



UNIVERSIDAD DE BELGRANO

Las tesis de Belgrano

Facultad de Humanidades
Carrera Licenciatura en Psicología

El Tratamiento Interdisciplinario de la
Eyaculación Precoz

N° 817

Ariel Mielnik

Tutor: Jorge Franco

Departamento de Investigaciones
Fecha defensa de tesina: 8 de julio de 2015

Universidad de Belgrano
Zabala 1837 (C1426DQ6)
Ciudad Autónoma de Buenos Aires - Argentina
Tel.: 011-4788-5400 int. 2533
e-mail: invest@ub.edu.ar
url: <http://www.ub.edu.ar/investigaciones>

Índice

1. Introducción	
1.1. Presentación del tema.....	5
1.2. Justificación.....	5
1.3. Objetivos.....	5
1.3.1. Objetivos generales.....	5
1.3.2. Objetivos específicos.....	5
2. Metodología.....	6
3. Estado del arte.....	7
3.1. Caracterización de la Eyaculación Precoz.....	7
3.2. Prevalencia.....	7
3.3. Comorbilidad y Etiología.....	8
3.4. Modelos explicativos de la eyaculación precoz.....	10
4. Diagnóstico de la Eyaculación Precoz.....	12
5. El tratamiento de la Eyaculación Precoz.....	14
5.1. Tratamiento Farmacológico.....	14
5.1.1. La Dapoxetina y otros inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina.....	14
5.1.2. Antidepresivos tricíclicos.....	16
5.1.3. Antidepresivos duales.....	17
5.1.4. Otros fármacos sistémicos.....	17
5.2. Terapias Tópicas.....	18
5.3. El tratamiento Psicológico de la Eyaculación Precoz.....	18
5.3.1. La Eyaculación Precoz desde una Perspectiva Psicoanalítica.....	18
5.3.2. El abordaje Cognitivo-Conductual del tratamiento de la Eyaculación Precoz.....	20
5.4. El Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad como punto de partida en el Tratamiento de la Eyaculación Precoz.....	22
5.5. Un ejemplo de intervención combinada en el Tratamiento de la Eyaculación Precoz.....	24
6. Conclusión.....	26
Bibliografía.....	28

1. Introducción

1.1. Presentación del Tema

La Eyaculación Precoz es definida como una disfunción sexual caracterizada por la eyaculación que ocurre antes de la penetración o en menos de un minuto después de ésta, así como por la incapacidad para retardar la eyaculación en todas o en casi todas las penetraciones (McMahon et al., 2004). Estos problemas son obviamente causa de frustración, ansiedad y stress, y suelen conducir a nuevas tentativas de relaciones sexuales, con la consecuente perpetuación de un problema que es, en muchos casos, de solución relativamente sencilla.

Las causas de la Eyaculación Precoz pueden ser orgánicas (vasculares, endocrinas, neurológicas, entre otras), psíquicas (traumas, inhibiciones, represiones, etc.) o bien una combinación de ambas (la disfunción orgánica provoca inseguridad, lo que magnifica el problema, por ejemplo).

El presente trabajo pretende abordar la temática de la Eyaculación Precoz desde una perspectiva interdisciplinaria que contemple las causas de este síndrome tanto desde sus implicaciones orgánicas como psíquicas, con la finalidad de realizar un aporte significativo al estudio de sus posibles tratamientos.

1.2. Justificación

La presente tesina se basará en una revisión bibliográfica de los trabajos más actuales relacionados con la Eyaculación Precoz, sus causas y sus tratamientos. Se pondrá un especial énfasis en el abordaje interdisciplinario de esta temática, ya que se considera que uno de los principales problemas en el tratamiento de este síndrome radica en que en demasiadas ocasiones se intenta abordar el tema de manera exclusivamente orgánica o psíquica, cuando su complejidad exige una perspectiva más amplia e integradora.

En el campo de la Psicología, se estudiará principalmente el tratamiento de la Eyaculación Precoz con técnicas cognitivas-conductuales, describiéndolas, analizándolas y caracterizándolas en función de su efectividad, aunque sin descuidar otros enfoques terapéuticos que pudieran ser de utilidad en su intervención.

El interés de este trabajo radicará en su abordaje interdisciplinario, a través de lo cual se pretende que sea de utilidad a todos los profesionales que, desde una disciplina u otra, trabajen en el estudio, prevención y/o tratamiento de esta disfunción sexual que afecta a una creciente población de hombres de los más diversos rangos etarios y clases sociales.

1.3. Objetivos

1.3.1. Objetivo General

Describir, analizar y caracterizar los diferentes abordajes en el tratamiento de la Eyaculación Precoz, con el fin de reconocer los beneficios y limitaciones de cada uno de ellos y realizar un aporte significativo al estudio de los posibles tratamientos interdisciplinarios de esta disfunción sexual.

1.3.2. Objetivos Específicos

- Analizar las diferentes conceptualizaciones de la Eyaculación Precoz desde una perspectiva histórica e interdisciplinaria.
- Analizar la prevalencia, comorbilidad y etiología de la Eyaculación Precoz.
- Describir y caracterizar los diferentes tratamientos de la Eyaculación Precoz y analizar sus resultados de acuerdo a la bibliografía disponible en la materia.

2. Metodología

Para arribar a los objetivos propuestos, se hará un estudio exploratorio sobre los diferentes abordajes en el tratamiento de la Eyaculación Precoz, utilizando elementos de tipo cualitativo para caracterizar cada uno de estos tratamientos en función de posibles intervenciones interdisciplinarias. Según Gil (1999), ese tipo de investigación es realizada, sobre todo, cuando el tema escogido (en este caso el abordaje interdisciplinario de la Eyaculación Precoz) es poco explorado y se hace difícil formular hipótesis precisas y ponerlas en práctica. Este es el caso del presente estudio, dado que la mayoría de los trabajos que tratan este tema provienen de especialidades como la Urología, la Neurología o la Endocrinología, entre otras; o bien desde distintas vertientes de la Psicología, que van desde el Psicoanálisis más ortodoxo a las más recientes técnicas cognitivo-conductuales; siendo escaso el material tratado desde una perspectiva interdisciplinaria.

Así, este trabajo será realizado exclusivamente desde la revisión bibliográfica, método que Cervo y Bervian (1983, p. 55) definen como “...una forma de explicar un problema a partir de referencias teóricas publicadas en documentos”. A partir del análisis de diferentes estudios, esta modalidad de trabajo coloca al investigador en contacto directo con lo que hay escrito sobre determinado tema, lo que le permite hacer su propio análisis y reforzar conceptos. Al establecerse este método de estudio, se pretende acceder a una mayor cantidad de información sobre el asunto tratado, e inclusive realizar un aporte significativo para estudios posteriores (Andrade, 2002).

En relación a lo expuesto, se realizará un relevamiento exhaustivo de la bibliografía publicada en forma de libros, revistas, publicaciones científicas y sitios de Internet relacionada con el tema de estudio; para luego analizar cualitativamente los datos obtenidos acerca de las causas y los tratamientos de la Eyaculación Precoz, dando lugar así a un posterior estudio descriptivo de esta disfunción sexual y de su posible tratamiento interdisciplinario.

3. Estado del Arte

3.1. Caracterización de la Eyaculación Precoz

Si bien desde la óptica del sentido común lo que se entiende por Eyaculación Precoz resulta claro, desde el punto de vista científico aún es algo indefinido, ya que existe una amplia multiplicidad de definiciones.

Algunos autores defienden la tesis de que la Eyaculación Precoz no debería ser considerada una disfunción, toda vez que se encuentra presente de manera natural en muchas especies animales y tiene poco o ningún impacto en la supervivencia y selección de las especies (Piediferro et al., 2004).

Desde una perspectiva histórica, Masters & Johnson (cit. en Carson & Gunn, 2006) definieron la Eyaculación Precoz como la incapacidad de un hombre de retardar la eyaculación el tiempo necesario para que su compañero pueda alcanzar el orgasmo en el 50% de las relaciones sexuales.

Actualmente, la Eyaculación Precoz es definida, en consonancia con el Manual de Diagnóstico y Estadística de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR) como “...un persistente o recurrente inicio del orgasmo y eyaculación con estimulación mínima, antes, durante o inmediatamente después de la penetración y antes de que la persona lo desee” (APA, 2000, p. 552).

Rowland, Cooper & Schneider (2001), por su parte, defienden que el tiempo de latencia eyaculatoria recomendado para el diagnóstico de Eyaculación Precoz varía entre uno y dos minutos; sin embargo, no existe un patrón de tiempo ampliamente consensuado para la latencia eyaculatoria “normal”.

Grenier & Byers (2001) realizaron un estudio en el que buscaban percibir cómo los hombres con Eyaculación Precoz identificaban y definían su condición, y concluyeron que, en las experiencias sexuales de estos individuos, la eyaculación ocurrió más rápido de lo deseado, hubo un bajo grado de percepción de control sobre el suceso de la eyaculación y un elevado nivel de preocupación con el hecho de eyacular rápido.

Una vez que fue considerada una condición esencialmente de naturaleza psicológica, muchos han reconocido y sugerido varios subtipos de Eyaculación Precoz. Por un lado, esta disfunción puede ser Primaria cuando ocurre desde que se inició la vida sexual; o Secundaria (o adquirida) cuando surge después de un período de funcionamiento sexual normal. Por otro lado, dependiendo del contexto en que la disfunción tiene lugar, ésta podrá ser del tipo Generalizado, cuando no se limita a específicos patrones de estimulación, situaciones o compañeros; o Situacional, cuando se limita a tipos de estimulación, situaciones o compañeros concretos (APA, 2000).

Aun así, y con el objeto de indicar los factores etiológicos asociados a la Eyaculación Precoz, ésta puede traer implícitos factores psicológicos, los que pueden ser exclusivamente psicológicos (con un papel relevante en el inicio, gravedad o mantenimiento de la disfunción) o combinados (factores psicológicos que contribuyen al desarrollo de la disfunción) (APA, 2000).

En este sentido, el simple diagnóstico de Eyaculación Precoz, sin ninguna especificación, será insuficiente para orientar al clínico a una línea de gestión adecuada. La categorización de un diagnóstico de Eyaculación Precoz (primaria o secundaria, generalizada o situacional y según factores puramente psicológicos o factores combinados) debe ser buscada a fin de alcanzar eficacia en los resultados clínicos y de investigación que estén relacionadas con el tema (Carson & Gunn, 2006).

3.2. Prevalencia

Masters & Johnson (cit. en Ros et al. 2001) afirman que la Eyaculación Precoz es la disfunción sexual más frecuente en el sexo masculino, creyendo que entre 25 y 40% de los hombres presentan algún grado de esta disfunción.

De las disfunciones sexuales, la Eyaculación Precoz es aquella que se manifiesta en individuos de sexo masculino más jóvenes (Carson & Gunn, 2006), siendo más común en hombres con edades comprendidas entre los 20 y los 40 años (Godínez, 2010).

Aunque los datos sobre la prevalencia de la Eyaculación Precoz en consonancia con la edad sean limitados, existe una creencia generalizada de que la prevalencia de la Eyaculación Precoz disminuye con el aumento de la edad (Althof, 2006).

Datos de pesquisas de 2004 con más de 11.500 hombres en Estados Unidos, Alemania y en Italia mostraron que la prevalencia de la Eyaculación Precoz fue constante en todos los grupos de la franja etaria 18-70 (Althof, 2006).

Catalan et al. (1992), en un estudio realizado en Inglaterra con 37 hombres con una edad media de 37 años, reclutados de una clínica de hemofilia, concluyeron que el 30% de ellos padecía Eyaculación Precoz. También en Inglaterra, Goldmeier et al. (1997) demostraron que el 22% de 106 hombres con edades comprendidas entre los 16 y los 78 años, eyaculaba prematuramente (cit. en Nobre, 2006).

En Francia, en un estudio epidemiológico que involucró a más de 20.000 hombres de entre 18 y 69 años, fue detectada una prevalencia del 41% de Eyaculación Precoz (Béjin et al. 1998).

A pesar de ser considerada la disfunción sexual con mayor prevalencia, es relativamente pequeño el número de pacientes que buscan tratamiento para esta disfunción (Ros et al., 2001).

Carson & Gunn (2006) refieren que la prevalencia de la Eyaculación Precoz no parece variar en consonancia con el estado civil. De los estudios de Laumann et al. (1999, 2005), no surge prevalencia diferenciada entre los hombres con Eyaculación Precoz y el hecho de que estos sean casados, solteros, divorciados o viudos (cit. en Carson & Gunn, 2006). Estos resultados son un poco sorprendentes toda vez que la Eyaculación Precoz es referenciada por diversos autores en relación a la novedad de la experiencia sexual.

Ya en relación al nivel educativo, un estudio desarrollado por Laumann et al. (1999) indica que existe una tendencia significativa a la disminución de la prevalencia de la Eyaculación Precoz en función del nivel de educación de los hombres.

Según Carson & Gunn (2006), existen evidencias que sugieren una asociación negativa entre el nivel de educación y la Eyaculación Precoz, o sea que los hombres con Eyaculación Precoz tienen un menor grado de nivel educativo.

Esta elevada prevalencia de la Eyaculación Precoz en hombres con menor escolaridad puede ser explicada por la suposición razonable de que el estado de salud es, de cierta forma, una función de la propia situación educacional: individuos con mayor escolaridad son susceptibles de tener una mejor calidad de vida, incluyendo mejores estados emocionales y físicos y, por lo tanto, menores probabilidades de padecer de Eyaculación Precoz (Laumann et al., 1999).

3.3. Comorbilidad y Etiología

La Eyaculación Precoz suele estar asociada a una gama de efectos psicológicos negativos, incluyendo ansiedad, depresión y angustia, que pueden estar presentes tanto en el hombre como en su compañera (Rowland et al., 2004). El sufrimiento interpersonal resultante de la Eyaculación Precoz puede afectar la calidad de vida de los hombres, sus relaciones con sus compañeros, su autoestima y autoconfianza. Aun así, Symonds, Roblin & Hart (2003) demostraron que la insatisfacción sexual es mayor en hombres con Eyaculación Precoz que en aquellos que tienen dificultades de erección.

Los hombres con Eyaculación Precoz tienen un importante déficit de satisfacción sexual, representando esto una pérdida en la calidad de vida en general (Dorsey & Hellstrom, 2010).

En un estudio efectuado por Patrick, Althof & Pryor en 2005 (cit. en Hellstrom & Heintz, 2006) con un 88,4% de hombres diagnosticados con Eyaculación Precoz en consonancia con el DSM-IV-TR, 31,3% de ellos manifestaron tener baja o muy baja satisfacción sexual.

En cuanto a la frecuencia con que tiene lugar la actividad sexual, algunos estudios defienden que cuando la Eyaculación Precoz surge tras un funcionamiento sexual adecuado, el resultado es reiteradamente una disminución de esta frecuencia. De la misma forma, la intensa ansiedad de desempeño con la novedad del compañero, así como la pérdida del control de la eyaculación relacionada con la dificultad de alcanzar o mantener la erección, son comportamientos que emergen asociados a esta problemática (APA, 2000).

En lo que concierne a la psicopatología, existen diversos estudios que relacionan a ésta con las disfunciones sexuales. En un estudio de Derogatis & Meyer (1979) fueron encontrados sujetos con disfunciones sexuales que inicialmente presentaban síntomas depresivos, de ansiedad y de hipersensibilidad interpersonal. En 1981, Derogatis, Meyer & King concluyeron que las disfunciones sexuales, tanto en los hombres como en las mujeres, están relacionadas con el stress psicológico (cit. en Costa, 2009).

En consonancia con Porst et al. (2007) y Riley & Riley (2005), la Eyaculación Precoz puede estar asociada a otras disfunciones sexuales. Estos autores consideran importante tener en cuenta la relación de la Eyaculación Precoz con otras disfunciones sexuales, la satisfacción sexual y la autoestima.

Masters & Johnson (1970, cit. en Ros et al., 2001) demostraron que un componente del aprendizaje estaría íntimamente conectado a la Eyaculación Precoz, y también que los hombres se condicionarían a una rápida y fácil eyaculación, estableciendo ese patrón de comportamiento sexual para el resto de la vida. La ansiedad también es apuntada como causa de la Eyaculación Precoz, dado que el condicionamiento no puede ser una hipótesis única para esta disfunción. Kaplan (1990) cree que la ansiedad es el problema básico de la Eyaculación Precoz.

En base al hecho de que la Eyaculación Precoz ha sido asociada en diversas oportunidades a un aumento de la ansiedad, siendo ambas mencionadas como causa o consecuencia, lo más razonable es inferir que se trataría de una combinación de las dos (Symonds et al. 2003). Sin embargo, estos mismos autores quedaron sorprendidos cuando sólo el 36% de los entrevistados con Eyaculación Precoz mencionó un sentimiento de ansiedad relacionado con esta disfunción.

Montorsi (2005) refiere que la ansiedad desempeña un importante papel en la Eyaculación Precoz, habiendo sido descripta por los pacientes diversas veces como coexistente con esta disfunción sexual.

En lo que respecta a la etiología, hay autores que indican la hipersensibilidad a la estimulación del pene como causa principal (Nobre, 2006).

Algunos autores también mencionan la ignorancia relativa a la fisiología de la respuesta sexual, las expectativas de desempeño irrealistas, las débiles aptitudes sexuales, el historial de masturbación y la ansiedad como algunos de los factores psicosociales que están en el origen de la Eyaculación Precoz (Nobre, 2006).

En cuanto a los factores orgánicos, Abarbanel (1978; cit. en Nobre, 2006), sugirió que estos fueran divididos en tres categorías: anatómicos, patológicos e iatrogénicos.

Como ejemplo de factores anatómicos se destacan las malformaciones genitales congénitas que contribuyen al dolor durante la penetración. Los factores patológicos pueden abarcar infecciones urinarias, enfermedades inflamatorias de la pelvis o tumores pélvicos, entre otros. Por otra parte, las intervenciones quirúrgicas de los órganos genitales y reproductivos son ejemplos de factores iatrogénicos.

Los factores de carácter psicosocial más apuntados son las respuestas emocionales de ansiedad y miedo, las creencias basadas en principios religiosos, la baja autoestima e imagen corporal, las historias de abuso sexual y las dificultades de relación interpersonal.

Cómo se ha referido anteriormente, son varias las causas que alteran la respuesta sexual del individuo: factores biológicos, fitopatológicos, bioquímicos y psicológicos. A nivel de la dimensión psicológica, la personalidad y los trastornos a ella asociados influyen el desempeño sexual y el desarrollo de disfunciones. En la Eyaculación Precoz la ansiedad, la inseguridad, el miedo de fracaso, la depresión, el stress, el cansancio y los problemas con la pareja pueden estar asociados a esta disfunción sexual, interfiriendo en el control del reflejo eyaculatorio (Salinas, 2007).

3.4. Modelos explicativos de la Eyaculación Precoz

A lo largo del tiempo, diversos clínicos y terapeutas han notado los efectos negativos de la Eyaculación Precoz en la autoestima de los hombres, en su intimidad, en la dinámica de las relaciones con los compañeros y en otras relaciones.

Los hombres con Eyaculación Precoz muestran consecuencias negativas tales como sentimientos intensos de vergüenza, culpa, preocupación, tensión y miedo al fracaso. Toda vez que la satisfacción de la pareja desempeña en esta disfunción sexual un papel más importante que en las otras disfunciones sexuales masculinas, no es de sorprender que un malestar en la relación sea referenciado como la segunda consecuencia más perjudicial de esta disfunción sexual (Rowland et al., 2007).

Un elevado porcentaje de los casos de Eyaculación Precoz es provocado por dificultades psicológicas temporales, tales como depresión reactiva, timidez sexual, presión por desempeño sexual, problemas profesionales y financieros, problemas anteriores con la erección durante acontecimientos importantes de la vida, etc-.

Semans (1950) y Masters & Johnson (1970) describían la Eyaculación Precoz como un comportamiento aprendido y/o una respuesta condicionada que resultaba de experiencias sexuales iniciales apresuradas y generalmente asociadas a la ansiedad. Los problemas relacionales y otros eventos psicosociales estresantes pueden de igual modo contribuir como una causa posible de la Eyaculación Precoz, por lo que deben ser considerados (cit. en Perelman, 2006).

Autores como Freud (1895), Breuer (1895) y Ferenczi (1908), entre otros, tratan la Eyaculación Precoz como una compleja cuestión que requiere de tratamiento psicológico, colocando como causa, entre otras, la dificultad que estos pacientes demuestran en el contacto con el otro, no sólo sexualmente, sino en todas sus relaciones (cit. en Tamborini, 2005).

Freud defendía que el individuo con Eyaculación Precoz tenía sentimientos sádicos, pero inconscientes, para con las mujeres. El propósito del subconsciente del individuo sería “ensuciar” y privar de placer a la compañera. El origen de este conflicto se encuentra en un determinado punto del desarrollo sexual pre-genital, sobre todo en la fase infantil de erotismo uretral (etapa en la cual el niño quiere y no aprende a controlar el deseo de orinar de forma de agradar a la madre). Esta ambivalencia infantil que no fue superada, se manifiesta en la Eyaculación Precoz, sirviendo a dos propósitos: causar preocupación y decepción en la compañera (cit. en Godínez, 2010).

Distintas corrientes psicoanalíticas defienden que el individuo con Eyaculación Precoz se encuentra en una posición narcisista, dirigiendo su libido hacia su propio cuerpo, no estableciendo relación con el mundo externo y, consecuentemente, manteniendo una carencia de vínculo (Tamborini, 2005).

Para Masters & Johnson (1970; cit. en Marques et al., 2008) las disfunciones sexuales estarían encuadradas en el ciclo de respuesta sexual. En este sentido, describieron el “Ciclo de respuesta sexual completo”, subdividido en cuatro fases:

- 1) Excitación: estimulación psicológica y/o fisiológica para el acto, teniendo una duración de minutos a horas. Corresponde a la lubricación vaginal en la mujer y a la erección peniana en el hombre.
- 2) Meseta: excitación continúa, que se prolonga de 30 segundos a varios minutos.
- 3) Orgasmo: descarga de inmenso placer, representada en el hombre por la eyaculación peniana.
- 4) Resolución: estado subjetivo de bienestar que sigue al orgasmo, en el cual predomina el relajamiento muscular, la fatiga y hasta cierto torpor. Tiene una duración que va de minuto a horas. En los hombres, se caracteriza por un período refractario en el cual el organismo necesita estar en reposo, no aceptando más de estimulación.

Masters & Johnson refutaron la definición de Eyaculación Precoz basada en el tiempo que lleva a la eyaculación del hombre. Insistían en una definición en términos de la respuesta de la compañera sexual, o sea, en la incapacidad del hombre de inhibir la eyaculación el tiempo suficiente para que su compañera alcanzara el orgasmo, en la mitad de las tentativas de relaciones sexuales (Waldinger, 2004).

Estando estos sujetos condicionados a una fácil y rápida eyaculación, Masters & Johnson (1970; cit. en Silva & Maia, 2008) demostraron que la ansiedad era la principal causa de la Eyaculación Precoz.

En el seguimiento del ciclo de respuesta sexual de Masters & Johnson, Kaplan (1979; cit. en Silva & Maia, 2008) introduce la fase de deseo, que correspondería a las ganas de establecer una relación sexual a partir de algún estímulo sensorial o de la memoria de vivencias eróticas y de fantasías.

De esta forma, Kaplan (1979; cit. en Nobre, 2006) presenta un modelo de respuesta sexual humana compuesto por tres fases:

- 1) Deseo: experiencia de sensaciones específicas que motivan al sujeto a iniciar o responder a un estímulo sexual.
- 2) Excitación: vasocongestión genital refleja en ambos sexos, que provoca erección del pene en el hombre y lubricación vaginal en la mujer.
- 3) Orgasmo: contracción refleja de los músculos pélvicos, que están en la base del orgasmo de ambos sexos.

Para Kaplan (1990), el hombre experimenta la ansiedad cuando alcanza elevados niveles de excitación erótica (fase de excitación), siendo ésta la que provoca el orgasmo involuntario.

Así, de cara a los datos científicos encontrados y de manera general, podemos inferir que la Eyaculación Precoz es la disfunción sexual que se manifiesta en individuos del sexo masculino más jóvenes, con elevado predominio en hombres con menor escolaridad, generadora de una disminución en la actividad y en la satisfacción sexual y asociada a factores como la ansiedad y la depresión.

Cabe destacar además que algunos autores refieren que no existe relación entre los niveles de prevalencia de la Eyaculación Precoz y el estado civil, y que otros indican que los hombres con Eyaculación Precoz suelen evitar relaciones o presentan renuencia a establecer nuevas relaciones.

4. Diagnóstico de la Eyaculación Precoz

Existe una variación sustancial entre los hombres en lo que respecta al tiempo de latencia de la eyaculación. En su mayoría, los relatos acerca de este período varían entre dos y diez minutos. Sin embargo, algunos hombres eyaculan de manera incontrolada antes o inmediatamente después de la penetración y, consecuentemente, pueden ser diagnosticados como que padecen de Eyaculación Precoz. En el caso opuesto, existen también hombres con dificultad para alcanzar la eyaculación, siendo estos diagnosticados como que sufren de retardo o inhibición eyaculatoria. En estos casos, los hombres no alcanzan la eyaculación y/o lo hacen sólo después de la estimulación relativamente prolongada (Rowland et al., 2007).

La eyaculación es la respuesta del organismo que permite la emisión y expulsión del semen mediante la estimulación (Kedia, 1983). Se trata de un reflejo que involucra a diferentes áreas y receptores sensoriales, áreas sensoriales cerebrales, centros motores cerebrales, vías eferentes y centros motores espinales, predominantemente controlado por una interacción compleja entre las neuronas serotoninérgicas y dopaminérgicas con una implicación secundaria de las neuronas colinérgicas, adrenérgicas y oxitocinérgicas (Ankier & Glina, 2005).

Dado que la eyaculación es modulada por procesos del sistema nervioso central, no sorprende el relato de hombres acerca del control consciente de su latencia (Rowland et al., 2000). Como contrapartida, por tratarse de una respuesta regular, ningún fallo o incapacidad pueden ser justificados por aspectos puramente fisiológicos si ella ocurre prematuramente (Levin, 2005).

Los estudios sobre la Eyaculación Precoz son dificultados por la falta de consenso entre los diferentes criterios que la definen como una disfunción, una enfermedad o una condición (Segraves, 2010). Se observa que la misma dificultad es encontrada para su nomenclatura, ya que sus denominaciones varían: eyaculación rápida, precoz, prematura, involuntaria, no-controlada, entre otras (Althof, 2004).

La justificación de que la Eyaculación Precoz sea considerada un problema posiblemente emergió a partir de concientización en torno al placer sexual femenino. Dentro de este enfoque, investigadores como Masters & Johnson (1970) definieron la Eyaculación Precoz como la imposibilidad del retardar el reflejo eyaculatorio lo suficiente para satisfacer una colaboración receptiva en el 50% de las experiencias coitales. Aunque este criterio parezca útil y recomendable como complemento en las investigaciones clínicas en temas sexuales, la variabilidad de la rapidez y la capacidad orgásmica entre las mujeres limitan su utilidad (Rodrigues, 1995).

En este sentido, evaluar un individuo con una disfunción sexual incluirá necesariamente otros criterios, además de la función sexual misma, ya que se trata de una condición influenciada por múltiples variables (Leiblum, 2007). Por esta razón, comprender las expectativas del individuo acerca de las actividades sexuales y afectivas aporta elementos para la obtención de criterios medibles entre las incontables formas de placeres sexuales, además de la penetración (Althof, 2007).

Para una mejor comprensión de la Eyaculación Precoz, algunas propuestas de criterios objetivos son sugeridas en la literatura. El tiempo eyaculatorio es una de ellas (Waldinger et al., 1998). Se trata de la evaluación por medio del tiempo de latencia intravaginal para la eyaculación, definido por el número de segundos/minutos entre la inserción del pene en la vagina hasta la eyaculación, calculado en relación a una media sobre un número determinado de tentativas (Waldinger et al., 2005).

Según Waldinger (2007), esta es la mensuración más objetiva de la Eyaculación Precoz. Sin embargo, y a pesar de resultar útil para el diagnóstico, las investigaciones aún no establecieron un consenso sobre sus parámetros estimativos.

Más allá del criterio del tiempo, destacan en la literatura otros criterios medibles, como la sensación de control y la satisfacción sexual. Según Rowland (2003), estos criterios ganan importancia al considerarse la multidimensionalidad de factores relacionados a la Eyaculación Precoz.

Estudios relacionados a la sensación de control demostraron que los hombres que no indicaron problemas de eyaculación relataron un control bastante elevado sobre el momento de la eyaculación en

comparación a los hombres con tiempos cortos de latencia eyaculatoria (Rowland et al, 2000; Byers & Grenier, 2003).

Respecto a la satisfacción sexual, los estudios muestran que la insatisfacción es mayormente relatada por hombres y mujeres cuando hay Eyaculación Precoz (Larson et al., 1998; Davies, Katz & Jackson, 1999).

Adicionalmente a estos dos criterios, el sufrimiento también fue relacionado a la Eyaculación Precoz y, en razón de su importancia, fue incluido como criterio en la definición más reciente y ampliamente utilizada de entre las establecidas. Esta definición fue formulada en el II Consenso Internacional de Medicina Sexual, y estableció la Eyaculación Precoz como aquella eyaculación que ocurre antes de lo deseado, tanto antes como luego de la penetración, y sobre la cual el hombre tiene un mínimo o ningún control. Esta ausencia de control es acompañada por un elevado grado de sufrimiento, dificultades interpersonales, incomodidad, frustración y/o evitación de la actividad sexual (Lewis et al., 2004).

La Eyaculación Precoz es considerada como una situación embarazosa que tiene lugar también durante prácticas sexuales como caricias, besos, sexo oral o anal, con o sin ropas (Jern, 2010), y a pesar de la dificultad en el establecimiento de criterios y nomenclatura permanentes en comparación con otras disfunciones sexuales, existe consenso en que es una de las disfunciones masculinas más comunes (Porst et al., 2010).

Respecto a los instrumentos disponibles utilizados para la evaluación de la Eyaculación Precoz, cuatro fueron encontrados en la literatura: el Premature Ejaculation Questionnaire (PEQest) (Hartmann, Schedlowski & Kruger, 2005); el Chinese Index of Premature Ejaculation (CIPE) (Yuan et al., 2004); el Premature Ejaculation Profile (PEP) (Patrick et al., 2009) y el Index of Premature Ejaculation (IPE) (Althof et al., 2006). De manera general, son instrumentos breves, que varían de 10 a 36 ítems autoadministrados, de fácil administración y en niveles de medidas diferenciados. Por otro lado, la verificación de los estudios de validez y de las calidades psicométricas entre los citados instrumentos revelan una situación preocupante: sólo el PEP y el IPE presentaron en sus estudios más de una evidencia de validez, siendo el PEP el instrumento que mostró mejores resultados en este aspecto (evidencia de validez en cuatro ítems). El PEQest y el CIPE no presentaron ni justificaron la ausencia de informaciones estadísticas referentes al proceso de validación. En estos dos últimos los autores presentaron un número de dimensiones evaluadas de la Eyaculación Precoz incompatibles con la cantidad de ítems.

Todos los instrumentos citados poseen ítems y/o dimensiones que evalúan los criterios mencionados anteriormente: tiempo eyaculatorio, sensación de control, satisfacción y sufrimiento. La revisión de estudios publicados entre los años 1990 y 2010 fue hecha por Porst et al. (2010), quienes afirmaron que el IPE es el que mejor ilustra el ejercicio de creación y validación de un instrumento destinado a la evaluación de la Eyaculación Precoz. Este instrumento es una escala autoadministrada con 10 ítems que evalúan la Eyaculación Precoz según criterios como el tiempo eyaculatorio, la sensación de control, la satisfacción sexual y el sufrimiento (Althof et al., 2006).

5. El Tratamiento de la Eyaculación Precoz

Para el tratamiento de la Eyaculación Precoz, históricamente se han utilizado la psicoterapia, la farmacoterapia, las terapias tópicas, los preservativos, las bombas de vacío y los anillos de constricción peneana (Kuritzky, Samraj & Seftel, 2005). También existen otros tratamientos destinados a retardar la eyaculación, cómo ser la masturbación antes del coito, tomar una ducha fría, el uso de alcohol y sedantes, la práctica de ejercicios mentales para desviar la atención durante el acto sexual, etc.- Todos estos métodos, de una forma u otra, sirven como mecanismos para retardar el inicio de la excitación aguda, pero no suelen mejorar el control después que se ha alcanzado una intensa excitación erótica.

5.1. Tratamiento Farmacológico

Los tratamientos farmacológicos de la Eyaculación Precoz incluyen principalmente: inyecciones intracavernosas de papaverina y fentolamina (Fein, 1990), alfa y beta bloqueadores, anestésicos, antidepresivos, productos herbolarios de uso tópico e inhibidores de la PDE-5. La eficacia reportada de estas terapias oscila entre 30 y 70% (Choi et al., 2000).

Una de las drogas utilizadas es el Meleril, que causa el llamado “orgasmo seco” debido a la emisión en sentido inverso de la eyaculación en la vejiga en lugar de en la uretra; y algunos médicos indican antidepresivos para el control eyaculatorio (Falcone, 2001).

Eaton, en 1973, fue quien primero que sugirió el potencial de los antidepresivos para el tratamiento de la Eyaculación Precoz (Salem et al., 2008), que tienen una eficacia variable y diversos efectos colaterales (Rosen, Lane & Menza, 1999). La implementación de estos fármacos tuvo lugar en tres diferentes regímenes (Shafer, 2008):

- A libre demanda (2-12 hs. antes del coito).
- En forma sostenida (régimen diario, no pre-coital).
- Secuencial (régimen diario durante 4-6 semanas, seguido de administración a libre demanda).

Con el régimen en forma sostenida, los pacientes experimentaron mejorías de entre 3 y 14 veces en el tiempo de latencia de eyaculación intra-vaginal (Kuritzky, Samraj & Seftel, 2005). En el caso de la paroxetina, tanto el uso a libre demanda como el régimen diario parecen ser igual de eficaces (McMahon & Touma, 1999).

5.1.1. La Dapoxetina y otros inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina

Waldinger et al. (1994) dieron a conocer el primer estudio sobre del uso de inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina en el tratamiento de la Eyaculación Precoz. Por su parte, Mendels, Camera & Sikesy (1995) describieron por primera vez el uso en particular de la sertralina.

Entre los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina que fueron utilizados para el tratamiento de la Eyaculación Precoz se incluyen la fluoxetina, la sertralina, el citalopram, la paroxetina y la dapoxetina (Kuritzky, Samraj & Seftel, 2005). Esta última es el primer fármaco específicamente concebido para el tratamiento médico de la Eyaculación Precoz. La aprobación de esta droga en los EE.UU. se basó en un extenso programa de desarrollo clínico que incluyó más de 6000 enfermos y que evaluó de forma exhaustiva la eficacia y seguridad de este fármaco (Hellstrom, 2009).

Existen evidencias experimentales y clínicas de la eficacia de la dapoxetina para retardar la eyaculación (Pryor et al., 2006; Clément, 2007). Este fármaco es un inhibidor selectivo de recaptación de serotonina que presenta un perfil farmacocinético único y que actúa aumentando los niveles de serotonina al inhibir la recaptación de este neurotransmisor (Pryor et al., 2006).

Las evidencias clínicas comprueban el papel decisivo de la serotonina en la Eyaculación Precoz, y diversos estudios pre-clínicos y clínicos demostraron que el aumento de la actividad de este neurotransmisor está asociado a un aumento del tiempo de latencia eyaculatoria intra-vaginal (Hellstrom, 2009).

La eficacia de la dapoxetina en el tratamiento de la Eyaculación Precoz fue establecida en cinco ensayos clínicos realizados con doble ciego y controlados por placebo, en los cuales fueron aleatorizados más de 6000 individuos, siendo ésta la mayor base de datos sobre la eficacia y seguridad de cualquier agente dirigido al tratamiento de los ensayos clínicos realizados en doble ciego. Los criterios de inclusión en cuatro de los cinco estudios contemplaron hombres con un tiempo de latencia eyaculatoria intra-vaginal menor a dos minutos en un mínimo del 75% de las relaciones sexuales durante el período basal. Así, el tiempo de latencia eyaculatoria, medido a través de un cronómetro por la compañera, fue el parámetro de eficacia primario en los estudios de la dapoxetina. Estos estudios contemplaron además la evaluación de los ítems que caracterizan el perfil de la Eyaculación Precoz, expresamente la medición del grado de control sobre la eyaculación, la satisfacción relacionada con el acto sexual, el sufrimiento personal relacionado con la eyaculación y la dificultad en la relación interpersonal (Buvat et al., 2009; Hellstrom, 2009; McMahon et al., 2013). Existe consenso acerca de que en el tratamiento de la Eyaculación Precoz estos parámetros son por lo menos tan importantes como el tiempo de latencia eyaculatoria intra-vaginal (Hellstrom, 2009).

Como resultado global de los estudios realizados, se comprobó que la dapoxetina proporciona mejorías clínicamente significativas en términos de tiempo de latencia eyaculatoria, estando igualmente demostrado que mejora significativamente los diferentes parámetros que caracterizan el Premature Ejaculation Profile (Buvat et al., 2009; McMahon et al., 2013). Los resultados obtenidos entre los diferentes ensayos resultaron consistentes y coherentes entre sí, permitiendo un análisis integrado de los datos (McMahon et al., 2013).

La dapoxetina aumenta de manera notable el tiempo de latencia eyaculatoria intra-vaginal en comparación con el placebo, desde la primera administración del fármaco (Pryor et al., 2006). En el análisis conjunto de cuatro de los mencionados estudios, la media de tiempo de latencia eyaculatoria a las 12 semanas fue, aproximadamente, tres veces superior en relación a los valores basales (McMahon et al., 2013).

En un estudio internacional, realizado durante 24 semanas, fue demostrado que el efecto de la dapoxetina no mostró ninguna señal de disminución después del primer mes de tratamiento en consonancia con la necesidad, habiendo sido mantenidos aumentos significativos en el tiempo de latencia eyaculatoria intra-vaginal a lo largo del estudio (Buvat et al., 2009; Hellstrom, 2009).

La dapoxetina mejoró además la percepción del enfermo en relación al control sobre la eyaculación, así como los parámetros medidos por el Premature Ejaculation Profile. En el análisis agrupado, menos del 6% de los individuos habían relatado un control sobre la eyaculación considerado por lo menos como "bueno" en la evaluación basal, siendo este valor aumentado a 26,2% y 32,4% en la evaluación final después de tratamiento con dapoxetina de 30 y 60 mg, respectivamente. Adicionalmente, aproximadamente un 70% de los individuos relataron sufrimiento considerable o extremo en la evaluación basal, disminuyendo este número a 28,2% y 21% en los grupos al recibir dapoxetina de 30 y 60 mg respectivamente.

El análisis de los datos agrupados de los estudios en su fase III demostró incluso que la dapoxetina proporcionó mejorías significativas, comparativamente con el placebo, en la satisfacción del hombre en relación al acto sexual, en el sufrimiento relacionado con la eyaculación y en la dificultad interpersonal (McMahon et al., 2013).

En los estudios clínicos realizados la dapoxetina demostró igualmente un excelente perfil de tolerabilidad (Hellstrom, 2009; McMahon et al., 2013). La mayoría de los acontecimientos adversos fueron de naturaleza ligera a moderada, teniendo estos lugar en las fases iniciales del tratamiento (Buvat et al., 2009; Hellstrom, 2009). Los acontecimientos adversos más frecuentemente relatados en los estudios clínicos fueron náuseas y cefaleas, y la incidencia de adversidades graves fue muy reducida (McMahon et al., 2013). La incidencia de acontecimientos adversos fue superior en el grupo que recibió 60 mg comparativamente con el grupo que recibió 30 mg, y la tolerancia de ambas dosis de dapoxetina fue mantenida con la utilización a largo plazo (Casey et al., 2008; Hellstrom, 2009).

Los estudios evaluaron también el efecto de la dapoxetina sobre otros aspectos del funcionamiento sexual, no habiéndose verificado ninguna alteración negativa asociada al uso de este fármaco (Casey et al., 2008).

Es importante destacar que no existen evidencias de efectos adversos de la dapoxetina sobre síntomas de humor y ansiedad, así como su asociación al síndrome de discontinuación después del cese abrupto de la administración, al contrario de lo verificado en otros inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina como la fluoxetina, la paroxetina o la sertralina (Giuliano, 2007; Casey et al., 2008; Hellstrom, 2009).

La dapoxetina se convierte así en una excelente herramienta terapéutica, que viene finalmente a llenar una laguna considerable en el tratamiento de la Eyaculación Precoz. Con anterioridad a su aparición, y ante la ausencia de fármacos específicos para el tratamiento de esta disfunción sexual, los antidepresivos inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina fueron utilizados sin aprobación formal por las autoridades para el tratamiento de la Eyaculación Precoz. Dado que estos fármacos no fueron concebidos en función del tratamiento de esta condición, los mismos necesitan, generalmente, de una administración diaria durante una a dos semanas hasta ser eficaces en los síntomas de la Eyaculación Precoz (Modi et al., 2006). Este tiempo hasta la obtención de eficacia se debe al hecho de que los auto-receptores de serotonina, que contrarían el efecto del bloqueo del transporte de serotonina por los inhibidores selectivos de su recaptación, son regulados sólo negativamente, permitiendo nuevamente un aumento de los niveles de serotonina al final de este período de administración continua (Modi et al., 2006).

Contrariamente a los antidepresivos, la dapoxetina posee un efecto clínico inmediato pues puede causar un aumento abrupto de los niveles de serotonina que solapa por completo la capacidad compensatoria de los auto-receptores (Modi et al., 2006). Así se explica la capacidad de la dapoxetina para mejorar los síntomas de la Eyaculación Precoz a través de una administración en consonancia con la necesidad y sin que sea necesaria una administración diaria.

Este fármaco es rápidamente absorbido después de la administración oral, alcanzando su pico de concentración plasmática después de, aproximadamente, 70 a 80 minutos (Modi et al., 2006). Las concentraciones plasmáticas de la dapoxetina disminuyen rápidamente después de ser alcanzada la concentración máxima (Modi et al., 2006; Giuliano, 2007).

A través de la utilización de la modelación farmacocinética, la eliminación puede ser considerada esencialmente bifásica, presentando una semi-vida inicial de 80 minutos y una semi-vida "terminal" subsiguiente de cerca de 19 horas. Asimismo, las concentraciones plasmáticas de la dapoxetina disminuyen a menos de 5% del pico de concentración a las 24 horas después de la administración, siendo por lo tanto rápidamente eliminada, lo que resulta en una acumulación farmacológica reducida (Modi et al., 2006).

Las dosis de 30 mg y 60 mg de este fármaco muestran una farmacocinética proporcional a la dosis, que no es afectada por la administración repetida (Modi et al., 2006; Giuliano, 2007). La dapoxetina es metabolizada hepáticamente a través de varias isoenzimas del citocromo P450, y es primariamente excretada en la orina bajo la forma de metabolitos (Modi et al., 2006).

La eficacia de la dapoxetina, demostrada incluso desde la primera administración, aliada al rápido inicio de su acción, la toma *on-demand* y la incidencia reducida de acontecimientos adversos, conjugan en este fármaco el perfil ideal para el tratamiento de la Eyaculación Precoz.

Así, la aparición de la dapoxetina constituye, dadas sus características farmacológicas únicas, el advenimiento final de un medicamento muy esperado, siendo el primer fármaco en recibir la aprobación formal para el tratamiento específico de la Eyaculación Precoz; por lo que podrá, con seguridad, ayudar a muchos hombres y sus respectivas parejas a alcanzar una vida sexual más plena.

5.1.2. Antidepresivos tricíclicos

El primer informe acerca de la eficacia de la clomipramina (antidepresivo tricíclico) para el tratamiento de la Eyaculación Precoz fue presentado por Goodman (1980). La clomipramina fue superior comparati-

vamente a los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina como la fluoxetina y la sertralina, como demostraron McMahon & Touma (1999) en un estudio en el que el tiempo de latencia de eyaculación intravaginal se incrementó de 46 segundos a 2.30 minutos (fluoxetina); 4.27 minutos (sertralina) y 5.75 minutos (clomipramina). En el caso del placebo, el incremento llegó a 2.27 minutos, aunque los mayores efectos colaterales de los antidepresivos tricíclicos en comparación con los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina limitan su uso.

Hay también quien opina que el mecanismo de acción de los antipsicóticos y de los antidepresivos tricíclicos se debe a su efecto anticolinérgico muscarínico más que a sus efectos antidopaminérgicos o serotoninérgicos (Uriarte, 2009), dado que, aparte de la dopamina y la serotonina, están implicados en la eyaculación neurotransmisores colinérgicos, oxitocinérgicos, gabaérgicos y noradrenérgicos (Pollak, Aliotta & Chopra, 2007). Por ello hay quienes recomiendan los antiespasmódicos como, por ejemplo, la butilhioscina (McMahon & Touma, 1999).

De acuerdo con las recomendaciones de otros autores, se indica el uso de los inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina como medicamentos de primera línea, en tanto que la clomipramina como fármaco de segunda línea (Spark, 2009).

5.1.3. Antidepresivos duales (inhibidores de la recaptación de la serotonina y la noradrenalina)

En base a los hallazgos favorables sobre el uso de inhibidores selectivos de la recaptura de serotonina y de noradrenalina, fueron evaluados los antidepresivos duales (es decir, con ambas acciones) nefazodona y mirtazapina, sin que se encontrara efectividad en el tratamiento de esta disfunción sexual. La explicación de esto radica en que estos antidepresivos actúan sobre cuatro de los subtipos de receptores de 5-hidroxitriptamina: 5-HT_{2A}, 5-HT_{1B}, 5-HT_{2C} y 5-HT_{1D}, y que la activación del segundo y el cuarto de ellos bloquea la acción sobre los demás subtipos, lo que implica ausencia de retardo en la eyaculación (Reza & Yoosof, 2006).

5.1.4. Otros fármacos sistémicos

Otros fármacos de tipo sistémico que fueron usados en el tratamiento de la Eyaculación Precoz son:

Analgésicos narcóticos débiles (tramadol, entre otros) (Reza & Yoosof, 2006): el primer estudio que evaluó la eficacia del tramadol en el tratamiento de la Eyaculación Precoz fue publicado en 2006 por Reza & Yoosof, quienes concluyeron que este fármaco posee un mecanismo de acción multimodal, ya que es antinociceptivo por la unión del componente primario y el metabolito M1 a los receptores opioides; por la inhibición de los potenciales provocados somatosensoriales espinales; por la inhibición de la recaptura neuronal de noradrenalina y serotonina y por el aumento del flujo de serotonina. Las tres últimas acciones mencionadas explican su efecto sobre la Eyaculación Precoz. Como efectos adversos, el tramadol provoca náuseas, vómito, cinetosis y estreñimiento (Reza & Yoosof, 2006).

También se prescriben otros fármacos sistémicos, como son los inhibidores de la PDE-5: sildenafil, vardenafil y tadalafil, más comúnmente usados para el tratamiento de la disfunción eréctil (Laumann, Paik & Rosen, 1999).

En un estudio comparativo entre la clomipramina, el sildenafil y la técnica de pausa-compresión, el sildenafil fue el que mejores resultados obtuvo; no obstante, cabe resaltar que este estudio careció de control con placebo (Abdel-Hamid, El Naggar & El Gilany, 2001).

En otro estudio comparativo, la combinación de paroxetina con sildenafil fue más eficaz que la paroxetina administrada individualmente (de 0.35 a 5.3 contra 0.33 a 4.2 minutos de tiempo de latencia de eyaculación intravaginal (Salonia et al., 2002).

Se han implementado además para el tratamiento de la Eyaculación Precoz drogas como la: alfuzosina, la terazosina, la fenoxibenzamina y el propranolol. De estos dos últimos no existe evidencia que amerite recomendar su uso (Montague et al., 2004).

5.2. Terapias Tópicas

Entre las terapias farmacológicas tópicas para el tratamiento de la Eyaculación Precoz se encuentran las cremas SS y EMLA, el colutorio chloraseptic y la terapia de frío.

La crema SS tiene su origen en la herbolaria coreana y es un derivado de nueve extractos (Kim & Paick, 1999). Su dosis óptima es de 0.20 g. En un estudio contra placebo se consiguió un incremento de 1.37 a 10.92 minutos (placebo: 2.45 minutos) en el tiempo de latencia de eyaculación intravaginal. Tuvieron lugar efectos colaterales en el 18.49 % de los 530 pacientes estudiados, que fueron irritación local leve y dolor local leve, los que desaparecieron en menos de una hora. No se hubo casos de eritemas, erosiones o edemas (Choi et al., 2000).

En 1942 Aycocock propuso el uso de dibucaína como desensibilizador genital para el tratamiento de la Eyaculación Precoz (Aycocock, 1942). El uso de lidocaína al 2.5 % con prilocaína al 2.5 % (Kegel, 1948) aplicada entre 10 y 30 minutos antes del coito, con la finalidad de disminuir la sensibilidad del glande, tiene que ser acompañado de algún método de barrera (como los preservativos) para evitar la aplicación a la pareja, y puede provocar disfunción eréctil debido a la disminución del estímulo sensorial (Busato & Galindo, 2004). También puede llegar a presentarse metahemoglobinemia como consecuencia del componente de la prilocaína (Bonfil, 2003).

Para el tratamiento de la Eyaculación Precoz también fue usado el colutorio chloraseptic a base de fenol (que es un anestésico tópico) con el fin de retrasar la estimulación sexual (Becker & Johnson, 2004).

Entre los remedios tópicos caseros podemos citar al hielo (o bien agua helada).

Los preservativos suelen utilizarse para disminuir la sensibilidad del glande (Kuritzky, Samraj & Seftel, 2005).

Los dispositivos de constricción por vacío son un método de tratamiento para la disfunción eréctil no invasivo, que favorece la erección y puede además resultar efectivo en casos de Eyaculación Precoz. Sus incidentes adversos son: dolor, entumecimiento y aparición de hematomas (McVary, 2009).

5.3. El tratamiento Psicológico de la Eyaculación Precoz

De manera general, la psicoterapia suele recomendar las técnicas de distracción (contar en sentido descendente, autoinflingirse dolor) (Álvarez, 1985), los ejercicios de Kegel (1948) para fortalecer la musculatura pubococcígea, el método de detenerse-iniciar (Masters & Johnson, 1970) y la técnica de pausa-apretón de Semans (1956, citado en Kara et al., 1996).

Tanto el método de detenerse-iniciar y como la técnica de pausa-apretón deben ser realizados durante la masturbación, es decir, preferentemente antes de implementarlos en el coito. La masturbación debe realizarse con la mano no predominante, o bien debe hacerla la pareja, aumentando así la conciencia de la situación, y se deben efectuar estas maniobras tres veces antes de permitirse la eyaculación (Plaut & Lehne, 2001). Mediante estas técnicas fueron reportados beneficios que van del 60 al 97 % a corto plazo, aunque estos datos no han sido controlados contra placebo y fue bajo el número de pacientes estudiados (Abdel-Hamid, El Naggar & El Gilany, 2001; Sharlip, 2005).

5.3.1. La Eyaculación Precoz desde una Perspectiva Psicoanalítica

Autores como Freud y Breuer, ambos en 1895, así como Ferenczi, en 1908, trataron la cuestión de la Eyaculación Precoz y su complejidad en el tratamiento psicológico, señalando como causa, entre otras, a la dificultad que los pacientes con esta disfunción muestran en el contacto con el otro, no sólo sexualmente, sino en todas sus relaciones (França, 2001).

Lo curioso es que, hasta bien entrado el siglo XX, el hecho de que los hombres presentaran Eyaculación Precoz no era visto como un gran problema, por tratarse de una disfunción sexual que no impide al

hombre obtener placer, al menos en la gran mayoría de los casos. Fue sólo cuando la mujer comenzó a reivindicar sus derechos, y con ellos el derecho a experimentar placer sexual, que el problema comenzó a ser tratado con mayor atención (França, 2001). Este autor habla del enfoque que Freud y Ferenczi dieron a las cuestiones femeninas ante el problema de la Eyaculación Precoz. Freud, por ejemplo, creía que el problema causaba en la mujer una fuerte neurosis de angustia.

Freud casi no trató este asunto de un modo directo. Sus valiosas contribuciones fueron tomadas de sus estudios sobre masturbación/fantasía. Ferenczi, por su parte, tomó como punto de partida los estudios de Freud sobre la angustia, y trató la cuestión centrándose en las consecuencias para la mujer para, a partir de este punto, poder ayudar a los hombres en el tratamiento.

La preocupación de Freud y Ferenczi para con las mujeres, según França (2001), demostraba que es en la relación con el otro que se constituye el problema de la Eyaculación Precoz. Este autor trata desde un enfoque psicoanalítico la problemática del paciente que sufre de Eyaculación Precoz, afirmando que el narcisismo es uno de los principales factores presentados por este tipo de pacientes.

Freud describe el narcisismo como una fase de la evolución sexual intermedia entre el auto-erotismo primitivo y el amor de objeto. Aunque luego para Freud el narcisismo aparece como estructura, y deja de ser una fase. Así, el individuo, tomándose a sí mismo o a su propio cuerpo como objeto de amor, promovería una primera unificación de las pulsiones sexuales. Con la elaboración de la segunda teoría del aparato psíquico, Freud desarrolla una concepción energética, en la que el ego es visto como el grande reservorio de la libido.

Dentro de la definición del narcisismo existe la comprensión de que, en una primera fase de la vida, el niño vuelca toda la libido en sí mismo, tomándose como objeto de amor. Este es un período caracterizado por una total falta de identificación con el medio, por una indiferenciación del *ego* y del *id*.

Podríamos decir que el individuo con Eyaculación Precoz se encuentra en una posición narcisista, dirigiendo su libido hacia su propio cuerpo, no estableciendo relación con el mundo externo y, consecuentemente, manteniendo una carencia de vínculo.

La relación con el objeto en pacientes que padecen este tipo de disfunción también se muestra distorsionada. El sujeto establece una peculiar dependencia al objeto. França (2001), al hablar sobre las contribuciones de Freud a la noción de narcisismo, afirma que, según este autor, es a través del odio que el objeto es percibido por el sujeto. Así, en los narcisistas, será la percepción de la existencia independiente del objeto lo que hará que éste sea odiado.

França (2001) interpreta la concepción de Freud de la personalidad narcisista, la que, según esta autora, es la caricatura perfecta de quien padece de Eyaculación Precoz. En la concepción freudiana del narcisista no existe tensión entre el ego y el superego, y no hay preponderancia de las necesidades eróticas. El principal interés del individuo se dirige a la autopreservación; es independiente y no se deja intimidar. Su ego posee una gran cantidad de agresividad a su disposición, la cual también se manifiesta en la disposición a la actividad. En su vida erótica, el amar es preferible al ser amado. Las personas pertenecientes a este tipo impresionan a los otros como personalidades especialmente apropiadas para actuar como apoyo de los otros, para asumir el papel de líderes y dar un nuevo estímulo al desarrollo cultural o alterar el orden establecido.

Según França (2001), interpretaciones erróneas de los textos de Abraham de 1917, llevaron a algunos autores a afirmar que el psicoanálisis no sería eficaz en el tratamiento de la Eyaculación Precoz. Sin embargo, lecturas más elaboradas de esos mismos textos muestran que aunque dicho autor haya afirmado que el tratamiento de esta disfunción es de difícil manejo, ya que el psicoanalista tendría que enfrentar el exacerbado grado de narcisismo de esos pacientes, afirmó también que por medio del psicoanálisis puede obtenerse la cura o, por lo menos, una clara mejoría de los síntomas, incluso en casos graves y persistentes.

5.3.2. El abordaje Cognitivo-Conductual del tratamiento de la Eyaculación Precoz

De acuerdo a Kaplan (1990) las disfunciones sexuales son desórdenes psicossomáticos que hacen imposible al individuo tener un coito u obtener placer durante éste. Respecto al caso específico de la Eyaculación Precoz, este autor nos dice que se trata de la condición en la cual el hombre es incapaz de ejercer control sobre su reflejo eyaculatorio, alcanzando el orgasmo más rápidamente de lo deseado.

Kaplan (1990) supone que algunos determinantes psicológicos de las disfunciones sexuales pueden tener su origen en una primera experiencia sexual traumática. Según este autor, el individuo habría sido sexualmente traumatizado por un hecho ocurrido en su primera infancia, cuando aún no estaba emocionalmente preparado para enfrentarlo, o bien su tentativa inicial de contacto sexual con el sexo opuesto, apenas sucedida, le causó miedo o humillación.

Los primeros fracasos sexuales inician un ciclo de ansiedad e insatisfacción crecientes, que pueden perjudicar al individuo para el resto de su vida. Una gran proporción sufrirá de anorgasmia, eyaculación precoz o disfunción eréctil. Un ejemplo que puede resultar en la eyaculación precoz son las primeras tentativas apresuradas de coitos, en situaciones poco propicias (Kaplan, 1990).

En el tratamiento de las disfunciones sexuales se deben englobar factores afectivos, cognitivos y de comportamiento. Idealmente, el tratamiento transcurre con eficiencia si es hecho con la pareja; sin embargo, si la pareja no desea acompañar la terapia, ésta se puede hacer de forma individual, aunque esto puede acarrear un aumento en el tiempo de resolución de la situación problemática (Kaplan, 1990).

Kaplan (1990) cree que la ansiedad es el problema básico en la Eyaculación Precoz. En consonancia con esta formulación, el hombre experimenta la ansiedad exactamente cuando alcanza altos niveles de excitación erótica, y es esta ansiedad la que dispara el orgasmo involuntario. Otras corrientes psicológicas tienen sus propios enfoques terapéuticos para el tratamiento de la Eyaculación Precoz; el psicoanálisis procura develar los conflictos inconscientes que se presume son la raíz del problema, pero sólo produce resultados parciales y discutibles; y como el tratamiento de la Eyaculación Precoz precisa de pruebas empíricas para evaluar el grado de efectividad, las teorías psicoanalíticas resultan a menudo cuestionadas. La terapia Conductista, por su parte, sólo disminuye la ansiedad asociada a la relación sexual.

Es muy común que después de la investigación del caso el terapeuta perciba que la disfunción sexual puede haber sido desencadenada por falta de información y/o por tabúes morales. En este caso, se hace necesario que el terapeuta realice una reeducación sexual en la terapia.

Los principales objetivos en la terapia sexual son (Kaplan, 1990):

- Definir la naturaleza de la disfunción sexual y cuáles son los cambios deseados.
- Obtener informaciones que permitan al terapeuta proponer una formulación en término de factores predisposicionales, precipitantes y mantenedores.
- En base en esta formulación, definir cuál es el mejor tipo de intervención terapéutica.
- Iniciar el proceso terapéutico.
- Evaluar el proceso e introducir eventuales cambios en la planificación, si es necesario.
- Tomar medidas para la prevención de recaídas.

Para los casos de disfunciones sexuales en general, durante el tratamiento se hace necesaria la prohibición de la penetración el tiempo que el terapeuta lo considere necesario, ya que la penetración es lo que causa la mayor ansiedad respecto al desempeño sexual. Se programan encuentros de la pareja que incluyen masajes con cremas o aceites, primero en la totalidad del cuerpo y sin quitarse la ropa; después quitando progresivamente cada prenda, conociendo el propio cuerpo y el del otro, con la finalidad de reconocer las partes sensibles. Así, las caricias prosiguen gradualmente con el objetivo de favorecer las sensaciones de placer y bienestar. Todo lugar es un lugar de encuentro para la pareja, aunque es importante que se hagan estos encuentros siempre en un clima agradable y de seducción.

Para el tratamiento específico de la Eyaculación Precoz, primero el hombre debe entrenarse solo mediante la masturbación, deteniéndose antes de eyacular, y programando un tiempo progresivamente mayor para cada uno de estos ejercicios de masturbación. Cada vez serán más los estímulos introducidos (fantasías, aceite en la mano, revistas o películas...).

Según Kaplan (1990), las técnicas más eficientes son las modeladas en el marco del método Semans, que emplea repetidas y prolongadas estimulaciones del pene por la compañera, la que interrumpe el proceso ante una señal del paciente, exactamente antes de dispararse el reflejo orgásmico. No obstante la eficiencia de esta técnica, las razones en que se basa su autor son discutibles. La característica esencial de la precocidad de la eyaculación no parece ser la rapidez del reflejo eyaculatorio, como declaró Semans, sino que el factor determinante de esta condición es la ausencia de control voluntario sobre el reflejo.

Aún no es clara la razón por la cual el eyaculador precoz no aprendió a tener esta continencia voluntaria; lo que se sabe es por qué no consigue tener el control eyaculatorio: porque no recibió el feedback sensorial necesario para tener bajo control cualquier función refleja. Aprender a tener continencia eyaculatoria es análogo al proceso de obtener control sobre otras funciones biológicas que involucran una descarga refleja. Por ejemplo, un niño pequeño tiene la vejiga llena y la vacía automáticamente, pues este control sólo lo va a adquirir cuando tenga la percepción de cuándo es que la vejiga está llena; sólo entonces pasa a tener un control voluntario sobre el órgano de descarga. Siguiendo esta línea, el eyaculador precoz no percibe claramente las sensaciones premonitorias del orgasmo; o sea, está privado del poder regulador de los nervios superiores; como resultado, la eyaculación ocurre automáticamente.

De acuerdo a lo expuesto en el párrafo anterior, el objetivo del tratamiento de la Eyaculación Precoz es inducir al paciente a focalizar repetitivamente la atención en los niveles prolongados e intensos de excitación, con la expectativa de que con esta experiencia se capacita para obtener el control eyaculatorio. Todo ello con el objeto de enseñarle al eyaculador precoz a percibir las sensaciones pre-orgásmicas sin que el proceso de implicación sexual con la mujer lo distraiga de esta percepción (Kaplan, 1990).

En el ámbito terapéutico, inicialmente se efectúa una evaluación buscando conocer el historial detallado del paciente, qué síntomas presenta y cuál es realmente su disfunción; luego se hace saber a la pareja que es exclusivamente de ellos la responsabilidad por el éxito del tratamiento, exponiendo un cuadro realista de lo que puede esperarse.

Es necesario verificar inicialmente si en el paciente y en su pareja existe alguna anomalía física en los órganos genitales; ambos deben hacer una evaluación médica que permita saber si el problema pudiera ser de origen fisiológico.

Serán discutidos durante la entrevista inicial otros factores que contribuyen al éxito del tratamiento, como la dedicación, la franqueza acerca de sexualidad y la superación de los mitos y creencias erróneas acerca del comportamiento sexual. Como conclusión de esta primera parte del tratamiento, la pareja es orientada sobre las "tareas para la casa" que deberá realizar, como ser la estimulación sexual mutua sólo hasta el punto de llevar al marido a la erección. El paciente debe estar acostado, mientras su pareja manipula su pene manualmente (u oralmente si lo prefiere); se recomienda a él focalizar su atención exclusivamente en las sensaciones eróticas provenientes de su pene mientras el mismo esté siendo manipulado. No debe poner la atención en su mujer, porque la ansiedad y conflictos que surgen de la preocupación por la compañera y sus reacciones constituyen distracciones de la experiencia sexual (Kaplan, 1990).

La mujer, por su parte, debe estimular al compañero hasta que éste comience a sentir la sensación pre-orgásmica. Cuando esto suceda, ella se detendrá ante una señal del paciente. Antes de perder la erección, se reinicia la estimulación, que es de nuevo interrumpida exactamente antes del orgasmo. La pareja debe repetir este proceso tres veces, y en la cuarta él se permitirá eyacular. En ningún momento el paciente debe intentar ejercer un control consciente sobre el orgasmo, excepto para pedir a la mujer que detenga la estimulación.

Todo este trabajo debe ser realizado dentro de un marco de cariño y respeto mutuo. Después de este paso, el terapeuta debe poner un fuerte énfasis en la necesidad de que el paciente enfoque su atención en las sensaciones eróticas. Con este objetivo, el paciente es orientado después de la segunda experiencia en casa a colocar su mano sobre la de la mujer y experimentar las sensaciones producidas por la variación de velocidad y presión.

Si todos estos pasos se hacen con éxito, el tratamiento pasa a la siguiente etapa; esta vez el pene debe ser lubricado antes de ser manipulado, para darle al paciente la sensación del recinto interior de una vagina lubricada. Luego de unas seis sesiones de estos ejercicios, eyaculando siempre después de la cuarta estimulación, espontáneamente el paciente suele relatar que tuvo alguna mejoría en el control orgásmico.

Es en este punto cuando el coito es sugerido; la mujer debe colocarse encima del paciente, y éste debe introducir el pene preferiblemente bien lubricado con vaselina o gel lubricante para inhibir parte de su sensibilidad; debe mantener sus manos en la cadera de la mujer, y ella esperará su señal para comenzar la estimulación. El paciente queda acostado boca arriba e inmóvil, salvo por las manos que conducirán los impulsos pélvicos de la mujer; los movimientos deben ser interrumpidos al alcanzarse el nivel de sensación pre-orgásmica.

En este momento, el pene debe permanecer inmóvil hasta llegar a la sensación de que disminuye la erección; entonces, se reinicia la estimulación. Al igual que en las sesiones con estimulación manual u oral, en la cuarta oportunidad el paciente deja fluir el orgasmo; luego el hombre buscará nuevas experiencias de coito con la mujer en la posición de lado, pero manteniendo activamente los impulsos (detener-continuar); él paciente debe, siempre focalizarse en sus sensaciones sexuales durante estos encuentros.

En este período del tratamiento el terapeuta hace saber a la mujer que su principal tarea en la terapia es hacer que el hombre se concentre en su estimulación erótica, sin distracciones. Ella puede en estos momentos llegar al orgasmo por otros medios; uno de ellos es a través de la manipulación del clítoris, antes o después de que él eyacule (Kaplan, 1990).

Lo fundamental en la Terapia Sexual es el conocimiento del propio cuerpo. Así, los efectos de la ansiedad en la respuesta sexual humana; el aprendizaje acerca de cómo comunicarse con el otro; las prácticas de relajación; la valorización de las fantasías; la desfocalización de los genitales como centro de placer, entre otros elementos que irán surgiendo a lo largo del desarrollo de la terapia, deben ser aclarados cuando lo considere oportuno el terapeuta (Falcone, 2001).

5.4. El Tratamiento de los Trastornos de Ansiedad como punto de partida en el Tratamiento de la Eyaculación Precoz

Siendo la ansiedad, de acuerdo a diversos autores que abordaron la temática de la Eyaculación Precoz, uno de sus elementos desencadenantes fundamentales (si no el principal), se hace necesario dedicarle un apartado al estudio de su tratamiento.

La ansiedad puede ser definida como un sentimiento de aprensión o miedo caracterizado por síntomas físicos, psicológicos y cognitivos. En un contexto de stress o de peligro, estas reacciones son naturales. Sin embargo, algunas personas se sienten extremadamente ansiosas con las actividades cotidianas, lo que puede resultar en sufrimiento y en un perjuicio significativo del individuo respecto a la realización de esas actividades (Coretti & Baldi, 2007).

Tanto para Kaplan (1990) como para Reich (1983), la ansiedad está en la base de ésta y de otras disfunciones sexuales. Según este último autor, proveniente de la psiquiatría y de la corriente psicoanalítica, la ansiedad y el miedo se manifiestan casi siempre como sensación de inferioridad sexual. E incluso frecuentemente la abstinencia es debida a un disturbio de la potencia o en el control eyaculatorio.

Cuanto mayor es la ansiedad, más precoz es la eyaculación. Según Lowen (1993), la razón más evidente para la ansiedad es el miedo al rechazo de la mujer. Además de este miedo al rechazo puede haber, también, miedo a "fallar". El eyaculador precoz es, de acuerdo a este autor, un hombre que aún no resolvió sus culpas acerca de la sexualidad. Éstas persisten en su inconsciente bajo la forma de miedo a la mujer, miedo a ofenderla con la propia agresividad sexual y miedo a no satisfacerla con el propio desempeño sexual (Lowen, 1993). Así, el problema de la Eyaculación Precoz puede ser resuelto a través del trabajo analítico que investiga la ansiedad de castración subyacente y también propicia la descarga de la hostilidad reprimida contra la mujer.

La ansiedad puede perjudicar la respuesta sexual si los conflictos internos son evocados en forma de emociones adversas en el momento de hacer el amor. Según Kaplan (1990) el miedo de ser incapaz de ejecutar el acto sexual es tal vez la mayor causa inmediata de las disfunciones sexuales. La exigencia misma de la relación sexual lleva al individuo a la ansiedad, no permitiendo una respuesta eréctil y orgásmica adecuada, pues bajo presión por parte de un compañero o compañera, el individuo crea un conflicto psíquico. El recuerdo de un acontecimiento traumático, asociado a un fracaso anterior, puede llevar también a un desempeño inadecuado.

La expresión neurobiológica de la ansiedad es compleja, pero resulta principalmente de la liberación de sustancias adrenérgicas (adrenalina y noradrenalina). La sensación de amenaza constante provoca la hiperactividad del sistema nervioso central, desencadenando síntomas tales como sequedad en la boca, aumento del tiempo vigilia (o directamente insomnio), constricción respiratoria, sudores, temblores, vómitos, palpitaciones y dolores abdominales entre otras alteraciones biológicas y bioquímicas (Andrade & Gorestein, 2007).

Los trastornos de ansiedad son un grupo de entidades clínicas en que un nivel excesivo incluyen el trastorno de pánico, la fobia específica y la social, el trastorno obsesivo-compulsivo, el trastorno de stress post-traumático, el trastorno de stress agudo y el trastorno de ansiedad generalizada (Althof et al., 2005).

Aunque sean categorías distintas, las disfunciones sexuales y la ansiedad están íntimamente relacionadas, y el diagnóstico de ambas es eminentemente clínico. El análisis pormenorizado de los síntomas que presenta cada paciente resulta fundamental, siendo necesario, para cada caso, identificar si la ansiedad influyó en la disfunción sexual o si ésta provocó la ansiedad; o bien si entre los dos problemas no existe una relación de causalidad recíproca (Coretti & Baldi, 2007).

Desde las primeras formulaciones psicodinámicas (Althof et al., 2005) y, posteriormente, en la terapia sexual propuesta por Masters & Johnson (1970) y Kaplan (1990), la ansiedad en relación al desempeño sexual fue considerada la más importante causa inmediata de todas las disfunciones sexuales.

Masters & Johnson (1970) desarrollaron el concepto de *spectatoring*, que sería el monitoreo constante de la propia actividad sexual, manteniendo la atención en sí incluso durante la interacción sexual, en vez de una inmersión en los aspectos sensoriales de la experiencia erótica. Para estos autores, el espectador sexual se distraería con pensamientos sobre su desempeño, lo que interrumpiría el flujo normal del funcionamiento sexual, inhibiendo la excitación sexual y el orgasmo.

Barlow (1986) incluyó el concepto de *spectatoring* en un modelo causal del proceso de atención durante el funcionamiento sexual. En consonancia con este autor, los déficits en el funcionamiento sexual debido a la dificultad de excitación son causados por una incapacidad del espectador en captar correctamente las señales eróticas que son necesarias para la excitación. Esa incapacidad desencadenaría gran ansiedad acerca del desempeño, provocando el cambio de atención (*spectoring*) a fin de evitar el fracaso sexual. Esta distracción, sin embargo, perjudica el desempeño del espectador sexual.

Si la ansiedad relacionada al sexo provoca un impedimento psicológico para el desempeño de la actividad sexual (Dove & Wiederman, 2000), también es posible que, ante la ausencia de problemas sexuales específicos, altos niveles de ansiedad desencadenen distracciones cognitivas (preocupaciones no sexuales, obsesiones, hiper-vigilancia y sensaciones corporales somáticas) que pueden interferir en la respuesta sexual (Bradford & Meston, 2006).

Como se ha referido anteriormente, la ansiedad ha sido considerada un factor fundamental en el desarrollo y mantenimiento de la Eyaculación Precoz (Hawton, 1993; McCabe, 2005). Se cree que, en estado de ansiedad, la hiperactividad simpática reduce la capacidad de control de la eyaculación (Williams, 1984).

Por otra parte, se estima que un 25% de los pacientes con Eyaculación Precoz padecen de algún tipo de fobia social (Mallis et al., 2005). Aunque la correlación entre Eyaculación Precoz y fobia social es mayormente aceptada, también existe una clara relación entre eyaculación retardada y fobia social. Bondiger et al. (2002), por ejemplo, encontraron 33% de casos de eyaculación retardada en hombres con fobia social. Sin embargo, el papel específico de la ansiedad en el funcionamiento sexual masculino permanece incierto (Coretti & Baldi, 2007).

Los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina, así como los inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y noradrenalina (ambos ya mencionados en el apartado correspondiente al tratamiento farmacológico de la Eyaculación Precoz) son considerados tratamientos de primera línea para los trastornos y cuadros de ansiedad (Bahrck & Harris, 2009). Sin embargo, la relación entre ansiedad y funcionamiento sexual se hace aún más compleja, toda vez que la mayoría de las drogas disponibles como tratamientos de primera línea para la ansiedad son perjudiciales para el funcionamiento sexual de hombres y mujeres (Montgomery, 2006). Una de las salvedades está representada por la dapoxetina, un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina que fue especialmente desarrollado para el tratamiento de la Eyaculación Precoz (ver punto 5.1.1. La Dapoxetina y otros inhibidores selectivos de la recaptación de Serotonina).

Bahrck & Harris (2009) recomiendan que el tratamiento sea decidido conjuntamente entre profesional y paciente, después de haberle informarlo a éste detalladamente sobre las diferentes opciones con sus respectivos riesgos y beneficios. Para los pacientes con ansiedad cuya prioridad es el funcionamiento sexual, otras categorías de antidepresivos deben ser consideradas, tales como los antidepresivos tricíclicos (ver punto 5.1.2.).

De igual manera, el uso de benzodiazepínicos debe ser cuidadosamente evaluado. Estos tienen un efecto rápido, toxicidad relativamente baja y gran potencia ansiolítica, pero dichos beneficios deben ser sopesados en función del potencial de compromiso motor, la dependencia y los síntomas de abstinencia (Western Australian Psychotropic Drugs Committee, 2008).

Todos estos riesgos deben ser claramente informados al paciente (Johnson-Greene, 2005). Algunos estudios han mostrado que los pacientes están insatisfechos con las informaciones que reciben de los médicos acerca de los efectos colaterales de los medicamentos, especialmente en relación al funcionamiento sexual (Happell et al., 2004; Rutherford et al., 2007).

Desde un punto de vista cognitivo, la ansiedad elevada interfiere negativamente en el funcionamiento sexual porque el individuo percibe una situación determinada como una amenaza. Así, el paciente se “distrae” de los estímulos sexualmente excitantes y en su lugar asume interpretaciones acerca de estos estímulos (Bradford & Meston, 2006).

Considerando que las formas distorsionadas en que las personas piensan sobre sí mismas y sobre las situaciones pueden causar tanto ansiedad cuanto Eyaculación Precoz (entre otras disfunciones sexuales) y que estas condiciones se refuerzan una a la otra, el trabajo en la Terapia Cognitivo-Conductual busca identificar y modificar pensamientos y creencias disfuncionales a fin de restablecer el funcionamiento sexual satisfactorio. Por ello este tipo de terapia generalmente incluye una parte educativa y ejercicios que abordan las preocupaciones del paciente acerca de su desempeño sexual (McCabe, 2001; 2005).

La respuesta a la ansiedad es compleja y exige investigación acerca de su grado y naturaleza en función del historial clínico de cada paciente con problemas de Eyaculación Precoz. Un grado leve o moderado de ansiedad puede ayudar a la excitación sexual, mientras que grados más graves o de ansiedad patológica (trastornos de ansiedad) perjudican el funcionamiento sexual. Aun así, en la mayor parte de los casos documentados, la ansiedad interfiere negativamente en la experiencia subjetiva y favorece el mantenimiento de las disfunciones sexuales, sobre todo en de la Eyaculación Precoz.

Incluso en los casos en que no está relacionada a la causa de la disfunción, la ansiedad generalmente la acompaña y, por esto, debe ser considerada en el enfoque diagnóstico y terapéutico, toda vez que la ansiedad acerca del desempeño puede prolongar y/o exacerbar la Eyaculación Precoz.

5.5. Un ejemplo de intervención combinada en el Tratamiento de la Eyaculación Precoz

En el año 2006, Fernández Lozano et al., presentaron los resultados de un estudio de intervención combinada cuyo objetivo fue evaluar comparativamente la eficacia del tratamiento farmacológico, la terapia conductual y la combinación de ambos tipos de intervención.

La población del estudio estuvo compuesta por 135 pacientes afectados de Eyaculación Precoz, con pareja estable, sin disfunción eréctil ni abuso de drogas, que fueron sometidos previamente a examen psicofísico y a una evaluación del tiempo de latencia intravaginal eyaculatoria. El tiempo total del estudio demandó un año.

Dicha población fue dividida en tres grupos, de la siguiente manera:

- Grupo 1: 44 pacientes, con una edad media de 32 años, que fueron tratados con Sertralina (un inhibidor selectivo de la recaptación de serotonina), 50 mg al día durante los dos primeros meses y luego según demanda.
- Grupo 2: 46 pacientes, con una edad media de 38 años y medio, que recibieron el mismo tratamiento farmacológico más una terapia conductual basada en ejercicios de focalización sensorial (Hawton, 1993) durante siete a doce sesiones, según la disponibilidad de cada individuo.
- Grupo 3: 45 pacientes, con una edad media de 33 años y dos meses, que fueron tratados sólo con el mismo tipo de terapia conductual (durante no menos de siete sesiones ni más de doce).

Sin detenernos en los datos numéricos y estadísticos, los que carecen de mayor relevancia dadas las condiciones limitadas del estudio y la carencia de una contrastación mediante placebo, podemos afirmar, en consonancia con Fernández Lozano y sus colaboradores (2006), que la Sertralina demostró repetidamente su eficacia para retrasar la eyaculación, en tanto que la terapia conductual eleva la conciencia sobre el nivel de excitación sexual en los hombres y disminuye la ansiedad, apaciguando así la demanda del fármaco.

Por otra parte, en este estudio se comprobó que la terapia combinada ofrece una importante ventaja respecto a la meramente farmacológica, ventaja determinada por la participación de la pareja propia de la terapia conductual, lo que explica sus mejores resultados.

6. Conclusión

De manera general, se percibe que los tratamientos propuestos para la Eyaculación Precoz suelen presentar algunas limitaciones, entre las que cabe destacar las siguientes:

- Los medicamentos orales y tópicos son percibidos por los pacientes y sus parejas cómo “mecánicos” y poco eróticos.
- Algunos medicamentos tienen efectos adversos o indeseables, tales como la disfunción eréctil, náuseas, vértigo y diarrea, entre otros.
- Algunas técnicas de terapia enfocan sólo procesos físicos, dejando de lado la comunicación, el placer y la espontaneidad de la actividad sexual.
- Es frecuente el recrudescimiento de la sintomatología cuando los tratamientos son suspendidos.

Por otra parte, son particularmente escasos los estudios interdisciplinarios acerca del tratamiento de esta disfunción sexual, aún cuando se hace evidente que en muchos de los casos de Eyaculación Precoz intervienen tanto factores psicológicos como orgánicos, y que si bien predominan los primeros, algunos tratamientos farmacológicos pueden ser de utilidad para que el paciente disminuya su ansiedad y recupere la confianza en su propia capacidad para controlar el reflejo eyaculatorio.

Las estrategias de intervención psicológicas deben estar, en mi opinión, más centradas en el control de los niveles de ansiedad, en el desarrollo de las habilidades sexuales y en la mejoría de la asertividad y la confianza sexual, siempre manteniendo la participación activa de la pareja, elemento éste que se revela como fundamental según diferentes estudios.

Resulta importante aquí destacar la preocupante escasez de propuestas interdisciplinarias y de estudios basados en la comparación de diferentes terapias. Esto resulta particularmente preocupante si tenemos en cuenta que la Eyaculación Precoz es una disfunción sexual en la que suelen intervenir diversos factores, tanto psíquicos como orgánicos. Son necesarios más estudios como el planteado en el punto 5.5. (Un ejemplo de intervención combinada en el Tratamiento de la Eyaculación Precoz), mediante el cual se comprende mejor sobre qué aspectos y de qué manera actúa cada tratamiento, así como las ventajas que otorga la implementación de una intervención combinada.

En cuanto a la mejor elección de un tratamiento para la Eyaculación Precoz, opinamos que será aquella que esté fundamentada en los conocimientos de los profesionales provenientes de las distintas disciplinas implicadas y en las preferencias particulares del paciente. De manera general, se puede inferir que lo que define el éxito de la terapéutica no es sólo el manejo de la latencia y el control eyaculatorio. Son importantes también los parámetros de calidad de vida, tales como el impacto sobre la relación, la espontaneidad de la actividad sexual, la autoconfianza, la superación de la vergüenza/inhibición y la satisfacción de la pareja.

Las teorías cognitivo-conductuales históricamente han relacionado la ansiedad y la Eyaculación Precoz a las formas distorsionadas con que las personas aprenden a pensar sobre sí mismas y/o sobre la sexualidad. Aquí cabe destacar que, más allá de factores meramente técnicos, como por ejemplo la medición del tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal, es importante la comprensión acerca de cómo las personas entienden la sexualidad. Para un hombre que conciba el acto sexual como algo cuyo fin último es el orgasmo (tanto el propio como el de la pareja), el tiempo de latencia eyaculatoria siempre será una potencial causa de ansiedad, ya sea por la posibilidad de una eyaculación prematura, de una eyaculación retardada o de la imposibilidad de alcanzar el orgasmo.

Ante esta realidad, es necesario que nos preguntemos si las relaciones sexuales deben seguir necesariamente estos patrones de “intercambio de orgasmos”; ya que cuando la sexualidad es en juego a través del cual la pareja se conoce y se realiza, el orgasmo no debe hegemonizar la idea ni el desempeño de lo sexual, cuya presencia o ausencia no resulta determinante en la calidad de la relación. Mediante esta actitud abierta al juego erótico, en la que el éste cobra valor por sí mismo, sin ser un mero requisito

previo al orgasmo, desaparece buena parte de la ansiedad que es la principal causa de la Eyaculación Precoz y de otras disfunciones sexuales. Lo que aquí proponemos es una sexualidad más rica, plena y placentera, la que a su vez creará mejores condiciones para el control eyaculatorio en la medida en que se reduzcan los niveles de ansiedad.

Bibliografía

Abdel-Hamid IA, El Naggat EA, El Gilany A-H Assessment of as needed use of pharmacotherapy and the pause-squeeze technique in premature ejaculation. *Int J Impotence Research* 2001;13:4145.

Althof, S. (2006). Prevalence, Characteristics and Implications of Premature Ejaculation/Rapid Ejaculation. *The Journal of Urology*, 175, 842-848.

Althof SE, Leiblum SR, Chevret-Measson M, et al. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. *J Sex Med.* 2005;2(6):793-800.

Álvarez GJL. Función sexual. Alteraciones en la respuesta sexual. En: Álvarez GJL. *La condición sexual del mexicano*. México: Grijalbo, 1985; pp: 25-49.

American Psychiatric Association (APA) (2000). DSM-IV-TR. Disponible en: <http://www.psychiatry.org/practice/dsm/dsm-iv-tr>

Andrade LHSG, Gorestein C. Aspectos gerais das escalas de avaliação de ansiedade [General aspects of anxiety rating scales]. *Rev Psiquiatr Clín (São Paulo)*. 2007;25(6):285-90.

Andrade, M. (2002) *Introducción a metodología do trabalho científico: elaboração de trabalhos na graduação*. São Paulo: Atlas.

Aycock J. The medical management of premature ejaculation. *J Urol* 1942;62:361-362.

Bahrnick AS, Harris MM. Sexual side effects of antidepressant medications: an informed consent accountability gap. *Journal of Contemporary Psychotherapy*. 2009;39(2):135-43.

Barlow DH. Causes of sexual dysfunction: the role of anxiety and cognitive interference. *J Consult Clin Psychol.* 1986;54(2):140-8.

Becker JB, Johnson BR Trastornos sexuales y de la identidad sexual. Trastornos orgásmicos. Eyaculación precoz. En: Hales RE, Yudofsky SC *Tratado de psiquiatría clínica*. Barcelona: Masson, 2004;pp:743-764.

Béjin, A., Colomby, P., Spira, A., Jardin, A., & Bicetre, F.G. (1998). Epidemiology of male sexual disorders in France. *J Urol*, 159(5), 140-146.

Bonfill X (ed). Anestésicos tópicos. Daños. En: *Evidencia clínica*. Bogotá: Legis, 2003;p:804-806.

Bradford A, Meston CM. The impact of anxiety on sexual arousal in women. *Behav Res Ther.* 2006;44(8):1067-77.

Busato W, Galindo CC. Topical anesthetic use for treating premature ejaculation: a double-blind, randomized, placebocontrolled study. *BJU Int* 2004;93:1018-1021.

Buvat, J et al. Dapoxetine for the treatment of premature ejaculation: results from a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial in 22 countries *Eur Urology*. 2009; 55:957-968.

Carson, C., & Gunn, K. (2006). Premature ejaculation: definition and prevalence. *International Journal of Impotence Research*, 18, 5-13.

Casey, R., Tesfaye, F., Mudumbi, R., Rothman, M., & Rivas, D. (2008). Effects of dapoxetine (DPX) for the treatment of premature ejaculation (PE) on the erectile function and scales of mood and affect. *European Urology Supplements*, 7(3), 186.

Cervo, A.L.; Bervian, P.A. (1983) *Metodologia científica: para uso dos estudantes universitários*. São Paulo: McGraw-Hill.

Choi HKI, Woo JG, Hak MK, Cheng XZ, et al. Clinical study of SS-cream in patients with lifelong premature ejaculation. *J Urol* 2000;55(2):257-261.

Clément, P et al. Supraspinal site of action for the inhibition of ejaculatory reflex by dapoxetine *Eur Urol*. 2007; 51(3):825-832

Coretti G, Baldi I. The relationship between anxiety disorders and sexual dysfunction. *Psychiatric Times*. 2007;24(9).

Costa, P. (2009). *Psicopatologia e relacionamento interpessoal nas disfunções sexuais masculinas e femininas*. Tese de Mestrado não publicada, Vila Real: Universidade de Trás-Os-Montes e Alto Douro.

Dorsey, C., & Hellstrom, W. (2010). New Concepts in the Diagnosis and Treatment of Premature Ejaculation. *Current Urology Reports*, 11, 414-420.

Dove NL, Wiederman MW. Cognitive distraction and women's sexual functioning. *J Sex Marital Ther*. 2000;26(1):67-78.

Falcone, E, en Rangé, B. *Psicoterapias Cognitivo-Comportamentais: um diálogo com a psiquiatria*. Porto Alegre, ARTMED, 2001.

Fein AL Intracavernous medication for treatment of premature ejaculation. *Urology* 1990;35:301-303.

Fernández Lozano A, Cabello Santa, M, Sotolongo Vergo, F, Ruiz Castañé, I *Ejaculación Prematura: Intervención Combinada* *Annals d'Urologia*, Vol. 6, num. 2, jun. 2006

França CP *Ejaculación precoce e disfunção erétil: uma abordagem psicanalítica*. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

Gil AC (1999) *Como elaborar projetos de pesquisa*. São Paulo: Atlas.

Giuliano, F., Bernabe, J., Gengo, P., Alexandre, L., & Clement, P. (2007). Effect of acute dapoxetine administration on the pudendal motoneuron reflex in anesthetized rats: comparison with paroxetine. *The Journal of urology*, 177(1), 386-389.

Godínez, G. (2010). *Ejaculación precoz*. *Medicina Interna de México*, 26 (3), 250-258.

Goodman RE. An assessment of clomipramine (Anafranil) in the treatment of premature ejaculation. *J Int Med Res* 1980;8(suppl 3):53-59.

Grenier, G., & Byers, E.S. (2001). Operationalizing premature or rapid ejaculation. *The Journal of Sex Research*, 38(4), 369-378.

Happell B, Manias E, Roper C. Wanting to be heard: mental health consumers' experiences of information about medication. *Int J Ment Health Nurs*. 2004;13(4):242-8.

Hawton K. *Sex therapy: a practical guide*. Oxford: Oxford University Press; 1993.

Hellstrom, WJG. Emerging treatments for premature ejaculation: focus on dapoxetine *Neuropsychiatr Dis and Treat*. 2009; 5:37-46

Hellstrom, W. & Heintz, J. (2006). Treatment of Premature Ejaculation: New Drugs and Treatment Strategies. *Current Science* , 7, 473-478.

Johnson-Greene D. Informed consent in clinical neuropsychology practice. Official statement of the National Academy of Neuropsychology. *Arch Clin Neuropsychol*. 2005;20(3):335-40.

Kaplan HS. Anxiety and sexual dysfunction. *J Clin Psychiatry*. 1988;49 Suppl:21-5.

- Kaplan HS. (1990). La nueva terapia sexual. México: Alianza.
- Kara H, Aydin S, Agargun MY, et al. Y The efficacy of fluoxetine in the treatment of premature ejaculation: a double-blind placebo controlled study. *J Urol* 1996;156:1631-1632.
- Kegel AH. Progressive resistance exercise in the functional restoration of the perineal muscles. *Am J Obstet Gynecol* 1948;56:238-249.
- Kim SW, Paick JS. Short-term analysis of the effects of as needed use of sertraline at 5 PM for the treatment of premature ejaculation. *Urology* 1999;54:544-547.
- Kuritzky L, Samraj GPN, Seftel AD. Eyaculación precoz: tratamiento en la atención primaria. *Atención Médica* 2005;58-64.
- Laumann, E., Paik, A., & Rosen, R. (1999). Sexual Dysfunction in the United States: prevalence and predictors. *JAMA*, 281, 537-544.
- Leiblum SR, Rosen RC. Principles and practice of sex therapy. 3rd ed. New York: Guilford Press; 2000.
- Lowen, A. Amor y Orgasmo. Era Naciente, Buenos Aires, 1993.
- Lue TF Disfunción sexual masculina. Disfunción sexual masculina que compromete la emisión, la eyaculación y el orgasmo. En: Tanagho EA McAninch JW Urología general de Smith. México: El Manual Moderno, 2005;pp:577-595.
- Mallis D, Moysidis K, Nakopoulou E, et al. Psychiatric morbidity is frequently undetected in patients with erectile dysfunction. *J Urol*. 2005;174(5):1913-6.
- Marques, F., Chedid, S., & Eizerik, G. (2008). Resposta Sexual Humana. *Revista de Ciências Médicas*, 17(3), 175-183.
- Masters WH, Johnson VE. Human sexual inadequacy. Boston: Little, Brown; 1970.
- McCabe MP. Evaluation of a cognitive behavior therapy program for people with sexual dysfunction. *J Sex Marital Ther*. 2001;27(3):259-71.
- McCabe MP. The role of performance anxiety in the development and maintenance of sexual dysfunction in men and women. *International Journal of Stress Management*. 2005
- McMahon, C et al. Abstract presented at The International Society for Sexual Medicine Sexual Medicine Reviews, 2013
- McMahon, C., Abdo, C., Incrocci, L., Perelman, M., Rowland, D., Waldinger, M., Cheng Xin, Z. (2004) Disorders of Orgasm and Ejaculation in Men. *The Journal of Sexual Medicine*, 1, 58–65.
- McMahon CG, McMahon CN, Leow LJ Winestock CJ Efficacy of type-5 phosphodiesterase inhibitors in the drug treatment of premature ejaculation: a systematic review. *BJU Int* 2006;98:259-272.
- McMahon CG, Touma K. Treatment of premature ejaculation with paroxetine hydrochloride. *Int J Impot Res* 1999;11:241-245.
- McVary KT Disfunción sexual. Disfunción sexual masculina. Dispositivos de constricción por vacío, en: Fauci AS, Braunwald E, Kasper DL, Hauser SL, Longo DL, Jameson JL et. al. Harrison. Principios de medicina interna. México: McGraw-Hill Interamericana, 2009;1:296-300.
- Mendels J, Camera A, Sikes C. Sertraline treatment for premature ejaculation. *J Clin Psychopharmacol* 1995;15:341-346.

- Modi, N. B., Dresser, M. J., Simon, M., Lin, D., Desai, D., & Gupta, S. (2006). Single-and multiple-dose pharmacokinetics of dapoxetine hydrochloride, a novel agent for the treatment of premature ejaculation. *The Journal of Clinical Pharmacology*, 46(3), 301-309.
- Montague DK, Jarow J, Broderick GA, et al. AUA guideline on the pharmacologic management of premature ejaculation. *J Urol* 2004;172:290-294.
- Montgomery SA. Major depressive disorders: clinical efficacy and tolerability of agomelatine, a new melatonergic agonist. *European Neuropsychopharmacology*. 2006;16 (Suppl 5):S633-S638.
- Montorsi, F. (2005). Prevalence of Premature Ejaculation: A Global and Regional Perspective. *Journal of Sexual Medicine*, 2, 96-102.
- Nobre, P.J. (2006). *Disfunções Sexuais*. Lisboa: Climepsi Editores.
- Perelman, M. (2006). A New Combination Treatment for Premature Ejaculation: A Sex Therapist's Perspective. *Journal of Sexual Medicine*, 3, 1004-1012.
- Piediferro, G., Colpi, E.M., Castiglioni, F., & Nerva, F. (2004). Premature ejaculation. 1. Definition and etiology. *Archivio Italiano di Urologia e Andrologia*, 76(4), 181-187.
- Plaut SM, Lehne GK. Disfunción sexual, trastornos de la identidad sexual y parafilias. Trastornos del orgasmo. Eyaculación precoz. En: Goldman HH. *Psiquiatría general*. México: Manual Moderno, 2001;p:433-460.
- Pollak EF, Aliotta P, Chopra A Ejaculatory disorders, en: First consult. Evidence based answers for the point of care 2007 aug. 31.
- Porst, H., Montorsi, F., Rosen, R.C., Gaynor, L., Grupe, S., & Alexander, J. (2007). The premature ejaculation prevalence and attitudes (PEPA) survey: Prevalence, comorbidities, and professional help-seeking. *Eur Urol*, 51, 816-823.
- Pryor JL, Althof SE, Steidle C, et al. Efficacy and tolerability of dapoxetine in treatment of premature ejaculation: an integrated analysis of two double-blind, randomised controlled trials. *Lancet* 2006; 368: 929-937.
- Reich, W *Bambini del futuro - Sulla prevenzione delle patologie sessuali*. Milano: Sugarco Edizione, 1983.
- Reza SM, Yoosof HS. Safety and efficacy of tramadol in the treatment of premature ejaculation. A double blind, placebocontrolled, fixed-dose, randomized study. *J Clin Psychopharmacol* 2006;26(1):27-31.
- Riley, A., & Riley, E. (2005). Premature ejaculation: Presentation and associations. An audit of patients attending a sexual problems clinic. *Int J Clin Pract*, 59, 1482-1487.
- Ros, C., Teloken, C., Tannhauser, M., & Souto, C.A.V. (2001). Eyaculación precoz: Abordagem Terapêutica. *Revista AMRIGS, Porto Alegre*, 45(1,2), 58-60.
- Rosen RC, Lane RM, Menza M. Effects of SSRI's on sexual function: a critical review. *J Clin Psychopharmacol* 1999;19:67-85.
- Rowland, D.L., Cooper, S.E., & Schneider, M. (2001). Defining Premature Ejaculation for Experimental and Clinical Investigations. *Archives of Sexual Behavior*, 30(3), 235-253.
- Rowland, D., Patrick, D., Rothman, M., & Gagnon, D. (2007). The Psychological Burden of Premature Ejaculation. *The Journal of Urology*, 177, 1065-1070.
- Rutherford BR, Aizaga K, Sneed J, Roose SP. A survey of psychiatry residents' informed consent practices. *J Clin Psychiatry*. 2007;68(4):558-65.

Salem EA, Wilson SK, Bissada NK, y col. El uso del clorhidrato de tramadol a demanda es promisorio para tratar la Eyaculación Precoz. *J Sex Med* 2008;5:188-193.

Salinas, C. (2007). Eyaculación precoz en la práctica familiar. *Atención Familiar*, 14(1), 9-11.

Salonia A, Maga T, Colombo R, et al. A prospective study comparing paroxetine alone versus paroxetine plus sildenafil in patients with premature ejaculation. *J Urol* 2002;168 (6):2486-2489.

Shabsigh, R., Broderick, G. A., Miloslavsky, M., & Bull, S. (2006, April). Dapoxetine has long-term efficacy in the treatment of premature ejaculation. In *Journal of Urology* (Vol. 175, No. 4, pp. 297-298). 530 Walnut St, Philadelphia, Pa 19106-3621 Usa: Lippincott Williams & Wilkins.

Shafer LC Sexual disorders and sexual dysfunction. Premature ejaculation, en: Stern TA, Rosenbaum JF, Fava M, Biederman J, Rauch SL Massachusetts General Hospital comprehensive clinical psychiatry. Philadelphia: Mosby 2008:490-496.

Sharlip I. Diagnosis and treatment of premature ejaculation: The physician's prospective. *J Sex Med* 2005 (suppl 2):103-108.

Silva, A., & Maia, A. (2008). A evolução da sexualidade masculina através do tratamento da Eyaculación Precoz sob a luz da terapia cognitiva – comportamental. *Cadernos UniFOA, Volta Redonda, ano 3, Edición Especial*.

Spark RF Treatment of male sexual dysfunction. Recommendations. Premature Ejaculation, en: Basow D UpToDate® 2009 jul. (v. 17.2).

Symonds, T., Roblin, D., & Hart, K. (2003). How Does Premature Ejaculation Impact a Man's Life. *Journal of Sex & Marital Therapy*, 29, 361–370.

Tamborini, T. (2005). Eyaculación precoz: uma questão de vínculo. *Pulsional – Revista de Psicanálise*, 138, 138-144.

Uriarte, BV Trastornos de origen diverso. Trastornos sexuales, en: *Psicofarmacología*. Editorial Trillas, S.A. de C.V., México, 2009:191.

Waldinger, M. (2004). Lifelong premature ejaculation: from authority – based to evidence – based medicine. *British Journal of Urology*, 93, 201-207.

Waldinger MD, Hengeveld MW, Zwindermann AH. Paroxetine treatment of premature ejaculation: A double-blind, randomized, placebo-controlled study. *Am J Psychiatry* 1994;151:1377-1379.

Western Australian Psychotropic Drugs Committee – WAPDC. Anxiety disorders drug treatment guidelines; 2008.

Williams W. Secondary premature ejaculation. *Aust N Z J Psychiatry*. 1984;18(4):333-40.