

## **Características clínicas de la Eyaculación Precoz y su repercusión en el paciente y la pareja.**

---

**Santiago Cedrés (\*) – Gustavo Vignali (\*\*) – Rosana Pombo (\*\*\*) – Gabriela Dartayete (\*\*\*\*)**

### **Centro Médico Sexológico PLENUS**

\* Médico Internista - Ex. Prof. Adj. Medicina Interna – Sexólogo clínico

\*\*Educador Sexual

\*\*\* Psicóloga – Sexóloga clínica– Terapeuta sexual.

\*\*\*\* Médico Psiquiatra - Psicoterapeuta

En los pasados 25 años, el conocimiento médico sexológico sobre la eyaculación precoz (EP) ha avanzado en forma importante <sup>(1)</sup>. Especialmente se ha evidenciado un progreso sustancial en: entender la fisiología del reflejo eyaculatorio <sup>(2-8)</sup>, estudiar la prevalencia real <sup>(9-13)</sup>, definir la disfunción <sup>(14)</sup>, analizar el impacto psicológico en la persona y su pareja <sup>(15)</sup>, diseñar instrumentos de medida y diagnóstico certero <sup>(16)</sup>, crear nuevas propuestas terapéuticas y estudiar la seguridad, eficacia y satisfacción de las mismas <sup>(17-21)</sup>.

La falta de registros en nuestro país sobre estos aspectos del varón portador de esta disfunción, es lo que motivó la presente investigación.

### **OBJETIVOS:**

---

**Objetivo General:** Estudiar la EP y sus repercusiones en una población de varones adultos que consultan por esta causa en un Centro Médico Sexológico.

### **Objetivos Específicos:**

1. Análisis demográfico de la población
2. Características clínicas de presentación
3. Variables psicoemocionales relacionadas
4. Consecuencias en la pareja.

## **MATERIAL Y METODOS**

Tipo de estudio: Descriptivo, Analítico y Transversal.

### **DEFINICIONES:**

*Eyaculación Precoz (EP):* eyaculación que siempre o casi siempre ocurre antes del minuto de penetración vaginal, con incapacidad de demorarla en todas o casi todas las penetraciones vaginales y que ocasiona consecuencias negativas para la persona, como estrés, molestia, frustración o la pérdida de satisfacción sexual”.

*Deseo Sexual Hipoactivo (DSH):* Descenso en el interés para las relaciones sexuales o masturbación y/o dificultades para responder a la iniciativa de la pareja.

*Disfunción Eréctil (DE):* dificultades para lograr o mantener la erección para lograr un coito satisfactorio.

*Ansiedad:* Puntaje del Test de Hamilton de ansiedad  $\geq 8$ .

*Estrés Leve:* Puntuación en la Escala de Maslach 34-74

*Estrés Moderado:* Puntuación en la Escala de Maslach 75-103

*Estrés Severo:* Puntuación en la Escala de Maslach 103- 132

### **INSTRUMENTOS DE MEDIDA:**

#### **1. ANSIEDAD: ESCALA DE ANSIEDAD DE HAMILTON (Hamilton Anxiety Scale, HAS)**

La escala de ansiedad de Hamilton (Hamilton Anxiety Scale, HAS) fue diseñada en 1959. Inicialmente, constaba de 15 ítems, pero cuatro de ellos se refundieron en dos, quedando reducida a 13. Posteriormente, en 1969 dividió el ítem “síntomas somáticos generales” en dos (“somáticos musculares” y “somáticos sensoriales”) quedando en 14. Esta versión<sup>2</sup> es la más ampliamente utilizada en la actualidad., y en la presente investigación utilizamos la versión española realizada por Carrobes y cols<sup>3</sup> en 1986

Su objetivo es valorar el grado de ansiedad y, según el autor, no debe emplearse para cuantificar la ansiedad cuando coexisten otros trastornos mentales (específicamente desaconsejada en situaciones de agitación, depresión, obsesiones, demencia, histeria y esquizofrenia).

Se trata de una escala heteroaplicada de 14 ítems, 13 referentes a signos y síntomas ansiosos y el último que valora el comportamiento del paciente durante la entrevista. El propio autor indicó para cada ítems una serie de signos y síntomas que pudieran servir de ayuda en su valoración, aunque no existen puntos del anclaje específicos. En cada caso debe tenerse en cuenta tanto la intensidad como la frecuencia del mismo.

Cada ítem se valora en una escala de 0 a 4 puntos. Hamilton reconoce que el valor máximo de 4 es principalmente un punto de referencia y que raramente debería alcanzarse en pacientes no hospitalizados. Sólo algunas cuestiones hacen referencia a signos que pueden observarse durante la entrevista, por lo que el paciente debe ser interrogado sobre su estado en los últimos días. Se aconseja un mínimo de 3 días y un máximo de 3 semanas<sup>5</sup>.

El entrevistador puntúa de 0 a 4 puntos cada ítem, valorando tanto la intensidad como la frecuencia del mismo. La puntuación total es la suma de las de cada uno de los ítems. El rango va de 0 a 56 puntos. Se pueden obtener, además, dos puntuaciones que corresponden a ansiedad psíquica (ítems 1, 2, 3, 4, 5, 6 y 14) y a ansiedad somática (ítems 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

## 2. **ESTRÉS:** CUESTIONARIO MASLACH

El cuestionario Maslach, de forma autoaplicada, mide el desgaste y estrés. Se complementa en 10-15 minutos y mide los 3 aspectos del síndrome: Cansancio emocional, despersonalización, realización personal. Se consideran puntuaciones bajas las menores a 34. El cuestionario más utilizado en la escala de Maslach de 1986. Esta escala tiene una alta consistencia interna y una fiabilidad cercana al 0,9. Se trata de un cuestionario auto administrado, constituido por 22 ítems en forma de afirmaciones, sobre los sentimientos y actitudes del profesional en su trabajo y hacia los pacientes.

### CRITERIOS DE INCLUSION:

Varones > 18 años que consultan al Centro Médico Sexológico entre las fechas: 1/12/2010 y 1/3/2011.

### CRITERIOS DE EXCLUSION:

- Ausencia de consentimiento oral para ser incluidos en la investigación
- Ya estaba en tratamiento psicoterapéutico o farmacológico por la EP

Todos los pacientes fueron valorados desde el punto de vista bio psico social, y con evaluación psicológica y médico-sexológica.

Durante la consulta se registraron de cada paciente las siguientes variables demográficas: edad, situación marital (presencia de pareja estable o no), nivel

educacional (primario, secundario o terciario) y estatus profesional. A todos se les aplicó Test de satisfacción sexual (Anexo I), test de ansiedad de Hamilton (Anexo II) y cuestionario Maslach para valorar los niveles de estrés (Anexo III). Todos fueron valorados por el mismo observador quien aplicó los test, y luego se profundizaron aspectos emocionales en consulta psicológica y también aspectos clínicos en consulta médico sexológica.

## RESULTADOS

Se incluyeron 50 pacientes que consultaron por eyaculación precoz.

1. Las características sociodemográficas se ilustran en la Tabla 1:

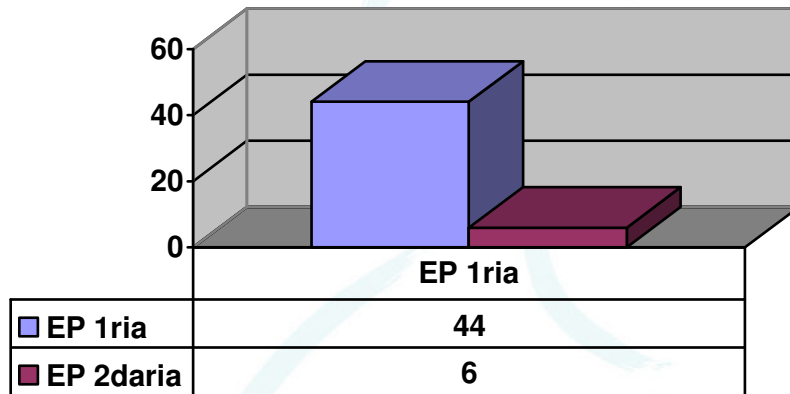
<b>Tabla 1 : Características de la población (n=50)</b>	
Edad media	25 a
<i>Educación</i>	
Secundaria completa	29
Educación terciaria	21
<i>Hogar</i>	
Vive solo	28
Vive con pareja	22
<i>Situación marital</i>	
Sin pareja	18
Pareja est. y/o casado	32
<i>Situación laboral</i>	
Trabaja	30
Trabaja con personal a cargo	12
Jubilado	0
Desocupado	8

2. Con respecto a la forma de presentación, la gran mayoría se trataba de EP primaria (44/50, FR=0,88) y de éstos, 15 habían tenido episodios de EP anteportas (15/44, FR= 0,34), lo que los definía como severos.

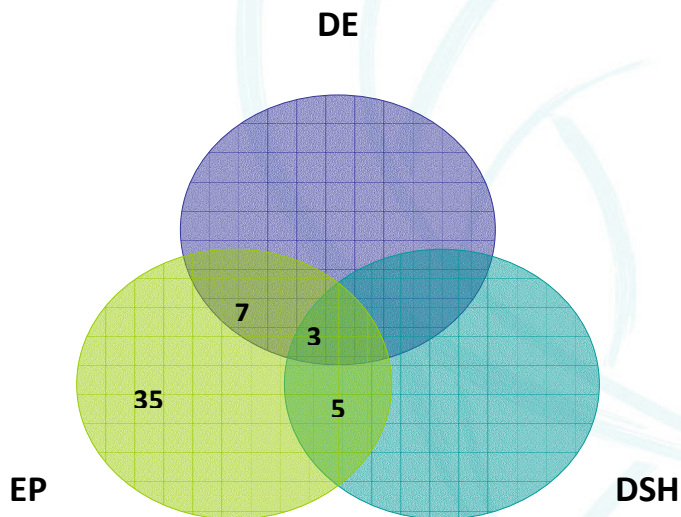
Al cuestionar disfunciones sexuales asociadas, 35/50 presentaban EP pura, 7/50 asociaba DE, 5/50 asociaba DSH y 3/50 asociaba DE + DSH.

Estos resultados se ilustran en el Gráfico 1 y 2.

**Gráfico 1: Tipos de EP (n=50)**



**Gráfico 2: Disfunciones sexuales asociadas a la EP en la población estudiada.**

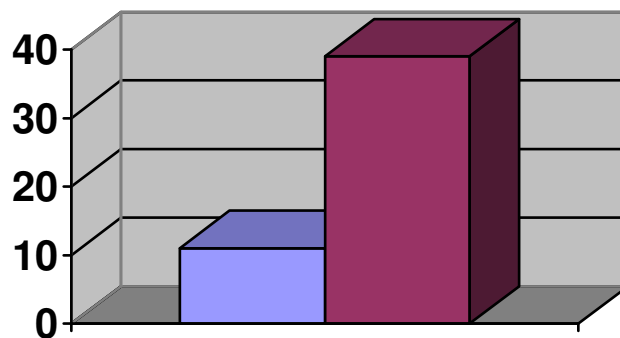


### 3. Variables psicoemocionales:

Se registraron importantes niveles de ansiedad en 39 de los 50 pacientes estudiados (valorada mediante Test de Hamilton de ansiedad y entrevista,

donde se interrogaban tensiones, temores, insomnio, función cognitiva, depresión, aspectos somático musculares, somático sensoriales, síntomas cardiovasculares, respiratorios, genitourinarios, gastrointestinales, y del sistema nervioso autónomo). Gráfico 3.

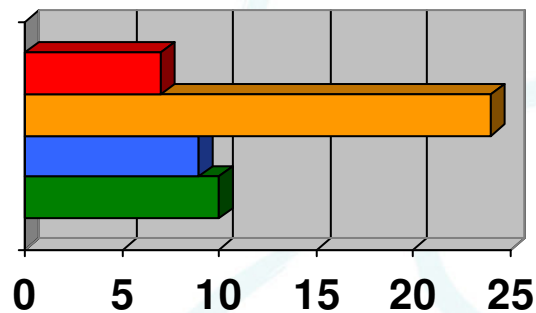
**Gráfico 3- Niveles de Ansiedad**



■ Ansiedad (Hamilton $\geq 8$ )	11
■ Ansiedad no significativa (Hamilton $< 8$ )	39

Al valorar los niveles de estrés, se definió como leve en 9/50 pacientes, moderado en 24/50, severo en 7/50. 10/50 pacientes no puntuaron estrés. Se ilustran los resultados en el Gráfico 4.

**Gráfico 4- Niveles de estrés .**



■ severo	7
■ moderado	24
■ leve	9
■ no estrés	10

Al interrogar la satisfacción sexual, todos los pacientes se definieron como insatisfechos sexualmente por causa de la EP.

#### 4. Repercusión en la pareja:

Al analizar la respuesta femenina en los 32 pacientes que tenían pareja, se evidenció pérdida del deseo sexual reactivo a la disfunción eyaculatoria del varón con insatisfacción sexual en 25/32 parejas evaluadas (FR= 0,78).

La mayoría de las mujeres informó que veía afectado gravemente el futuro del vínculo por causa de la disfunción sexual masculina (20/32 FR= 0.62)

### **CONCLUSIONES:**

**1.** Analizando el perfil demográfico que consulta, se desprende de este estudio que la eyaculación precoz es un problema que aqueja y mueve a consultar a la población joven que tiene buen nivel de satisfacción en otros campos de su vida.

Podemos pensar que quizá en otros grupos etarios hay un acostumbramiento o renuncia a una vida sexual mas plena.

La presencia de altos porcentajes de EP pura a esta edad es una buena noticia, dado que el tratamiento en tiempo y forma prevendrá complicaciones y asociación de otras disfunciones.

Tomando en cuenta que la población tiene un buen nivel educativo -la mayoría finalizó secundaria y un gran porcentaje de la misma cuenta con nivel terciario-, podemos inferir lo siguiente:

a) el nivel de educación formal, no acompaña el nivel de conocimiento en sexualidad (educación sexual) siendo esta carencia la que en muchos casos favorece la presencia de algún tipo de disfunción.

b) la educación brinda las herramientas que favorecen la introspección necesaria que conduce al sujeto a la determinación de realizar la consulta y futuro tratamiento.

2. Con respecto a la asociación con DSH y EP reactivos a la EP (ya que no tienen comorbilidades para DE y DSH de otras causas medicas), vemos que la EP, que puede comenzar como un problema aislado, afectando solo una fase de la respuesta sexual, irá, paulatinamente contaminando otros terrenos, especialmente el deseo tanto del paciente como de su pareja.

Para que se ponga en marcha la fantasía y el juego, que son los motores del deseo, es necesario que el paciente esté libre de preocupaciones y de alguna manera, cuente con la integridad de su respuesta sexual.

El fracaso en la satisfacción del encuentro y la falta de acompasamiento con la pareja que esto determina puede llevar a excluir esta situación que para el paciente es más fuente de frustración que de satisfacción.

**3.** Tomando en cuenta la presencia de pareja (32 del total de la muestra) parecería ser este hecho un factor favorable que motiva a la consulta y al tratamiento. Podemos inferir que el vínculo de pareja enfrenta al EP con su conflictiva ya que además del malestar que puede sentir quien lo padece, entra en juego la relación vincular agregando una variable que cambia la postura ante la misma

Se evidenció que la pareja siempre queda insatisfecha. La diferencia está en como se hace cargo del problema junto con el paciente (situación mas madura

y deseable para afrontar un tratamiento) o queda interpretando este problema como falta de consideración, amor, etc.

Algunas mujeres insisten en que sus compañeros tienen que satisfacerlas sexualmente y ejercen una gran presión sobre ellos lo cual puede ser fuente de ansiedad y acelerar el reflejo eyaculatorio.

Las parejas que tienen baja frecuencia de relaciones sexuales, por diferentes motivos, ven afectado aún más el control eyaculatorio por la abstinencia, ello afecta el goce sexual y condiciona el deseo y por ende suelen distanciar aún más las relaciones sexuales generándose un círculo vicioso.

La falta de información de ambos sobre las habilidades necesarias para mejorar el control puede interferir, evitando que practiquen posiciones y movimientos que contribuyan a retrasar el desencadenamiento del orgasmo.

También observamos que muchas mujeres, parejas de este tipo de varones, se han "acostumbrado" a buscar rápidamente el orgasmo luego de producida la penetración en una carrera antes que su pareja termine, con movimientos firmes y frenéticos no haciendo más que acelerar el desencadenamiento del orgasmo masculino. En estos casos es necesario trabajar en un reaprendizaje con ambos integrantes.

Sin embargo, cuando la mujer llega rápidamente al orgasmo en el coito no es vista la eyaculación rápida como un problema; cuando no le interesa la vida sexual y prefiere acceder a coitos rápidos o apura al varón para "que termine cuanto antes".

Las mujeres que tienen una respuesta sexual lenta, tanto en los preliminares como en llegar al orgasmo en el coito constituyen un desafío para el control eyaculatorio del varón. Muchas manifiestan que necesitan entre 20 a 30' de penetración, ante lo cual el varón se siente muy exigido ya que deberá retrasar su orgasmo en repetidas ocasiones. Teniendo en cuenta que el factor tiempo es determinante en el incremento de los montos de excitación.

4. Al analizar los altos niveles de ansiedad y estrés detectados, podríamos decir, que la EP primaria es la disfunción de los jóvenes ansiosos. Mas allá de los niveles o de la forma clínica que adopte la ansiedad está generalmente en primer plano. Puede ser como nerviosismo, síntomas físicos, preocupaciones permanentes, falta de relajación para disfrutar o enfermedades psicósomáticas.

El estrés es otra forma de hablar de ansiedad, si bien las exigencias de la

realidad actual son intensas, no todo el mundo las lleva del mismo modo.

En general recibimos en la clínica un círculo vicioso ya armado de ansiedad-EP. Podemos preguntarnos que estuvo primero pero lo que resulta claro es que el tratamiento de la ansiedad, es pilar del tratamiento de la EP.

No podemos despreciar dadas estas variables psicoemocionales a la incidencia de algún factor del orden de los mitos y/o tabúes que podría estar sosteniendo la ansiedad. Algunos de los cuales podrían ser: falta de información en lo que tiene que ver con la respuesta sexual tanto del varón como de la mujer; desconocimiento de su propio cuerpo por inhibiciones a temprana edad; lugar de la mujer como ser deseante (de esta forma el varón le quita tal posibilidad, a nivel inconsciente); evitar la dominación femenina, imponiendo el varón la rápida culminación de la relación sexual, etc.

#### **COMENTARIOS FINALES:**

---

Hemos estudiado los aspectos demográficos de la población que consulta por esta disfunción sexual, la presencia o no de pareja, los perfiles psicoemocionales y las características clínicas en cuanto a la forma de presentación de la eyaculación precoz y la repercusión en la pareja.

Se destacan importantes elementos en cuanto a la forma de presentación, los niveles de ansiedad y estrés, junto con los niveles de insatisfacción sexual del varón y la pareja. Esto marca la necesidad de elaborar estrategias terapéuticas que asistan a todos los elementos detectados en el presente trabajo.

#### **BIBLIOGRAFIA:**

---

- 1 Rowland D, Mc Mahon C, Abdo C, Chen J, Jannini E, Waldinger M, Ahn TY. Disorders of orgasm and ejaculation in men. J Sex Med 2010;7:1668–86.
- 2 Borgdorff AJ, Bernabe J, Denys P, Alexandre L, Giuliano F. Ejaculation elicited by microstimulation of lumbar spinothalamic neurons. Eur Urol 2008;54:449–56.

- 3 Clement P, Peeters M, Bernabe J, Denys P, Alexandre L, Giuliano F. Brain oxytocin receptors mediate ejaculation elicited by 7-hydroxy-2-(di-N-propylamino) tetralin (7-OH-DPAT) in anaesthetized rats. *Br J Pharmacol* 2008;154:1150–9.
- 4 Peeters M, Giuliano F. Central neurophysiology and dopaminergic control of ejaculation. *Neurosci Biobehav Rev* 2008;32:438–53.
- 5 Sun XQ, Xu C, Leclerc P, Benoit G, Giuliano F, Droupy S. Spinal neurons involved in the control of the seminal vesicles: A transsynaptic labeling study using pseudorabies virus in rats. *Neuroscience* 2009;158:786–97.
- 6 Truitt W, Coolen L. Identification of a potential ejaculation generator in the spinal cord. *Science* 2002;297:1566–9.
- 7 Coolen L, Allard J, Truitt W, McKenna K. Central regulation of ejaculation. *Physiol Behav* 2004;83:203–15.
- 8 Coolen L. Neural control of ejaculation. *J Comp Neurol* 2005;493:39–45.
- 9 Laumann EO, Nicolosi A, Glasser DB, Paik A, Gingell C, Moreira E, Wang T. Sexual problems among women and men aged 40–80 y: Prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Impot Res* 2005;17:39–57.
- 10 Porst H, Montorsi F, Rosen RC, Gaynor L, Grupe S, Alexander J. The premature ejaculation prevalence and attitudes (PEPA) survey: Prevalence, comorbidities and professional help-seeking. *Eur Urol* 2007;51:816–24.
- 11 Waldinger M, Quinn P, Dilleen M, Mundayat R, Schweitzer D, Boolell M. A multinational population survey of intravaginal ejaculation latency time. *J Sex Med* 2005;2:292–7.
- 12 Nicolosi A, Laumann E, Glaser D, Moreira E, Paik A, Gingell C. Global study of sexual attitudes and behaviors investigator's group. Sexual behavior and sexual dysfunctions after age 40: The global study of sexual attitudes and behaviors. *Urology* 2004;64:991–7.
- 13 Lindau S, Schumm P, Laumann E, Levinson W, O'Muircheartaigh C, Waite L. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med* 2007;357:762–4.

14 McMahon CG, Althof SE, Waldinger MD, Porst H, Dean J, Sharlip ID, Adair PG, Becher E, Broderick GA, Buvat J, Dabeas K, Giraldi A, Giuliano F, Hellstrom WJ, Incrocci L, Laan E, Meuleman E, Perelman MA, Rosen RC, Rowland DL, Seagraves R. An evidence-based definition of lifelong premature ejaculation: Report of the International Society for Sexual Medicine (ISSM) ad hoc committee for the definition of premature ejaculation. *J Sex Med* 2008;5:1590–606.

15 Rosen R, Althof S. Impact of premature ejaculation: The psychological quality of life and sexual relationship consequences. *J Sex Med* 2008;5:1296–307.

16 Althof S, Symonds T. Patient reported outcomes used in the assessment of premature ejaculation. In: Seftel A, ed. *Urologic clinics of North America*. Philadelphia: Saunders; 2007:581–9.

17 De Carufel F, Trudel G. Effects of a new functional sexological treatment for premature ejaculation. *J Sex Marital Ther* 2006;32:97–114.

18 McMahon CG. Long term results of treatment of premature ejaculation with selective serotonin re-uptake inhibitors. *Int J Impot Res* 2002;14:S19.

19 Pryor JL, Althof SE, Steidle C, Rosen RC, Hellstrom WJ, Shabsigh R, Miloslavsky M, Kell S. Efficacy and tolerability of dapoxetine in treatment of premature ejaculation: An integrated analysis of two double-blind, randomised controlled trials. *Lancet* 2006;368:929–37.

20 Waldinger MD, Zwinderman AH, Schweitzer DH, Olivier B. Relevance of methodological design for the interpretation of efficacy of drug treatment of premature ejaculation: A systematic review and meta-analysis. *Int J Impot Res* 2004;16:369–81.

21 Dinsmore WW, Hackett G, Goldmeier D, Waldinger M, Dean J, Wright P, Callander M, Wylie K, Novak C, Keywood C, Heath P, Wylie M. Topical eutectic mixture for premature ejaculation (TEMPE): A novel aerosol-delivery form of lidocaine-prilocaine for treating premature ejaculation. *BJU Int* 2007;99:369–75.