



# orgasmo prematuro o eyaculación precoz

Conferencia dictada por el autor en el Primer Congreso Internacional de Salud Reproductiva en Diabetes Mellitus. SARELIA 2000, Chile

**E**n Occidente la prisa es la gran enfermedad del alma. Nuestra civilización de horarios rinde obsecado culto a la dictadura del reloj, cuyo sagrado mandamiento —“El tiempo es oro”— arbitra nuestra vida entera, envenenando el amor. Cada vez surgen más evidencias de que las

premas del tiempo nos conducen a cópulas mecánicas, cuya meta principal es el orgasmo rápido, desprovistas de espíritu, pasión y lo peor, carentes del brillo del amor erótico, comprometido y realizado con todo el cuerpo.

Hay muchos otros factores que intoxican el amor, la expresión humana más

sublime de la energía creadora que cada uno lleva dentro de sí. Esa energía que ha engendrado bosques inmensos, especies animales, que nos da la vida y nos empuja a formar familias y naciones. Un terrible veneno es el machismo traducido en el afán de conquista de los hombres y sus alardes, muy comunes en Latinoamérica, del número de coitos realizados en una noche bravía de pasión, la potencia de sus erecciones, la cantidad de “hembras” conquistadas.

En forma lamentable, no sólo en nuestro continente, sino en la totalidad del mundo occidental, un alto número de mujeres jamás han experimentado un orgasmo profundo. Un éxtasis que les resulta prohibido cuando su hombre descarga la virilidad en dos o tres minutos.

El investigador norteamericano Alfred Kinsey, al publicar su famoso informe, destacó un dato muy interesante: “incluso los matrimonios que se su-

ponen felices, confiesan escasa dicha amorosa”. Sin embargo, junto a sus colaboradores sugirió que la eyaculación precoz denotaba buena salud biológica, puntualizando que “sería difícil encontrar otra situación en la que un individuo rápido y apasionado en sus respuestas pueda calificarse con otra nota

Dr. Eduardo **Pino Aravena\***

que no sea la de excelente... por molesto y lamentable que sea desde el punto de vista de la mujer” (Kinsey, Pomeroy y Martin, 1948).

Hoy la eyaculación precoz no denota buena salud biológica. Es considerada por la sexología moderna como una de las disfunciones sexuales más frecuentes, que acarrea infelicidad femi-

*nina y destrucción de la insti-*

*tución ma-*  
*t r i m o-*  
*nial.* Sin

embargo, en la actual sociedad patriarcal, aún son muchos los hombres y mujeres que

consideran que el acto sexual tiene por único fin satisfacer al hombre y algunas esposas llegan a “agradecer que el asunto termine lo más rápido posible”. Estas ideas machistas, muy extendidas en el pasado, están poco a poco siendo reemplazadas por una noción más

igualitaria en lo que se refiere al goce sexual de hombres y mujeres.

La eyaculación precoz u orgasmo prematuro es una alteración funcional del

varón en la dinámica sexual que se observa con una frecuencia verdaderamente alarmante; dos de tres hombres la padecen.

Esta disfunción consiste en que el individuo por lo general teniendo una

buena erección y alta excitación, no puede consumir satisfactoriamente el acto sexual, dado que puede eyacular antes de penetrar, al primer contacto con los genitales femeninos, o casi siempre algunos segundos o minutos de iniciado el acto, dejando a su pareja con un fuerte sentimiento de insatisfacción y de frustración, que a medida que pasa el tiempo y frente a repetidas situaciones similares, la mujer va desarrollando un síndrome de rechazo al sexo, inhibición del deseo o sencillamente deriva en un cuadro de frigidez o en la búsqueda de otras y nuevas experiencias con el fin de encontrar satisfacción en esta necesidad fisiológica del ser humano y que es desarrollado sexualmente en forma normal.

Los hombres por su parte, también se sienten frustrados, avergonzados, disminuidos en su machismo, les produce inseguridad, miedo al fracaso, destruye su “ego” y puede, después de un tiempo de evolución del cuadro, presentarse una impotencia secundaria, ya sea total o parcial.

La eyaculación precoz clásica, es el hábito en el hombre de eyacular durante el juego erótico o inmediatamente después de la introducción del pene; esto y exclusivamente esto, es lo anormal.

En circunstancias ordinarias en una relación sexual, el orgasmo masculino suele preceder al femenino debido a que la respuesta sexual de la mujer es mucho más lenta que la del hombre. En términos estadísticos y analizando varios miles de casos, se ha visto que la mujer puede tener un orgasmo a los seis minutos de iniciado el acto sexual, si previamente fue preparada con un preámbulo erotizante que



Las últimas décadas del siglo XX se han caracterizado por los vertiginosos avances en todos los campos del saber humano y revolucionarios adelantos en la tecnología, medicina, informática y, por supuesto, en el estudio de la sexualidad humana.

dure entre 20 y 30 minutos; en cambio el hombre en circunstancias similares tiene su orgasmo y eyaculación a los cuatro minutos.

Pero definamos qué es el orgasmo y qué es la eyaculación: Llámese así al **ACMÉ** o **CLIMAX** emotivo-sensorial que acompaña a la eyaculación del hombre y que en la mujer es la culminación más completa y feliz del coito, de la masturbación o del lesbianismo. Consiste en brusco e intenso goce de alivio de una tensión emocional y sensorial que en el mismo instante parece alcanzar una inmensidad que en ninguna otra ocasión siente la persona. Por eso, hay en el momento **DESYOIZACIÓN**.

Pérdida de la individualidad y confusión angustiosa, feliz con un todo, con algo infinito. Sensación subjetiva del punto álgido de tensión emocional y una pérdida parcial o completa de la capacidad de respuesta de una inmediata estimulación sexual. Período de no respuesta que en duración es diferente entre varones y mujeres. La mujer, al revés que el hombre, que queda "muerto" después de un orgasmo; si lo ha tenido queda en mejor disposición que antes para repetirlo y en vez de abatimiento muestra alacridad. El poeta **NERUDA** hace en cinco versos una bellísima definición de orgasmo. Dice "Hoy nuestros cuerpos se hicieron extensos / crecieron hasta el límite del mundo / y rodaron fundiéndose / en una sola gota / de cera o meteoro".

Debemos decir que desde el siglo anterior se publican estudios experimentales sobre la fisiología del coito animal, pero solo a partir de 1922 sobre el orgasmo. En el caso de la mujer la

principal disfunción es la anorgasmia cuyas causas pueden ser psicológicas y/o orgánicas. En el hombre joven y adulto joven la disfunción más frecuente es la eyaculación precoz u orgasmo prematuro.

A diferencia de la mujer, el hombre eyacula y la eyaculación es el vaciamiento del semen por contracciones espasmódicas al término de una cópula, masturbación o sueño erótico, normalmente escoltado por el orgasmo.

En el hombre el reflejo de la eyaculación tiene su centro en el primero y segmentos medulares lumbares, y se pueden distinguir tres fases:

#### **Fase I PRECONTRACTIL**

De excitación y congestión del aparato glandular, con escurrimiento de cierta cantidad de secreción por el meato, llamada uretrorrea o emisión.

#### **Fase II CONTRACCIÓN DEL CREMÁSTER**

Y de las fibras lisas de los deferentes, vesículas seminales y próstata, que vacían el contenido seminal a la uretra posterior, por encima del esfínter uretral externo; esta es la fase de inevitabilidad eyaculatoria; el líquido seminal está fuera de su sitio de almacenamiento; el arco reflejo no puede detenerse. Por lo que se aproxima incontinente la tercera fase.

#### **Fase III CONTRACCIONES ESPASMÓDICAS**

Involuntarias, a las que se agrega el vaciamiento de las glándulas uretrales que proyectan el semen al exterior en chorro intermitente, por la fuerza sumada de la musculatura perineal.

Por lo tanto, la mayoría de los hombres requieren alguna forma de tratamiento para lograr un equilibrio con su pareja.

Hay que recurrir precisamente a técnicas de control o autocontrol, de modo que se pueda conseguir la complementación adecuada para que ambos puedan conseguir su objetivo.

El hecho de tener dos o más relaciones en una sesión con eyaculación precoz, no reemplaza en lo más mínimo, a lo que puede hacer aquel que tiene un buen control eyaculatorio; la cantidad con mucho, no reemplaza a la calidad en este campo.

Al hombre medio le resulta muy difícil demorar el orgasmo, generalmente porque sólo se entrega al acto sexual cuando tiene una gran disposición erótica para realizarlo y con lo cual quiere asegurar que va a tener erección. Tal vez, ya sintió el deseo cuando estaba en su trabajo; y con sólo pensar en su compañera tuvo algunos indicios de erección. Ya, al encontrarse por la noche en su casa o lugar de cita, han pasado varias horas de expectación, en las que su imaginación estuvo altamente estimulada y por lo tanto después de un corto tiempo de juego erótico, este hombre ya se encuentra a las puertas de la eyaculación.

Otra fuente de problemas proviene de que muchos hombres no copulan con la frecuencia suficiente, por lo que el efecto acumulativo tensional es muy grande y fuente de descarga prematura por estimulación del reflejo bulbo cavernoso el cual tiene un tiempo de latencia muy corto bajo estas circunstancias. Obviamente que la relación relajada y no premeditada, suele ser más placentera, que el breve intervalo copulativo, el cual por lo general, es muy tenso, contenido y explosivo. Las relaciones sexuales periódicas, condicionan

también poco a poco, el autocontrol eyaculatorio.

A la mayoría de los hombres, incluso a los que se dicen atletas sexuales, el coito les impone un gran esfuerzo; y esto es válido también para aquellos que son capaces de controlar su eyaculación. En cada relación sexual, el hombre se siente dando un examen y si lo pensamos bien realmente es así, puesto que debe demostrar objetivamente y no en forma subjetiva, su reacción corporal con la erección del pene. Este esfuerzo que a veces va acompañado de inseguridad o miedo, cansancio o estrés, puede producir un aumento de las catecolaminas circulantes que provienen de las glándulas suprarrenales, con lo cual se acelera la eyaculación o se produce una inhibición en la erección; si se insiste en el coito, el hombre transpira y eyacula con el miembro flácido.

Se han ofrecido varios parámetros para el diagnóstico de la EP: los más clásicos fijaron su atención en el número de movimientos o el tiempo necesario para eyacular (Kinsey 1984). Otros lo permitieron a la posibilidad del varón de suministrar satisfacción orgásmica a su compañera en un 50% de los encuentros sexuales (Master y Johnson 1970).

H. Kaplan (Kaplan 1974) intenta una comprensión más abarcativa y menos superficial considerando el papel de la ansiedad del sujeto frente a la situación sexual y el modo en que “este elige defensas contra la percepción de las situaciones eróticas intensas que preceden al orgasmo”.

La Asociación Americana de Psiquiatría (1976) la considera como: “un cuadro en que la eyaculación se presenta antes de que el individuo lo de-

see debido a una ausencia recurrente y persistente de un razonable control voluntario de la eyaculación y el orgasmo durante la actividad sexual”.

En términos generales se puede afirmar que el eyaculador precoz es una persona que se excita sin ninguna dificultad, pero que esto, lejos de procurarle un creciente y sostenido placer culmina en una abrupta y rápida descarga. Al margen de que suceda antes o después de la penetración, su verdadera imposibilidad es la de demorar la respuesta, esto es el orgasmo y la eyaculación.

El papel de la ansiedad es relevante en este proceso produciendo una doble incapacidad; la de percibir las sensaciones anticipatorias del orgasmo y la de permanecer en una situación de alta excitación sin que se dispare el reflejo orgásmico.

La EP tiene por lo general constancia en todas las relaciones y con todas las parejas a lo largo de extensos períodos, aunque se producen excepciones que el sujeto no logra explicar.

El perfil típico es el que eyacula después de algunos movimientos en el interior de la vagina y luego logra un rendimiento superior en un segundo coito.

Las raíces fisiopatológicas de esta dificultad en la relación sexual no han sido investigadas con la debida precisión y aún hoy ninguna de las explicaciones alternativas que se ofrecen es definitiva.

## **TEORIAS EXPLICATIVAS**

Algunas teorías psicológicas han intentado explicar el origen y persistencia de esta patología, entre ellas el psicoanálisis que la considera como un síntoma neurótico basado en intensos sentimientos sádicos hacia las mujeres, se-

gún esta visión la EP expresa una hostilidad inconsciente que tiene como objeto rebajar o desafiar a la mujer privándola del placer.

Para el conductismo se trata de un aprendizaje mal adaptativo reforzado por sucesivas experiencias negativas. Los ejemplos hacen referencia a la clásica iniciación sexual con prostitutas (rápida y desprovista de afecto), el temor a embarazar o la práctica reiterada del coitus interruptus.

La teoría sistémica considera a la EP como una transacción entre los sistemas de la pareja que está al servicio de las luchas por el poder. Su origen ocurre por no poder asimilar una normal fluctuación de la respuesta sexual designándola como enfermedad. Luego la persona comienza a intentar soluciones que por su ineficacia acrecientan el problema.

Las teorías populares basadas en el sentido común atribuyen el padecimiento a la sensibilidad excesiva ante las sensaciones eróticas.

En la mayoría de los casos, la eyaculación precoz se relaciona con la incapacidad del hombre para percibir la sensación erótica de la última etapa de la excitación que se da previamente al orgasmo. Es frecuente que quienes presentan este síntoma, expresen que experimentan una curva de excitación de una brusquedad inesperada.

En vez del aumento gradual de la excitación que sienten muchos hombres normales, estos pacientes pasan directa y bruscamente de un bajo nivel de excitación a las sensaciones de excitación intensa que anuncian el orgasmo.

La excitación leve del comienzo es bien tolerada por estos hombres, pero

los altos niveles de excitación parecen movilizar la angustia y su defensa, que en este caso es la represión, supresión o distracción de la clara percepción de las sensaciones eróticas.

Este mecanismo de defensa produce como síntoma un control eyaculatorio inadecuado. Cabe hacer presente que para que se pueda adquirir un control sobre este reflejo, me refiero al control eyaculatorio o sobre cualquier otro, el sujeto debe ser capaz de experimentar y registrar las sensaciones que se dan como anunciadores de la descarga de ese reflejo. (Master y Johnson lo denominan inevitabilidad eyaculatoria).

Sin la percepción del orgasmo unida a la de una elevada excitación, se pierde el proceso de integración sensorial en el que se basa el aprendizaje.

Lo mismo es válido para el aprendizaje de control de la micción, es decir de la orina. El niño es capaz de sentir y registrar las sensaciones de plenitud vesical para poder aprender este control. Es posible que tal integración sensorial sea el mecanismo para aprender el control normal de todos los reflejos. Es el principio sobre el cual se basa el tratamiento de la incontinencia eyaculatoria o eyaculación precoz y también lo que fundamenta los tratamientos de la enuresis o control vesical inadecuado (es decir los niños que se orinan en la cama).

Sin embargo este mecanismo para el aprendizaje del control normal puede ir demasiado lejos y hacer que el fácil funcionamiento del reflejo, se vea comprometido por una concentración de la atención demasiado intensa.

Lo que acabo de decir, es válido para el reflejo patelar o rotuliano cuando el

médico golpea bajo la rodilla con su martillo y el paciente está mirando la maniobra, no es posible conseguir el reflejo. Es frecuente que con distraer el paciente haciéndole que haga algún movimiento con sus manos o distrayéndolo con alguna pregunta, se logre de inmediato la respuesta del reflejo.

Lo mismo sucede con las funciones compuestas por series de reflejos coordinados, tales como bailar o tragar. El sentirse observado hace que nos sintamos torpes y los reflejos sexuales no son la excepción.

El momento de la excitación sexual en el cual se genera la angustia que moviliza la defensa contra los reflejos sexuales, pero esta defensa debe actuar como espectador, se observa en la mayoría de los pacientes con disfunciones sexuales.

Por lo tanto para corregir estas situaciones, si fue una conducta aprendida, hay que olvidarla.

Y aprender de nuevo. Para eso son los tratamientos. Uno no puede esperar que una tableta mágica logre cambios de la noche a la mañana.

Algunos de estos pacientes se angustian cuando el placer sexual se hace prolongado e intenso. Unos están condicionados para una culminación rápida a causa del carácter apremiante de sus

primeras experiencias sexuales, otros tienen ansiedad por el acto sexual y temen terminar demasiado pronto o perder la erección en tanto que otros se sienten enojados o incómodos con su compañera.



Muchos padecen una angustia relacionada con todo tipo de placer: se dice que comen con tanta rapidez como eyaculan, y disfrutan tan poco de su comida como de sus sensaciones sexuales.

Pero en la mayoría de estos pacientes, sea cual fuere la fuente o contenido de la angustia, la cualidad de esta angustia sexual es leve o moderada y de fácil tratamiento.

Todo esto demuestra, que también en lo sexual, son conductas aprendidas, malamente aprendidas en la niñez, adolescencia y adultez.

## TRATAMIENTO

En la actualidad es perfectamente posible curarse de esta disfunción con los tratamientos efectuados por especialistas idóneos, en un tiempo que va de uno a tres meses. A pesar de ello hay mucha gente reacia a consultar por vergüenza o razones económicas; de ahí que diremos algo acerca de algunas formas de relación sexual que sirven como tratamiento para este problema. Pero considerando lo delicado de esta situación y las graves consecuencias que trae consigo a la convivencia de la pareja como es la separación, el abandono del hogar, el adulterio etc., es siempre recomendable la consulta con un especialista en el tema, cualquiera sea el tiempo de evolución de la disfunción, tendrá alguna alternativa de tratamiento; lo que aquí decimos, son normas y esquemas generales, que a nuestro juicio, es necesario que conozcan todas las parejas.

*Método Karezza:* Éste puede ser calificado como una relación inmóvil, una vez acoplados los esposos descansan y gozan en una especie de éxtasis amoroso sin mantener ningún ritmo ni movimiento. Si el marido se concentra totalmente en estimular a su esposa

manualmente aumentando la excitabilidad erótica de ésta, descubrirá que no puede hacer esto y al mismo tiempo concentrarse y/o preocuparse por su placer, por lo tanto no podrá hacer el papel de autoespectador de su propia relación, con lo que disminuirá la angustia y la ansiedad; sentirá pues un placer indirecto puesto que nadie puede concentrarse plenamente en dos cosas a la vez, menor ansiedad significa menos catecolaminas circulantes y por lo tanto menor estímulo eyaculatorio.

Otra forma de tratamiento, es la que preconizó Seamans en 1956 y que se denomina star and stop y que consiste como su nombre lo indica en: empezar y parar, empezar y parar etc. Esta misma técnica con algunas variantes, ha sido empleada con éxito por muchos sexólogos famosos.

Master y Johnson comunicaron una nueva técnica para el control eyaculatorio y que básicamente intenta disminuir la ansiedad del hombre, para lo cual éste debe tener una actitud absolutamente pasiva en la relación, ocupando la posición que clásicamente está destinada a la mujer; es decir el hombre abajo. En esta situación se emplea la misma técnica de Seamans, teniendo el hombre, reitero, una actitud pasiva y la esposa la parte activa.

A todo esto podemos agregar que es de gran utilidad para bloquear el reflejo eyaculatorio en el varón, la manobra de valsalva; consiste en aumentar la presión intraabdominal, cuando uno sospecha que pudiera estar cerca el ini-

cio de la eyaculación, al mismo tiempo se debe relajar la musculatura de la zona perineal, específicamente el esfínter anal. Si uno relaja sostenidamente el esfínter anal, se bloquea automáticamente el deseo eyaculatorio, si uno aprieta los glúteos, se estimula.

Como dato anecdótico se cuenta que en algunas tribus africanas, a los adolescentes, previo a su inicio sexual como adultos, se les ejercita manteniendo una erección bajo estímulos eróticos, la cual debe durar entre 15 y 30 minutos. Esto lo hacen repetidamente durante varias semanas; cuando lo han conseguido con facilidad y no eyaculan, se consideran aptos para la vida sexual adulta. Este mismo principio ha sido usado como terapia con mucho éxito por el sexólogo norteamericano Joseph Lopicolo.

Todas estas recomendaciones idealmente deben ser prescritas y explicadas por un especialista para adaptarlas a las necesidades de cada paciente y aún agregar a la terapia algún medicamento específico.

Cuando se logra conseguir el control eyaculatorio, se puede decir que la pareja ha logrado una especie de desiderátum en materia de dinámica sexual, con todos los beneficios que conlleva a la relación de pareja, a la familia y por ende a la sociedad □

*Ilustración: Zaida del Río*

\* **Médico-Cirujano  
Urólogo Sexólogo  
Santiago. Chile**