

# EYACULACIÓN PRECOZ Y MÉTODOS DEL SENTIDO COMÚN: DE LA PREGUNTA OBLIGADA A LA REFLEXIÓN MÉDICA

Dra. Yamira Puentes Rodríguez

Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX)  
yamira@infomed.sld.cu

SE DESCRIBEN LOS «MÉTODOS DE SENTIDO COMÚN» CON MÁS FRECUENCIA UTILIZADOS POR LOS SUJETOS QUE ASISTEN A CONSULTA DE EYACULACIÓN PRECOZ EN EL CENTRO NACIONAL DE EDUCACIÓN SEXUAL (CENESEX), LOS CUALES FUERON RECOGIDOS MEDIANTE LA UTILIZACIÓN DEL CUESTIONARIO DE EYACULACIÓN PRECOZ DE GINDIN Y POR LA INFORMACIÓN QUE BRINDA EL SUJETO Y QUE APARECE REFLEJADA EN LAS HISTORIAS CLÍNICAS. SE OBSERVÓ QUE LOS PRINCIPALES MECANISMOS EMPLEADOS EN LA MUESTRA ESTUDIADA SON: PENSAMIENTOS DISTRÁCTILES (80 %); EL COITO COMPENSATORIO Y LAS RELACIONES SEXUALES COMPULSIVAS (48 %). AUNQUE EL TEST NO REGISTRA LA INGESTIÓN DE ALCOHOL ENTRE SUS ÍTEMS, EN LA REVISIÓN DE HISTORIAS CLÍNICAS SE CONSTATÓ QUE 24 % DE LA MUESTRA INGERÍA ALCOHOL ANTES DE LA RELACIÓN SEXUAL CON VISTAS A RETARDAR LA EYACULACIÓN DURANTE EL COITO. A PARTIR DE ESTOS RESULTADOS SE HACE UNA REFLEXIÓN SOBRE LA IMPORTANCIA DEL CONOCIMIENTO POR PARTE DEL TERAPEUTA DE LOS MECANISMOS EMPLEADOS Y LAS POSIBLES CONSECUENCIAS QUE PARA LOS SUJETOS PUEDA IMPLICAR SU USO.

**PALABRAS CLAVES:** EYACULACIÓN PRECOZ, MÉTODOS DEL SENTIDO COMÚN, CUESTIONARIO DE EYACULACIÓN PRECOZ DE GINDIN, REFLEXIÓN MÉDICA

**PREMATURE EJACULATION AND COMMON SENSE METHODS—FROM THE COMPULSORY QUESTION TO A MEDICAL REFLECTION**

*THE MOST FREQUENTLY USED «COMMON SENSE METHODS» BY SUBJECTS WHO LOOKS FOR PROFESSIONAL ADVICE ON PREMATURE EJACULATION AT THE NATIONAL CENTER FOR SEXUAL EDUCATION ARE DESCRIBED. THESE WERE COLLECTED USING GINDIN'S QUESTIONNAIRE OF PREMATURE EJACULATION AND BASED UPON THE INFORMATION THEY OFFERED, WHICH IS WRITTEN IN THE CLINICAL RECORDS. THE OBSERVATION OF THE MAIN MECHANISMS EMPLOYED IN THE SAMPLE STUDIED RESULTED IN: DISTRACTIBLE THOUGHTS (80%), COMPENSATORY COITUS AND COMPULSIVE SEXUAL RELATIONS (48%). ALTHOUGH THE TEST DOES NOT REGISTER THE USE OF ALCOHOL IN ITS ITEMS, THE REVISION OF THE CLINICAL RECORDS EVIDENCED THAT 24% OF THE SAMPLE DRANK ALCOHOL BEFORE HAVING SEXUAL RELATIONS, SEEKING TO DELAY EJACULATION DURING COITUS. STEMMING FROM THESE RESULTS, THE IMPORTANCE OF THE THERAPIST'S KNOWLEDGE OF THE MECHANISMS USED, AND THE POSSIBLE CONSEQUENCES THAT THEIR USE MAY HAVE FOR THE SUBJECTS ARE CONSIDERED.*

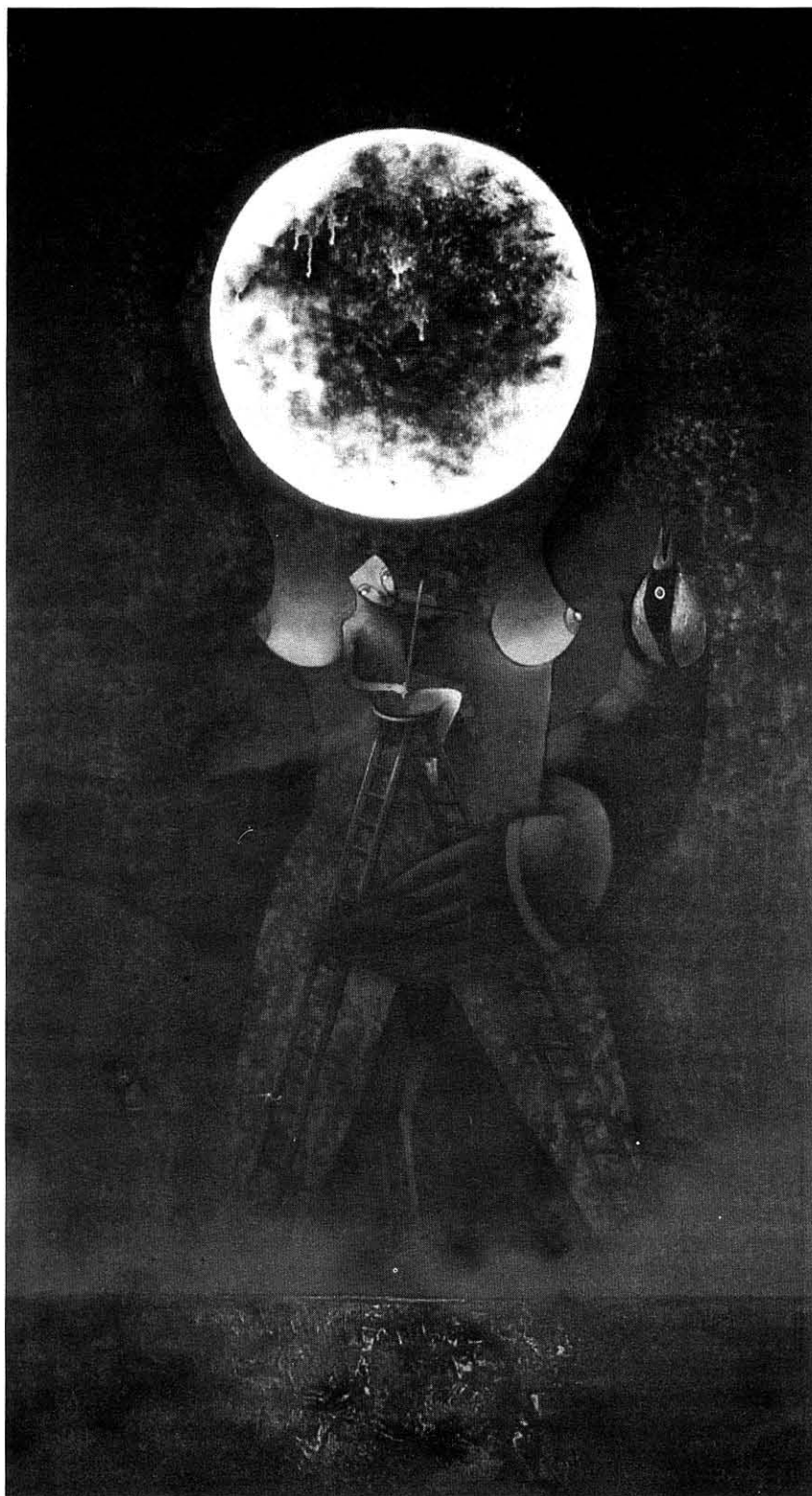
**KEY WORDS:** PREMATURE EJACULATION, COMMON SENSE METHODS, QUESTIONNAIRE OF PREMATURE EJACULATION OF GINDIN, MEDICAL REFLECTION

## INTRODUCCIÓN

Como título de este trabajo se propone «Eyaculación precoz y métodos del sentido común: de la pregunta obligada a la reflexión médica» no por simple casualidad. En mi experiencia en el campo de la salud mental y de la terapia sexual, en varias oportunidades he asistido a la dualidad de diagnósticos cuyo común denominador ha sido la eyaculación precoz. Preguntar la coexistencia de síntomas sexuales en el curso de trastornos psiquiátricos, no es frecuente.

Tampoco es frecuente para un individuo reconocer que el origen primario de su adicción a alguna sustancia pudo haber sido un padecimiento sexual, específicamente una eyaculación precoz. Se conocen entre los mecanismos básicos en el establecimiento de las toxicomanías las vías asertivas y evasivas (González, 1998), entre otras que muy bien pudieran explicar las situaciones que a continuación se describirán.

Vivimos en una sociedad en la que las relaciones sexuales se ubican la mayoría de las oportunidades en



el área de la genitalidad, tener una respuesta sexual que demande un funcionamiento cronometrado de su actividad es para muchos hombres un asunto de extrema prioridad. Cuando esta respuesta falla, empiezan a generarse varios «mecanismos» por parte del individuo en la búsqueda de una rápida solución a su males-

tar. Algunos parten de las propias herramientas que consideran que pueden resolver su problema, de «remedios» sugeridos por amigos o que han sido escuchados en conversaciones «entre hombres». Cualquiera que sea el caso, en la mayoría de las oportunidades estos mecanismos no sólo resultan ineficaces, sino que pueden complicar el problema que aqueja al sujeto, lo que dificulta su abordaje terapéutico o enmascara el diagnóstico de la disfunción sexual.

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

En la revisión de la literatura disponible se han observado pocas referencias a estudios basados en el empleo de estos métodos. La experiencia en el manejo de estos trastornos nos ha permitido describir la existencia de algunos (Alfonso y Puentes, 2006), entre los que se pueden mencionar coito compensatorio, uso de pensamientos distráctiles, empleo de métodos para disminuir la sensibilidad peneana (amitriptilina, condones), ingestión de alcohol y evitación de los juegos sexuales previos. Se tratará de identificar los métodos más utilizados por los sujetos que vemos en consulta y las posibles consecuencias que pudiera traer su uso.

### ACERCA DE LA DEFINICIÓN DE EYACULACIÓN PRECOZ

Esta entidad esta considerada uno de los trastornos sexuales más frecuentes del varón (Metz y Pryor, 2000; Cuhna, Hernández y Pereira, 2004;

Jannini, 2005). Sin embargo, se conoce que genera intensos debates en el campo de la sexología médica, sin que exista consenso entre los investigadores en cuanto a definición, etiología, prevalencia o conducta a seguir.

Relacionado con la definición del trastorno, nos enfrentamos al hecho de que algunos investigadores consideran que debe estar en función del tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal (IELT, por sus siglas en inglés: *intravaginal ejaculatory latency time*) (Waldinger *et al.*, 2008; Janssen *et al.*, 2009). Para estos autores, los constructos hasta ahora establecidos se basan en variables cualitativas (satisfacción del sujeto, la pareja o ambos; sensación de control eyaculatorio), muy difíciles de medir en la práctica sexológica, y proponen variables cuantitativas que, aun cuando desde la investigación pueden resultar muy útiles, en la práctica clínica no sucede igual. Estos autores plantean además la existencia de varios tipos de eyaculación precoz, asumiendo que quienes posean un patrón de eyaculación rápida con menos de un minuto, se determinarán neurobiológicamente.

Si se realiza un análisis de las propuestas de Waldinger, encontramos varios puntos que invitan a la reflexión. El primero se relaciona con la estimación del tiempo *normal* o *adecuado* de latencia eyaculatoria, pues puede diferir en dependencia del investigador que realiza el estudio, de la muestra o de los criterios diagnósticos utilizados para realizarlo (Cabello y Lucas, 2003; Cunha, Hernández y Pereira, 2004; Corty y Guardiani, 2008). Vale la pena ejemplificar lo anterior con dos estudios: en uno se preguntó sobre el IELT a hombres y mujeres de diversos países; en el otro se hizo lo mismo con terapeutas sexuales. Cuando se preguntó a hombres y mujeres (Byers y Grenier, 2003) acerca de los tiempos que consideraban normales, éstos variaron entre 6,9 y 13,5 minutos en ambos grupos. Cuando la misma pregunta se hizo a terapeutas sexuales en los Estados Unidos y Canadá (Corty y Guardiani, 2008), se juzgaron como *adecuados* de 3 a 7 minutos; *deseables*, de 7 a 13 minutos; *muy cortos*, de 1 a 2 minutos; y *muy largos*, de 10 a 20 minutos.

El segundo llamado de atención se refiere al término *intravaginal*, pues cuando se habla de tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal, se

asume que todas las parejas tienen actividad sexual vaginal, excluyendo del campo de estudio a sujetos con otro tipo de comportamiento sexual diferente a la penetración vaginal. Aun así, quedan al margen de este concepto los aspectos relacionados con la percepción de control de la eyaculación por el sujeto, y la angustia que puede causarle el trastorno al sujeto, a la pareja o a ambos. En este sentido existen autores que se han pronunciado (Althof *et al.*, 2006; McMahon, 2008) a favor de que se tomen en cuenta tanto los criterios cuantitativos como cualitativos.

Clásicos de la terapia sexual han definido la eyaculación precoz como la incapacidad de inhibir la eyaculación el tiempo suficiente para que la pareja alcance el orgasmo en 50 % de los coitos (Kolodny, Masters y Johnson, 1985). Por su parte, Helen Kaplan (1986) plantea que constituye la ausencia de control voluntario sobre el reflejo eyaculatorio en el hombre. Para Metz y Pryor (2000), la eyaculación precoz es la velocidad rápida, inadvertida e insatisfactoria de la eyaculación masculina. El DSM-IV-TR (American Psychiatric Association, 2000) puntualiza que se trata de la eyaculación persistente o recurrente en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración, y antes de que la persona lo desee.

Para la autora de este trabajo, la definición más precisa la ofrece el Consenso de la Academia Internacional de Sexología Médica (Cunha, Hernández y Pereira, 2004), que conceptualiza esta entidad como una condición persistente o recurrente en la cual el hombre no consigue percibir y/o controlar las sensaciones propioceptivas que preceden al reflejo eyaculatorio, provocando trastornos personales y/o perturbando la relación con la pareja.

## OBJETIVO

Determinar los «métodos del sentido común» utilizados por los sujetos con eyaculación precoz atendidos en consultas de terapia sexual del Centro Nacional de Educación Sexual (CENESEX) entre enero y marzo de 2009.

## DISEÑO METODOLÓGICO

Se realizó un estudio observacional y descriptivo. La muestra estuvo constituida por veinticinco



sujetos, escogidos de forma intencional, que cumplieron con los siguientes criterios de inclusión: eyaculación precoz primaria, estudios primarios terminados, no portador de retraso mental o enfermedad psiquiátrica descompensada y aceptación voluntaria a realizar el test. Como criterio de exclusión: déficit visual que impidiera leer el test.

Se entregó el test de Gindin (Gindin, 1993), el cual fue respondido individualmente. Se crearon las condiciones de privacidad, iluminación y tiempo necesarias para la realización del mismo; posteriormente se procedió a confeccionar la historia clínica, elaborada por el grupo especial de trabajo de sexología.

El test autoadministrado de Roberto León Gindin data de 1993. Consta de veintiuna preguntas cerradas; de éstas, diecisiete son dicotómicas (con sólo dos alternativas como respuesta: sí o no) y cuatro tienen varias alternativas de respuesta pero solamente puede seleccionarse una. Es un test de fácil administración, codificación y análisis; requiere de un menor esfuerzo de interpretación por parte de los encuestados; resulta útil para el diagnóstico y la autopercepción del sujeto; ofrece al clínico aspectos relacionados con los síntomas (transpiración en manos, taquicardia,...); e identifica los mecanismos de autoayuda más frecuentemente utilizados por los sujetos a los que se le aplica el test.

*Operacionalización de las variables.* Para una mejor comprensión de las variables a explorar se decidió su operacionalización según la dimensión, la escala y la descripción de las mismas.

Las dimensiones directamente relacionadas con los mecanismos de autoayuda fueron: coito compensatorio, relaciones compulsivas, pensamientos distráctiles, uso de métodos para *disminuir* la sensibilidad peneana y evitación de juegos sexuales previos al coito.

*Procesamiento de la información.* Con toda la información recogida se elaboró una base de datos Excel, de Microsoft. El test fue calificado según las instrucciones del autor.

## RESULTADOS

El uso de pensamientos distráctiles ha sido el mecanismo de autoayuda más empleado por los sujetos estudiados en 80 % de los casos, coincidiendo este resultado con otros autores (Cabello y Lucas, 2003; Alfonso y Puentes, 2006) y con lo

que se observa en la práctica clínica. De hecho es uno de los pocos mecanismos de autodayuda que se encuentran datos en la bibliografía. Se han publicado trabajos en los cuales se sugiere que estos pensamientos distráctiles dan lugar a la aparición secundaria de disfunción eréctil (Alfonso y Puentes, 2006). La existencia de distracción durante la relación sexual puede traer como consecuencia la disminución del tono sexual y la aparición de fallas en la erección, estableciéndose el ciclo de la disfunción sexual eréctil psicológica (fallo-ansiedad anticipatoria-distracción-fallo). La utilización de maniobras dolorosas (mordidas, pellizcos) para distraerse, es un mecanismo que resulta una variante de lo anteriormente explicitado y ha sido descrita por clásicos de la sexología (Kaplan, 1986; Cabello y Lucas, 2003). En los casos estudiados, ningún sujeto reportó el uso de estas maniobras.

El coito compensatorio obtiene el mismo grado de puntuación que la tenencia de relaciones sexuales compulsivas; en éstas dos dimensiones doce hombres (48 %) contestan positivamente.

En hombres que utilizan el coito compensatorio se ha tenido la experiencia de que el motivo de consulta no ha sido directamente por la eyaculación precoz, sino porque, después de emplear durante años este mecanismo y cuando por alguna razón comienzan a aparecer fallas eréctiles, los individuos asisten a la consulta no por la eyaculación precoz en sí, sino por la imposibilidad de tener este segundo coito (Alfonso y Puentes, 2006). Una variable de esta maniobra podría ser la masturbación antes del coito, situación que con relativa frecuencia refieren en consulta y que no se recoge en el cuestionario sino en la historia clínica. Para muchos sujetos un segundo coito les permite retardar su eyaculación y lograr en esta segunda oportunidad que su pareja llegue al orgasmo.

Llama la atención en el estudio que 48 % de la muestra respondió positivamente a la realización de relaciones sexuales compulsivas, pues en la experiencia de la autora no es habitual que en el interrogatorio refieran la realización de este tipo de comportamiento «para ver cómo le va con otra pareja». Se trata de un recurso que se ha visto más relacionado con la disfunción eréctil. Sin lugar a dudas, el resultado obtenido en el test nos lleva



a pensar que tendremos que profundizar en el interrogatorio e indagar en este ítem.

La pregunta que hace referencia a que estos sujetos evitan la estimulación de sus genitales por las parejas como una técnica para el control de la eyaculación precoz, fue respondida positivamente por seis sujetos (24 % de la muestra); y la pregunta relacionada con el uso de anestésicos locales y/o pomadas o condones para disminuir la sensibilidad del pene, sólo fue respondida afirmativamente por tres de los sujetos (12% de la muestra). Aun cuando persista desde el imaginario popular que la eyaculación precoz se debe a un aumento de la sensibilidad del pene, desde la investigación hace varios años que ha sido refutada esta creencia. Algunos estudios (Cold y Van Howe, 1997; Paick, Jeong y Park,

1998) dejan bien claro que la hipersensibilidad peneana no es una teoría con un sustento de peso dentro de las posibles causas de eyaculación precoz.

Con respecto a la aplicación de sustancias que disminuyan la sensibilidad peneana, la experiencia en nuestro medio se tiene con el uso de amitriptilina y condones (Alfonso y Puentes, 2006). El empleo de la primera, lejos de resolver la eyaculación precoz, disminuye la sensibilidad del glande, lo cual puede producir secundariamente una disfunción eréctil o crear irritaciones a nivel local en el pene y/o anestesiar las zonas que entren en contacto con el mismo (boca, vagina, ano,...).

Por último y como consideraciones generales acerca de los ítems que hacen referencia a los mecanismos de autoayuda desde la práctica diaria, se han

descrito otros (Alfonso y Puentes, 2006); entre ellos, la utilización de alcohol es una de las experiencias para controlar la eyaculación precoz que con más frecuencia refieren los sujetos en nuestra consulta.

En la revisión de las historias clínicas (ya que la pregunta no aparece en el test), doce sujetos (48 % de la muestra) refirieron que habían consumido alcohol para retrasar el momento de la eyaculación. Como ya se comentó anteriormente, quizás ese sea uno de los mecanismos que pueden llevar a estos sujetos a una disfunción eréctil secundaria. Los mecanismos que se sugieren en este caso, serían: la adicción y dependencia al alcohol, con la consiguiente polineuropatía alcohólica, es en este caso un mecanismo tardío en la producción de disfunción eréctil (Consenso Mexicano sobre Disfunción Eréctil, 2008). Existe, sin embargo, un mecanismo más temprano e inmediato de la disfunción eréctil; tiene que ver con el hecho de que el alcohol es la droga depresora por excelencia del sistema nervioso central y este sería un mecanismo temprano e inmediato de producción de disfunción eréctil. Como decía hace años William Shakespeare en su obra *Hamlet*: «El alcohol estimula el deseo pero impide el acto.» Desgraciadamente, podríamos añadir los cuadros depresivos que se producen como consecuencia de la adicción al alcohol, y la abstinencia en casos de desintoxicación, en la que también son bien frecuentes las alteraciones en la esfera sexual.

### CONCLUSIONES

Los métodos del sentido común más frecuentemente utilizados por los sujetos fueron: uso de pensamientos distráctiles, coito compensatorio y realización compulsiva de relaciones sexuales.

En la revisión de las historias clínicas, un número significativo de sujetos refirió consumir alcohol para retrasar la eyaculación.

### RECOMENDACIONES

Reflexionar acerca de la importancia que tiene para el (la) profesional indagar, en las perso-

nas con eyaculación precoz, el uso de alguna práctica específica con vistas a lograr demorar el momento de la eyaculación y la posible implicación que pueda haber tenido el uso de ésta en la evolución del trastorno o en la aparición de otra posible complicación.

### A MODO DE REFLEXIÓN

Las personas que atendemos los problemas relacionados con la sexualidad, conocemos el impacto negativo que pueden tener las disfunciones sexuales en gran parte de las personas; el malestar y el deterioro de la autoimagen y la autoestima que les produce; y las afectaciones a las relaciones de pareja. La asistencia a consulta también pasa por una multiplicidad de variantes: desde quienes asisten de inmediato ante el más mínimo fallo en su respuesta sexual con un elevado nivel de angustia hasta los que solicitan ayuda después de años de presentar el trastorno.

Ante esta variada posibilidad de combinaciones es menester que los (las) sexólogos(as) se muestren atentos y receptivos ante los datos que se recogen en consulta. No siempre quienes se dedican a la terapia sexual indagan en los métodos del sentido común en los sujetos con eyaculación precoz. Sin embargo, más de una vez se ha visto que la utilización de estos métodos han dado lugar a complicaciones con pronósticos reservados y, aun peor, con secuelas avanzadas en su evolución que hacen poco probable la reversibilidad de las mismas.

Sirva el resultado de este trabajo para reflexionar en las posibles consecuencias que el uso de estos métodos poco útiles y muchas veces sugeridos por amigos o familiares, e incluso por médico(as) no conocedores del tema, puedan tener sobre la persona que asista a solicitar ayuda con un problema sexual. El uso de algunos de estos mecanismos podría tener un impacto negativo tanto en el funcionamiento sexual del sujeto como en otras esferas/sistemas de órganos de su cuerpo.

Obliguémonos a preguntar y reflexionemos sobre las respuestas.

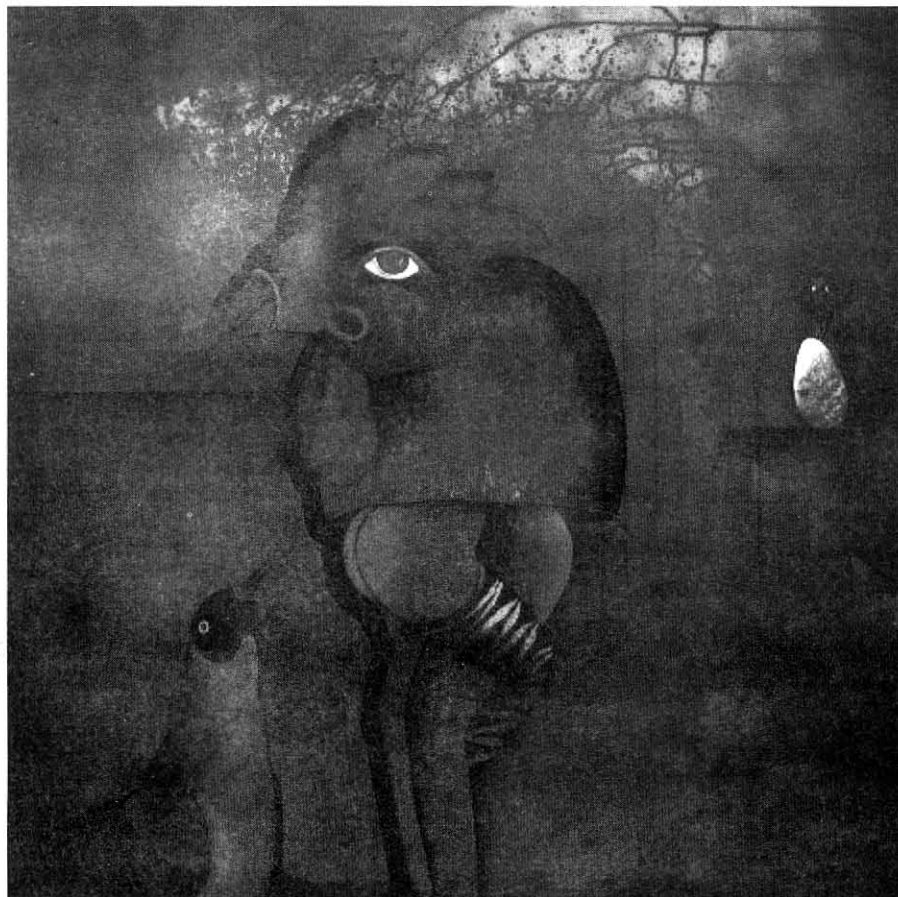
### BIBLIOGRAFÍA

ALFONSO, B. C. y R. Y. PUENTES (2006). «Eyaculación precoz: ¿a qué nos enfrentamos?». *Sexología Integral*, vol. 3, no. 4, pp. 217-222. En <http://www.drugfarma.com/spa/sexologia/index.asp>  
ALTHOF, S. et al. (2006). «Development and validation of a new questionnaire to assess sexual satisfaction, control, and distress

associated with premature ejaculation». *J Sex Med*, no. 3, pp. 465-475.  
American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. 4a. ed. Text rev. DSM-IV-TR. American Psychiatric Association, Washington DC.



- BYERS, E. y G. GRENIER (2003). «Premature or rapid ejaculation: Heterosexual couples' perceptions of men's ejaculatory behavior». *Arch Sex Behav*, no. 32, pp. 261-270.
- CABELLO, S. F. y M. LUCAS (2003). *Manual médico de terapia sexual*. Editorial Psimática, Madrid.
- COLD, C. J. y R. S. VAN HOWE (1997). «Somatosensory evoked potentials in patients with primary premature ejaculation». *J Urol*, vol. 159, no. 6, pp. 2103-2104.
- Consenso Mexicano sobre Disfunción Eréctil 2008*. Instituto Nacional de Medicina Sexual, A.C., pp. 24 y 28.
- CORTY, E. W. y J. M. GUARDIANI (2008). «Canadian and American sex therapists' perceptions of normal and abnormal ejaculatory latencies: How long should intercourse last?». *J Sex Med*, no. 5, pp. 1251-1256.
- CUNHA, R., R. HERNÁNDEZ y G. PEREIRA (2004). *Ejaculação precoce/rápida*. Consenso de Academia Internacional de Sexología Médica. Ed. Guanabara Koogan, Rio de Janeiro.
- GINDIN, R. (1993). *Eyacuación precoz, un problema con solución y otros temas de la masculinidad*. Paidós, Buenos Aires.
- GONZÁLEZ, M. R. (1998). *Clínica psiquiátrica básica actual*. Ed. Científico-Técnica, La Habana.
- JANNINI, A. (2005). «Epidemiology of premature ejaculation». *Curr Opin Urol*, vol. 15, no. 6, nov., pp. 399-403.
- JANSSEN, P. K. C. et al. (2009). «Serotonin transporter promoter region (5-HTTLPR) polymorphism is associated with the intravaginal ejaculation latency time in Dutch men with life-long premature ejaculation». *J Sex Med*, no. 6, pp. 276-284.
- KAPLAN, H. (1986). *La nueva terapia sexual: tratamiento activo de las disfunciones sexuales*. T. II. 3a. reimp. Ed. Alianza, Madrid.
- KOLODNY, R., W. MASTERS y V. JOHNSON (1985). *Tratado de medicina sexual*. Ed. Científico-Técnica, Ciudad de La Habana.
- MCMAHON, C. G. (2008). «Interventional and treatment preference studies. Part I-Defining and selecting the study population». *J Sex. Med*, no. 5, pp. 1805-1816.
- METZ, M. y J. PRYOR (2000). «Premature ejaculation: A psychophysiological approach for assessment and management». *Journal of Sex and Marital Therapy*, vol. 26, no. 4, pp. 293-320.
- MONCADA, I. (2006). «Tratamiento actual de la eyacuación precoz». En <http://www.urologiacolombiana.com/revistas/agosto-2006/036.htm>
- PAICK, J. S., H. JEONG y M. S. PARK (1998). «Penile sensitivity in men with premature ejaculation». *Int J Impot Res*, vol. 10, no. 4, pp. 247-250.
- WALDINGER, M. D. et al. (2008). «Geometric mean IELT and premature ejaculation: Appropriate statistics to avoid overestimation of treatment efficacy». *J Sex Med*, vol. 5, no. 2, feb., pp. 492-499.



**Te daré calor** (2003)  
 Acrílico sobre lienzo, 100 x 100 cm