuestra que generalmente estos productos no tienen ningún efecto sobre el control eyaculatorio, aunque a veces algunas personas que los usaron refieren que las primeras veces que emplearon estos productos tuvieron algún mejor control eyaculatorio. Al prolongar su uso estos efectos desaparecieron.

Por otro lado remedios basados en el uso de anestésicos sobre el pene tienen también la desventaja de anestesiar las paredes vaginales de la compañera sexual, debido al pasaje del anestésico del pene a la vagina. Tratando de suplir esta inconveniente indicándose el uso de condones sobre la crema, afirmando que el propio condón disminuiría, en parte, la sensibilidad masculina y esto se traduciría en un tiempo eyaculatorio más prolongado.

6.1.2. Neurotomía selectiva - También basado en la teoría de la hipersensibilidad del glande al estímulo sexual hay autores que indican la neurotomía selectiva (Romero)<sup>(6)</sup> (Tulli et al)<sup>(7)</sup>; otros la cauterización del

verumontanum (Schapiro)<sup>(8)</sup>. La conveniencia de tales métodos invasivos, radicales e irreversibles solo podrían ser aceptados después de un estudio profundo y multicéntrico de sus ventajas y desventajas, y de la rigurosa justificación ética. Hasta que esto no ocurra no deben ser realizados. La Sociedad Latinoamericana para el Estudio de la Impotencia Sexual (SLAIS) organismo constituido básicamente por urólogos, condena de manera categórica, este tipo de intervención quirúrgica mutilante. No conocemos estudios que evalúen afirmativamente este tipo de procedimiento.

**6.1.3. Implante de prótesis penianas**- Totalmente contra-indicadas para el tratamiento de la Eyaculación Rápida.

**6.1.4 .Uso de drogas vasoactivas intracavernosas** (Pastorini et al.)<sup>(9)</sup> - No tiene aplicación en el tratamiento exclusivo de la Eyaculación Rápida. Sin embargo son bien indicadas en los casos con disfunción eréctil asociada. Para Fein<sup>(10)</sup> aunque las drogas vasoactivas no alteran la ER, el individuo continua manteniendo la erección después de haber eyaculado, lo que facilitaría el orgasmo de la pareja. Nosotros consideramos el uso de estas drogas, en esas condiciones, como inoportuno y antifisiológico.

## 6.2 - Tratamientos probados y que pasaron la prueba del tiempo:

El tratamiento de la Eyaculación Rápida son de dos tipos:

- Psicofarmacológico
- Psicoterapéutico

Varios autores (Bancroft y Coles.)<sup>(11)</sup>, (De Amicus et al)<sup>(12)</sup>, (Hawton, et al)<sup>(13)</sup> (Killman et al)<sup>(14)</sup>, (Yulis)<sup>(15)</sup> han demostrado que la terapia sexual clásica para la Eyaculación Rápida (squeeze, stop-start) es insuficiente y esto porque aún no se había establecido, en definitiva, la fisiopatología de la Eyaculación, tampoco se puede considerar la Eyaculación Rápida como un cuadro único, como usualmente se piensa.

Metz y Pryor.<sup>(16)</sup> afirman que la Terapia cognitiva- comportamental debe ser aplicada en todas las variedades de ER. La farmacoterapia destinada específicamente al tratamiento de la eyaculación rápida solo tiene

indicación en los casos de ER por constitución neurológica, por traumatismo físico irreversible, por inhabilidad psicosexual y, tal vez en los casos de ER con la presencia de otra disfunción sexual asociada.

### **6.2.1. Tratamiento Psicofarmacológico**

#### **A. Generalidades:**

La búsqueda del medicamento que resuelva el problema de la Eyaculación Rápida es la aspiración tanto del médico, como del cliente que viene a consulta. (Borrás)<sup>(17)</sup>

En líneas generales se admite que la serotonina en el SNC inhibe el sistema simpático, responsable por la emisión y así retarda el proceso eyaculatorio. Sin embargo el empleo de drogas que disminuyen la serotonina hará que la eyaculación se procese más rápidamente, de la misma manera que las drogas que aumentan la serotonina pueden ser usadas en el tratamiento farmacológico de la Eyaculación Rápida. Esa es la fundamentación teórica para el empleo de los antagonistas dopaminérgicos, de los inhibidores de la monoamino-oxidase, de las drogas que hacen bloqueo a los receptores pre-sinápticos (autoreceptores: SHT1A y 5HT1D) y a los inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina.

Es interesante observar que la nor-adrenalina también puede difundirse para los auto-receptores serotoninérgicos e interrumpir la liberación de la serotonina. Por lo tanto la liberación de la 5HT puede ser inhibida por la propia serotonina o por la nor-adrenalina. (Stahl)<sup>(18)</sup>

#### **B. Drogas que pueden actuar en el tratamiento de la Eyaculación Rápida**

##### **a.- Antipsicóticos típicos**

Los antipsicóticos típicos como la clorpromazina, la tioridazina, la flufenazina y el haloperidol, entre otros, actúan por bloqueo de receptores centrales de la dopamina. Aunque pueden bloquear la eyaculación, de hecho la tioridazina es el más poderoso, su uso no se ha implementado por los efectos adversos que bloquean al

cliente de manera grave. La inhibición eyaculatoria producida por este antipsicótico es conocida desde 1961, poco tiempo después de su introducción en el mercado farmacéutico. Se lo usó a dosis de 100-200 mg por día. A pesar de que su uso en el tratamiento de la Eyaculación Rápida, fué recomendado por algunos autores (Mellgren)<sup>(19)</sup>, en la actualidad esta abandonado en la práctica.

#### **b. - Antipsicóticos Atípicos**

Los antipsicóticos atípicos como la risperidona, la olanzapina, la quetiapina, la clozapina y la ziprazidona, entre otras, son antagonistas de los receptores serotoninérgicos-dopaminérgicos. El Sulpiride (Greco et al)<sup>(20)</sup> que es considerado un neuroléptico atípico, fué empleado en las dosis de 25 mg/día para retrasar la eyaculación, pero los efectos colaterales en muchos casos impidieran la continuación del tratamiento, no se justifica, por lo tanto, el uso de esa droga en la farmacoterapia de la Eyaculación Rápida.

#### **c - Alfabloqueadores**

De los alfabloqueadores algunos como la fenoxibenzamina (Shilon et al)<sup>(21)</sup>, (Beretta et al.)<sup>(22)</sup>, la terazosina y la afluzosina (Cavallini)<sup>(23)</sup> fueran utilizadas en el tratamiento de la Eyaculación Rápida obteniéndose resultados positivos alrededor de 50%, aún que la infertilidad sea un efecto colateral serio (Metz y Pryor)<sup>(16)</sup>.

La Trazodona que es un antidepresivo atípico que presenta una acción alfa-bloqueadora adrenérgica fué empleada por algunos autores (Jones)<sup>(24)</sup> (Claro et al.)<sup>(25)</sup> en la dosis de 50mg, con un índice de éxito alrededor de 77,4 %. Pero es conocido que la trazodona puede determinar ciertos efectos colaterales importantes (hipotensión ortostática, mareos, cefalea y sedación) siendo reportado en la literatura más de 80 casos de priapismo secundario, lo que hizo que algunos autores (Cordioli)<sup>(26)</sup> no la consideren como una droga de elección para los clientes del sexo masculino excepto en los casos de coexistencia con depresión leve, en los cuales se puede usar con las dos finalidades.

#### d. Antidepresivos Tricíclicos (ADT)

Los ADTs además de ser alfabloqueadores inhiben la recaptación de la norepinefrina y de la serotonina en la sinapsis neural.

Varios antidepresivos tricíclicos fueron estudiados para un posible tratamiento de la Eyaculación Rápida (Balon)<sup>(27)</sup>, (Sorscher y Dilsaver)<sup>(28)</sup>, entre ellos podemos citar la Imipramina (Couper-smartt y Rodham)<sup>(29)</sup> (Glass)<sup>(30)</sup>, (Segraves)<sup>(31)</sup>, la Amitriptilina (Nininger)<sup>(32)</sup> y la Desipramine (Cordioli)<sup>(26)</sup>, (Williams)<sup>(33)</sup>

De todos los ADTs ha sido, sin embargo, la clomipramina (Eaton)<sup>(34)</sup>, (Haesel et al)<sup>(35)</sup>, (Gingis at al)<sup>(36)</sup>, (Althof et al)<sup>(37)</sup>, (Colpi et alii)<sup>(38)</sup>, (Goodman)<sup>(39)</sup>, (Assalian)<sup>(40)</sup>, (Segraves et al.)<sup>(41)</sup>, (Harrison et al)<sup>(42)</sup>, la mas estudiada y utilizada en el tratamiento de la Eyaculación Rápida. La dosis es más baja que la del tratamiento para la depresión y varia de 10 a 50 mg por dia con resultados de 40 a 80% de éxito. (Novaretti)<sup>(43)</sup>.

Algunos autores (Eaton)<sup>(34)</sup>, (Colpi et alii)<sup>(38)</sup> han utilizado la clomipramina de 6 a 24 horas antes del acto sexual con buenos resultados. Lamentablemente los intensos efectos colaterales de esta droga han limitado su uso en el tratamiento de la Eyaculación Rápida

#### e. Inhibidores de la Monoaminoxidasa (IMAO)

Los IMAO, como la Tranilcipromina, Fenelzina y la Iproniazida, disminuyen la destrucción de la norepinefrina y de la serotonina que aumentan en la sinapsis neural. Esta propiedad podría justificar el uso de esas drogas en el tratamiento de la Eyaculación Rápida.

Sin embargo, en 1961, Bennett<sup>(44)</sup> demostró que la Iproniazida podría retardar la eyaculación, pero por sus efectos demasiados tóxicos está contraindicado su uso en la Eyaculación Rápida. Además los IMAO no tuvieron éxitos

significativos en el tratamiento de los trastornos eyaculatorios y por esa razón fueron prácticamente abandonados.

#### f. Antidepresivos Inhibidores de la Recaptación de Serotonina (ISRS)

La mayoría de los autores han concentrado sus estudios en el tratamiento de la Eyaculación Rápida con los ISRS, que son drogas cuyos efectos colaterales son leves y transitorio. A continuación revisaremos algunos de estos estudios.

- **FLUOXETINA**- Varios autores (Novaretti)<sup>(43)</sup> (Kaplan)<sup>(45)</sup> (Waldinger)<sup>(46)</sup> (Yilmaz et al)<sup>(47)</sup> (Foster y King.)<sup>(48)</sup> (Herman et al)<sup>(49)</sup> (Kline)<sup>(50)</sup> (Power-Smith)<sup>(51)</sup> (Haensel et al)<sup>(52)</sup> (Kara et al)<sup>(53)</sup> (Aydin et al)<sup>(54)</sup> (Lee et al)<sup>(55)</sup> demostraron que esta droga puede ser utilizada en el tratamiento de la Eyaculación Rápida. La dosis para obtener el control eyaculatorio, hasta un 80% de los casos, fué de 5 a 60 mg/día. La dosis media de Fluoxetina es de 20 mg/ día.
- **SERTRALINA** - También con la sertralina, con una dosificación de 50 mg/día (Wise)<sup>(56)</sup> se obtuvo un buen control eyaculatorio. Otros autores (Mendel et al)<sup>(57)</sup> (Biri et al)<sup>(58)</sup> (Balbay et al)<sup>(59)</sup> (McMahon y Touma)<sup>(60)</sup> reportan éxito en el 80% de los casos usando dosis entre 50 y 200 mg/día. (Kin y Paick.)<sup>(61)</sup> realizaron un estudio con 24 clientes cuyas parejas cronometraron el tiempo entre la penetración y la eyaculación. Estos autores observaron que de 23 segundos antes del tratamiento, los clientes pasaron a 5,9 minutos después de dos semanas.
- **PAROXETINA** - También con la paroxetina se han realizado numerosos trabajos y los autores (McMahon y Touma)<sup>(60)</sup> , (Waldinger et al.)<sup>(62)</sup> (Waldinger et al)<sup>(63)</sup> (Ludovico et al)<sup>(64)</sup>. (Giammusso et al.)<sup>(65)</sup> reportaron que este ISRS en dosis de 20 a 40 mg/día era capaz de retardar la eyaculación en la mayoría de los casos.

- **Otros ISRS** - Algunos autores (Waldinger et alii.)<sup>(66)</sup> estudiando la fluvoxamina observaron que esta no altera sustancialmente el tiempo de latencia eyaculatoria, aunque estudios recientes comprobaron que el citalopram (Atmaca et al)<sup>(67)</sup>, en el tratamiento de la Eyaculación Rápida, fué estadísticamente significativo en relación al grupo placebo. En este sentido Adson y Kotlyar<sup>(68)</sup> refieren la aparición de la eyaculación rápida como consecuencia a la discontinuidad del uso con el citalopram.

#### **g. Ansiolíticos**

Aunque no tienen efectos directos sobre el mecanismo de la regulación eyaculatoria, en algunos casos son útiles por su capacidad para disminuir la ansiedad, sobretodo el alprazolam y el lorazepan, que aún cuando no tienen acción directa sobre la eyaculación actúan en el tratamiento de la ansiedad que siempre, o casi siempre, acompaña los cuadros de Eyaculación Rápida.

#### **h. - Estudios comparativos entre los antidepresivos**

Estudiando la eficacia de los ISRS en el tratamiento de la Eyaculación Rápida (Waldinger et al)<sup>(69)</sup> en 1998, observaron que con los diferentes antidepresivos: paroxetina (20 mg/día), fluoxetina (20 mg/día) y sertralina (50 mg/día), hubo un aumento significativo del tiempo de latencia eyaculatoria, pero ninguna diferencia fué observada con el uso de la fluvoxamina (100 mg/día). En relación al citalopram (20 mg/día), la paroxetina (20 mg/día) tuvo un aumento del tiempo de latencia eyaculatoria 8 veces mayor. (Waldinger et al)<sup>(70)(71)</sup>

Analizando los efectos colaterales del uso de los ISRS (fluoxetina 40 mg, y sertralina 100 mg) y del ADT clomipramina 50 mg/día en la Eyaculación Rápida, Kin y Seo<sup>(72)</sup> observaron que todos mejoraron el tiempo de latencia eyaculatoria pero con la clomipramina la incidencia de efectos colaterales desagradables fué del 63,9%, en

cuanto con la fluoxetina y la sertralina fueron del 36,1 y 33,3% respectivamente.

La **ACADEMIA INTERNACIONAL DE SEXOLOGÍA MÉDICA**, en términos de psicofarmacología para el Tratamiento de la Eyaculación Rápida, reconoce que una cuestión pendiente en las publicaciones sobre tratamiento farmacológico exclusivo para retardar el orgasmo, es cuándo y como terminarlo...(Borrás)<sup>(17)</sup>

La **ACADEMIA INTERNACIONAL DE SEXOLOGÍA MÉDICA** considera que:

1. Han sido usados muchos fármacos en el tratamiento de la eyaculación rápida. Últimamente la experiencia há evidenciado la ventaja de la utilización de los inhibidores selectivos de recaptación de serotonina (ISRS), en orden de su efectividad: la sertralina, (Flores Colombino y Sedrés)<sup>(73)</sup>, la paroxetina y la fluoxetina.
2. Recomienda iniciar el tratamiento con la mitad de las dosis medias (Sertralina - 50 mg/día; Paroxetina - 20 mg/día; Fluoxetina - 20 mg/día) y aumentar la dosificación se es necesario.
3. Como droga de segunda línea recomienda usar la clomipramina mas, en virtud de los efectos colaterales, siempre evaluar la relación riesgo beneficio al prescribir este medicamento.
4. La forma de administración de los antidepresivos en la eyaculación rápida puede ser de forma continua, sólo a demanda o una combinación de ambos

Aunque la **ACADEMIA INTERNACIONAL DE SEXOLOGÍA MÉDICA** reconoce que estos medicamentos son capaces de retardar el reflejo eyaculatorio, está de acuerdo en afirmar que:

*ningún fármaco **aislado** trata la eyaculación precoz (Borrás).<sup>(17)</sup>, no existiendo un tratamiento único que sea absolutamente eficaz. La preferencia actual se basa en tratamientos combinados (terapia sexual realizada por profesionales formados en Sexología, más la utilización de fármacos.) Se debe tener en cuenta que la medicación mejorará el tiempo de latencia eyaculatoria mientras persista el tratamiento farmacológico, pero no hay evidencia de que la mejoría perdure cuando se suspenda el fármaco. Por otro lado, cabe la posibilidad de un "efecto rebote", que a veces se produce tras la supresión de estos medicamentos y la recaída es la norma.*

Finalmente la **ACADEMIA INTERNACIONAL DE SEXOLOGÍA MÉDICA** afirma que:

hasta el momento ninguno de los inhibidores de la 5-fosfodiesterasa (Sildenafil, Tadalafil y Vardenafil ) han sido aprobados, por los organismos oficiales de control farmacológico, como tratamiento de la eyaculación rápida. La demostrada eficacia de estos fármacos disminuyendo el periodo refractario, puede contribuir a adquirir una mayor confianza en el control eyaculatorio. La **UTILIZACIÓN COMBINADA** de estos medicamentos que revolucionaron el campo de la Sexología Médica, conjuntamente con los ISRS podría ser una buena alternativa que debe ser comprobada científicamente. Existen varias experiencias empíricas dignas de resaltar.

Sin embargo se requieren más estudios controlados en este sentido, como lo exige la medicina basada en la evidencia.

## 6.2.2. Tratamiento Psicoterapéutico

### A. GENERALIDADES

#### a. Procedimientos inconvenientes:

Los eyaculadores rápidos, por lo general, saben que con la segunda relación sexual logran un tiempo eyaculatorio más prolongado y por esto algunos de ellos antes de hacer el amor se masturban. Incluso algunas mujeres que descubren este hecho, aceleran la primera eyaculación con el fin de obtener su orgasmo en el segundo intento. Sin embargo, esto tiene

el inconveniente de que a medida que pasan los años, el período refractario absoluto se prolonga en el tiempo, además que se hace necesario mayor grado de estimulación para lograr una erección penéana, por lo que la solución del problema solo se posterga y a estas alturas de la vida, la mujer pierde el deseo sexual por lo engorroso y la poca retribución de placer por parte de su pareja, agregándose así otra disfunción que se encuentra en la fase del deseo sexual (Gindin y Huguet).<sup>(74)</sup>

En general la compañera de quienes padecen Eyaculación Rápida realizan lo que está a su alcance para solucionar el problema de su compañero sexual: Evitan tocar el pene de su marido antes de ser penetrada, o acelerar su orgasmo con movimientos frenéticos y rápidos antes que su marido eyacule y pierda la erección. Estas medidas sólo sirven para que se adelante la eyaculación pues tanto la falta de estímulo penéano como la ansiedad que provoca el apuro son determinantes de la Eyaculación Rápida (Cavalcanti y Cavalcanti)<sup>(75)</sup>

#### **b. Premisas básicas del tratamiento sexológico de la Eyaculación Rápida:**

- La terapia debe ser breve, focalizada pudiendo integrar otros aspectos individuales o de la relación de pareja, siempre conducida por un profesional formado y dedicado a la Sexología Clínica;
- El diagnóstico debe ser lo más completo posible para enfocar y decidir adecuadamente la terapia
- El terapeuta mantendrá el vínculo de pareja lo menos conflictivo posible durante el curso de la terapia, para que se pueda contar con la colaboración de la compañera. Invitándola a asistir a las sesiones y colaborando activamente en los ejercicios indicados, teniendo en cuenta las necesidades sexuales y afectivas de la pareja, para la adecuada evolución de la terapia.
- Se usan técnicas de modificación de la conducta a través de ejercicios pautados que deben adaptarse a las situaciones de cada cliente. El consultante realiza en su casa, tareas para el hogar. El profesional antes de indicar una tarea debe estar seguro que esta se va a cumplir, y es importante que pueda predecir los resultados que obtendrán los consultantes.

Algunas tareas se dan para provocar un "fracaso" que redunde en beneficio del aprendizaje o buscando un efecto paradójal. Una lista completa y pautada de los ejercicios está desarrollada en diversos tratados (Kaplan)<sup>(76)</sup>, (Gindin y Huguet)<sup>(74)</sup>

### **Comentarios:**

Lamentablemente la mayoría de los investigadores del campo de la terapia sexual no aportan resultados controlados de sus tratamientos (Metz y Pryor)<sup>(16)</sup>. Masters y Johnson<sup>(77)</sup>, por ejemplo, reportan 95% de éxitos. En el trabajo publicado en 1992, St.Lawrence y Madakasira<sup>(78)</sup> afirman que los índices referidos por los autores varían de 43 a 100% de éxitos con una media de 60%. Sin embargo estudios de seguimientos de sus tratamientos hechos con la técnica de Masters y Johnson después de tres años comprueban que el 75% de los investigados siguen teniendo problemas (De Amicus et al)<sup>(12)</sup> (Hawton et al)<sup>(13)</sup>.

En los pocos tratamientos controlados, seguidos con las técnicas de Masters y Johnson basado en el reporte de Semans sobre "squeeze technique" (Semans)<sup>(79)</sup> se verificó un aumento del tiempo de latencia del reflejo eyaculatorio con relación al grupo control.

La poca existencia de trabajos científicos estadísticamente significativos fortalecen aún más la opinión generalizada de que el terapeuta debe prescribir varias técnicas para ser utilizadas simultáneamente, por el eyaculador rápido. Muchos hombres responden mejor a un conjunto de técnicas que a procedimientos aislados.

La **ACADEMIA INTERNACIONAL DE SEXOLOGÍA MÉDICA** reconoce que los factores etiológicos psicogénicos son los más frecuentes en la determinación de la Eyaculación Rápida y considera que los objetivos de la terapia sexual para el tratamiento de la disfunción eyaculatoria son, en líneas generales, los siguientes:

1. Técnicas de aprendizaje o reaprendizaje del control eyaculatorio
2. Disminución de la ansiedad
3. Mejorar la comunicación diádica
4. Mejorar la auto-estima

La **ACADEMIA INTERNACIONAL DE SEXOLOGÍA MÉDICA** al recomendar las técnicas advierte que:

**A pesar de la aparente sencillez de estos recursos, ellos requieren de un profundo entrenamiento en psicoterapia para administrarlos de manera adecuada y hacerlos efectivos. (Borrás)<sup>(17)</sup>**

El eyaculador rápido tiende a focalizar su atención en el cuerpo de su pareja cuando debería centrar la atención en sus propias sensaciones genitales durante la fase de excitación intensa. Pensamientos distractores y/o autolesionantes para distraer la atención son empleados por algunos pacientes sin éxito.

El eyaculador rápido debe ser informado de que:

- puede controlar el momento de la eyaculación aprendiendo a controlar las sensaciones que preceden inmediatamente al reflejo eyaculatorio. Del mismo modo que se necesita ser consciente de las sensaciones de la vejiga cuando está llena para aprender a controlar la orina, se necesita ser consciente de las sensaciones genitales para poder controlar la eyaculación.(París)<sup>(80)</sup>
- Las técnicas de aprendizaje requieren algún tiempo para ser condicionadas una vez aprendidas son bastante efectivas.

## I.- Técnicas centradas en las sensaciones genitales

- **AUTOFOCALIZACIÓN**

Esta técnica consiste en hacer que el individuo se concentre en la percepción táctil de su propio cuerpo. La persona cierra los ojos y se concentra en la parte del cuerpo que está siendo tocada. Percibir la agradable sensualidad del toque. Después de concentrarse en el toque de los genitales y aunque la autofocalización no lleva necesariamente a la manipulación con finalidad masturbatoria, no está prohibido realizarla.

- **FOCALIZACIÓN SENSORIAL ("Sensate Focus")**

Esta técnica tiene por objetivo el encuentro erótico entre la pareja, descubrimiento del otr@ y de si mismo, sin la obligación de desempeños sexuales preestablecidos, tanto que el coito queda prohibido como forma de evitar la ansiedad de ejecución. Esta técnica mejora sensiblemente la comunicación diádica, permitiendo que el individuo tome conciencia de sus propias sensaciones. La focalización sensorial se realiza en dos tiempos: Focalización 1 y Focalización 2 .

La Focalización 1 se refiere a que uno de los miembros de la pareja será el emisor en cuanto el otro será el receptor de las caricias. El receptor se coloca tendido boca abajo, desnudo y procura relajarse lo más posible. En ese momento el emisor empieza a acariciar su cuerpo con la mano, labios o un objeto que la creatividad del receptor haya sugerido. El emisor debe proceder buscando el placer del receptor y no el propio. Por su parte el receptor debe concentrarse en el placer de recibir. Es un verdadero aprendizaje de dar y recibir. Después de algún tiempo los papeles se invierten y aquel que era receptor pasa a ser emisor y viceversa. Algún tiempo después se pasa al segundo momento del procedimiento.

La Focalización 2 amplía la experiencia erótica. Continúa la estrategia de los toques anteriormente descrita y permitiéndose

ahora la exploración, toques y caricias en los genitales, aunque se mantenga la prohibición del coito. Es posible que uno de los miembros de la pareja se excite tanto que llegue al orgasmo. Esta es una eventualidad y no una finalidad. El objetivo de las caricias genitales es el placer sensorial, y en el caso del tratamiento de la Eyaculación Rápida, tiene por finalidad hacer que el cliente aprenda a centralizar su atención en sus propias sensaciones y no en las sensaciones de su pareja.

Otra de las técnicas que se utilizan es la llamada Masturbación 1,2 y 3. Uno (1) consiste en que el hombre se masturba en frente de su pareja y ella observa. Dos (2) consiste en que la mujer se masturba y el hombre observa y Tres (3) consiste en que una vez conocidos los patrones , velocidad , intensidad y estímulos que conducen a una masturbación satisfactoria para ambos , estos refuerzan el avance para otras técnicas .

## II. Técnicas de aprendizaje o reaprendizaje del control eyaculatorio

- **EJERCICIOS DE KEGEL** (Kegel)<sup>(81)</sup> .

En los ejercicios de Kegel se aprende a controlar los músculos bulbocavernosos e isquiocavernosos. Este ejercicio fué inicialmente propuesto, en 1948, por Arnold Kegel para el tratamiento de la incontinencia urinaria. En este sentido se busca identificar la musculatura a ser contraída haciendo el llamado "stopping and starting the flow of urine" o sea ir al baño e intentar detener bruscamente el flujo de la orina, procurando orinar en chorros intermitentes . La identificación correcta de los músculos involucrados es importante para que el ejercicio sea efectivo.

Varios autores(Henriksen)<sup>(82)</sup>, (LaPera y Nicastro)<sup>(83)</sup>, (Ferguson et al)<sup>(84)</sup> no solo confirmaran que el acto de iniciar e interrumpir el flujo urinario durante la micción lleva realmente al fortalecimiento esfinteriano, pero que el ejercicio de Kegel era muy efectivo para el tratamiento del "stress incontinence" y de

la Eyaculación Rápida, con la ventaja de virtualmente no tener ningún efecto colateral.

Los ejercicios de Kegel deben ser hechos con la vejiga vacía, contrayendo los músculos y manteniendo la contracción por 10 segundos, debiéndose repetir este procedimiento 10 veces, alrededor de 3 veces al día.

- **TÉCNICA DE STOP-START** (Semans)<sup>(79)</sup>

La técnica de stop-start consiste en intentos de masturbación como estadio previo y transitorio para el sexo con penetración. El hombre inicialmente debe masturbarse, sin la participación de la pareja, e intentar llegar lo mas cercano posible del orgasmo. Entonces él debe parar los movimientos, relajarse y recomenzar. Con el tiempo el cliente aprende a identificar aquellas sensaciones que preceden la inevitabilidad eyaculatoria. Cuando el haya identificado esto, entonces el deberá incorporar a la pareja en su proceso de tratamiento, aún en la fase masturbatoria. La pareja masturba al individuo y este le dirá el momento exacto en que ella debe parar. Después que la pareja esté familiarizada con el ejercicio y haya logrado éxito se pasa entonces a la penetración intravaginal, inicialmente con la pareja encima, después en posición lateral y finalmente el individuo por encima. En todas estas posiciones el cliente debe parar y/o pedir a la pareja que pare los movimientos en el momento en que perciba el inicio de las sensaciones premonitorias al reflejo orgásmico. Enseguida se relaja y se repite el procedimiento varias veces .

Hartman y Fithian<sup>(85)</sup> afirman que al hacer la penetración vaginal la pareja debe permanecer inmóvil para que el individuo se familiarize con el medio vaginal y adquiera la confianza de que la vagina no es, por si sola, una especie de "gatillo" para la eyaculación. (Cavalcanti y Cavalcanti)<sup>(75)</sup>

### **III. Técnicas de compresión**

- **TÉCNICA DE SQUEEZE (APRETAMIENTO)** (Masters y Johnson)<sup>(77)</sup>

Este procedimiento es una variante de la técnica de stop-start. Cuando el individuo está en el momento inmediato previo al punto de la inevitabilidad eyaculatoria aprieta el pene a la altura del surco báloro-prepucial. La compresión se mantiene durante 3 a 4 segundos, con el pulgar aplicado sobre el freno y los dedos índice y medio en la cara dorsal del pene, luego abajo del reborde del glande. La presión debe ser fuerte, más no dolorosa. Pasado el deseo de eyacular el individuo puede perder de 20 a 30% de la erección la cual se recupera fácilmente. Después de un intervalo de 15 a 90 segundos se reinicia la estimulación y luego se hace una nueva maniobra compresiva, que se repite durante 4 o 5 veces.

- **TÉCNICAS DE LA COMPRESIÓN BASILAR Y PERINEAL**

Estos procedimientos son variantes del "squeeze" siendo indicados para los individuos que ya adquirieron un cierto control eyaculatorio con la técnica del "apretamiento". Al sentir los señales pre-eyaculatorias, sin necesitar retirar el pene de la vagina el hombre mismo comprime la base de su pene. Es interesante señalar que los antiguos maestros taoístas chinos empleaban, con la misma finalidad, una compresión perineal donde el hombre inspiraba profundamente, contenía la respiración y con los dedos índice y medio hacia una presión durante 3 a 5 segundos, en la porción media del perineo.

### **IV. Otras Técnicas**

- **Técnica de la Restricción Testicular**

Conociéndose que durante la excitación sexual los testículos se elevan en dirección del perineo y que la elevación testicular

completa es característica de la eyaculación inminente (Masters y Johnson)<sup>(77)</sup> la aprehensión y tracción suave de los testículos para abajo hace que algunos hombres controlen la eyaculación.

- Técnicas del TAO

En general consiste en llevar a cabo una serie de prácticas individuales y de pareja que permiten al hombre aprender el arte de separar el orgasmo de la eyaculación de manera sana y segura, para acrecentar el placer sexual del hombre y satisfacer en gran medida a la mujer.

## V. Técnicas para disminuir la ansiedad

En general se afirma que el buen funcionamiento erótico depende del estado de relajación psicofísico del individuo. A pesar de ser esta una verdad considerada indiscutible, sin embargo, no todo individuo ansioso es necesariamente eyaculador rápido. La ansiedad que, como sexólogos nos compete tratar, es sobre todo el temor de desempeño o sea la ansiedad asociada a la conducta sexual.

En ocasiones, el miedo juega un notable papel inhibitor que puede llevar a evitar los encuentros sexuales ante el sufrimiento que pueden suponer (Borrás)<sup>(17)</sup>

Además los procedimientos farmacológicos utilizados para disminuir la ansiedad anticipatoria fueron empleadas muchas técnicas. Entre otras podemos señalar las siguientes:

- a) Hipnosis
- b) Técnicas de Relajación (Yoga, Entrenamiento autógeno de Schultz, Técnica de Jacobson)
- c) Desensibilización sistemática
- d) Detención del pensamiento

## **VI. Técnicas para Mejorar la Comunicación Diádica**

La Eyaculación Rápida con el tiempo siempre afecta la comunicación de la pareja en grados variables Como ejemplos de técnicas para mejorar la comunicación de la pareja, entre otras, tenemos:

- a) Focalización sensorial
- b) Entrenamiento para Compartir Fantasías
- c) Planificación de expectativas
- d) Estructuración de los guiones de vida
- e) Revivir los encuentros y momentos agradables
- f) Experiencia semanal satisfactoria con toma de decisiones compartidas

## **VII. Técnicas para mejorar la Auto-estima**

- Entrenamientos de Asertividad
- Técnica del espejo
- Psicodrama
- Análisis compartido de la Imagen
- Retroalimentación positiva
- Evaluación y análisis del FADO
- Cambio y Negociación
- Hábitos y manejo de la conducta eficaz ( Covey )
- Inteligencia Emocional
- Programa Permanente de Valoración de la Vida
- Ejercicio Físico

## 7. CONCLUSIONES

Prescribir técnicas o medicamentos no es ninguna tarea difícil, ya que requiere información, formación y entrenamiento sistemático. No hay duda de que este tipo de tratamiento puede obtener algún éxito, pero no necesariamente debe ser permanente. La aplicación de modelos médicos y psicológicos se potencian si se aplican de manera sinérgica e interdependiente.

En el proceso terapéutico de las disfunciones sexuales dependemos en gran parte de la creación de un fuerte vínculo empático, sin el cual las técnicas y los fármacos pudieran no tener el éxito esperado. La cantidad de recidivas es una prueba frecuente de este fenómeno.

En la práctica de la terapia sexual en general, y en particular en el tratamiento de la Eyaculación Rápida, es frecuente el surgimiento de resistencias, tanto en el eyaculador como en su pareja. Lo difícil es trabajar dichas resistencias y en este punto es que se evidencia la competencia del sexólogo clínico.

Algunas de esas resistencias son explícitas, otras sutilmente encubiertas; unas más difíciles, otras más fáciles de ser trabajadas. Hay ciertas parejas que se someten a la orientación del tratamiento con facilidad; otros crean obstáculos, polemizan, sabotean. Es claro que si las resistencias son cuantitativa y cualitativamente poco significativas, más rápido será el éxito terapéutico. Caso contrario el tratamiento se prolonga dolorosa y lentamente, siendo común, en estos casos, el abandono de la terapia creando aun mayor frustración.

En la mayoría de las veces el abandono de la terapia por los clientes se debe a la falta de habilidad del profesional en la identificación y en el manejo de las resistencias.

Trabajar todas estas barreras es una tarea ardua, porque detrás de cada resistencia hay siempre una ganancia secundaria en juego. Muchas veces para la pareja la ganancia secundaria está en el mantenimiento de su "status" de superioridad y dominación, siendo la permanencia de la eyaculación rápida una forma de mantener la pareja en condición de inferioridad.

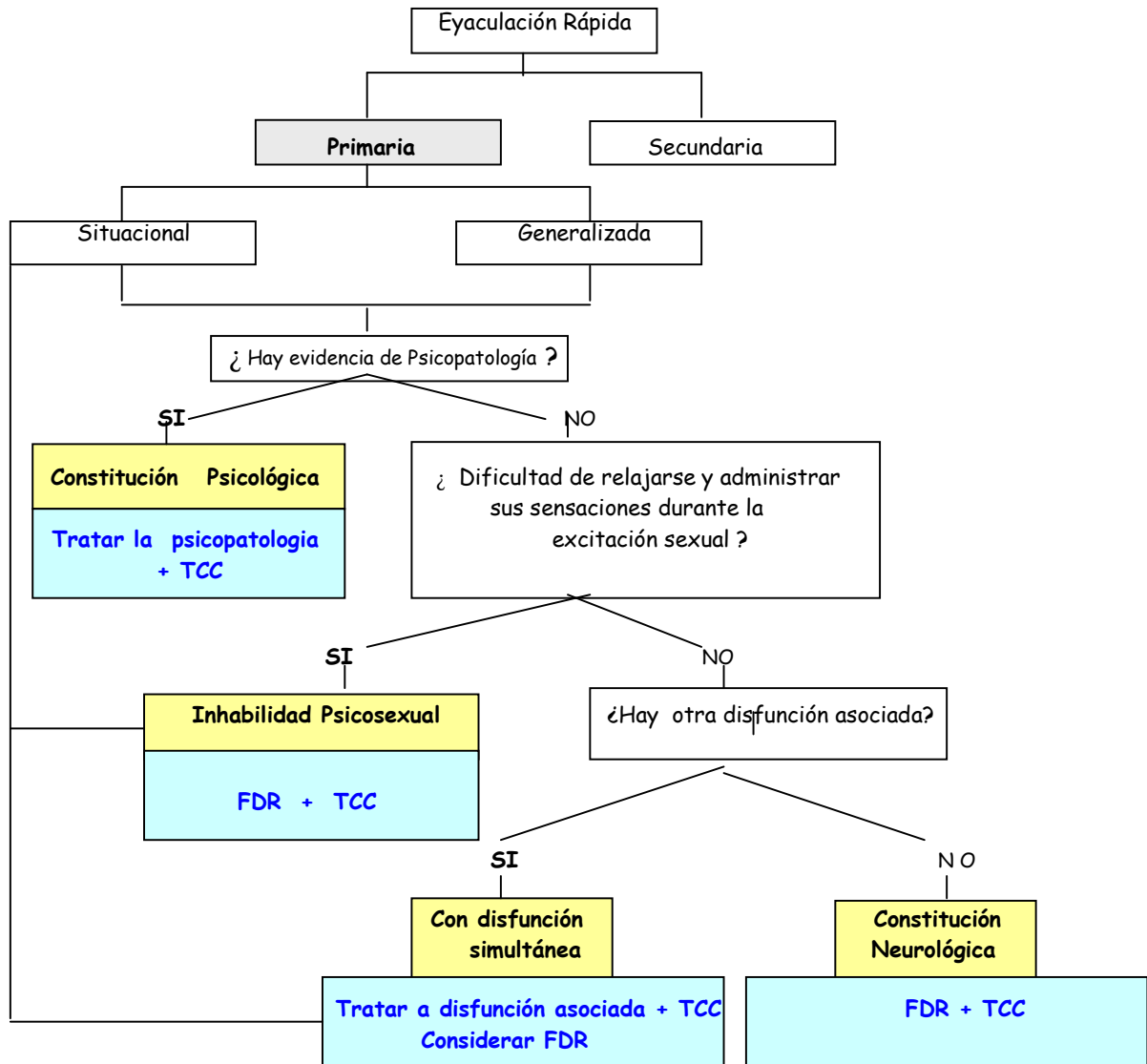
Otras veces la resistencia esconde el miedo de perder a la pareja, sobretodo si la mujer tiene una disfunción del deseo.

Son, entre otras, formas comunes de saboteos o resistencias:

- Posponer la ejecución de los ejercicios indicados usando los más variados pretextos;
- No ejecutar los procedimientos de forma correcta o realizados de manera descuidada o mecánica;
- Criticar la terapia y/o a los terapeutas;
- Faltar o llegar atrasado a las sesiones.
- Recomendar la utilización de otras personas
- Proponer lapsos muy cortos para obtención de resultados

Uno de los fenómenos más comunes que se observa en mujeres es la frustración y el desánimo después de semanas de tratamiento. En estos casos es frecuente el abandono de la terapia. Mantener la motivación es esencial. Aquí la función del terapeuta es crucial, individualizando las resistencias para, a tiempo, desenmascararlas, reoxigenando la motivación e iniciando un proceso de reestructuración cognitiva. La Terapia sexual es un arte

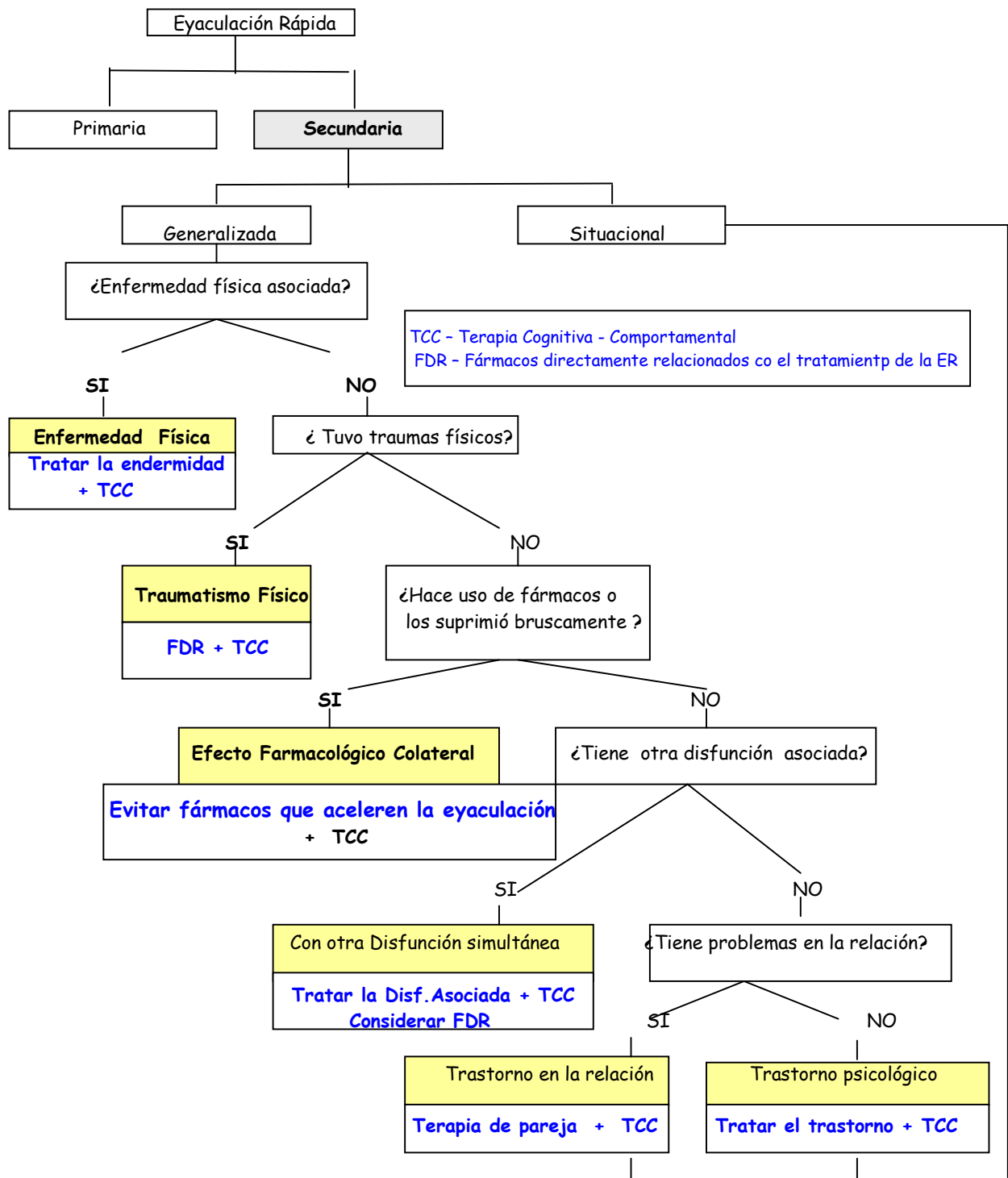
Es preciso tener presente y explicar a los clientes que, cuanto más difícil es la extinción de un comportamiento indeseable y más espinoso es el aprendizaje de una conducta apropiada, más duraderos y consistentes serán los efectos beneficiosos del proceso terapéutico (Cavalcanti y Cavalcanti)<sup>(75)</sup>



TCC - Terapia Cognitiva - Comportamental

FDR - Fármacos directamente relacionados co el tratamientp de la ER

ER Primaria	Sub-Tipo	Frecuencia
Situacional	Inhabilidad Psicosexual Simultánea a otra disfunción	Muy común Común
Generalizada	Constitución Neurológica Constitución Psicológica Inhabilidad Psicosexual Con Disfunción Simultánea	Muy común Rara Muy común Común



ER Secundaria	Sub-Tipo	Frecuencia
Generalizada	Enfermedad Física	Ocasional
	Traumatismo Físico	Rara
	Efecto Farmacológico Colateral	Rara
Situacional.	Con otra Disfunción Simultánea	Común
	Trastorno en la Relación	Común
	Trastorno Psicológico	Común

## BIBLIOGRAFIA

- (1) - Xin ZC, ;Choi YD, ;Lee, SH.;Choi, HK. *Efficacy of a topical agent SS-cream in the treatment of premature ejaculation: a preliminary clinical studies.* Yonsei Med. J.,38:91-95,1997
- (2) - Choi,H.K.; Xin ZC.; Choi YD, *Efficacy of a newly developing topical agent(SS-cream) for premature ejaculation:double blind clinical study.* J Urol. 157:182, 1997
- (3) - Choi HK, Xin ZC, Choi YD, Lee WH, Mah SY, Kim DK. *Safety and efficacy study with various doses of SS-cream in patients with premature ejaculation in a double-blind, randomized, placebo controlled clinical study* Int J Impot Res. 5::261-264, 1999
- (4) - Henry,R.; Morales,A - *Topical lidocaine-pilocaine spray for the treatment of PE: a proof of concept study.* International Journal of Impotence Research 15:277-281,2003
- (5) - Berkovitch,M.; Keresteci, A G.; Koren, G. - *Efficacy of prilocaine-lidocaine cream in the treatment of premature ejaculation.* Journal of Urology, 154: 1360-1361, 1995
- (6) - Romero,A - *A Neurotomia seletiva dos nervos dorsais do pênis: Uma nova abordagem no tratamento da ejaculação prematura verdadeira.* VII Congresso Nacional de Andrologia - Portugal, 2000
- (7) - Tulli,R.E.; Guillaux,C.H.; Vaccari,R.; Ferreira,R. - *Premature ejaculation selective neurotomy:A new therapeutic technique.Basis,indication and results.* International Journal of Impotence Research, 6 (suppl.1): 109-113
- (8) - Schapiro,B. - *Premature ejaculation. A review of 1130 cases.* Journal of Urology, 50: 374-379,1943
- (9) - Pastorini,S.; Cocimano,V.; Brigato,R.; Surlati,D.;Perolino,R.M. - *Our experience with the medico-sexual treatment of premature ejaculation.* Minerva Urol.Nefrol.,v.43, 2:79-83,1991
- (10) - Fein, R. L. - *Intracavernous medication for the treatment of premature ejaculation.* Urology,35:301-302, 1990
- (11) - Bancroft,J.;Coles,L. - *Three years experience in a sexual problems clinic.* Bristish Medical Journal, 1:1575-1577,1976
- (12) - De Amicus,L.A; Goldgerb,D.C.; LoPiccolo,J.; Friedman,J.; Davies,L. - *Clinical follow-up of couples treated for sexual dysfunction.* Archives of Sexual Behavior, 14:467-490, 1985.

- (13) - **Hawton,K.; Catalan,J.; Martin,P.;Fagg,J.** - *Prognostic factors in sex therapy.* Behavior Research Therapy 24:377-385, 1986
- (14) - **Killman,P.R.; Boland,J.P.; Norton,S.P.; Davidson,E.; Caid,C.** - *Perspectives of sex therapy outcome. A survey of AASECT providers.* Journal of sex Marital Therapy, 12:116-138,1986
- (15) - **Yulis,S.** - *Generalization of therapeutic gain in the treatment of premature ejaculation.* Behavior Therapy, 7: 344-358, 1976
- (16) - **Metz,M.E.; Pryor,J.L.**-*Premature Ejaculation: A Psychophysiological Approach for Assessment and Management ,Sex. Marital Therapy,26 (4) 293:320,2000*
- (17) - **Borrás Valls, J. J.** - *El paciente con alteraciones de la eyaculación - In Iribarren,I.M.; Garcia,E.L.; Cabero,J.M.G. y Borrás,J.J. - Disfunción Sexual en el varón, Momento Médico, Madrid, 2003*
- (18) - **Stahl,S,M.** - *Essential Psychopharmacology - Neuroscientif Basis and Practical Applications* Second Ed., Cambridge University Press,2000
- (19) - **Mellgren,A** *Treatment of ejaculatio praecox with thioridazine.* Psychother Psychosom 15:454-460,1967
- (20) - **Greco E, Polonio-Balbi P, Speranza JC.**- *Levosulpiride: a new solution for premature ejaculation.* Int J Impot Res., 4,14:308-309,2002.
- (21) - **Shilon,M.; Paz,G.F.; Homonnai,Z.T.** - *The use of phenoxybenzamine treatment in premature ejaculation.* Fertil.Steril.,v.42:659-661,1984
- (22) - **Berreta,G.; Chelo,E.; Zanolla,F.** - *Effect of an alpha-blocking agent (phenoxybenzamine) in the management of premature ejaculation.* Acta Europa Fertilitatis, 17:442-445,1986
- (23) - **Cavallini, G.** - *Alpha-1 blockade pharmacotherapy in primitive premature ejaculation resistant to psychotherapy.* Eur.Urol. v.28 2:126-130,1995
- (24) - **Jones,S.** - *Ejaculatory inhibition with trazodone.* J. Clin. Psychopharmacol.4:279-289,1984
- (25) - **Claro,J.A.; Nardoza,Jr. A; Romualdo,M.C.; Martitinez,C.L.; Srougi,M.** *Tratamento oral da ejaculação precoce.* Revista . Bras. Med. v.56,n.6,1986
- (26) - **Cordioli,A.P.** - *Psicofármacos, 2a,Ed. ArtMed, Porto Alegre,2000*
- (27) - **Balon,R.** - *Antidepressants in the treatment of premature ejaculation.* Journal of Sex and Marital Therapy, 22:85-96,1996

- (28) - **Sorscher, S.M.; Dilsaver, S.C.**: *Antidepressant-induced sexual dysfunction in men: Due to cholinergic blockade?* J Clin Psychopharmacol 6:53-55, 1986
- (29) - **Couper-smartt, J.D.; Rodham, R.** - *A technique for surveying side-effects of tricyclic drugs with reference to reported sexual effects*, Journal of International Medical Research, 1: 473-476, 1973
- (30) - **Glass, R.M.** - *Ejaculatory impairment from both phenelzine and imipramine with tinnitus from phenelzine*. Journal of Clinical Psychopharmacology, 1:152:154 1981
- (31) - **Segraves, R.T.** *Reversal by bethanecol of imipramine-induced ejaculatory dysfunction*. Am. J. Psychiatry. 144 : 1243. 1987
- (32) - **Nininger, J.E.** - *Inhibition of ejaculation by amitriptyline*, American Journal of Studies os Alcohol, 58:750-751, 1978
- (33) - **Williams, W.** *Secondary premature ejaculation*. Journal of Urology, 158: 451-455, 1984
- (34) - **Eaton, H.** - *Clomipramine (Anafranil) in the treatment of premature ejaculation*, J. Int. Med. Res. 1:432-434, 1973
- (35) - **Haensel, S.M.; Rowland, D.L.; Kallan, K.T.H.K.; Slob, A.K.** - *Clomipramine and sexual function in men with premature ejaculation and controls*. J.Urol. 156:1310-1315, 1996
- (36) - **Girgis, S.M.; El-Haggag; El-Hermouzy, S.** - *A double blind trial of clomipramine in premature ejaculation* Andrologia v.14, 4:364-368, 1982
- (37) - **Althof, S.E.; Levine, S.B.; Corty, E.W.** - *A double-blind crossover trial of clomipramine for rapid ejaculation in 15 couples*. J. Clin. Psychiatry v.56 9: 402-407, 1995
- (38) - **Colpi, G.M.; Fanciullacci, F.; Aydos, K.; Grugnetti, C.** - *Effectiveness mechanism of clomipramine by neurophysiological test in subjects with true premature ejaculation*. Andrologia, v.23,1:45-47, 1991
- (39) - **Goodman, R.E.** - *An assessment of clomipramine (Anafranil) in the treatment of premature ejaculation*. Journal of International Medical Research, 8(Suppl.3):53-59
- (40) - **Assalian, P.** - *Clomipramine in the treatment of premature ejaculation*. Journal of Sex Research 4:213-215, 1988
- (41) - **Segraves, R.T.; Saran, A. ; Segraves, K.; Maguire, E.** - *Clomipramine vs. placebo in the treatment of premature ejaculation. A pilot study*. Journal of Sex and Marital Therapy 19:198-200, 1993

- (42) - Harrison, W.M.; Rabkin, J.G., Ehrhardt, A.A. - *Effects of antidepressant medication on sexual function : A controlled study* J. Clin. Psychopharmacol. 6 : 144-149, 1986
- (43) - Novaretti, J.P.T. - *Tratamento medicamentoso da Ejaculação Precoce* in Glina, S.; Puech-Leão, P.; Reis, J.M.S.M.; Pagani, E. (org) *Disfunção Sexual Masculina* - Instituto H.Ellis, São Paulo, 2002
- (44) - Bennett D: *Letter to editor on use of MAOIs for premature ejaculation*. Lancet, 2: 1309, 1961. In Novaretti, J.P.T. - *Tratamento medicamentoso da Ejaculação Precoce* in Glina, S.; Puech-Leão, P.; Reis, J.M.S.M.; Pagani, E. (org) *Disfunção Sexual Masculina* - Instituto H.Ellis, São Paulo, 2002
- (45) - Kaplan, P.M. - *The use of serotonergic uptake inhibitors in the treatment of premature ejaculation*. Journal of Sex and Marital Therapy, 20:321-324, 1994
- (46) - Waldinger MD - *Towards evidence-based drug treatment research on premature ejaculation: a critical evaluation of methodology..* Int J Impot Res. v.15,5:309-313, 2003
- (47) - Yilmaz, U.; Tatlısen, A.; Turan, H.; Arman, F.; Ekmekcioglu, O. - *The effects of fluoxetine on several neurophysiological variables in patients with premature ejaculation*. Journal of Urology v,161, 1:107-111, 1999
- (48) - Foster P.; King, J. - *Fluoxetine for premature ejaculation*. American Journal of Psychiatry, 151,1523, 1994
- (49) - Herman, J.B.; Brotman, A.W.; Pollack, M.H.; Falk, W.E.; Biederman, J.; Rosenbaum, J.F. - *Fluoxetine-induced sexual dysfunction*. J.Clin.Psychiatry, v.51, 1:25-27, 1990
- (50) - Kline, M.D. - *Fluoxetine and anorgasmia*. Am.J.Psychiatry, v.146,6:804-805, 1989
- (51) - Power-Smith, P. - *Beneficial sexual side-effects from fluoxetine*, Brit. J. Psychiat., 44:146-150, 1994
- (52) - Haensel, S.M.; Klem, T.M.; Hop, W.C.; Slob, A.K. - *Fluoxetine and premature ejaculation: a double-blind, crossover, placebo controlled study*. J.Clin.Psychopharmacol.v.18,1:72-77, 1998
- (53) - Kara, H.; Aydin, S.; Yucel Agargun, M.; Odabas, O.; Yilmaz, Y. - *The efficacy of fluoxetine in the treatment of premature ejaculation: a double-blind placebo controlled study*. J.Urol., 156: 1631-1632, 1996

- (54) - Aydin,S.; Yucel Agargun,M.; Odabas,O;; Ylmaz,Y. - The efficacy of fluoxetine in the treatment of premature ejaculation: a double-blind placebo controlled study. J. Urol. 156:1631-1632,1996
- (55) - Lee,H.S.;Song,D.H.;Kim.C.H.;Choi,H.K. - *An open clinical trial of fluoxetine in the treatment of premature ejaculation.* J.Clin .Psychopharmacol. v.16,5:370-382,1996
- (56) - Wise,T.N. - *Sertraline as a treatment for premature ejaculation.* J.Clin. Psychiatry, v.55, 9:417, 1994
- (57) - Mendel,J.; Camera,A; Sikes,C. -*Sertraline treatment for premature ejaculation.* Journal of Clinical Psychopharmacology,15: 341-346,1995
- (58) - Biri,H.;Isen,K,;Sinik,Z.;Onaran,M.;Kupeli,B.;Bozkirli,I. - *Sertraline in the treatment os premature ejaculation: a double-blind placebo controlled study.* Int.Urol.Nephrol.v.30, 5:611-615,1998)
- (59) - Balbay,M.D.; Yildiz,M.; Salvaci,A; Ozsan,O; Ozbek,E. - *Treatment of premature ejaculation with sertraline.* Int. Urol. Nephrol.,v.30,1:81-83,1998
- (60) - McMahan,C.G.; Touma,K. - Treatment of premature ejaculation with paroxetine hydrochloride as needed: 2 single-blind placebo controlled cross-over studies. The Journal of Urology, 161:1826-1830,1999
- (61) - Kin,S.W.;Paick,J.S. - Short-term analysis of the effects of as a needed use of sertraline at 5 PM for the treatment of premature ejaculation. Urology, v.54,3:544-547,1999)
- (62) - Waldinger,M.D; Hengeveld.M.W.;Zwinderman,A H. - Ejaculation retarding properties of paroxetine in patients with primary premature ejaculation: A double-blind, randomized, dose-response study. British Journal of Urology,79 :592-595, 1997
- (63) - Waldinger,M.D; Hengeveld.M.W.;winderman,A H - Paroxetine treatment of premature ejaculation: a double-blind, randomized, placebo-controlled study Am.J.Psychiatry, v.151,9: 1377-1379,1994
- (64) - Ludovico,G.M.; Corvace,A.; Pagliarulo,A - *Paroxetine in the treatment of premature ejaculation,* Br.J.Urol.,77:881-882,1996
- (65) - Giammusso,B.;Morgia,G.;Spampinato,A .;Motta,M. - *Paroxetine in the treatment of premature ejaculation.*Arch.Ital.Urol.Androl. 69:11-13,1997
- (66) - Waldinger,M.D.; Hengeveld,M.W.; Zwinderman,A.H.; Olivier,B. - Effect of SSRI antidepressants on ejaculation: a double-blind,

randomized, placebo-controlled study with fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine and sertraline. *J.Clin.Psychopharmacol.*,v.18,4:274-281,1998

- (67) - **Atmaca M, Kuloglu M, Tezcan E, Semercioz A.** The efficacy of citalopram in the treatment of premature ejaculation: a placebo-controlled study *Int J Impot Res.* v.14, 6:502-505, 2002
- (68) - **Adson DE, Kotlyar M.** *Premature ejaculation associated with citalopram withdrawal* *Ann Pharmacother.* v. 37,12: 1804 -1806. 2003
- (69) - **Waldinger, M.D.; Hengeveld, M.W.; Zwinderman, A.H.; Olivier, B.** - Effect of SSRI antidepressants on ejaculation: a double-blind, randomized, placebo-controlled study with fluoxetine, fluvoxamine, paroxetine and sertraline. *J. Clin. Psychopharmacol.*,v.18,4:274-281,1998
- (70) - **Waldinger MD, Zwinderman AH, Olivier B.** - *SSRIs and ejaculation: a double-blind, randomized, fixed-dose study with paroxetine and citalopram* *J. Clin Psychopharmacol.* v. 21, 6: 556-560, 2001
- (71) - **Waldinger MD, Zwinderman AH, Olivier B** - *Antidepressants and Ejaculation: A Double-Blind, Randomized, Fixed-Dose Study With Mirtazapine and Paroxetine* *J Clin Psychopharmacol.* v.23,5:467-470m 2003
- (72) - **Kin, S.C.; Seo, K.K.** - *Efficacy and safety of fluoxetine, sertraline and clomipramine in patients with premature ejaculation: a double-blind, placebo, controlled study.* *J.Urol.* V.156,2:425-427,1998
- (73) - **Flores Colombino A, Sedrés S .** *Tratamiento con sertralina en pacientes con Eyaculación Precoz. Valoración de su eficacia, Co - relato del Consenso de la AISM sobre Eyaculación Prematura, Simposio Internacional Farmacoterapia das Disfunções Sexuais, Salvador, nov. 29, 2003.*
- (74) - **Gindin, L.R.; Huguet, M** - *Eyaculación Precoz*, Ed..Paidós,1989
- (75) - **Cavalcanti, R.; Cavalcanti, M.** - *Tratamento Clínico das Inadequações Sexuais* 2ª.ed., Roca, São Paulo, 1996
- (76) - **Kaplan, H.S.** *The new sex Therapy.* New York: Brunner/Mazel, 1974
- (77) - **Masters, W.H.; Johnson, V.E-** *Human Sexual Inadequacy* Little Brown & Co., Boston, 1970
- (78) - **St.Lawrence, J.S.; Madakasira, S.** - Evaluation and Treatment of Premature Ejaculation: a critical review. *Int.J.Psychiatry Med.* 22:77-97.1992

- (79) - **Semans, J.H.** - *Premature ejaculation : a new approach.* South Med. J. 49: 353 - 357,1956
- (80) - **París, C.** - *Enciclopedia Didáctica de la Sexualidad* - Planeta, Barcelona, 1995
- (81) - **Kegel A** - *Progressive Exercise in the Functional Restoration of the Perineal Muscles.* American Journal of Obstetrics and Gynecology, 56, pp. 238-248, 1948
- (82) - **Henriksen, E.** - *The nonsurgical management of urinary incontinence.* *Obstet. Gynecol.*, v. 20, p. 887, 1962
- (83) - **LaPera, G.; Nicastro, A** - *A new treatment for premature ejaculation: rehabilitation of the pelvic floor.* J. Sex and Marital Therapy v. 22,1:22-26,1996
- (84) - **Ferguson, K.L.; MCKey, P.L.; Bishop, K.R., et al.** *Stress urinary incontinence: effect of pelvic muscle exercise.* *Obstet. Gynecol.*,v.75, 4:671-675,1990.
- (85) - **Hartman, E; Fithian, M.A** - *Treatment of Sexual Dysfunction: A Basic Approach* , Jason Aronson, New York,1995.
- (86) **Hernandez-Serrano R.** *Forum Psychiatry and Human Sexuality . Current Opinion in Psychiatry . WPA.Napoles . 2000*
- (87) **Schiavi R.** -*Forum Psychiatry and Human Sexuality. Current Opinion in Psychiatry. WPA .Napóles 2000*