

# ASPECTOS ACTUALES EN EL DIAGNÓSTICO, EVALUACIÓN Y TRATAMIENTO DE LA EYACULACIÓN PRECOZ

Dr. Oscar Díaz Noriega



CENESEX

oscar.diaz@infomed.sld.cu

## REVISIÓN DE LAS CUESTIONES ABORDADAS POR EL PRIMER CONSENSO LATINOAMERICANO DE DISFUNCIÓN ERÉCTIL, PUBLICADO POR LA SLAIS, EN RELACIÓN CON LA EYACULACIÓN PRECOZ: ETIOLOGÍA, CLASIFICACIÓN, DIAGNÓSTICO, TRATAMIENTO.

En el primer semestre de 2003, la Sociedad Latinoamericana para el Estudio de la Impotencia (SLAIS) publicó el Primer Consenso Latinoamericano de Disfunción Eréctil.

Este documento ha sido elaborado por un grupo de treinta y nueve expertos, seleccionados por la directiva de SLAIS por estar entre las personas de mayor dominio de esos temas en el continente americano.

En el presente trabajo nos proponemos realizar una revisión de los aspectos que abordó dicho Consenso en relación con el tema de la eyaculación precoz (EP).

### INTRODUCCIÓN

La eyaculación constituye un conjunto de fenómenos neuromusculares que permiten la progresión del semen durante el ciclo de respuesta sexual y su expulsión por el conducto uretral al final del ciclo.

Se divide en dos etapas: la emisión y la expulsión (a la que propiamente se le llama eyaculación, que generalmente coincide con el orgasmo, aunque son fenómenos diferentes).

Plantean los autores que la EP se presenta después de una estimulación sexual mínima antes, durante o inmediatamente después de la penetración. Las consecuencias de este trastorno pueden presentarse a nivel personal, lo que crea gran

sufrimiento, y/o a nivel de dificultades de la relación interpersonal. Se aclara que la presencia de estos dos factores son pautas necesarias para el diagnóstico.<sup>1</sup>

Es importante tener en cuenta que existe un grupo de factores, como la edad, la experiencia sexual, la pareja reciente y la frecuencia de relaciones sexuales, que también deben tenerse en cuenta para la realización de un diagnóstico correcto.

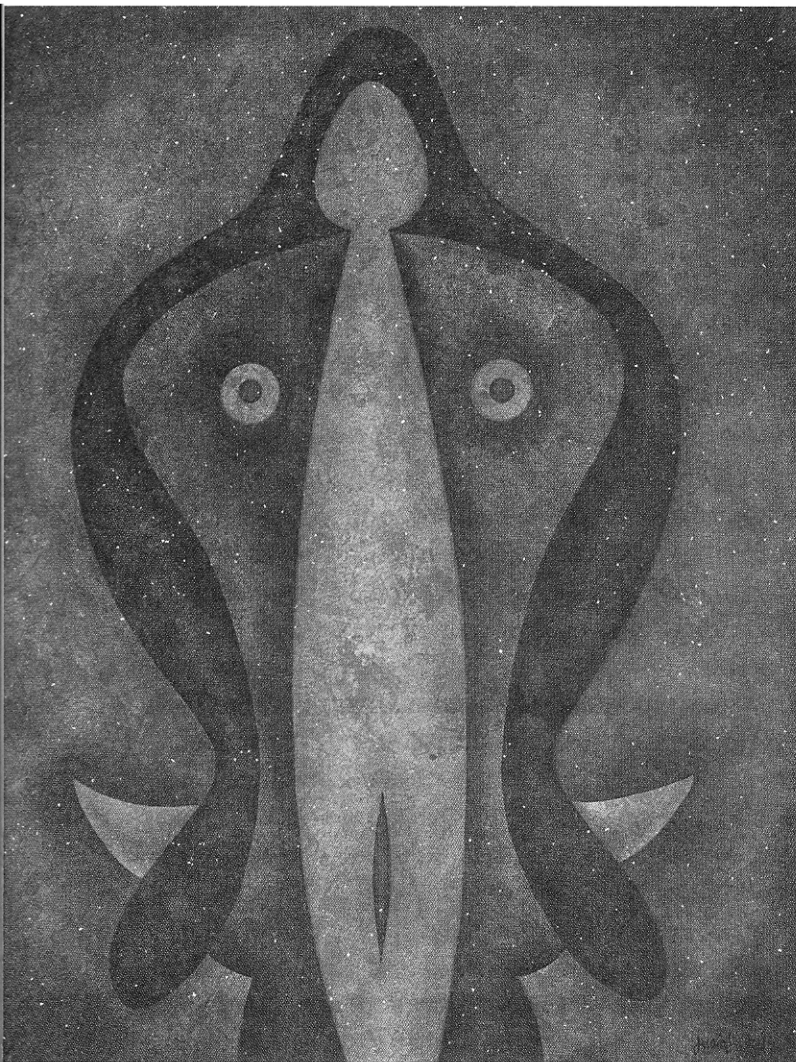
Numerosos autores han realizado esfuerzos por dotar la definición de EP de elementos que obvien la subjetividad del terapeuta y permitan definir el fenómeno sin lugar a dudas.

Al analizar la definición de los autores W. Masters y V. Johnson,<sup>2</sup> éstos señalan que la EP es la incapacidad del hombre para controlar la eyaculación durante un tiempo suficiente para que su pareja alcance el orgasmo en, por lo menos, 50 % de las relaciones sexuales. Sin embargo, esta definición no toma en consideración la presencia de disfunciones sexuales en la pareja del eyaculador, ni el tiempo necesario para que dicha pareja alcance el orgasmo.

Otros autores han definido la EP a partir de criterios cuantificables. Resaltan en este grupo los trabajos en relación con el tiempo de latencia intravaginal antes de la eyaculación. Se han realizado esfuerzos para definir un tiempo mínimo aceptable entre penetración y eyaculación. Otros



autores le dan mayor valor al número de incursiones o movimientos coitales que logra realizar el paciente.<sup>3, 4, 5</sup>



Otra posibilidad de definición que se plantea, parte de criterios subjetivos, como la capacidad de control voluntario,<sup>6</sup> la satisfacción con el nivel de percepción del momento de inevitabilidad eyaculatoria, y el grado de estrés a que ambos miembros de la pareja están sometidos.

Los datos de que se disponen sobre la incidencia de la EP, son muy diferentes, y los índices cambian dramáticamente en relación con la metodología de investigación, los criterios diagnósticos y las muestras que se utilicen.<sup>7</sup> Existen variaciones tan amplias como estudios que reportan 15 % y otros 75 % de prevalencia.<sup>8</sup>

Se plantea 29 % de la población como el valor de referencia para la prevalencia de la EP.

Los expertos señalan este valor como el más aceptado por estar basado en un estudio reciente realizado en los Estados Unidos y tener un diseño metodológico adecuado.

Existen informes de clínicas que funcionan en el nivel de atención primario que declaran una frecuencia de EP que varía de 2 a 31 %. En clínicas para tratamiento de trastornos de la sexualidad se han reportado entre 0 y 77 %.<sup>9</sup> En general, en Latinoamérica se han reportado cifras de prevalencia de EP que oscilan entre 31 y 40 %.<sup>10</sup>

### ETIOLOGÍA DE LA EYACULACIÓN PRECOZ

Los expertos plantean que hasta el momento no hay una teoría convincente para explicar la etiología de la eyaculación precoz.

Se plantea como principal hipótesis etiológica que, debido a la ansiedad de desempeño, los eyaculadores precoces son menos capaces de identificar el nivel de su excitación durante el orgasmo. De esta forma, carecen de mecanismos para lograr que, aunque el nivel de excitación sea alto, no se desencadene el reflejo orgásmico.<sup>11</sup>

### CLASIFICACIÓN DE LA EYACULACIÓN PRECOZ

El Manual de Diagnóstico y Estadística IV clasifica la EP teniendo en cuenta dos parámetros:

- Tiempo de evolución del trastorno

La *EP primaria* es la que está presente desde el inicio de la vida sexual. La *EP secundaria (o adquirida)* es la que surge después de un período de funcionamiento sexual satisfactorio.

- Forma de ocurrencia

La *EP generalizada* ocurre en cualquier situación sexual, incluso durante la masturbación. La *EP situacional* ocurre en algunas circunstancias y en otras no.

### DIAGNÓSTICO DE LA EYACULACIÓN PRECOZ

En el Consenso Latinoamericano de Disfunción Eréctil se plantea que para poder realizar un diagnóstico correcto, es necesario que se confeccione la historia clínica general, la historia sexual, la evaluación psicológica y el examen físico general.

También se recomienda una entrevista con la pareja.

### **Papel del urólogo**

(El documento del Consenso hace esta especificación en relación con la urología, porque la SLAIS está compuesta principalmente por urólogos. En el contexto cubano, cualquier médico debidamente entrenado es capaz de realizar las maniobras que aquí se señalan.)

- Historia clínica y examen físico general y urológico: Ambos aspectos constituyen procedimientos de gran importancia, pues debe explorarse la existencia de posibles factores físicos causales o agravantes. También es necesario descartar la existencia de enfermedades médicas generales, al igual que indicios de enfermedades neurológicas.

- Historia sexual: De importancia para explorar la existencia de disfunciones sexuales concomitantes (disfunción eréctil o falta de deseo sexual). Debe realizarse el diagnóstico diferencial con la disfunción eréctil. En ocasiones se presentan casos en que la causa de la EP es el miedo a la pérdida de la erección. En los casos de asociación de ambos trastornos, el tiempo de aparición de cada uno de éstos es orientador, ya que el primero en aparecer es el causante del segundo.

- Exámenes neurológicos: No existen exámenes de utilidad para la evaluación de la EP.

### **Papel del profesional de salud mental**

- Examen psíquico: Se señala como fundamental para la detección de probables enfermedades psiquiátricas asociadas (depresión, ansiedad generalizada, trastornos obsesivo-compulsivos).

- Entrevista con la pareja: Esencial para la identificación precisa del inicio y del contexto en que ocurre la disfunción. La presencia de disfunción sexual en la pareja también debe ser investigada: puede ser un factor agravante o de mantenimiento de la EP.

- Tests psicométricos: Pueden ser utilizados en el paciente o en la pareja como instrumentos complementarios en el diagnóstico de comorbilidades psiquiátricas y para el contraste de la relación de pareja.

## **TRATAMIENTO DE LA EYACULACIÓN PRECOZ**

Se debe conocer la causa de la EP, su contexto y su inicio para la determinación del tipo de EP y su tratamiento.

- Los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptura de la serotonina (ISRSs), que incluyen fluoxetina, paroxetina o sertralina, son capaces de retardar el tiempo de eyaculación de dos a diez veces.

- Los antidepresivos tricíclicos (ADTs), como amitriptilina y clomipramina, también son eficaces.

- Las medicaciones ansiolíticas (benzodiazepínicos como alprazolán, lorazepam) pueden ser útiles.

- Las drogas vasoactivas no son recomendadas en casos de EP.

- Tratamientos quirúrgicos: la neurotripsia (sección del nervio) está contraindicada, pues puede comprometer la sensibilidad peneana e interferir en la erección. La implantación de prótesis también está contraindicada.<sup>12</sup>

### **Papel del psicólogo-psiquiatra**

- Las opciones de tratamiento de la EP incluyen psicoterapia de larga duración y medicaciones psicotrópicas para el manejo del cuadro subyacente. Algunas medicaciones psicotrópicas, como neurolepticos (antipsicóticos) y antidepresivos, pueden retardar y hasta inhibir la eyaculación.

- Terapia cognitivo-comportamental,<sup>13</sup> con técnicas masturbatorias, de «comenzar y parar», compresión del glande y de Kaplan,<sup>14</sup> con foco en las sensaciones placenteras corporales, es la más utilizada.

- Para los casos de EP por estrés relacional, se indica la terapia de pareja. Se recomienda psicoterapia dirigida a la reparación del daño en los casos de EP traumática. Se indica la psicoterapia dirigida al cuadro de base en los casos de EP por estrés psicológico agudo.

## **CONCLUSIONES**

1. La EP es el trastorno de la eyaculación más frecuente.

2. La terapéutica medicamentosa asociada a la psicoterapia sexual son recomendadas para la EP.

3. La determinación del tipo de EP es fundamental para un tratamiento adecuado.

4. No es recomendable el uso de drogas vasoactivas para la EP.

5. Respecto a los tratamientos quirúrgicos de la EP, están contraindicadas tanto la cirugía de neurotripsia como la implantación de prótesis peneana.

#### NOTAS

- <sup>1</sup> APA (American Psychiatric Association): *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM IV)*, 1995, pp. 476-478.
- <sup>2</sup> W. H. Masters y V. E. Johnson: *Human sexual inadequacy*, 1970.
- <sup>3</sup> G. M. Colpi et al.: «Evoked sacral potentials in subjects with true premature ejaculation», 1986.
- <sup>4</sup> R. T. Segraves et al.: «Clomipramine vs. placebo in the treatment of premature ejaculation», 1992.
- <sup>5</sup> R. T. Segraves et al.: «Clomipramine vs. placebo in the treatment of premature ejaculation: a pilot study», 1993.
- <sup>6</sup> H. S. Kaplan: *The new sex therapy*, 1974.
- <sup>7</sup> C. H. N. Abdo et al.: «Perfil sexual da populacho brasileira.

Resultados de estudio da comportamento sexual (ECOS) do brasileiro», 2002.

- <sup>8</sup> M. E. Metz et al.: «Premature ejaculation: a psychophysiological review», 1997.
- <sup>9</sup> J. S. Simons y M. P. Carey: «Prevalence of sexual disfunctions: result from a decade of research», 2001.
- <sup>10</sup> E. Rubio y J. Díaz: «Las disfunciones sexuales», 1994.
- <sup>11</sup> H. S. Kaplan: ob. cit. en nota 6.
- <sup>12</sup> Sociedade Brasileira de Urologia: I (1998) y II (2002) Consensos Brasileiros de Disfunção Erétil.
- <sup>13</sup> W. H. Masters y V. E. Johnson: ob. cit. en nota 2.
- <sup>14</sup> H. S. Kaplan: ob. cit. en nota 6.

#### ===== BIBLIOGRAFÍA =====

- ABDO CHN, OLIVEIRA JR. WN, MOREIRA ED, FITTIPALDI JAS. Perfil sexual da populacho brasileira. Resultados de estudio da comportamento sexual (ECOS) do brasileiro. *RBM* 2002; 59(4):250-7.
- APA (American Psychiatric Association). *Manual diagnóstico y estadístico de trastornos mentales (DSM IV)*. 4a. ed. Porto Alegre: Artes Médicas; 1995. p. 476-8.
- COLPI GM, FANICULLACI F, BERETTA G, NEGRI L, ZANOLLA A. Evoked sacral potentials in subjects with true premature ejaculation. *Andrología* 1986; 18:583-6.
- FANICULLACI F, COLPI GM, BERETTA G, ZANOLLA A. Cortical evoked potentials in subjects with true premature ejaculations. *Andrología* 1988; 20:326-30.
- KAPLAN HS. *The new sex therapy*. New York: Brunner/Mazel; 1974.
- KOCKOTT G, FEIL W, ROVENSTORF D, ALDENHOFF J, BESINGER U. Symptomatology and psychological aspects of male sexual inadequacy: results of an experimental study. *Arch Sex Behav* 1980; 9:457-75.
- LAUMANN EO, GAGNON JH, MICHAEL RT, MICHAELS S. *The social organization of sexuality: sexual practices in the United States*. Chicago: University of Chicago Press; 1994.
- MASTERS WH, JOHNSON VE. *Human sexual inadequacy*. Boston: Little Brown; 1970.

- METZ ME, PRYOR JL, NESVACIL LJ, FRAUK ABUZZAHAD SR, KOZGAR J. Premature ejaculation: a psychophysiological review. *J Sex Mar Ther* 1997; 23(1):3-23.
- OMAU AE, AL-BADER AA, DASHTI H, ORIOWO MA. Magnesium in human semen: possible role in premature ejaculation. *Archives of Andrology* 2001; 46:59-66.
- RUBIO E, DÍAZ J. Las disfunciones sexuales. En: Porrúa MA. *Antropología de la sexualidad humana*. Tomo II. México; 1994.
- SEGRAVES RT, SARAN A, SEGRAVES K, MAGUIRE E. Clomipramine vs. placebo in the treatment of premature ejaculation. Manuscrito presentado en la reunión anual de la International Academy of Sex Research; 1992; Praga, República Checa.
- . Clomipramine vs. placebo in the treatment of premature ejaculation: a pilot study. *J Sex Marit Ther* 1993; 19:198-200.
- SIMONS JS, CAREY MP. Prevalence of sexual disfunctions: result from a decade of research. *Arch Sex Behav* 2001; 30(2):177-219.
- Sociedade Brasileira de Urologia. I (1998) y II (2002) Consensos Brasileiros de Disfunção Erétil. São Paulo: BG Cultural.