

Trabajo Final Integrador

“Análisis del tratamiento de un paciente con eyaculación
precoz”

Carrera: Licenciatura en Psicología

Autor: Pablo Gustavo Miceli

Tutor: Eduardo Leiderman

Índice por Contenidos

1. Introducción.....	II
2. Objetivos del trabajo.....	IV
3. Método.....	V
4. Marco Teórico.....	VI
4.1. Sexualidad normal.....	VI
4.2. Trastornos sexuales.....	X
4.2.1 Disfunciones sexuales.....	XI
4.2.2. Eyaculación Precoz.....	XIV
4.3. Tratamiento de las disfunciones sexuales.....	XVIII
4.4. Tratamiento de la eyaculación precoz.....	XXII
5. Descripción y análisis del caso.....	XXXI
6. Conclusiones.....	XXXIX
7. Bibliografía.....	XL

Índice Alfabético

Bibliografía.....	XLI
<i>Conclusiones</i>	XXXIX
Descripción y análisis del caso.....	XXXI
<i>Disfunciones sexuales</i>	XI
<i>Eyaculación Precoz</i>	XIV
Introducción.....	II
Marco Teórico.....	VI
Método.....	V
Objetivos del trabajo.....	IV
<i>Sexualidad normal</i>	VI
<i>Trastornos sexuales</i>	X
<i>Tratamiento de la eyaculación precoz</i>	XXII
<i>Tratamiento de las disfunciones sexuales</i>	XVIII

Trabajo Final Integrador

Título: “*Tratamiento de un paciente con eyaculación precoz*”

1. Introducción.

En este trabajo se desarrollará la exposición del paciente F tratado por un equipo de profesionales en una fundación dedicada a la salud mental, compuesto por una psiquiatra y un psicólogo. Se le diagnosticó eyaculación precoz. Fue tratado con fármacos y terapia cognitivo-conductual. El paciente mejoró notablemente en tres meses de tratamiento, el cual no ha finalizado aún.

Se basa en una experiencia de residencia de 320 horas realizadas en una institución que trabaja con un modelo cognitivo-conductual. En la institución trabajan Psicólogos clínicos de adultos, niños, una psiquiatra, un neurólogo. Los casos son trabajados de manera interdisciplinaria y expuestos en ateneos semanales. Los pasantes tienen la posibilidad de ver casos en cámara Gessel, participar de los ateneos, y participar de sesiones terapéuticas de manera observacional.

Nuestro interés surge de la participación en la terapia a través de la observación del caso y de ateneos. El caso F. nos pareció significativo debido a su pronta mejoría. Las disfunciones sexuales y en especial de eyaculación precoz y su tratamiento no fueron temas trabajados en profundidad durante la cursada de grado por lo cual nos parecía importante profundizar en ello. Creemos que la posibilidad de comprender mejor esta problemática y su tratamiento nos dará la posibilidad de estar mejor preparados para la labor clínica.


Este trabajo se centrará en el tratamiento. Por tratarse la eyaculación precoz de un trastorno sexual, comenzaremos exponiendo en que consiste la se-

xualidad, partiendo desde la normal hasta la patología. Se describirá para ello la sexualidad humana, las disfunciones sexuales, la eyaculación precoz y su tratamiento.


2. Objetivos del trabajo.

Los objetivos generales son describir y analizar el proceso del tratamiento de la eyaculación precoz en un hombre de 23 años mediante la utilización de determinadas técnicas cognitivas conductuales.

Los objetivos específicos son:

 Realizar una breve descripción de:

- La sexualidad normal.
- Trastornos sexuales.
- Las disfunciones sexuales.
- El trastorno de eyaculación precoz.

 Exponer algunas de las teorías acerca de este trastorno y su tratamiento.

3. Método.

Consiste en un estudio de caso. Se realiza una descripción y análisis de un caso de un hombre con eyaculación precoz mediante una metodología cualitativa.

Es un caso de un hombre de 23 años que llega a realizar una consulta en la institución elegida para la pasantía. Se lo observó durante la práctica profesional por un período de cuatro meses.

El caso se eligió por dos motivos. Desde el punto de vista teórico parece interesante ahondar en las disfunciones sexuales y sus tratamientos debido a que es un tema que durante la cursada de la carrera no se ve en profundidad. Desde el punto de vista de la práctica llama la atención la pronta mejoría del paciente, remitiendo el síntoma en su totalidad luego de 4 meses de tratamiento.

La técnica específica que se utiliza es la observación. En un primer momento a través de cámara Gessel, luego como co-terapeuta dentro de la sesión. Esta última actividad consistió solo en la observación, sin hacer intervenciones en la terapia. Se utilizan fuentes secundarias de información (historia clínica del paciente), y la participación en las supervisiones del caso.

Se obtiene información acerca de los tratamientos para la eyaculación precoz, los trastornos sexuales, el trastorno de eyaculación precoz en particular, y las técnicas cognitivo-conductuales para brindar un sustento teórico a la descripción del caso.

4. Marco Teórico.

4.1. Sexualidad normal.

El comportamiento y la actividad sexual normal es difícil de definir. Depende del contexto social y cultural del sujeto y de su propio sistema de creencias (Kaplan y Sadock, 1995). Los criterios de normalidad de la sexualidad están determinados por la cultura, la religión y el momento temporal del sujeto y la sociedad. Por ejemplo la homosexualidad era normal en la antigua Grecia y fue considerada anormal o patológica en otro momento (Oscar Wilde fue condenado por inmoralidad a causa de su homosexualidad). También conductas o hábitos considerados inadecuados en alguna época pueden considerarse adecuados en otra, en la época victoriana por ejemplo se consideraba inadecuado tener relaciones sexuales los domingos (Belloch y cols, 1995).

La conducta sexual es variada y esta afectada por una compleja interacción de factores. Las relaciones con los demás, las circunstancias vitales, la cultura en la cual vive el sujeto, la personalidad del sujeto, la propia carga biológica, el sentido general de identidad, y el reflejo de las propias experiencias sexuales vividas. El desarrollo psicosexual, las actitudes psicológicas hacia la sexualidad y las actitudes hacia el compañero sexual afectan y se relacionan directamente con la conducta sexual (Kaplan y Sadock, 1995).

Para realizar un correcto diagnóstico hay que tener en cuenta la cultura del sujeto, debido a que nociones de desviación, de estándares de la función sexual y de conceptos del papel sexual apropiado pueden variar entre las diferentes culturas (Masson, 1995).

En los últimos 30 años se produjeron cambios culturales que llevaron al desarrollo clínico en cuanto al comportamiento sexual (Belloch y cols, 1995). Podemos destacar los siguientes:

→ ___ El reconocimiento, aceptación y preocupación por la respuesta sexual de la mujer, y mas específicamente por su satisfacción sexual.

→ ___ El interés por el sexo y la liberación con respecto a una amplia gama de conductas sexuales.

→ ___ La importancia dada a la consecución de unas relaciones sexuales satisfactorias.

→ ___ La facilidad de acceso a material informativo, tanto de tipo científico como erótico.

→ ___ El interés científico despertado por el tema, que ha hecho que comience a dejar de ser un tema tabú y de mal gusto para la mayoría de las personas.

Los drásticos cambios sociales y culturales ocurridos en los últimos años han incidido también en el campo del comportamiento sexual, de manera que la sexualidad ha pasado de ser considerada un tema tabú, restringido a la esfera de la intimidad personal, a valorarse como un aspecto esencial en la salud y el bienestar de la persona (Labrador y Roa, 1998).

El conocimiento básico acerca de la respuesta sexual humana, proviene del trabajo de Masters y Johnson publicado en 1966, basado en la observación en el laboratorio de más de 10.000 secuencias de actividad sexual en 382 mujeres y 312 hombres. Ellos fueron los primeros que describieron el ciclo de la respuesta sexual humana y efectuaron un detallado análisis de lo que ocurre en el cuerpo durante el acto sexual. Descubrieron que a pesar de que las personas llevan a cabo comportamientos sexuales muy variados la forma en que responde el organismo ante la excitación sexual en condiciones óptimas es idéntica. Mientras algunas personas jadean o gritan, otras permanecen en silencio, mientras algunas personas realizan movimientos corporales intensos, otras realizan ligeros movimientos; las respuestas del organismo son similares y se desarrollan siguiendo cuatro fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución (Labrador y Roa, 1998).

Revisiones posteriores descubrieron que para que la excitación se de hace falta algo más que una determinada estimulación. La excitación no puede entenderse como algo que ocurre en forma automática ante una determinada estimulación. De hecho ante una misma estimulación algunas personas responden y otras no, e incluso la misma persona responde de manera diferente ante diferentes situaciones. Para que comience la fase de excitación es necesario que haya algo mas que determinada estimulación, es necesario que la persona tenga cierto interés, que exista lo que se denomina deseo sexual o interés sexual. A estas cuatro fases le antecede una fase anterior, la fase de deseo (Belloch y cols, 1995).

El ciclo completo de la respuesta sexual puede dividirse en las siguientes fases (Kaplan y Sadock, 1995; Belloch y cols, 1995; Labrador y Roa, 1998.; Masson, 1995; Gindin y Huguet, 1993):

1. *Fase de Deseo*: Esta fase consiste en fantasías sobre la actividad sexual y el deseo de llevarlas acabo. No coincide con ninguna fase determinada desde el punto de vista fisiológico.

2. *Fase de Excitación*: Esta fase consiste en la sensación subjetiva de placer sexual y va acompañada de cambios fisiológicos. Se alcanza mediante la estimulación psicológica, ya sea a través de fantasías o con la presencia del objeto amoroso, y la estimulación fisiológica, caricias o besos. Los cambios más importantes en el varón son la tumescencia peneana y la erección. Los cambios más importantes en la mujer son, una vaso congestión generalizada de la pelvis, la lubricación y expansión de la vagina, y la tumefacción de los genitales externos (Kaplan y Sadock, 1995; Masson, 1995). Aparecen una serie de cambios que son comunes para ambos sexos, como el rubor sexual, un incremento en el ritmo cardiaco, y un aumento en la presión arterial (Belloch y cols, 1995).

3. *Fase de meseta o mantenimiento*: Cuando la estimulación sexual se mantiene se produce un incremento de la tensión sexual que llevan a la fase del orgasmo. En la mujer se produce la contracción de las paredes vaginales

y los labios menores se oscurecen, formándose la plataforma orgásmica. En el hombre el pene va alcanzando su máximo nivel de erección, los testículos aumentan de tamaño y alcanzan su máxima elevación, aparecen gotas de fluido en la punta del pene y comienzan contracciones en el recto. En ambos sexos continúa el rubor y el aumento de la tasa cardíaca y la presión arterial, al mismo tiempo que comienza a acelerarse la respiración (Belloch y cols, 1995).

4. *Orgasmo*: Esta fase consiste en el punto culminante del placer sexual, con la eliminación de la tensión sexual y la contracción rítmica de los músculos del perineo y de los órganos reproductores. En el varón existe la sensación de inevitabilidad eyaculatoria, que va seguida de la emisión de semen (Kaplan y Sadock, 1995; Masson, 1995). Las contracciones de la uretra y de los músculos pélvicos hacen que el pene experimente contracciones que provocan la eyaculación de fluido seminal, esto sucede bajo el control de la rama simpática del sistema nervioso autónomo (Belloch y cols, 1995). En la mujer se producen contracciones (no siempre experimentadas subjetivamente como tales) de la pared del tercio externo de la vagina. Tanto en el varón como en la mujer el esfínter anal se contrae de manera rítmica (Kaplan y Sadock, 1995). Es el clímax de la respuesta sexual, en el que se producen los cambios fisiológicos más importantes, y en el cual desde el punto de vista psicológico, constituye el momento más placentero (Belloch y cols, 1995).

5. *Resolución*: Esta fase consiste en una sensación de relajación muscular y de bienestar general. Durante ella los varones son refractarios fisiológicamente a la erección y al orgasmo durante un período de tiempo variable, en el cual es muy difícil que puedan conseguir nuevamente la erección, aunque esto depende de variados factores, entre los que se encuentran la edad, el estado psíquico y fisiológico, como también factores ambientales o situacionales que puedan estresar. Por el contrario, las mujeres son capaces de responder a una estimulación posterior casi inmediatamente, aunque los factores antes mencionados pueden atenuar esta capacidad (Kaplan y Sadock, 1995).

La división en fases de la respuesta sexual es útil a nivel expositivo o científico, pero es artificial. Es posible que las variaciones sobre este esquema sean importantes. Así algunas veces puede ser difícil delimitar fases o no se recorren todas, por ejemplo no se consigue el orgasmo; o se recorren a distinta velocidad, por ejemplo la fase de meseta puede durar escasos minutos o hasta horas; o los cambios fisiológicos son de distinta intensidad, por ejemplo una mayor o menor erección del pene. Pero este proceso de cinco fases sirve de referencia para comprender el proceso (Belloch y cols, 1995).

Por otra parte, y aunque la información sobre aspectos emocionales es menos precisa y objetiva, no debe caerse en el error de suponer que los cambios fisiológicos determinan la calidad de respuesta sexual o las respuestas psicológicas y emocionales durante el desarrollo, es decir creer que una mayor erección o contracciones más intensas durante el orgasmo son determinantes en el grado de placer experimentado (Belloch y cols, 1995).

4.2. Trastornos sexuales.

Existen grandes dificultades para definir un criterio único de normalidad – anormalidad. Se puede definir como un trastorno sexual aquella conducta repetitiva que en la experiencia subjetiva de malestar al sujeto o a otras personas en relación con algún aspecto de la actividad sexual propia (Belloch y cols, 1995). La sexualidad anormal se puede definir como la conducta sexual repetitiva destructiva para una o varias personas, que no se orienta hacia el otro, que excluye la estimulación de los órganos sexuales primarios, que se asocia a sentimientos de culpabilidad y de ansiedad, o que tiene naturaleza compulsiva (Kaplan y Sadock, 1995).

Los trastornos sexuales se pueden dividir en disfunciones sexuales y variaciones sexuales. Las variaciones sexuales se caracterizan por un funcionamiento sexual eficaz y placentero, pero el objeto está desviado de la norma, mientras que en las disfunciones sexuales el sujeto sufre de una respuesta sexual inadecuada y no goza del acto sexual (Kaplan, 1996).

Los trastornos sexuales se dividen en las disfunciones sexuales, las parafilias y los trastornos de la identidad sexual (Masson, 1995). Las disfunciones sexuales se caracterizan por una alteración del deseo sexual, por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales. Las parafilias se caracterizan por impulsos sexuales intensos y recurrentes, fantasías o comportamientos que implican objetos, actividades o situaciones poco habituales, pueden producir malestar clínicamente significativo o deterioro social, laboral o de otras áreas importantes de la actividad del individuo. Los trastornos de la identidad sexual se caracterizan por una identificación intensa y persistente con el otro sexo, acompañada de malestar persistente por el propio sexo (Masson, 1995).

4.2.1 Disfunciones sexuales.

Las "disfunciones sexuales" pueden definirse como un conjunto de problemas de índole diversa que impiden o dificultan a la persona disfrutar de forma satisfactoria de la sexualidad (Labrador y Roa, 1998). Así, se consideran como "disfunciones sexuales" a todos aquellos problemas fisiológicos, cognitivo-afectivos o motores que dificultan a la persona el participar o disfrutar satisfactoriamente de las actividades sexuales, tales como la atracción, el cortejo, la interacción o el orgasmo.

En la cuarta edición del Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos sexuales, el DSM IV, se define la disfunción sexual como un problema en el ciclo de respuesta sexual o dolor durante el coito. Se caracterizan por una alteración del deseo sexual, por cambios psicofisiológicos en el ciclo de la respuesta sexual y por la provocación de malestar y problemas interpersonales. Se enumeran siete distintos tipos de disfunciones sexuales. Trastornos del deseo sexual, trastornos de la excitación sexual, trastornos del orgasmo, trastornos sexuales por dolor, disfunción sexual debida a una enfermedad médi-

ca, disfunción sexual inducida por sustancias y disfunción sexual no especificada. Pueden ser sintomáticas de problemas biológicos, estar altamente influenciadas por conflictos intrapsíquicos o interpersonales, o una combinación de ambos factores (Masson, 1995).

La disfunción puede ser de toda la vida o adquirida, como también generalizada o limitada a una sola pareja o una situación concreta o específica (Kaplan y Sadock, 1995).

La función sexual puede verse afectada negativamente por estrés, trastornos emocionales, o ignorancia sobre la función y la fisiología sexuales (Kaplan y Sadock, 1995). Las respuestas sexuales son afectadas por efectos del estrés y problemas emocionales; y están expuestas al fracaso por efecto anticipatorio de conductas aprendidas. La ansiedad ante la ejecución del acto sexual y las inhibiciones aprendidas de la respuesta sexual suelen ser los factores preponderantes de las disfunciones sexuales (Kaplan, 1996; Masters y Johnson, 1970).

En la mayor parte de los casos, las disfunciones sexuales suelen ser el resultado de un conjunto variado de factores, que de forma más o menos importante, o incluso actuando conjuntamente en distintos momentos, facilitan su aparición, desarrollo y mantenimiento (Labrador y Roa, 1998). Los factores psicológicos relevantes en la formación de las disfunciones sexuales pueden agruparse en función de su momento de actuación (Belloch y cols, 1995; Labrador y Roa, 1998). Pueden ser factores predisponentes, factores precipitantes, y factores de mantenimiento. Los factores predisponentes incluyen todos aquellos factores que actúan preparando o facilitando la aparición a medio o largo plazo, entre ellos se encuentran una educación moral o restrictiva, una inadecuada educación sexual, experiencias sexuales traumáticas durante la infancia, o inseguridad en el rol psicosexual durante los primeros años. Los factores precipitantes se refieren a aquellas experiencias o situaciones que desencadenan a corto plazo la aparición de las disfunciones, estas pueden ser por ejemplo, problemas de relación de pareja, el parto, infidelidad, expectativas poco razonables, algún fallo esporádico en las relaciones,

reacción a algún trastorno orgánico, depresión y ansiedad, experiencias sexuales traumáticas, o alguna disfunción sexual en la pareja con la cual se interactúa. Por último los factores de mantenimiento son aquellos que actúan favoreciendo la persistencia de la disfunción, estos pueden ser, ansiedad ante la relación sexual, anticipación de fallo o fracaso, sentimientos de culpabilidad, falta de atracción y falta de comunicación entre los miembros de la pareja, miedo a la intimidad, deterioro de la autoimagen, información sexual inadecuada, o escaso tiempo dedicado a las caricias antes de pasar al coito (Belloch y cols, 1995).

Algunas disfunciones sexuales se manifiestan como consecuencia directa de trastornos orgánicos, tales como la diabetes, la hipertensión, o los trastornos pituitarios; así como a partir de la ingestión de ciertas sustancias (antihipertensivos, alcohol, o barbitúricos); o, incluso, como resultado de determinadas intervenciones quirúrgicas. Pero en la mayor parte de los casos no llegan a identificarse factores orgánicos específicos que puedan explicar la aparición y/o el mantenimiento de la disfunción sexual (Labrador y Roa, 1998).

Hay tres aspectos o factores que suelen estar presentes en la mayor parte de las disfunciones sexuales. La ansiedad asociada a las relaciones sexuales, la falta de habilidades y conocimientos sobre el desarrollo sexual propio y de la pareja, y la adopción del rol de espectador en la relación (Belloch y cols, 1995).

Las disfunciones sexuales suponen problemas complejos, en tanto que habrán de considerarse múltiples factores, no sólo personales (orgánicos, conductas y hábitos aprendidos, expectativas); sino también sociales y culturales (pautas de interacción social o normas específicas de ejecución sexual) (Gindin y Huguet, 1993; Labrador y Roa, 1998). Para establecer la disfunción el clínico debe tener en cuenta factores como la edad y la experiencia del individuo, la frecuencia y la cronicidad del síntoma, el malestar subjetivo y el efecto sobre otras áreas de actividad (Masson, 1995).

La evaluación de cualquier disfunción sexual debe considerar la información proveniente de cuatro áreas fundamentales: orgánica, psicológica, sexual y de pareja (Labrador y Roa, 1998). En el área orgánica, se trata de identificar la posible existencia de malformaciones, enfermedades relacionadas, anomalías físicas y fisiológicas, o los efectos transitorios y permanentes debidos al consumo de determinadas sustancias (en especial fármacos y alcohol), que puedan estar facilitando el desarrollo o mantenimiento de la disfunción. La evaluación orgánica deberá realizarla el especialista médico correspondiente. En cuanto al área psicológica, se debe evaluar la posible existencia de otros trastornos psicológicos de mayor entidad, tales como hipcondría, obsesiones, depresión, alucinaciones o fobias, que puedan estar condicionando la aparición o el mantenimiento de la disfunción. El área de la sexualidad constituye el eje central de la evaluación. Debe considerarse aquí la información y educación sexual de los pacientes, posibles mitos sexuales; conocimientos sobre el funcionamiento sexual propio y de la pareja: o las expectativas acerca de la relación actual. Asimismo, debe recabarse información acerca de sus conductas sexuales, relativas al repertorio conductual empleado; experiencia sexual; desarrollo histórico de las conductas sexuales (masturbación y primeras experiencias); o aparición y desarrollo del problema; con un especial énfasis en las fantasías sexuales y su función en el desarrollo de la respuesta sexual. La evaluación se debe centrar en las disfunciones sexuales concretas, prestando especial atención a las conductas más directamente implicadas en la disfunción, y tratando de establecer relaciones funcionales entre éstas y los factores que las facilitan. En el área de la pareja se deben analizar aspectos tales como la comunicación con el otro miembro de la pareja, la forma de expresión del afecto, las relaciones personales en general, la estabilidad de la pareja o sus posibles conflictos. Cuando no existe una pareja estable, es importante evaluar los repertorios de interacción social dirigidos a posibles parejas.

4.2.2. Eyaculación Precoz.

La eyaculación precoz es una disfunción de la fase del orgasmo. Hay serias dificultades para establecer una definición precisa de la eyaculación precoz, dado que la excesiva rapidez de la eyaculación que la caracteriza esta sujeta a distintas interpretaciones (Belloch y cols, 1995).

Las definiciones se han basado en perspectivas cuantitativas, o de satisfacción de la compañera, o en función del control voluntario sobre la eyaculación (Grenier y Byers, 1995). Una perspectiva cuantitativa la define en función del tiempo de permanencia dentro de la vagina o en función de la cantidad de bombeos que se es capaz de realizar antes de eyacular. Esta perspectiva tendría la ventaja de ser objetiva para el clínico. El problema es que resulta imposible determinar cual es el criterio correcto en cuanto a tiempo o número de bombeos para determinar la disfunción (Grenier y Byers, 1995; Samraj y cols., 2005). Por ejemplo los tiempos varían de un minuto de permanencia dentro de la vagina a siete. Esta perspectiva puede servir para incrementar la ansiedad ante el desempeño sexual. La perspectiva basada en la satisfacción de la compañera propone que los hombres que no pueden demorar su eyaculación hasta que su compañera quede satisfecha en un 50 % de los casos pueden ser diagnosticados con eyaculación precoz. (Grenier y Byers, 1995) Esta definición puede ser muy dificultosa debido a que depende de la sensación subjetiva de ambos y puede ser falseable. Tiene la desventaja de no permitir comparaciones de estudios y de ser falseable (Grenier y Byers, 1995).

La característica esencial de la eyaculación precoz consiste en la aparición de un orgasmo y eyaculación en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración y antes de que la persona lo desee (Masson, 1995). No existe un tiempo único para medir la eyaculación precoz, su característica esencial es la ausencia de control voluntario sobre la eyaculación (Kaplan, 1996). El hombre eyacula antes que lo desea, de manera persistente y recurrente. Según Kaplan y Sadock (1995) no existe un periodo de tiempo definido de eyaculación que permita definir esta disfunción.

El diagnóstico debe establecerse cuando el hombre eyacula regularmente antes o inmediatamente después de la penetración vaginal. Se debe considerar factores como la edad, la novedad de la pareja sexual, y la frecuencia y duración del coito. También se debe descartar el diagnóstico cuando la eyaculación precoz se debe exclusivamente a factores orgánicos o cuando es sintomática de otro síndrome psiquiátrico (Kaplan y Sadock, 1995; Masson, 1995).

Se debe realizar un diagnóstico sexológico, médico, relacional, psicológico y social (Gindin y Huguet, 1993; Shenassa y Hellstrom, 2001). Desde el punto de vista sexológico debe hacerse una profunda investigación de la historia sexual del sujeto, observando los antecedentes y la evolución del problema. Desde el punto de vista médico se deben descartar patologías físicas que puedan favorecer el síntoma. Desde el punto de vista relacional se debe evaluar el funcionamiento de la pareja en sus aspectos sexuales y no sexuales, luchas de poder, sistemas de valores, comunicación, etc. Desde el punto de vista psicológico hay que descartar patologías que estén favoreciendo el síntoma. Desde el punto de vista social hay que evaluar los aspectos estresantes y/o laborales que puedan estar afectando la función sexual del consultante.

Las principales cuestiones que deben tenerse en cuenta para el diagnóstico son el tiempo de eyaculación, si el paciente siente tener control sobre la eyaculación, y si el tiempo de eyaculación causa padecimiento a el paciente o su compañera (Samraj y cols., 2005).

La eyaculación precoz es el trastorno mas frecuente en los hombres, afecta al 30 % de los hombres en la población general (Belloch y cols, 1995; Grenier y Byers, 1995; Samraj y cols., 2005; Masters y Johnson, 1970). Tiene efectos muy negativos sobre la actividad sexual de quien la padece y su pareja, dado que supone una reducción en el tiempo y calidad del disfrute sexual en la persona que la presenta; y al impedir o dificultar el coito, en su pareja.

En cuanto a su etiología, es infrecuente que esté producida por causas orgánicas (Belloch y cols, 1995). Su causa es desconocida, pero es muy probable que sea una combinación de factores biológicos y psicológicos (Samraj y cols., 2005; Mrdjenovich y Cols., 2004). El modelo bio-psico-social la reconoce como un fenómeno complejo con influencia de factores biológicos, psicológicos, y sociales actuando simultáneamente (Mrdjenovich y Cols., 2004).

Es frecuente que sea una conducta aprendida por el hombre al llevar a cabo interacciones sexuales, coitales o masturbatorias, en situaciones de alta ansiedad, o con urgencia de tiempo (Belloch y cols, 1995). La dificultad para controlar la eyaculación se asocia a la ansiedad que provoca el acto sexual, al miedo inconsciente a la vagina o a condicionantes culturales negativos. Existen dos factores que están presentes en la mayoría de los casos, son la ansiedad y el mal aprendizaje (Gindin y Huguet, 1993). Los varones cuyos primeros contactos sexuales se produjeron con prostitutas que les exigían rapidez en el coito o cuando los contactos sexuales se produjeron en situaciones donde podían ser descubiertos, pueden estar condicionados para alcanzar el orgasmo rápidamente (Kaplan y Sadock, 1995). Una vez que se aprendió un reflejo eyaculatorio rápido, y dado que este es automático, es difícil conseguir controlarlo de forma voluntaria. Además hay que tener en cuenta que el reflejo eyaculatorio depende de la activación del sistema nervioso simpático, que es el que activa el organismo en situaciones de ansiedad (Belloch y cols, 1995).

Existe también una frecuente ausencia o disminución de las sensaciones eróticas una vez que el sujeto se encuentra intensamente excitado, lo que lleva al paciente a experimentar una anestesia genital (Kaplan, 1996). La incapacidad de percibir las sensaciones corporales es una de las principales causas de la eyaculación precoz. El eyaculador precoz ignora, no percibe, o tiene una seria dificultad para darse cuenta de sus sensaciones eróticas previas al momento del orgasmo (Gindin y Huguet, 1993).

Otros factores, como la adopción de un rol de espectador durante el acto sexual favorecen la manutención de la disfunción. Muchos pacientes han intentado retrasar su eyaculación con este método. Intentan distraerse del acto sexual con los más diversos métodos, centrando su atención en imágenes no sexuales, o mordiendo los labios. Estas acciones son incapaces de facilitar el control eyaculatorio, por lo que llevan a agravar el cuadro (Kaplan, 1996). Entre las causas psicológicas se han enumerado miedo a la vagina, hostilidad hacia las mujeres, conflictos interpersonales con la pareja, miedo al embarazo, ansiedad, y patrones conductuales de rápida eyaculación condicionados (Shenassa y Hellstrom, 2001).

En las relaciones continuadas, la pareja influye de manera decisiva sobre este trastorno; el matrimonio estresante lo aumenta (Kaplan y Sadock, 1995).

Hay que tener en cuenta que desde el punto de vista evolutivo, la eyaculación rápida tuvo un indudable valor para la supervivencia de la especie (Belloch y cols, 1995). Cualquier animal es especialmente vulnerable a un ataque por sorpresa mientras esta copulando, por lo tanto cuanto menos dure la copula menos riesgo hay y mejor es para la supervivencia de la especie. En la historia animal el único ser capaz de extender el acto sexual para obtener placer es el hombre (Kusnetzoff J, 2004). Esta perspectiva predominó durante algún tiempo en el estudio de seres humanos. Por ejemplo, para Kinsey, que era biólogo, la eyaculación rápida no debía considerarse un problema sino como una ventaja (Belloch y cols, 1995).

4.3. Tratamiento de las disfunciones sexuales.

En el pasado, las disfunciones sexuales eran consideradas manifestaciones de graves trastornos psicopatológicos y tenían un mal pronóstico. Se pensaba que resistían a toda manipulación y que solo un tratamiento largo y costoso, basado en los modelos psicoanalíticos, podía resolver el problema (Kaplan, 1996).

Hasta 1970 el tratamiento más habitual de las disfunciones sexuales era la psicoterapia individual. La teoría psicoanalítica mantiene que las disfunciones sexuales son producto de conflictos tempranos en el desarrollo y se las trata como parte de una alteración emocional más amplia. El tratamiento se centra en la exploración de los conflictos inconscientes, la motivación, las fantasías, y las distintas dificultades interpersonales. El supuesto principal es que la eliminación de los conflictos inconscientes permite una reestructuración del impulso sexual que resulte aceptable para el yo, de manera que el paciente consiga encontrar medios de satisfacción adecuados en el ambiente. Sin embargo los síntomas de las disfunciones sexuales persisten aun después de haber resuelto otros conflictos del paciente, por lo cual para resolver el problema sexual suele ser necesario aplicar técnicas conductuales complementarias (Kaplan y Sadock, 1995).

Los tratamientos de las disfunciones sexuales con las denominadas terapias sexuales son de reciente difusión. El punto de partida de estas terapias ha sido la obra de Masters y Johnson aparecida en 1970 y traducida al español en 1976 con el título de *Incompatibilidad Sexual Humana* (Kaplan y Sadock, 1995). Estos autores propusieron un programa de intervención de corta duración (2-3 semanas) dirigido a ambos miembros de la pareja y centrado en el tratamiento del problema sexual (Belloch y cols, 1995; Masters y Johnson, 1970).

La terapia sexual difiere de los tratamientos tradicionales en dos aspectos esenciales. Sus objetivos se limitan al alivio de la disfunción sexual del paciente, y se distingue por el uso de tareas sexuales y comunicativas a las que se consideran como parte integral del tratamiento (Kaplan, 1996).

La terapia sexual en pareja tiene como fundamento teórico el concepto de unidad conyugal o díada como objeto de terapia. El concepto básico es que cuando en una relación hay uno de los miembros que sufre disfunciones, el estrés que produce la situación afecta a ambos, por lo tanto, el tratamiento debe centrarse en la pareja. El elemento esencial del tratamiento son las me-

sas redondas donde un equipo terapéutico mixto clarifica, comenta y trabaja sobre los problemas de la pareja. Los terapeutas tienen carácter formativo en los aspectos psicológicos y fisiológicos del funcionamiento sexual, y sugieren actividades sexuales concretas. El tratamiento es a corto plazo y tiene una orientación conductual. El terapeuta refleja la situación que ve en lugar de interpretar las dinámicas inconscientes. La visión objetiva del terapeuta de la relación suele corregir la visión distorsionada de cada uno de los miembros de la pareja rompiendo el círculo vicioso y mejorando la comunicación. La inadecuación sexual suele asociarse a la falta de información, mala información, y miedo a la ejecución, por lo tanto se prohíbe a la pareja cualquier juego sexual distinto a los propuestos por los terapeutas (Kaplan y Sadock, 1995).

Al momento de abordar la evaluación y tratamiento de cualquier disfunción sexual es necesario tener en cuenta los siguientes principios básicos (Labrador y Roa, 1998; Belloch y cols, 1995):

- I. El desarrollo y mantenimiento de una disfunción sexual es un problema que afecta a una pareja y la forma que ésta tiene de comportarse es la responsable de dicha disfunción. Por lo tanto el objetivo debe ser modificar las conductas sexuales de ambos.
- II. Antes de cualquier desarrollo de intervención es necesario dar una educación sexual adecuada a ambos miembros de la pareja.
- III. En la mayor parte de los casos es necesario disminuir la ansiedad asociada a la relación sexual o las actividades sexuales en general. Para lograrlo la mejor forma es enseñar a las personas técnicas y habilidades, por ejemplo técnicas de relajación, técnicas de exposición o inoculación del estrés.
- IV. El aumento de la comunicación y la mejora en las relaciones generales de la pareja es determinante para conseguir resultados positivos.
- V. Los tratamientos deben incluir una parte práctica de entrenamiento en cómo desarrollar las nuevas conductas sexuales y de entrena-

miento en conductas más sociales, por ejemplo como comunicar interés o afecto.

Aunque los diferentes programas de tratamiento pueden aportar técnicas y procedimientos muy distintos entre sí, prácticamente en todos ellos pueden encontrarse como componentes básicos la "educación sexual", la "focalización sensorial", la "preparación del ambiente", y el "entrenamiento en comunicación"(Labrador y Roa, 1998).

La mayoría de las terapias sexuales suelen estructurarse alrededor de cuatro fases fundamentales (Labrador y Roa, 1998; Belloch y cols, 1995):

Fase I: "Evaluación y diagnóstico de la disfunción". Esta fase implica el uso de distintos instrumentos y técnicas para identificar el problema y las posibles causas o determinantes de su aparición y mantenimiento, incluyendo la identificación de conductas sexuales adecuadas, así como el establecimiento de los objetivos de la intervención.

Fase II: "Información y educación". Se trata de facilitar la adquisición de una adecuada formación e información sobre la sexualidad. Discutir ideas erróneas, ofrecer informaciones precisas, o modificar creencias y actitudes, son algunas tareas a abordar en esta fase.

Fase III: "Tratamiento específico". En esta fase se incluye la aplicación de técnicas y procedimientos específicamente orientados a la consecución de objetivos estrictamente sexuales como, por ejemplo, nuevas formas de aproximación, uso de fantasías, reducción de la ansiedad ante la interacción sexual, o el control de respuestas específicas como el espasmo vaginal o el reflejo eyaculatorio. Para ello la focalización sensorial constituye el eje central de la terapia sexual, siendo aplicable a la totalidad de los casos. Su objetivo es conseguir que ambos miembros de la pareja identifiquen y tomen conciencia de sus propias sensaciones corporales, tanto sensuales como genitales. También implica en muchos casos el trabajo sobre objetivos no estricta-

mente sexuales, pero sí relacionados con el funcionamiento de la pareja, tales como la mejora de la comunicación o el incremento de la intimidad.

Fase IV. "Valoración y seguimiento". Una vez finalizada la intervención terapéutica se trata de evaluar los resultados, establecer procedimientos para facilitar su mantenimiento, e indicar formas de prevenir posibles reapariciones del problema.

4.4. Tratamiento de la eyaculación precoz.

Históricamente los tratamientos para la eyaculación precoz incluyeron terapia psicoanalítica, terapia de la conducta, hipnosis, medicamentos, reeducación y terapia de apoyo, y programas de reentrenamiento (Shenassa y Hellstrom, 2001).

Los tratamientos conductuales y cognitivos conductuales para reducir la ansiedad sexual y mejorar los patrones de comunicación son claramente eficaces en los trastornos sexuales (Castro Solano, 2003). Hay diferentes tratamientos propuestos para la eyaculación precoz, aunque todos siguen los lineamientos básicos de la terapia sexual (Kaplan, 1996). Todos incluyen terapia conductual y programas de reentrenamiento; también medicamentos, principalmente antidepresivos del grupo de los IRSS (Shenassa y Hellstrom, 2001). El tratamiento de la eyaculación precoz requiere de un abordaje interdisciplinario (Mrdjenovich y Cols., 2004).

Ante la dificultad de llegar a una definición precisa y la falta de acuerdo en cuanto a su etiología los tratamientos apuntan a atacar todos los factores que intervienen en la disfunción (Grenier y Byers, 1995). Para ello se incluyen técnicas de relajación para disminuir la ansiedad, técnicas de focalización sensorial, técnicas de parada y arranque, y medicamentos. Los tratamientos eficaces incluyen técnicas conductuales, counseling, técnicas de estimulación sexual, y terapia farmacológica (Samraj y cols., 2005). Por ejemplo se puede utilizar farmacoterapia con sertralina o fluoxetina para retrasar la eya-

culación y disminuyen la ansiedad, acompañada de un tratamiento cognitivo conductual utilizando técnicas de visualización y relajamiento (Mrdjenovich y Cols., 2004).

El punto central de todos los tratamientos es llevar al paciente al control conciente del reflejo eyaculatorio. Esto implica la capacidad de percibir la inminencia del clímax con la suficiente antelación como para, mediante la interrupción o aminoración del estímulo, retardarlo (Kusnetzoff, 2004). Para ello se realizan tareas que llevan al paciente a concentrarse en sus sensaciones corporales, principalmente aquellas que rodean al orgasmo (Kaplan, 1996). Además los tratamientos apuntan a disminuir la ansiedad, mejorar el estado anímico, incrementar la autoestima y confianza, a la concientización de las sensaciones, al aprendizaje y dominio de las respuestas del cuerpo (Kusnetzoff, 2004).

La medicación en el tratamiento se dirige a disminuir la ansiedad y a regular el funcionamiento de los neurotransmisores que intervienen en el reflejo eyaculatorio (Kusnetzoff, 2004). Los antidepresivos del grupo de los IRSS son los más utilizados (Kaplan y Sadock, 1995; Kusnetzoff, 2004; Gindin y Huguet, 1993; Samraj y cols., 2005; Labrador y Roa, 1998; Masson, 1995; Mrdjenovich y Cols., 2004). Los antidepresivos tricíclicos y tetracíclicos tienen efectos anticolinérgicos que retrasan la eyaculación (Kaplan y Sadock, 1995). La sertralina y la fluoxetina son los más utilizados, y las dosis recomendables para un adulto normal son de 70-80 mg diarios para la fluoxetina y de 50 a 200 mg diarios para la sertralina (Labrador y Roa, 1998; Mrdjenovich y Cols., 2004; Samraj y cols., 2005). Estos medicamentos mejoran el estado de ánimo y disminuyen la ansiedad; y tienen como efecto secundario retrasar la eyaculación. Tienen como meta en sí ayudar a modificar el círculo ansiedad/trastorno eyaculatorio/mayor ansiedad (Kusnetzoff, 2004).

Labrador y Roa (1998) proponen dos tratamientos basados en distintos autores. El primero basado en Masters y Johnson consiste en un programa general de intervención para las disfunciones sexuales seguido de un programa específico para la eyaculación precoz.

El programa general de tratamiento supone un cambio fundamental en la forma de vida del sujeto, por lo debe llevarse a cabo en un período de tiempo en el que los pacientes estén relativamente libres de ocupaciones o responsabilidades, y puedan dedicarse de manera intensiva, en régimen residencial, a la solución de sus problemas de interacción sexual. El programa se estructura en tres bloques: a) evaluación y diagnóstico; b) focalización sensorial; y c) programas específicos.

1. Evaluación y diagnóstico

Esta parte inicial, que abarca los tres primeros días, se centra en la evaluación del problema. Se lleva a cabo un examen exhaustivo por medio de entrevistas individuales, de forma cruzada, entre cada miembro de la pareja con el terapeuta de igual y distinto sexo, así como una exploración médica. Hay que tener en cuenta que la evaluación no se centra sólo en los aspectos de la vida sexual más directamente relacionados con su problema, sino que trata establecer un marco más general, que abarca el sistema de vida o las creencias y valores del cliente, en el que se encuadren los aspectos más específicos de la vida sexual. Finalizada la etapa de evaluación, se concluye con una sesión en común de ambas parejas (terapeutas y pacientes), donde se analizan y discuten los resultados del diagnóstico y las directrices terapéuticas de cara a la intervención.

Durante esta primera fase también se habrán desarrollado los diversos aspectos educativos y formativos necesarios, de acuerdo con las características de los clientes. Asimismo, se indica a la pareja que no lleven a cabo ninguna relación sexual que no haya sido autorizada por los terapeutas, en especial, que no intenten realizar el coito hasta que se les indique. El objetivo de esta prohibición es romper con la ansiedad que podía estar provocando la presión de rendimiento, el "tener que cumplir", o el intentar realizar actividades sexuales que les resultan desagradables o para las que aún no están preparados.

2. Focalización sensorial

Los objetivos fundamentales de esta fase se centran en conseguir: a) el conocimiento y localización precisa de las zonas corporales del compañero, cuya estimulación le resulta más agradable, así como la forma de llevarla a cabo; y b) el aumento en la comunicación de la pareja, para que puedan expresarse más fácilmente aspectos tales como ternura, afecto o deseo.

Se indica a la pareja que escojan dos momentos del día en los que, estando tranquilos y relajados, sin agobios ni prisas, evitando toda tensión y preocupación, se dediquen a acariciarse. Se les instruye que en esos momentos, estando solos y habiéndose desnudado completamente, se dediquen por turno, uno cada vez, a "recorrer, palpar y acariciar" al otro, utilizando para ello los conocimientos que han adquirido sobre anatomía y fisiología de la respuesta sexual, y atendiendo a las preferencias específicas que ha señalado su pareja en la fase anterior. El objetivo aquí no es excitar o excitarse sexualmente, sino reconocer el cuerpo de la otra persona y establecer sensaciones táctiles agradables para el que las realiza y para su pareja. Por ello se les indica explícitamente que no deben tocar las zonas genitales y los pechos de la mujer. Es una focalización sensorial o sensual, pero no genital o sexual. Si estos ejercicios se realizan adecuadamente, al cabo de un par de días se progresa a la segunda fase de la focalización sensorial, en la que las caricias ya también abarcan a las zonas genitales y pechos de la mujer, aunque se señala a la pareja que no deben centrarse exclusivamente en esas zonas. Al igual que en la fase anterior, el objetivo no es aquí el conseguir una respuesta sexual determinada, sino reconocer e identificar el cuerpo del compañero y las formas de estimulación más agradables para ambos miembros de la pareja, así como favorecer la comunicación e intimidad. Es posible, no obstante, que en muchos casos esta segunda fase favorezca la aparición espontánea de algunas respuestas sexuales, que no habían aparecido hasta entonces, como la erección o la lubricación vaginal.

3. Programa específico.

Una vez alcanzados los objetivos de la focalización sensorial puede pasarse a la aplicación de estrategias y técnicas más específicas para el tratamiento de la eyaculación precoz. La mujer deberá estimular manualmente el pene hasta que el hombre, descansando sobre su espalda y con la pelvis entre las piernas de la mujer, consiga una erección completa. La estimulación debe continuar hasta que el hombre informe de la mínima sensación premonitoria de eyaculación. En este momento la mujer aplica la denominada "técnica de compresión", consistente en ejercer una presión moderada sobre el pene. Para ello, el pulgar de la mujer se apoya en el frenillo, localizado en la cara inferior (ventral) del pene circunciso, y los dedos índice y medio se colocan en la cara superior (dorsal) del mismo. Se presiona moderadamente durante 3 ó 4 segundos mediante la compresión conjunta del pulgar y los dedos índice y medio. La respuesta en el hombre a la aplicación de esta técnica será la pérdida inmediata de la urgencia de eyacular. También disminuirá su erección entre un 10 y un 30%. La mujer permitirá un intervalo de 15 a 30 segundos después de liberar la presión ejercida para luego volver a estimular activamente el pene (Masters y Johnson, 1970). Alternando períodos de descanso y presión es fácil conseguir que transcurra un lapso de tiempo superior a los 20 minutos, durante el cual el hombre puede mantener su erección sin eyacular. Posteriormente la mujer, colocada en posición superior, introducirá el pene en erección en su vagina. Cuando el hombre perciba un alto grado de excitación que amenace con escapar a su control y producir la eyaculación, lo indicará a la mujer, que retirará el pene y volverá a aplicar la técnica de compresión. Progresivamente, a medida que el hombre vaya adquiriendo un mayor control sobre su eyaculación, la mujer comenzará a moverse cuando se introduzca el pene en la vagina, hasta llegar a la penetración con movimiento por parte de ambos. De esta forma el hombre conseguirá aumentar el tiempo entre la erección y la eyaculación, primero extravaginalmente y después durante la penetración, de manera que pueda obtener lapsos temporales suficientes que permitan a su pareja conseguir el orgasmo. Masters y Johnson señalan que no es difícil conseguir períodos de hasta 15 ó 20 minutos de erección sin eyaculación durante el coito.

El programa de Masters y Johnson presenta algunas limitaciones importantes que es necesario considerar. Así, el programa no abarca todas las posibles disfunciones sexuales; exige el tratamiento con una pareja; supone un alto costo económico; y exige la ruptura con el ritmo de vida y actividad habitual del sujeto, lo que puede dificultar la generalización del éxito obtenido al ambiente natural de los pacientes (Labrador y Roa, 1998).

El programa propuesto por Hawton (1988) se basa en los siguientes principios generales: a) proporcionar un enfoque estructurado que permita a la pareja reconstruir gradualmente sus relaciones sexuales; b) ayudar a la pareja y al clínico a identificar los factores que mantienen la disfunción sexual; y c) proveer a la pareja de técnicas específicas para tratar su problema particular.

Este programa consta de un procedimiento básico y de una serie de procedimientos específicos para las distintas disfunciones. El procedimiento básico, aplicable a la mayoría de las parejas, consiste en la programación de ejercicios a realizar en casa. La frecuencia de sesiones con el clínico es de 1 sesión semanal de una hora de duración, en la que se analizan los avances obtenidos así como las dificultades que hayan podido aparecer indicando, en su caso, la realización de nuevas tareas sexuales. Esta parte del procedimiento es común a todas las parejas, salvo cuando existen problemas iniciales muy específicos y más individualizados, como fobia sexual o una mala relación interpersonal. El procedimiento básico incluye las siguientes 4 fases:

Fase 1. Focalización sensorial no genital

De forma similar al procedimiento de Masters y Johnson, en esta fase se indica la restricción de la estimulación únicamente a zonas no genitales. Uno de los miembros de la pareja, generalmente el que presente mayores dificultades para tomar la iniciativa en los contactos sexuales, deberá invitar explícitamente al otro a realizar los ejercicios en casa. Posteriormente, se establecerá un patrón alternante de invitaciones. La tarea de focalización sensorial debe llevarse a cabo un mínimo de 3 veces por semana para progresar de forma adecuada. Los requisitos básicos para llevar a cabo la tarea son: acari-

ciarse en el momento y lugar deseado, con tal de que reúna las condiciones mínimas de tranquilidad e intimidad, e insistiendo en que la tarea no se lleve a cabo sólo en el dormitorio; explorar con el tacto el cuerpo del otro, atendiendo a las caricias que resultan más gratas y placenteras para ambos, mejorando así la proximidad y confianza de la pareja; y permitir la masturbación en solitario, si aparece un elevado nivel de excitación y la persona lo desea.

Las sesiones clínicas consistirán en la revisión de los ejercicios indicados para realizar en casa en la sesión anterior, así como de las reacciones positivas y negativas que hayan podido provocar en la pareja. Si ambos han conseguido disfrutar de varias sesiones de focalización se pasará a la aplicación de la siguiente fase; en caso contrario, se analizarán los posibles errores y se programará nuevamente la tarea para los próximos días.

Fase 2. Focalización sensorial genital.

En esta fase los ejercicios son similares a los de la fase anterior, pero ampliando las áreas del cuerpo que pueden acariciarse a las zonas genitales. Además es importante resaltar en esta fase la utilización de una "posición no demandante", como por ejemplo, la mujer sentada de espaldas entre las piernas del hombre, en los momentos en los que el hombre sea el miembro activo de la pareja; alternar varias veces las zonas del cuerpo que se acarician, incluyendo tanto las genitales como el resto del cuerpo; prestar especial atención al placer del otro; e incluir al final de cada sesión un patrón de caricias simultáneas por ambos miembros de la pareja. Las sesiones clínicas correspondientes a esta fase seguirán el mismo procedimiento que en la fase anterior.

Fase 3. Contención Vaginal

Esta fase se orienta al acercamiento progresivo de ambos miembros de la pareja al coito. Se pretende favorecer una aproximación gradual para facilitar la disminución de la ansiedad que frecuentemente se asocia al coito en

muy diversas disfunciones, como la impotencia, el vaginismo, o la eyaculación precoz. Para ello, deberán seguirse una serie de indicaciones generales. El intento de coito sólo deberá realizarse si la pareja ha alcanzado un nivel suficiente de excitación sexual mediante los ejercicios aprendidos en las fases anteriores. En los primeros intentos, se aconseja la posición de la mujer sobre el hombre, o ambos de lado, estando especialmente desaconsejada la postura del hombre sobre la mujer. La mujer debe guiar e introducir el pene del hombre en su vagina. Tras la introducción, ambos miembros de la pareja permanecerán inmóviles, en reposo, atendiendo a sus sensaciones de placer. Si el hombre percibe una disminución de su erección, puede moverse ligeramente. Este ejercicio de penetración-contención deberá realizarse al menos 2-3 veces en cada encuentro sexual. Posteriormente se intentará incrementar la duración de la contención. El objetivo de esta fase no es alcanzar el orgasmo. Si aparece una sensación de orgasmo inevitable por parte del hombre, es mejor que se retire y eyacule extravaginalmente.

Fase 4. Contención vaginal con movimiento

Como fase final del procedimiento básico, se pretende la penetración con movimiento y el logro del orgasmo por parte de ambos miembros de la pareja. Algunas indicaciones generales son:

- * Inicio del movimiento por parte de la mujer; después alternancia de movimientos en ambos.
- * El movimiento inicial deberá ser muy lento, para pasar progresivamente a ser más vigoroso, con el objetivo de intentar reestablecer el coito.
- * Indicar posiciones de coito específicas, según tipo de trastorno y objetivos a lograr.
- * Asimismo, debe establecerse, si procede, alguna fuente de estimulación adicional, por ejemplo, la estimulación manual del clítoris durante el coito.

Por último debe señalarse la necesidad de llevar a cabo la intervención terapéutica dentro de un marco de estrecha colaboración interdisciplinaria con otros profesionales de la salud, más específicamente, con médicos especia-

listas en urología, endocrinólogos y psiquiatras. Tal colaboración no sólo resulta indispensable a la hora de descartar posibles causas orgánicas o físicas como origen de la disfunción, sino que se extiende también al tratamiento, durante cuya aplicación no es infrecuente encontrar nueva información de carácter biológico relevante al caso; o bien, la aplicación de medicación externa para otros trastornos que puede incidir en la respuesta sexual; o, incluso, la necesidad de fármacos específicos de ayuda al tratamiento sexual (Labrador y Roa, 1998).

5. Descripción y análisis del caso.

F es un hombre joven de 23 años, con secundario completo, que en la actualidad trabaja en el taller mecánico del padre. Al momento de la consulta se encuentra soltero y de novio hace cuatro años. Se presenta con mucho padecimiento debido al problema que acarrea. Le cuesta bastante hablar del tema, por tal motivo en un principio no acepta la presencia de un coterapeuta. Sin embargo, se muestra dispuesto a hacer lo necesario para solucionar su problema.

Consulta por problemas de eyaculación precoz. Manifiesta que siempre le pasa lo mismo desde los 16 años. Esto le pasó con todas las personas que estuvo. Tarda aproximadamente 1 minuto en eyacular. Indica que este comportamiento esta fuera de su control, no lo puede evitar bajo ninguna circunstancia. También manifiesta que esto le produce un gran padecimiento, que así no aguanta más; que evita tener relaciones sexuales con su actual pareja todas las veces que puede, y que evita tener relaciones sexuales con otras personas por miedo a que le suceda lo mismo.

Su primera relación sexual fue a los 16 años con una prostituta. No tiene un buen recuerdo de la relación, eyaculó rápidamente y se sentía muy nervioso. Con las 5 personas con las que estuvo siempre eyaculó rápidamente e involuntariamente.

Le da mucha vergüenza hablar de su problemática, se lo pudo comentar al padre quien lo envía a la institución. Se describe como ansioso, le cuesta concentrarse y se distrae fácilmente. Hace poco chocó contra un camión de frente porque se distrajo.

Estos datos parecen importantes para el diagnóstico. La eyaculación precoz es difícil de definir en relación al tiempo de eyaculación. Según Grenier y Byers (1995), y Samraj y cols. (2005) resulta imposible saber cual es el criterio correcto en cuanto a tiempo o número de bombeos para determinar la disfunción. Sin embargo la eyaculación precoz consiste en la aparición de

un orgasmo y eyaculación en respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco tiempo después de la penetración y antes de que la persona lo desee (Masson, 1995). El hecho de que F. diga que eyacula 1 minuto después de la penetración y de forma involuntaria hace suponer que nos encontramos ante un caso de eyaculación precoz.

Presenta un patrón de conducta rígido, “siempre le pasa lo mismo desde los 16 años y con las 5 parejas que tuvo” y se presenta con un gran padecimiento en cuanto a esta problemática. De acuerdo a Belloch y cols (1995) puede definirse como un trastorno sexual aquella conducta repetitiva que en la experiencia subjetiva dé malestar al sujeto o a otras personas en relación con algún aspecto de la actividad sexual propia. F. presenta la misma conducta sexual en cuanto al tiempo de eyaculación desde los 16 años y ésta conducta le trae padecimiento, por lo tanto F. se presenta con un trastorno sexual.

Las principales cuestiones que deben tenerse en cuenta para el diagnóstico de la eyaculación precoz son el tiempo de eyaculación, si el paciente siente tener control sobre la eyaculación, y si el tiempo de eyaculación causa padecimiento al paciente o a su compañera. (Samraj y cols., 2005). F. no tiene control sobre la eyaculación, el tiempo que tarda en eyacular le produce un gran padecimiento, y ésto le pasó con diferentes parejas desde siempre. Según Masson (1995) algunos de los factores a tener en cuenta para establecer la disfunción son la experiencia del individuo, la frecuencia y la cronicidad del síntoma, el malestar subjetivo y el efecto sobre otras áreas de actividad. Según nos comenta F. le produce una gran ansiedad enfrentar el acto sexual, aun con su actual pareja, por tal motivo estuvo tratando de evadir los encuentros sexuales.

Por otra parte es importante tener en cuenta que F. se describe como ansioso, y se distrae fácilmente. Según Kaplan (1996) la ansiedad ante la ejecución del acto sexual suele ser uno de los factores preponderantes de las disfunciones sexuales, y según Belloch y cols (1995) la ansiedad asociada a las relaciones sexuales es uno de los factores que suelen estar presentes en la

mayor parte de las disfunciones sexuales. Además uno de los dos factores que está presentes en la mayoría de los casos de eyaculación precoz, es la ansiedad (Gindin y Huguet, 1993). Por lo tanto hay que tener en cuenta cómo afecta la ansiedad en F. al acto sexual.

Otro de los factores que está presentes en la mayoría de los casos de eyaculación precoz, es un mal aprendizaje (Gindin y Huguet, 1993). Según Kaplan y Sadock, (1995) los varones cuyos primeros contactos sexuales se produjeron con prostitutas que les exigían rapidez en el coito o cuando los contactos sexuales se produjeron en situaciones donde podían ser descubiertos, pueden estar condicionados para alcanzar el orgasmo rápidamente. Una vez que se aprendió un reflejo eyaculatorio rápido, y dado que este es automático, es difícil conseguir controlarlo de forma voluntaria. Tanto para el diagnóstico como para el tratamiento es importante tener en cuenta que F. manifiesta que su primera relación sexual fue a los 16 años con una prostituta, no tiene un buen recuerdo de la relación, eyaculó rápidamente y se sentía muy nervioso; y que con las 5 personas con las que estuvo hasta la fecha siempre eyaculó rápidamente e involuntariamente. Es frecuente que la eyaculación precoz sea una conducta aprendida por el hombre al llevar a cabo interacciones sexuales, coitales o masturbatorias, en situaciones de alta ansiedad, o con urgencia de tiempo (Belloch y cols, 1995). Así parece describir F. su primera relación.

En la institución se le toma una entrevista estructurada de donde se obtienen la mayoría de los datos. Del examen semiológico se desprende que F se presenta con una actitud ansiosa, conciencia de la situación y de su trastorno, orientación autopsíquica y alopsíquica normal. En cuanto a la atención voluntaria le cuesta concentrarse y se distrae fácilmente. Se presenta con lenguaje, memoria, sueño, juicio normal, aunque su pensamiento es acelerado.

El tratamiento de F consiste en una etapa de diagnóstico y otra de tratamiento. Está previsto después del alta realizar una etapa de seguimiento.

Para la etapa de diagnóstico se le toma una entrevista estructurada, una entrevista semiestructurada, el MMPI 2, y la escala Hamilton de Ansiedad. También se hace una interconsulta con un médico clínico para descartar algún problema biológico que pudiera estar produciendo el síntoma. El diagnóstico final es el de un trastorno de eyaculación precoz. Aunque el paciente presenta rasgos importantes de ansiedad no llega a conformar un trastorno.

Parece acertada la actuación de los profesionales en esta etapa. Dado que la eyaculación precoz rara vez es producida por trastornos físicos, pero puede ocurrir, la interconsulta con el médico clínico es necesaria. Hay que tener en cuenta que la evaluación de cualquier disfunción sexual debe considerar la información proveniente de cuatro áreas fundamentales: orgánica, psicológica, sexual y de pareja (Labrador y Roa, 1998). Parece que fueron correctos los test suministrados, en especial aquellos que apuntaron descartar un trastorno de ansiedad generalizado, dado que el paciente presentaba signos de ansiedad.

Al momento de la consulta había intentado un tratamiento anterior con una psicóloga, del cual no había obtenido ningún resultado. También había consultado un médico clínico quien le había dado antidepresivos por un mes sin obtener resultados. Comenta que intentó no pensar en el tema durante las relaciones sexuales y concentrarse en otra cosa, lo cual no le dió resultado.

Parece importante destacar que F. había intentado algunas soluciones anteriores. Intentó tratamiento psicológico y farmacológico por separado sin resultados. Según Gindin y Huguet (1993), y Labrador y Roa (1998) las disfunciones sexuales suponen problemas complejos por lo tanto para su tratamiento deben considerarse múltiples factores. De acuerdo al modelo bio-psico-social se reconoce a la eyaculación precoz como un fenómeno complejo con influencia de factores biológicos, psicológicos, y sociales actuando simultáneamente (Mrdjenovich y Cols., 2004). Además hay que tener en cuenta que si bien la causa de la eyaculación precoz es desconocida, es muy probable que sea una combinación de factores biológicos y psicológicos (Samraj y cols., 2005; Mrdjenovich y Cols., 2004). Y según Grenier y Byers

(1995) los tratamientos deben apuntar a atacar todos los diferentes factores que intervienen en la disfunción. En los tratamientos que F. intentó anteriormente no se trabajó de manera interdisciplinaria y según Mrdjenovich y Cols (2004) el tratamiento de la eyaculación precoz requiere de un abordaje interdisciplinario. Por tal motivo no sorprende la falta de resultados de los anteriores tratamientos. El trabajo interdisciplinario planteado por los profesionales de la institución parece acertado, y la pronta mejoría del paciente ayuda a entender la importancia del trabajo interdisciplinario en este tipo de patologías.

Otra solución intentada por F. fue la de concentrarse en otra cosa, algo que según nos relata no le dio resultados. La adopción del rol de espectador suele estar presente en la mayor parte de las disfunciones sexuales, y dicho rol durante el acto sexual favorece el mantenimiento de la disfunción (Belloch y cols, 1995). Intentar distraerse del acto sexual dificulta el control eyaculatorio y por lo tanto lleva a agravar el cuadro. Además según Gindin y Huguet (1993) la incapacidad de percibir las sensaciones corporales es una de las principales causas de la eyaculación precoz.

De acuerdo al diagnóstico se le indica psicoterapia individual una vez por semana y tratamiento farmacológico con control psiquiátrico una vez por mes. Se intenta en varias oportunidades que la novia viniera a la terapia pero ésta nunca accede.

Para el tratamiento de la eyaculación precoz es necesario llevar a cabo la intervención terapéutica dentro de un marco de colaboración interdisciplinaria con otros profesionales de la salud, más específicamente, con médicos especialistas y psiquiatras (Labrador y Roa, 1998). Todos los tratamientos deben incluir terapia conductual, incluyendo programas de reentrenamiento; y medicamentos, principalmente antidepresivos del grupo de los IRSS (Shenassa y Hellstrom, 2001). Según Grenier y Byers (1995) los tratamientos de la eyaculación precoz deben apuntar a atacar todos los factores que intervienen en la disfunción. Los tratamientos deben incluir técnicas de relajación para disminuir la ansiedad, técnicas de focalización sensorial, técnicas de parada

y arranque, y medicamentos. Parece por lo tanto que la decisión de incluir la intervención psiquiátrica dentro del tratamiento fue fundamental para la mejoría del paciente.

El tratamiento farmacológico consistió en la administración de sertralina. La dosis comenzó con 25 mg/d y fue aumentando paulatinamente hasta llegar a los 150 mg/d.

La medicación en el tratamiento se dirige a disminuir la ansiedad y a regular el funcionamiento de los neurotransmisores que intervienen en el reflejo eyaculatorio (Kusnetzoff, 2004). Para F. la posibilidad de bajar la ansiedad, principalmente aquella dirigida a las relaciones sexuales es vital para el éxito del tratamiento. Según Labrador y Roa (1998), Mrdjenovich y Cols. (2004), y Samraj y cols. (2005) la fluoxetina y la sertralina son los medicamentos más utilizados para el tratamiento de la eyaculación precoz; y las dosis recomendables para un adulto normal son de 70-80 mg diarios de fluoxetina y 50 a 200 mg diarios de sertralina.

Parece acertada la elección de la medicación. Dado que F. dió por finalizado el tratamiento psicológico continuando con el tratamiento farmacológico se presenta la duda en cuanto al éxito final del tratamiento cuando se suprima la medicación.

El intento de incluir a la pareja en el tratamiento también parece acertado. Según Labrador y Roa (1998), y Belloch y cols. (1995), el desarrollo y mantenimiento de una disfunción sexual es un problema que afecta a la pareja y la forma que ésta tiene de comportarse es la responsable de dicha disfunción. Por lo tanto el objetivo debe ser modificar las conductas sexuales de ambos.

La terapia psicológica de F. se centra en la educación sexual, técnicas conductuales de relajación, técnicas cognitivas para modificar algunos pensamientos automáticos que fortalecen el síntoma, y las específicas técnicas conductuales de parada y arranque de la terapia sexual para que aprenda a reconocer las señales pre-eyaculatorias.

El punto central de todos los tratamientos es llevar al paciente al control conciente del reflejo eyaculatorio. Para ello hay que lograr que el paciente pueda percibir la inminencia del clímax con la suficiente antelación como para, mediante la interrupción o aminoración del estímulo, retardarlo (Kusnetzoff, 2004). Para lograr el control eyaculatorio se realizan tareas que llevan al paciente a concentrarse en sus sensaciones corporales, principalmente aquellas que rodean al orgasmo (Kaplan, 1996). Por tal motivo parece que las técnicas conductuales y las técnicas específicas de la terapia sexual que apuntan a que F. aprenda a reconocer las señales pre-eyaculatorias fueron importantes en la mejoría del paciente.

Las técnicas conductuales de relajación sin duda fueron importantes para disminuir la ansiedad, y las técnicas cognitivas para modificar algunos pensamientos automáticos que fortalecen el síntoma sirvieron para contrarrestar el efecto anticipatorio de pensamientos negativos en cuanto al resultado del acto sexual. Según Kaplan (1996) las respuestas sexuales son afectadas por el efecto anticipatorio de conductas aprendidas; y la ansiedad ante la ejecución del acto sexual y las inhibiciones aprendidas de la respuesta sexual suelen ser los factores preponderantes de las disfunciones sexuales. Y según Labrador y Roa (1998), y Belloch y cols. (1995) en el tratamiento de las disfunciones sexuales es necesario disminuir la ansiedad asociada a la relación sexual o las actividades sexuales en general. Según estos autores para lograrlo la mejor forma es enseñar a las personas técnicas y habilidades, por ejemplo técnicas de relajación, técnicas de exposición o inoculación del estrés. Además los tratamientos deben apuntar a disminuir la ansiedad, a la concientización de las sensaciones; y al aprendizaje y dominio de las respuestas del cuerpo (Kusnetzoff, 2004). Por lo tanto parece que fue muy importante el periodo del tratamiento dedicado a la educación sexual. Según Labrador y Roa (1998), y Belloch y cols. (1995) antes de cualquier desarrollo de intervención es necesario dar una educación sexual adecuada.

Luego de cuatro meses de tratamiento el paciente pudo relajarse más al momento del acto sexual y controlar su eyaculación. El tratamiento psicoló-

gico lo realizó con poco compromiso. Faltó varias sesiones y muchas veces no realizaba los ejercicios sexuales indicados. Durante las sesiones hablaba poco y parecía distraerse con facilidad. Sí logró centrarse en sus sensaciones corporales para detectar la eyaculación y poder controlarla y cambió las expectativas de logro en relación al acto sexual.

Del tratamiento obtuvo una rápida mejoría en cuanto al motivo de consulta. En un periodo de 4 meses pudo controlar su eyaculación sin problemas. Durante ese periodo se peleó con la novia y le surgieron otras inquietudes en cuanto a su futuro. Se le propuso continuar la terapia pero se negó. En la actualidad tiene entrevistas de seguimiento con el equipo de profesionales y se le bajó la medicación a 100 mg/d de sertralina sin cambios en la respuesta sexual.

6. Conclusiones.

La experiencia en la residencia se vivenció de manera maravillosa. El caso F. acerca al alumno a la profesión, y afianzando su convicción en la posibilidad de ayuda que brinda la psicología. El trabajo que se observó con F. resultó muy satisfactorio, brindando la posibilidad de vivenciar una aproximación a la realidad laboral a la que se aspira como futuro profesional de la salud mental.

En cuanto al caso F. se pudo vivenciar la buena evolución que tuvo el paciente así como también apreciar la importancia de una buena supervisión y del trabajo interdisciplinario. En este sentido parece importante destacar el acierto de los profesionales con el trabajo interdisciplinario, dado que F, había intentado otras soluciones anteriores, incluyendo tratamiento médico por un lado, y terapia por otro, sin ningún resultado. También parece prudente entender que si bien F. tuvo una pronta mejoría el tratamiento psiquiátrico no había finalizado, al término de la residencia. Por tal motivo queda como incógnita el resultado final cuando deje la medicación.

En cuanto a la residencia creemos que es una de las etapas fundamentales de nuestra formación. Poder vivenciar el funcionamiento de una institución clínica, el trabajo interdisciplinario, los ateneos, el trabajo de cada uno de los profesionales, su desempeño, y las cuestiones económicas que atañen a la profesión acerca al alumno a la tarea real y diaria del psicólogo.

Se entiende que los objetivos planteados han sido cumplidos. Se ha podido describir y analizar un caso de eyaculación precoz, y revisar la teoría en relación a dicha patología. Pero lo que se cree más importante es que el cumplir estos objetivos también acerca al alumno a la profesión, brindando la posibilidad de revisar el caso, las teorías sexuales, las teorías de disfunciones sexuales y de eyaculación precoz; y con este aprendizaje dar un poco más de seguridad para la futura profesión.

7. Bibliografía.

American Psychiatric Association DSM IV. (1995); *Manual Diagnóstico y estadístico de los Trastornos Mentales*. Masson S.A.

Belloch, A.; Sandín, B.; Ramos, F. (1995). *Manual de Psicopatología*. Madrid: McGraw. Hill. Volumen 1.

Castro Solano, A. (2003). ¿Son eficaces las psicoterapias?.(Ed.) *Psicodebate* 4 (pp.61-92). Buenos Aires: Universidad de Palermo.

Gindin, R; Huguet, M. (1993). *Eyacuación Precoz, un problema con solución*. Buenos Aires: Paídos.

Grenier, G.; Byers S. (1995). Rapid ejaculation: a review of conceptual, etiological and treatment issues. *Archives of Sexual Behaviour*, 4 (24): 447-473

Kaplan, H. (1996). *La nueva terapia sexual. Tratamiento activo de las disfunciones sexuales*. Buenos Aires: Alianza. Volumen 1 y 2.

Kaplan, H; Sadock, B. (1995). *Tratado de psiquiatría VI sexta edición*. Buenos Aires: Inter.-medica. Volumen 1 y 2.

Kusnetzoff J. (2004). *Toco y me voy, eyacuación precoz, cuando quien corre pierde*. Buenos Aires: Grancia.

Labrador, F; Roa A. (1998). *Disfunciones sexuales*. En Vallejo, M.A. (1998) *Manual de Terapia de Conducta*. Madrid: Dykinson.

Masters W. H., Johnson V.E. (1970). *Human Sexual Inadequacy*. Boston: Little Brown.

Mrdjenovich, A; Bischof, G; Menichello, J. (2004). A biopsychosocial system approach to premature ejaculation. *The Canadian Journal of Human Sexuality*, 13: 45-56

Samraj, G; Kuritzky, L; Seftel, A. (2005). Current and future strategies for premature ejaculation. *Contemporary Urology*, 17 (5): 12-18

Shenassa, B; Hellstrom, W. (2001). Understanding ejaculatory disorders. *Contemporary Urology*, 13 (4): 4-55