

PSICOTERAPIA PARA EL MANEJO DE EYACULACIÓN PRECOZ NO ORGÁNICA

Alina Uribe-Holguín Zárate¹

RESUMEN

Introducción: La eyaculación precoz es la queja más frecuente de los trastornos por disfunción sexual. Tiene un impacto importante en la vida personal y social del paciente y su pareja, por lo que debe instaurarse un manejo holístico que incluya el abordaje del síntoma, los factores externos que lo mantienen y las dificultades interpersonales y psicosociales que acarrea. **Objetivo:** Describir las principales técnicas psicoterapéuticas y sus aplicaciones. **Desarrollo y conclusiones:** La experiencia empírica demuestra que la combinación de manejo psicofarmacológico y psicoterapéutico tiene mejores respuestas de tratamiento que la monoterapia. Es necesario que el clínico se familiarice con múltiples técnicas, con el fin de individualizar el tratamiento y abordar disfunciones psicosociales asociadas.

Palabras clave: disfunción sexual, disfunción psicológica, psicoterapia, hipnosis.

PSYCHOTHERAPY FOR HANDLING NON-ORGANIC PREMATURE EJACULATION

ABSTRACT

Introduction: Premature ejaculation is the most frequent complaint among sexual dysfunction disorders. It has an important effect in the personal and social life of the patient and his/her mate; therefore, a holistic handling, that includes approaching the symptom, the external factors that keep it going and the interpersonal and psychosocial difficulties that it entails. **Objective:** To describe the main psychotherapeutic techniques and applications thereof. **Development and Conclusions:** Empirical experience shows that a combination of psychopharmacologic and psychotherapeutic handling yields better results than monotherapy; it is necessary that the clinician become acquainted with multiple techniques in order to individualize the treatment and approach associated psychosocial dysfunctions.

Key words: Sexual dysfunction, psychological dysfunction, psychotherapy, hypnosis.

¹ Médica residente de Psiquiatría, Pontificia Universidad Javeriana, Bogotá, Colombia.

Introducción

La eyaculación precoz es la queja más frecuente de los trastornos por disfunción sexual (1). Aqueja entre el 20% y el 30% de los hombres (2). Una revisión sistemática reciente de disfunción sexual realizada por Dunn et al. sugiere una prevalencia del 15% (3,4). De estos pacientes el 80% busca ayuda médica y solo del 2%-12% busca ayuda psicoterapéutica (5).

La presencia de eyaculación precoz tiene un impacto importante en la vida personal y social del paciente. Se ha demostrado que individuos con este problema presentan cargas adicionales emocionales, de salud e interpersonales importantes, que deben ser abordadas en un proceso psicoterapéutico (6,7). En 1997, McCabe et al. demostraron que hombres con eyaculación precoz presentan grados de satisfacción menores en todas las áreas psicosociales, comparados con hombres sin eyaculación precoz (8). Los estudios realizados por Rosen et al. muestran que hombres con eyaculación precoz experimentan poca intimidad sexual, social, intelectual y recreacional, pues es conocido el impacto en la autoestima y la capacidad de relacionarse; además, hay un monto considerable de frustración, ansiedad, rabia, sensación de fracaso, inseguridad, culpa, miedo y vergüenza, también extrapolados hacia otras situaciones cotidianas (9).

En el estudio realizado por Symonds et al. se encontró durante las entrevistas disminución del autoestima (68%), dificultad para relacionarse con otros (50%), grandes montos de ansiedad relacionados con encuentros sexuales y durante su vida cotidiana (36%) (8,10). Lo mencionado subraya la importancia de realizar una historia clínica amplia que incluya el impacto laboral, interpersonal e individual, características de presentación del síntoma para lograr un diagnóstico claro y con estos un buen abordaje psicoterapéutico.

Metodología

Se realizó una búsqueda en bases de datos Pubmed y Medline con los términos *disfunción*

sexual psicológica y terapia de relajación o psicoterapia o terapia de pareja o hipnosis; además, se limitó por sexo masculino y por humanos. Así, se encontraron 1.542 artículos, pero se descartaron todos los de disfunción sexual diferente a eyaculación precoz y aquellos que no hablan de psicoterapia para eyaculación precoz. Quedaron, de este modo, 51 disponibles, que fueron los revisados.

Definición de eyaculación precoz

No hay una definición unánime para eyaculación precoz. A lo largo de los años se han establecido múltiples definiciones, lo que ha dificultado el diagnóstico claro, diferencial y la realización de estudios clínicos con precisión del tratamiento y su impacto (11). En 1970, Master y Johnson la definieron como la incapacidad masculina para retrasar la eyaculación durante un tiempo suficiente para que su pareja consiga el orgasmo en el 50% de las veces (3,12). Sin embargo, esta definición generó una gran crítica, por tomar como parámetro solo la capacidad orgásmica de la pareja.

Helen Kaplan la definió como la ausencia de control voluntario sobre la eyaculación. No obstante, también se ha criticado esta definición, por la anotación de múltiples hombres sin eyaculación precoz que refieren ausencia de control voluntario durante el periodo de latencia de eyaculación (1).

Actualmente hay dos definiciones oficiales para el uso clínico, aportadas por el *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (DSM-IV) y la Clasificación Internacional de Enfermedades (CIE-10). El DSM-IV define dicho término 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” (13). Se realiza el diagnóstico si dicha situación provoca malestar o dificultades interpersonales. La falta de precisión, la ausencia de tiempo objetivo para catalogar la eyaculación precoz y su aplicación de carácter subjetivo (14) disminuye el valor predictivo positivo y podría

aumentar el diagnóstico de falsos positivos del DSM-IV (1,15). El CIE-10 la define como:

La incapacidad de retrasar la eyaculación lo suficiente como para disfrutar de las relaciones sexuales, lo que se manifiesta por la aparición de la eyaculación antes o muy poco después del comienzo de la penetración (si se necesita un límite temporal: antes de o a los 15 segundos del comienzo de la penetración), o se produce la eyaculación en ausencia de la suficiente erección como para que sea posible la penetración. (16)

Es importante que, al igual que el DSM-IV, especifica que debe producir malestar o dificultades interpersonales para considerarla patológica.

Diagnóstico

Para su diagnóstico se debe realizar una entrevista completa con el paciente y su pareja; identificar el inicio del trastorno, si hay otras disfunciones sexuales asociadas, y localizar el antecedente de enfermedad médica o farmacológicas que puedan sugerir origen orgánico. Este último debe ser descartado previo al diagnóstico de eyaculación precoz no orgánica. Además, es importante descartar antecedentes de enfermedad mental y estresores psicosociales que requieran intervención (17).

Por lo anterior, es de suma importancia el interrogatorio de antecedentes, la realización de los exámenes paraclínicos pertinentes y la valoración previa por parte de un especialista en urología. Así mismo, se debe descartar como primera medida causas de origen orgánico. Es posible dirigir el diagnóstico de una causa orgánica al identificar en la historia clínica cronicidad, presencia general en todas las actividades sexuales, sin evidencia de estresores psicosociales ni falta de habilidades sexuales (18).

Clinica

La eyaculación precoz abarca dos grandes síntomas: la eyaculación prematura durante la actividad sexual y su aparición con casi todas

las parejas sexuales (15). Se puede clasificar de acuerdo con su presentación y tiempo de evolución en cuatro síndromes (19):

- *Eyaculación precoz a lo largo de la vida:* es un trastorno de disfunción sexual de características crónicas. Se define por la presencia de eyaculación temprana en casi todas las relaciones sexuales, con casi todas las parejas, desde los primeros encuentros sexuales, que se mantiene a lo largo de los años y puede empeorar su presentación clínica (4,20).
- *Eyaculación precoz adquirida:* el paciente ha cursado con eyaculaciones previas normales y el problema surge en algún punto de su vida de forma gradual o súbita. Su causa puede encontrarse en disfunciones urológicas, tiroideas o por estresores psicosociales o de pareja. A diferencia de la eyaculación precoz crónica descrita, tiene mejores respuestas al tratamiento (4,20).
- *Variable natural de eyaculación precoz:* se caracteriza por su presentación situacional, a la cual no se le pueden atribuir características patológicas, sino que hace parte del desempeño sexual normal. El paciente posee habilidad para controlar la eyaculación y su presentación se intercala con episodios de rendimiento sexual normal (4,20).
- *Eyaculación precoz por percepción subjetiva:* a pesar de encontrarse dentro del límite de tiempo normal, puede haber preocupación por un imaginario de pérdida de control de la eyaculación (1,15).

Etiología de la eyaculación precoz de origen no orgánico

Cuando hablamos de eyaculación precoz no orgánica, es importante diferenciar dos situaciones: 1) aquellos pacientes que han adquirido el síntoma después de haber tenido una desempeño sexual adecuado, en quienes el origen comúnmente radica en la presencia de factores estresores externos, como conflictos interper-

sonales, de pareja o sociales. Para estos pacientes es clave el manejo cognitivo comportamental, y 2) el grupo de pacientes con eyaculación precoz a lo largo de la vida, en quienes siempre ha sido difícil el control de la eyaculación.

Frente a este tipo de eyaculación precoz se han planteado múltiples teorías etiológicas. Karl Abraham propuso la desvaloración peneana y la erotización de la micción. Más adelante, Helen Kaplan (en 1974) describió que el conflicto se origina por dificultad con el género femenino, proveniente de relaciones tempranas con la madre; de un conflicto edípico no resuelto, del cual ha surgido la frustración. Dichas sensaciones son despertadas por conflictos de pareja que empeoran el síntoma (7).

Después de múltiples observaciones, Helen Kaplan se apartó de esta descripción y adoptó la hipótesis de la disminución de la conciencia corporal como el origen del síntoma, una incapacidad para percibir las señales premonitoras de eyaculación y, por esto, la falla en su control. Así, en múltiples oportunidades esta falta de percepción es secundaria a experiencias negativas tempranas como la culpabilización de la actividad sexual (7).

Otra teoría importante hace hincapié en la presencia de ansiedad, secundaria a pensamientos automáticos, baja autoestima, sensación de incapacidad para desenvolverse sexualmente y ansiedad arraigada a las fantasías de no poder complacer a su pareja. Este monto de ansiedad presentada durante la experiencia sexual no permite la atención selectiva hacia los estímulos corporales y las señales premonitoras de eyaculación.

Tratamiento psicoterapéutico

Antes y a comienzos de 1990, el manejo psicoterapéutico era considerado la primera elección terapéutica (4); no obstante, con el advenimiento de psicofármacos, se realizaron estudios con inhibidores selectivos de la recaptación de la serotonina (ISRS) y clomipramina y se obtuvieron buenas respuestas (21-23). Por la dificultad ya mencionada para los criterios diagnósticos, el tipo de población y la presencia de variables dependientes y sesgos no ha sido posible realizar estudios controlados y con re-

sultados estadísticamente significativos para el uso de psicoterapia en eyaculación precoz; sin embargo, a lo largo de la experiencia se ha demostrado que debe abordarse la presencia de factores psicosociales e interpersonales como factores causantes, de mantenimiento o generados por el síntoma (24,25). El empirismo demuestra que el manejo concomitante de psicofarmacología y psicoterapia aumenta la eficiencia y la adherencia al tratamiento (26-28).

La terapia sexual es una fusión entre psicoterapia individual y psicoterapia de pareja, cuyo objetivo es la mejoría de la vida sexual (tabla 1). Aborda patrones sexuales disfuncionales, atenuación de ansiedad, abordaje de cogniciones negativas frente a la sexualidad y la exploración de la imagen corporal. Por medio de una serie de técnicas se permite a la pareja experimentar una sexualidad más funcional y placentera (25), y al paciente, la adquisición de habilidades sexuales y de conciencia corporal durante la actividad sexual. La psicoterapia integra múltiples técnicas: cognitivo-comportamentales, psicoterapia sistémica y psicodinámica, pues una sola técnica puede no ser efectiva, y en la mayoría de los casos, se requieren varias técnicas, entre cuatro y cinco, que deben ser aprendidas con precisión y coordinación para aumentar su eficacia (18,29).

Tabla 1

Principales objetivos de la psicoterapia para el manejo de eyaculación precoz (7)

Aprendizaje de técnicas para controlar y retardar la eyaculación
Devolver la confianza al paciente de sus habilidades sexuales
Reducir monto de ansiedad durante la actividad sexual
Cambiar rutinas sexuales rígidas y monótonas
Romper obstáculos de intimidad con la pareja y permitir el conocimiento mutuo
Resolución de conflictos interpersonales que mantienen el síntoma
Identificar pensamientos y sensaciones
Mejorar la comunicación de pareja
Transformar conflictos y fantasías referentes a intimidad
Minimizar o prevenir las recaídas

Terapia cognitivo-comportamental

Como se ha expuesto, pacientes con eyaculación precoz exhiben déficit de habilidades psicosexuales —entre estas la incapacidad de atención sobre el cuerpo y sus sensaciones—, carecen de técnicas corporales para el control del músculo pubococcígeo en el momento de la eyaculación, tienen dificultad para relajar su cuerpo durante la experiencia sexual y, adicionalmente, por el antecedente de eyaculación precoz previa genera pensamientos automáticos, principalmente de fracaso, que impiden el desenvolvimiento durante la actividad sexual. El objetivo de la terapia con orientación cognitivo-comportamental es manejar dichas cogniciones y lograr técnicas que permitan el control de la eyaculación, de ansiedad y la ganancia de confianza durante el desempeño sexual (18,21).

La intervención de cogniciones que involucran la experiencia sexual ayuda a identificar distorsiones que, en la mayoría de pacientes, tienen que ver con la creencia del dominio del instinto y creencia de que el sexo es espontáneo, y no controlado. Tales pensamientos no permiten focalizar la atención en la actividad y las sensaciones para lograr un mejor control durante la excitación. Por ello, la idea es identificar el patrón de pensamientos, fantasías, acciones, sentimientos, escenarios y secuencias utilizadas durante la actividad sexual y la intensidad de excitación que produce cada uno de estos, con el fin de estimular los que producen mayor excitación (18).

Otro factor importante y diana es la excitación basada en los estímulos externos. Pacientes con eyaculación precoz dirigen la atención de su cuerpo al de su pareja y hacia el ambiente, lo que disminuye su autocontrol. Es frecuente que estos sujetos inicien con actividades sexuales de un monto máximo de excitación como sexo oral o coito inmediato, que evaden el conocimiento de sensaciones y el autocontrol. Las técnicas descritas más adelante lograrán desviar el estímulo de excitación hacia el propio cuerpo y permitirán conocer las sensaciones propias y su control (18).

Técnica de pare y arranque

Descripción en 1956 por el urólogo James Semans. Realizada primero de forma individual y luego en compañía de la pareja, describe la importancia del rol de esta en el origen de la disfunción sexual y en el mantenimiento de la eyaculación precoz (30).

Se realiza una entrevista al paciente y su pareja y se inicia con la técnica individual en la que el paciente inicia su autoestimulación por medio de masturbación. Se estimula hasta que perciba la sensación premonitora de eyaculación, señal que le indica parar la estimulación hasta que la sensación desaparezca por completo. Esto permite el reconocimiento de signos preparatorios para la eyaculación. Después de realizada por aproximadamente cuatro o cinco sesiones, se involucra a la pareja del paciente, quien estimula la excitación sexual. Esta técnica debe continuarse hasta lograr que el paciente retrase la eyaculación de forma indefinida (3,4,18). Una vez realizada la técnica es enfático en la psicoeducación sexual de la pareja: la eyaculación precoz causa malestar para la pareja tanto como para el paciente (30,31).

Técnica de Master y Johnson

Descripción por Master y Johnson en 1970, requiere la participación de la pareja y va a trabajar su comunicación y la confianza durante el desempeño sexual. Para el uso de esta terapia se ha demostrado mejor respuesta a la presencia de dos terapeutas de sexos opuestos que lideren el proceso. Durante los primeros dos días se recolecta la historia clínica con el terapeuta masculino, y el segundo día la terapeuta femenina nuevamente recolecta datos. Una vez reconocida la problemática en su totalidad, se inicia la terapia comportamental.

El primer paso consiste en entrenamiento de sensibilidad. Se le explica a la pareja que deben conocerse el cuerpo y por turnos de diez a veinte minutos, cada uno suministrará caricias y estimulará al otro con la intención de generar placer y conocer el cuerpo de su pareja. Se explica que se debe evitar la estimulación de áreas

genitales o senos. Quien recibe la estimulación deberá indicar de forma verbal o gestual sus preferencias y aquello que no le es agradable, lo cual permite el conocimiento corporal mutuo, las sensaciones suscitadas en el propio cuerpo y las preferencias. El inicio de la terapia está basada solo actividad pregenital, que colabora a reducir la tensión sobre el coito (32).

El siguiente paso se basa en el entrenamiento de sensibilidad en áreas genitales y senos. Se realiza psicoeducación en anatomía genital y se estimula a la pareja a realizar su exploración. Durante este paso no deben lograr estímulos que lleven a la eyaculación o al orgasmo. El tercer paso constituye la modificación de la técnica de Semans: la pareja del paciente debe estimular el pene hasta lograr la erección. Una vez el hombre dé la señal de sensación premonitora de eyaculación, la pareja debe realizar una compresión del pene en la corona del glande entre el dedo pulgar y el resto de los dedos, durante cuatro o cinco segundos, a fin de reducir la erección y retrasar la eyaculación. Se puede continuar la estimulación una vez han pasado, por lo menos, treinta segundos y se repite cuantas veces sea necesario hasta que el hombre logre retrasar la eyaculación durante un periodo de quince a veinte minutos. Esta técnica va a permitir al hombre reconocer las sensaciones premonitoras de eyaculación con el fin de lograr el autocontrol.

Después de practicar dos a tres ciclos con retraso satisfactorio de la eyaculación, se puede continuar al siguiente paso, que consiste en explorar la penetración. Se le solicita al paciente tomar la posición en decúbito supino y su pareja de rodillas sobre este, se mantendrá el pene intravaginal y se solicitará no realizar ningún movimiento con el fin de permitir al paciente percibir, conocer y familiarizarse con las sensaciones intravaginales de una forma tranquila y no amenazante.

En caso de sensación premonitora de eyaculación, la pareja debe elevarse y realizar la técnica de compresión. Una vez controlado, se

repite la experiencia hasta obtener el control y generar confianza que le permita al paciente mantener la erección. Reportado dicho control, se estimula a la pareja a adoptar la posición en decúbito lateral y el uso de otras posiciones (3,4,33).

Técnica de relajación

Como lo describe Semans, es necesario que el cuerpo se encuentre descansado y en estado de relajación fisiológico para permitir al organismo un rendimiento sexual adecuado (25). En la terapia de relajación se practican técnicas de respiración, relajación muscular y focalización de la atención en sensaciones corporales. El paciente debe ensayarlas en casa diez a veinte minutos diarios hasta lograr un entrenamiento para poderlas realizar solo. Tiene como objetivo la identificación de sensaciones corporales, controlarlas y liberar tensiones (18).

Técnica de control de músculos

pubococcígeos

Se cree que el control activo de los músculos del piso pélvico puede retrasar la eyaculación, mediante la relajación de los músculos isquicavernoso y bulbocavernoso durante la excitación de forma consciente, y lograr efectividad si el paciente adquiere la capacidad de relajación completa previa a la penetración (34).

Se le solicita al paciente que tome una postura en decúbito supino con las rodillas flexionadas o sentado, y se procede a identificar los músculos pélvicos. El primer paso es identificar el esfínter anal, dando instrucciones para su contracción y evitando la contracción activa de glúteos o muslos. Una vez identificado, se le solicita contraer la musculatura que envuelve la uretra. Como se realiza para impedir la micción, si la técnica es correcta debe sentir una ligera elevación de la base del pene hacia el abdomen (35).

Luego se solicita contraer fuertemente toda la musculatura pélvica de forma simultánea. Debe retener la contracción durante cinco segundos, seguida de una relajación total de aproximadamente diez segundos. A continuación debe

descansar por unos segundos para iniciar de nuevo la contracción. Una vez se adquiere la capacidad de contracción, se puede solicitar al paciente retenerla más tiempo.

Se realizan entre ocho y diez repeticiones en una sesión, alternando contracciones fuertes y sostenidas con contracciones débiles y rápidas de la musculatura. Se realiza entre cuatro y cinco veces al día. Es importante evitar durante el ejercicio el movimiento de la pelvis retener la respiración; contraer el abdomen, los glúteos o los muslos, o realizar fuerza en lugar de contraer (36-38).

Técnica de manipulación testicular

Durante la eyaculación se produce un ascenso testicular, y aunque no aprobado por la Food and Drug Administration (FDA), se describe que contener y descender los testículos con la mano logra en algunos hombres el retardo de la eyaculación (18). Sin embargo, no hay mayor evidencia de esta técnica.

Técnica de climatización

Durante la penetración, el hombre se concentra en la relajación pubococcígea. En el tiempo de la penetración se evita el movimiento, con el fin de permitir la climatización del pene al medio intravaginal, que se logra alrededor de los primeros diez minutos. Esta técnica permite al hombre tolerar placer intenso, mientras mantiene el control eyaculario (18).

Técnica funcional

Carufel critica las técnicas descritas. Manifiesta que múltiples pacientes no se adhieren a esta por incomodidad o negación a interrumpir la interacción sexual y por considerarlas técnicas mecánicas que dejan a un lado el erotismo de la pareja. Desarrolla una técnica que se enfoca en reconocer señales que indican diferentes grados de excitación sexual y cómo mantenerlos elevados, pero por debajo del umbral eyaculario, sin necesidad de interrumpir el coito.

Durante la actividad sexual se percibe un punto en el tiempo en la que la excitación es máxima y un mínimo estímulo desencadena la

eyaculación. En este punto hay señales premonitoras que indican que se está alcanzando el punto de no retorno, como aumento de la tensión muscular, aceleración o retención de la respiración, aceleración de movimientos pélvicos o mayor focalización en estímulos sexuales. El paciente aprende estas señales premonitoras y una serie de técnicas que le permiten disminuir la excitación y aplazar la eyaculación, disminuir la tensión muscular, adoptar posiciones y movimientos que requieran poca tensión y respirar abdominalmente (para lograr una respiración controlada y variar la cantidad, intensidad y amplitud de movimientos pélvicos), lo que cambia la intensidad de la estimulación. En caso de alcanzar el punto inminente de eyaculación, se aconseja detener el movimiento, relajar completamente los músculos, controlar la respiración y abrir los ojos, con el fin de disminuir la excitación (39). Al igual que el resto de las técnicas descritas, permite conocer el cuerpo, las señales premonitoras y su control (40).

Hipnosis

El uso de hipnosis en trastornos por disfunción sexual tiene cinco objetivos: 1) identificar causas y factores de mantenimiento del síntoma; 2) mejorar la autoestima y la confianza en sí mismo, por medio del uso de sugerencias; 3) tratar síntomas; 4) facilitar la resolución de conflictos neuróticos, y 5) trabajar como anexo a la terapia cognitivo-comportamental (41,42). Para disfunción sexual se utiliza una combinación de técnicas eriksonianas (43) y cognitivo-comportamentales.

Una de las técnicas utilizadas es el envolvimiento imaginativo. Durante el estado hipnótico se le solicita al paciente ubicarse en una situación placentera, deseada y vivida como exitosa. La utilización de estas vivencias permite al paciente actuar en una situación en la cual se encuentre seguro y libre del problema, de tal forma que experimente éxito, satisfacción y placer. Luego se le solicita visualizar y vivificar la experiencia como le gustaría vivenciarla. Así se logra una representación mental para sustituir o

corregir las imágenes negativas que perpetúan el síntoma o la disfuncionalidad. Para esta técnica se puede utilizar la proyección cinematográfica. El paciente se proyecta en una pantalla cinematográfica como alguien que admira, durante una situación sexual exitosa, poseedor de éxito con múltiples mujeres o una vida sexual placentera. Tal vivencia le permite ganar confianza (44,45).

Una de las técnicas eriksonianas más utilizadas es la descripción del problema del paciente por medio de metáforas y cuentos que representan de alguna manera el problema y al protagonista. Su función es confundir y permiten buscar soluciones y, por medio de estas, enseñar al paciente a tomarse su tiempo durante la excitación sexual y aumentar el placer; pero en forma diferida y no inmediata (46,47). Como efecto adicional, la agudización de la atención selectiva durante la hipnosis enseña al paciente a conocerse a sí mismo y a sus sensaciones corporales (48).

Terapia de pareja

Cuando se realiza un abordaje a la pareja, hay evidencia de mejor pronóstico y éxito del manejo para eyaculación precoz (40). Como se ha expuesto, el síntoma afecta no solo al paciente sino a su pareja, y la vida sexual y no sexual de la unidad como pareja (24,49). Durante la terapia es fundamental abordar el síntoma: si este está siendo el motor y el centro de la relación, qué conflictos adicionales se generan por el síntoma y pueden ser causantes del síntoma. Se ha encontrado que el 25% de la eyaculación precoz adquirida se debe a conflictos de dinámica de la pareja, principalmente dada por exceso de demandas de la pareja, hipersensibilidad interpersonal, transferencia de pareja, poca comunicación, expectativas maritales poco realistas, conflictos de pareja no resueltos, desconfianza y miedo a decepcionar o fallarle a su pareja. El abordaje de la pareja como unidad permite dar el enfoque interpersonal y sistémico que requieren los trastornos por disfunción sexual (18,29).

Discusión

Es necesario realizar una historia clínica completa, que permita un diagnóstico clínico preciso y la identificación de patrones interpersonales disfuncionales. Durante este proceso debe involucrarse a la pareja del paciente. Su presencia durante el tratamiento va a ser una de las piedras angulares para la mejoría. Como se mencionó, se realiza un manejo holístico del síntoma por medio de abordaje del síntoma, relaciones de pareja y dificultades psicosociales. Dada la gran incidencia de la eyaculación precoz, sería útil lograr homogeneizar los criterios diagnósticos, con el fin de mejorar la precisión diagnóstica y con esto la realización de estudios más precisos que nos aporten una mejor evidencia de las múltiples opciones terapéuticas.

Conclusión

La eyaculación precoz es una queja frecuente de disfunción sexual. Así, la marcada disfunción psicosocial que acarrea obliga al clínico a realizar una aproximación hacia el síntoma y, no menos importante, los factores psicosociales que lo mantienen y que produce; por esto la necesidad de un tratamiento que permita el abordaje holístico. Además del manejo psicofarmacológico ya conocido, es necesario usar técnicas psicoterapéuticas, que aun cuando poco conocidas por todos los clínicos, brindan una gama de técnicas que pueden individualizarse según las preferencias del paciente y su pareja.

A pesar de no tener suficientes estudios estadísticamente significativos, la experiencia clínica demuestra su eficacia y una notable mejoría del síntoma (50): la autoestima del paciente, la confianza en sí mismo, la adquisición de habilidades sexuales, la mejoría de disfunciones psicosociales y la mejoría de comunicación en pareja. De forma empírica, está demostrado que pacientes con combinación psicoterapéutica y farmacológica tienen mejores resultados.

Referencias

1. Segraves RT. Rapid ejaculation: a review of nosology, prevalence and treatment. *Int J Impot Res.* 2006;18 Suppl 1:S24-S32.
2. St. Lawrence JS, Madakasira S. Evaluation and treatment of premature ejaculation: A critical review. *Int J Psychiatry Med.* 1992;22:77-97.
3. Richardson D, Goldmeier D, Green J, Lamba H, Harris JRW. Recommendations for the management of premature ejaculation: BASHH Special Interest Group for Sexual Dysfunction. *Int J STD AIDS.* 2006;17(1):1-6.
4. Althof S. The psychology of premature ejaculation: therapies and consequences. *J Sex Med.* 2006;3:324-31.
5. Moreira ED Jr, Brock G, Glasser DB, Nicolosi A, Laumann E, Paik A, Wang T, Gingell C, GSSAB Investigators' Group. Help-seeking behaviour for sexual problems: The global study of sexual attitudes and behaviors. *Int J Clin Pract.* 2005;59:6-16.
6. Althof SE. Psychological treatment strategies for rapid ejaculation: rationale, practical aspects, and outcome. *World J Urol.* 2005;23:89-92.
7. Porto R. Aspects psychologiques de l'éjaculation prématuée. *Sexologies.* 2008;17(1):9-17.
8. Barnes T, Eardley I. Premature ejaculation: the scope of the problem. *J Sex Marital Ther.* 2007;33(2):151-70.
9. Porst H, Montorsi F, Rosen RC, Gaynor L, Grupe S, Alexander J. The Premature Ejaculation Prevalence and Attitudes (PEPA) survey: prevalence, comorbidities, and professional help-seeking. *Eur Urol.* 2007;51(3):816-23.
10. Symonds T, Roblin D, Hart K, Althof S. How does premature ejaculation impact a man's life? *J Sex Marital Ther.* 2003;29(5):361-70.
11. O'Donohue WT, Swingen DN, Dopke CA, Regev LG. Psychotherapy for male sexual dysfunction: a review. *Clin Psychol Rev.* 1999;19(5):591-630.
12. Wooley W. Human sexual inadequacy. By William H. Masters and Virginia E. Johnson. Boston, Little, Brown, 1970, 467 pages. Compr Psychiatry. 1971;12(6):591-3.
13. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders 4th ed. [text revision]. Washington: APA; 2000.
14. Segraves RT. Considerations for an evidence-based definition of premature ejaculation in the DSM-V. *J Sex Med.* 2010;7(2):672-9.
15. Waldinger MD. Premature ejaculation: different pathophysiologies and etiologies determine its treatment. *J Sex Marital Ther.* 2008;34(1):1-13.
16. World Health Organization (WHO). The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: Diagnostic criteria for research. Geneva: WHO; 1993.
17. Waldinger MD. Premature ejaculation: Definition and drug treatment. *Drugs.* 2007;67: 547-68.
18. Metz ME, Pryor JL. Premature ejaculation: a psychophysiological approach for assessment and management. *J Sex Marital Ther.* 2000;26(4):293-320.
19. Determine the cause of premature ejaculation before initiating psychological and/or off-label pharmacological treatment. *Drugs & Therapy Perspectives.* 2008;24(1):9-12.
20. Rowland D, McMahon CG, Abdo C, Chen J, Jannini E, Waldinger MD et al. Disorders of orgasm and ejaculation in men. *J Sex Med.* 2010;7(4):1668-86.
21. LoPiccolo J, Stock WE. Treatment of sexual dysfunction. *J Consult Clin Psychol.* 1986;54(2):158-67.
22. Hatzimouratidis Amar E. Guidelines on male sexual dysfunction: erectile dysfunction and premature ejaculation. *Eur Urol.* 2010;57:804-81.
23. Sadeghi-Nejad H, Watson R. Premature ejaculation: current medical treatment and new directions (CME). *J Sex Med.* 2008;5(5):1037-50.
24. Perelman MA. A new combination treatment for premature ejaculation: a sex therapist's perspective. *J Sex Med.* 2006;3(6):1004-12.
25. Perelman MA. Sex coaching for physicians: combination treatment for patient and partner. *Int J Impot Res.* 2003;15 Suppl 5:S67-S74.
26. Steggall MJ, Pryce A. Premature ejaculation: defining sex in the absence of context. *Journal of Men's Health & Gender.* 2006;3(1):25-32.
27. Richardson D, Green J, Ritcheson A, Goldmeier D, Harris JRW. A review of controlled trials in the pharmacological treatment of premature ejaculation. *Int J STD AIDS.* 2005;16(10):651-8.

28. Powell JA, Wyllie MG. 'Up and coming' treatments for premature ejaculation: progress towards an approved therapy. *Int J Impot Res.* 2009;21(2):107-15.
29. Almås E, Landmark B. Non-pharmacological treatment of sexual problems – A review of research literature 1970–2008. *Sexologies.* 2010;19(4):202-11.
30. Glina S, Abdo CHN, Waldinger MD, Althof SE, McMahon C, Salonia A et al. Premature ejaculation: a new approach by James H. Semans. *J Sex Med.* 2007;4(4):831-7.
31. Semans JH. Premature ejaculation: A new approach. *South Med J.* 1956;49:353-8.
32. Jannini EA, Simonelli C, Lenzi A. Sexological approach to ejaculatory dysfunction. *Int J Androl.* 2002;25(6):317-23.
33. Clarke M, Parry L. Premature ejaculation treated by the dual sex team method of Master and Johnson. *Aust N Z J Psychiatry.* 1973;7:200-5.
34. Rosenbaum TY. Pelvic floor involvement in male and female sexual dysfunction and the role of pelvic floor rehabilitation in treatment: a literature review. *J Sex Med.* 2007;4(1):4-13.
35. La Pera G, Nicastro A. A new treatment for premature ejaculation: the rehabilitation of the pelvic floor. *J Sex Marital Ther.* 1996;22(1):22-6.
36. Pelvic Floor Exercise. Pelvic floor exercises for men [internet]. Disponible en: <http://www.pelvicfloorexercise.com.au/formen.htm>.
37. MyDr. Pelvic floor muscle exercises for men [internet]. Disponible en: <http://www.mydr.com.au/cancer-care/pelvic-floor-muscle-exercises-for-men>.
38. Pelvic floor exercises for men [internet]. Disponible en: <http://www.rao-osan.com/retact/info/medevac/PFE.pdf>.
39. Simonelli C, Bonanno D, Michetti PM, Rossi R. Premature ejaculation and dysregulation of emotions: Research and clinical implications. *Sexologies.* 2008;17(1):18-23.
40. De Carufel F, Trudel G. Effects of a new functional-sexological treatment for pre-
- mature ejaculation. *J Sex Marital Ther.* 2006 Mar;32(2):97-114.
41. Brown JM, Chaves JF. Hypnosis in the treatment of sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther.* 1980;6(1):63-74.
42. Lemke W. Utilizing hypnosis and ego-state therapy to facilitate healthy adaptive differentiation in the treatment of sexual disorders. *Am J Clin Hypn.* 2005;47(3):179-89.
43. Erickson MH. Psychotherapy achieved by a reversal of the neurotic processes in a case of ejaculatio precoox. *Am J Clin Hypn.* 1973;15:217-22.
44. Araoz DL, Goldin E. The importance of vivencia in the hypnotic treatment of sexual dysfunction. *Australian Journal of Clinical Hypnotherapy and Hypnosis.* 2004;25(2):68-76.
45. Araoz D. Hypnosis in human sexuality problems. *Am J Clin Hypn.* 2005;47(4):229-42.
46. Gilmore LG. Hypnotic metaphor and sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther.* 1987;13(1):45-57.
47. Aydin S, Ercan M, Caşkurlu T, Taşçı AI, Karaman I, Odabaş O, et al. Acupuncture and hypnotic suggestions in the treatment of non-organic male sexual dysfunction. *Scand J Urol Nephrol.* 1997;31(3):271-4.
48. Arnaud M. L'utilisation de l'hypnose dans les problèmes d'éjaculation prématuée. *Sexologies.* 2007;16(2):148-57.
49. Hartmann U, Schedlowski M, Kruger T. Cognitive and partner-related factors in rapid ejaculation: Differences between dysfunctional and functional men. *World J Urol.* 2005;23:93-101.
50. Waldinger MD. Lifelong premature ejaculation: from authority-based to evidence-based medicine. *BJU Int.* 2004;93(2):201-7.

Conflictos de interés: la autora niega tener conflictos de interés.

Correspondencia
Alina Uribe-Holguín Zárate
alina.uribe@javeriana.edu.co

Recibido para evaluación: 30 de junio del 2011
Aceptado para publicación: 7 de agosto del 2011