


ACTUALIZACIÓN DIAGNÓSTICA Y TERAPÉUTICA PARA LA EYACULACIÓN PRECOZ.



Dr. Santiago Cedrés

Ex Prof. Adj. Medicina Interna – Sexólogo clínico.
Presidente de la Sociedad Uruguaya de Sexología.
Miembro de la Academia Internacional de Sexología Médica.



En los pasados 25 años, el conocimiento médico sexológico sobre la Eyaculación Precoz (EP) ha avanzado en forma importante¹. Especialmente se ha evidenciado un progreso sustancial en entender la fisiología del reflejo eyaculatorio^{2,3,4,5,6,7}, estudiar la prevalencia real^{7,8,9,10,11}, definir la disfunción¹², analizar el impacto psicológico en la persona y su pareja¹³, diseñar instrumentos de medida y diagnóstico certero^{14,15}, crear nuevas propuestas terapéuticas y estudiar la seguridad, eficacia y satisfacción de las mismas^{16,17,18,9,19,20,15,21}.

DEFINICIÓN

Durante las últimas décadas los criterios empleados para definir la EP han sido numerosos y muy diversos.

Masters y Jonson²⁴ la definieron como la incapacidad de inhibir la eyaculación durante el tiempo suficiente para que la pareja pueda alcanzar el orgasmo en el 50% de las relaciones con coito, mientras que Kaplan define la EP como la ausencia de control voluntario sobre el reflejo eyaculatorio. Algunos autores más contemporáneos la han definido en términos absolutamente temporales, estableciendo márgenes de 1/2/3/5 y 7 minutos antes de que tenga lugar la eyaculación y una vez producida la penetración. Otros autores establecen como criterio el número de movimientos de frotación en el coito ("empujes"), que en ocasiones no supera el primer movimiento.

De forma arbitraria se ha establecido un mínimo

de 15 bamboleos^{22,23} a partir de los cuales ya no se trataría de una eyaculación precoz.

En el Consenso de la Academia Internacional de Sexología Médica este trastorno se define como una condición persistente o recurrente en la que el varón no consigue percibir y/o controlar las sensaciones propioceptivas que preceden al reflejo eyaculatorio, que origina trastornos personales y/o perturba la relación con la pareja. Sin embargo, todos estos conceptos dificultan disponer de un parámetro cuantificable objetivamente que permita la aplicación de métodos científicos para el estudio de la EP, por lo que, para numerosos autores, es recomendable usar el IELT (Tiempo de Latencia de la Eyaculación Intravaginal), un cronómetro para medir el tiempo de coito durante un período que permita establecer una línea base y durante el tratamiento, y definir la EP como la eyaculación que ocurre menos de 1 minuto después de la penetración vaginal²⁵. Esta consideración conceptual resulta, según estos investigadores, esencial para la investigación de tratamientos farmacológicos para la EP. Hay que aceptar que desde el punto de vista clínico esta definición no supone un criterio del todo válido, ya que en muchas ocasiones la EP aparece incluso antes de la penetración o, la duración de la penetración aun siendo mayor de 1 o 2 minutos no permite una relación gratificante.

Ante todo esto, uno de los conceptos más aceptado por el momento es el establecido en la revisión de la cuarta edición del Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM-IV-TR)²⁶, donde se define como la eyaculación persistente o recurrente como respuesta a una estimulación sexual mínima antes, durante o poco después de la penetración y antes de que la persona lo desee. Supone un trastorno marcado o una dificultad interpersonal, y los síntomas de la EP no se deben exclusivamente a los efectos directos de una sustancia, como la retirada de opiáceos.

“La Eyaculación Precoz es la 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”.

Especialmente en estos últimos años han sido numerosas las propuestas centradas en el establecimiento de criterios diagnósticos que combinen parámetros basados en la evidencia con los basados en la autopercepción del paciente. En esta línea, destaca la propuesta de Waldinger -publicada recientemente en Journal of Sexual Medicine-; para este autor, estos nuevos criterios deberían incluir la aparición de eyaculación rápida de forma persistente e involuntaria durante la relación sexual coital con un IELT, menor de 1,5 minutos y además, la eyaculación rápida debe aparecer en un 90% o más de las relaciones sexuales. Además, establece 3 formas clínicas de EP, y a las ya conocidas de primaria o secundaria (o adquirida) añade una nueva que denomina eyaculación precoz variable natural y que estaría caracterizada por la aparición esporádica de “queja” de eyaculación rápida de forma involuntaria, independiente del IELT y considerable como una variación normal de la ejecución eyaculatoria que no precisa tratamiento.²⁷

CRITERIO DIAGNÓSTICO DE ISSM

Respondiendo a la necesidad de una nueva definición, basada en la evidencia, la Sociedad Internacional de Medicina Sexual (International Society for Sexual Medicine - ISSM) estableció un Comité Ad Hoc para la definición de Eyaculación Precoz o Prematura, integrado por 21 expertos de reconocimiento internacional que se reunieron en Ámsterdam desde el 19 al 21 de Octubre 2007. El mismo incluía los investigadores más reconocidos

del mundo en eyaculación precoz y expertos de todos los continentes, de ambos sexos y diversa trayectoria científica y académica.

El panel de expertos estableció que para realizar una correcta definición de EP era necesario tomar en cuenta los siguientes parámetros: tiempo en eyacular, incapacidad para retrasar la eyaculación y consecuencias negativas de la disfunción. Se concluyó que actualmente la evidencia objetiva para la definición se limita a hombres con EP de larga data y que realizan coito vaginal. Se podría aplicar a otras actividades sexuales además del coito vaginal, pero el panel reportó que hay insuficientes datos objetivos para elaborar una definición basada en la evidencia para la EP en otras actividades sexuales.

Althof SE, Abdo CHN, Dean J, et al. Publican entonces la nueva definición con criterios diagnósticos en “International Society for Sexual Medicine’s Guidelines for the Diagnosis and Treatment of Premature Ejaculation” en el Journal of Sexual Medicine 2010;7: 2947–2969, que es la siguiente:

“La Eyaculación Precoz es la 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”.

Se debe a una falta del aprendizaje de la recepción y

“La EP es una entidad muy común con tasas medias de prevalencia, que oscilan entre el 16 y el 23% de los varones y supone alrededor del 30% de las demandas de atención sexológica²⁸.”

la integración de las sensaciones placenteras percibidas durante el acto sexual, que lleva a no saber reconocer el momento en que se puede prolongar el mismo.

En ocasiones normales el hombre atraviesa 3 fases durante la relación sexual:

Deseo: el hombre comienza a percibir síntomas de excitación.

Excitación: ocurre la erección.

Orgasmo: fase final en la cual el hombre eyacula.

La fase de “excitación” es la que más debe extenderse y representa la fase crítica donde se debe controlar la eyaculación. Cuando esto no se puede hacer, se llega al orgasmo en forma rápida generando frustración para el varón y para la pareja. No se conoce la causa exacta de esta disfunción; aunque antes se pensaba que era un trastorno únicamente psicológico, hoy se sabe que es un estado más complejo que también involucra factores orgánicos. Las causas biológicas tienen más peso cuando la eyaculación precoz persiste en el tiempo.

CLASIFICACIÓN

La clasificación actual de este trastorno eyaculatorio es la siguiente:

EP Primaria: cuando el paciente reconocía dificultades en el control eyaculatorio desde el inicio de su vida sexual.

EP Secundaria: cuando las dificultades en el control eyaculatorio se instalaron luego de un tiempo de respuesta eyaculatoria normal.

EP Antepostas: el paciente eyacula previo a la penetración vaginal. Es la forma más severa de

presentación de la EP.

Algunas escuelas sexológicas consideran que la clasificación más exhaustiva es la propuesta por Metz y Prior (2000) (cuadro pag.5)

PREVALENCIA

La EP es una entidad muy común con tasas medias de prevalencia, que oscilan entre el 16 y el 23% de los varones y supone alrededor del 30% de las demandas de atención sexológica²⁸.

The Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors (GSSAB) en una muestra de 13.618 varones de 29 países, aportó una prevalencia de EP del 27%. Los datos que contribuye la investigación en España van en esta dirección y así, en el Instituto Andaluz de Sexología, la EP es la segunda demanda en orden de frecuencia, lo que supone un 29% de los casos²⁹. Para otros autores como Matesanz (2000) representa un 48% de los motivos de consulta, o el 22,6% en la Clínica CEPTECO de León (2006). En el Departamento de Sexología del Centro Interdisciplinar de Psicología y Salud, CIPSA, de una muestra de 304 pacientes varones, el 26% acuden aludiendo como motivo de consulta Eyaculación Precoz (2006).

En la práctica clínica, la EP es un motivo de consulta muy frecuente, haciéndose difícil apreciar su real prevalencia. Muy pocos portadores de EP buscan ayuda (9%), de los que lo hacen 91,5% reporta que no tuvo éxito buscando tratamiento, y en la mayoría de los casos (81,9%), es el propio paciente quien busca iniciar la conversación durante la consulta⁸.

Tipo de EP	Comienzo de la EP	Contexto de la EP	Frecuencia observada clínicamente
<p>EP fisiológica (biogénica) EP de constitución neurológica</p> <p><i>(predisposición biológica innata a eyacular rápidamente, como puede ser medido por las pruebas neurológicas)</i></p>	De toda la vida	Generalizado	Muy común
<p>EP por enfermedad física</p> <p><i>(por ej. prostatitis, infección del tracto urinario)</i></p>	Adquirida	Generalizado	Ocasional
<p>EP por lesión física</p> <p><i>(por ej. daño en la médula espinal)</i></p>	Adquirida	Generalizado	Rara
<p>EP por efecto secundario</p> <p><i>Farmacológico (por ej. retirada de las drogas opiáceas)</i></p>	Adquirida	Generalizado	Rara
<p>EP Psicológica EP de Constitución Psicológica</p> <p><i>(trastornos psicológicos individuales, crónicos, como el Trastorno Obsesivo-Compulsivo, Depresión, Ansiedad generalizada o Trastorno de Personalidad)</i></p>	De toda la vida	Generalizado	Rara
<p>EP por angustia psicológica</p> <p><i>(dificultades psicológicas temporales, como trastorno de ajuste, depresión reactiva, o vergüenza sexual)</i></p>	Adquirida	Generalizado o situacional	Común
<p>EP por trastorno de la relación</p> <p><i>(por ej. conflictos de la relación emocional no resueltos)</i></p>	Adquirida	Generalizado o situacional	Común
<p>EP por déficit de habilidades psicosexuales</p> <p><i>(por ej. falta de experiencia y habilidad sexual, dificultad para focalizarse en las propias sensaciones, falta de conciencia del uso del músculo pubococcígeo en el manejo eyaculatorio)</i></p>	Adquirida	Generalizado o situacional con el compañero	Común
<p>EP concomitante con otra disfunción sexual</p>	Adquirida o de toda la vida	Generalizado o situacional	Común

ETIOLOGÍA

Dentro de las causas psicológicas de la EP las más frecuentes son: intensidad elevada de la excitación (en la cual se cuela y confunde la ansiedad), experiencias sexuales bajo tensión, auto observación de la propia respuesta sexual, presión por rendir para dar placer a la pareja o para satisfacer el “deber ser”, introyectos de que el sexo es pecaminoso, aprendizaje a tener una respuesta sexual rápida.

Anteriormente se pensaba que la condición era psicógena exclusivamente, o por disfunción del vínculo de pareja. Sin embargo, durante las dos últimas décadas, varios estudios han sugerido que la EP primaria y secundaria puede ser causada por motivos orgánicos y/o disturbios neurobiológicos. Ejemplos de estos factores orgánicos son: hipersensibilidad del glande del pene³⁰, mayor representación cortical de nervios pudendos²³, alteraciones en neurotransmisores centrales serotoninérgicos^{31, 32}, disfunción eréctil³³, prostatitis^{34, 35}, varicocele³⁶, distiroidismo^{37,38}. Sin embargo, ninguno de estos factores orgánicos ha sido demostrado en estudios de gran escala.

Estudios recientes han sugerido que en algunos pacientes, particularidades neurobiológicas y genéticas podrían contribuir en la fisiopatología de la EP, condición que se acentuaría por factores psicológicos y ambientales^{27, 39}.

CONSECUENCIAS

Los varones afectados de EP refieren con mayor frecuencia que el problema se encuentra vinculado a la penetración y su capacidad de autocontrol disminuye cuanto más excitante resulta la práctica sexual realizada o el grado de estimulación peneana que reciben⁴⁰.

Además, diferentes investigaciones nos permiten concluir que los efectos a escala individual y

relacional de la EP son significativos, y aparece un grave deterioro de la autoestima y la autoconfianza sexual, una mayor insatisfacción sexual general, ansiedad anticipatoria y de desempeño, y conflictividad relacional⁴¹.

Once estudios observacionales desde 1997 hasta 2007 se han realizado reportando consecuencias psicosociales y de calidad de vida en el paciente y en la pareja¹³. Estos estudios emplearon diferentes metodologías, variables, y se realizaron con enfoques cuantitativos y cualitativos. Todos concluyeron altos niveles de estrés personal. El mismo impacta peor si el varón no tiene pareja, lo que contamina más la vida social del paciente para lograr nuevos encuentros⁴⁰. Hombres con EP presentan menores niveles de autoestima y autoconfianza, y 1/3 de los pacientes reportan ansiedad en respuesta a su situación sexual¹. Obviamente, también se vincula con malestar por parte de la mujer^{8,42}. Ambos miembros de la pareja definen deterioro de la relación por la EP y un descenso generalizado en su calidad de vida^{13,43,44}.

Estudios sugieren que en algunos pacientes, particularidades neurobiológicas y genéticas podrían contribuir en la fisiopatología de la EP, condición que se acentuaría por factores psicológicos y ambientales

“En la práctica clínica, la EP es un motivo de consulta muy frecuente, haciéndose difícil apreciar su real prevalencia. Muy pocos portadores de EP buscan ayuda (9%), de los que lo hacen 91,5% reporta que no tuvo éxito buscando tratamiento, y en la mayoría de los casos (81,9%), es el propio paciente quien busca iniciar la conversación durante la consulta⁸”.

HISTORIA CLÍNICA

Hay cuestionarios estandarizados, dos de los más conocidos son el “Premature Ejaculation Profile” (PEP) y el “Index of Premature Ejaculation (IPE)”, que validados al idioma español⁶⁹ sirven como herramienta diagnóstica pero, nada sustituye a la historia médica con respecto a la sexualidad. A continuación se presentan algunas preguntas recomendadas para establecer el diagnóstico y repercusión de la EP:

Para Diagnóstico:

¿Cuánto es el tiempo entre la primera penetración y la eyaculación?

¿Se siente capaz de retrasar la eyaculación?

¿Se siente molesto o frustrado por su EP?

Para diferenciar primaria de secundaria:

¿Cuándo experimentó EP por primera vez?

¿Ha padecido EP desde su inicio sexual y con casi todas sus parejas sexuales?

Para descartar Disfunción eréctil asociada:

¿Son sus erecciones suficientemente rígidas como para penetrar?

¿Tiene dificultades en mantener la erección hasta que culmina la relación sexual?

¿Ha apurado la relación sexual por miedo a perder la erección?

Para valorar el impacto en la pareja:

¿Nota disconformidad en su pareja por su EP?

¿Su pareja evade las relaciones sexuales?

¿Su EP está afectando la globalidad de su vínculo con su pareja?

Por tratamientos previos:

¿Anteriormente ha recibido tratamiento alguno para su EP?

Para valorar el impacto en la calidad de vida:

¿Usted evade la relación sexual por miedo a sentirse mal?

¿Se siente ansioso, deprimido o avergonzado por su EP?

En la consulta clínica más allá de los síntomas descritos, encontramos que la ansiedad es un denominador común que caracteriza a los pacientes. El tratamiento de la EP debe contemplar dicha ansiedad, focalizándose en la misma ya que es la base que sostiene la disfunción. Helen Kaplan plantea a la ansiedad como el problema básico de la eyaculación precoz: “El individuo experimenta ansiedad a medida que alcanza altos niveles

La ansiedad es un denominador común que caracteriza a los pacientes. El tratamiento de la EP debe contemplar dicha ansiedad, focalizándose en la misma ya que es la base que sostiene la disfunción.

de excitación erótica, y es esta ansiedad la que desencadena el orgasmo involuntario". (Kaplan, S., 1974 La nueva Terapia Sexual). Para Carretie: "La ansiedad se caracteriza por una atención y respuesta exagerada a los elementos negativos, donde se encontraría alterado el funcionamiento eficiente de la atención controlada y aumentado el grado en que el procesamiento es influenciado de manera exógena". (Carretie, 2011 "Anatomía de la mente").

La ansiedad genera en el paciente un estado de permanente especulación, una vivencia de que lo realmente importante está por ocurrir, de esta forma se desconecta de la experiencia en curso, viviendo en una fantasía que lo aleja de su experiencia sexual. Asimismo no controla la eyaculación, que queda a merced de su ansiedad y no del control voluntario producto del contacto del sujeto con su organismo. Existen múltiples ejercicios que desde la clínica sexológica empleamos para el tratamiento de la ansiedad. Ellos son fundamentales para la recuperación del control de la eyaculación ya que el paciente logra en el entrenamiento de los mismos controlar todo su cuerpo.

Otro aspecto importante en la respuesta sexual es el grado de satisfacción de la misma. La satisfacción sexual es la "Respuesta afectiva que surge por la evaluación de los aspectos positivos y negativos asociados a las propias relaciones sexuales." Byers, Demmons y Lawrance - 1998.

La satisfacción sexual es lo que el paciente viene a buscar a la consulta. Esto hace fundamental escuchar su vivencia, para poder captar qué forma tiene su sufrimiento y armar una estrategia de abordaje particular a su caso. La insatisfacción que el paciente presenta es la clave para saber por dónde comenzar el tratamiento. A medida que el paciente recupera su satisfacción, baja la frustración y sube su autoestima.

La EP genera conflictos en quien lo padece, baja autoestima, frustración, malestar personal y con su pareja, miedo, estrés, etc. Llegando al alejamiento de la vida sexual, optando muchas veces por la soledad como alternativa muy poco saludable de "control".

EXAMEN FÍSICO

Para la EP primaria, el examen físico es muy recomendable pero no mandatorio, ya que algunos de los pacientes pueden sentirse invadidos frente al examen médico. Sin embargo, en la EP adquirida, el examen físico dirigido es fundamental, sobre todo en vistas a despistar patología tiroidea y prostática.

MECANISMOS COMPENSATORIOS

Por lo general, los hombres que demandan ayuda terapéutica para solucionar este trastorno, manifiestan haber intentado estrategias "caseras" que resultaron ser en todo caso inadecuadas, como por ejemplo:

- uso de preservativos
- uso de pomadas anestésicas en el pene
- ingesta de alcohol o sedantes
- masturbarse antes del coito
- duchas frías previas a la relación sexual
- auto infringirse dolor durante el coito
- pensar en otra cosa no sexual o de contenido desagradable
- repetir la relación sexual coital.

ESTOS TRUCOS SON ABSOLUTAMENTE INADECUADOS pues la solución reside en justamente lo contrario: reconocer las sensaciones sexuales que anteceden a la eyaculación para poder controlar ese momento y poder alargarlo.

TRATAMIENTO

El objetivo fundamental del tratamiento de la EP es favorecer que el paciente tenga una respuesta eyaculatoria satisfactoria para él y su pareja, basada en expectativas reales y que permita una relación y un desempeño sexual gratificante.

La Sociedad Internacional de Medicina Sexual (ISSM) en la guía de referencia de la Eyaculación Precoz 2010 diseñó el siguiente algoritmo (en página 10) para el manejo de los pacientes con esta disfunción y la tabla comparativa de los tratamientos médicos disponibles con sus niveles de evidencia:

Tratamiento médico

El uso de anestésicos para disminuir la sensibilidad del glande es probablemente el tratamiento más antiguo⁷². Anestésicos tópicos como la lidocaína crema o spray tiene eficacia moderada en retrasar la eyaculación^{19,45,46}. Sin embargo, no se recomienda su uso por asociarse con anestesia del glande y absorción vaginal del producto, a menos que se use preservativo.

La introducción de Inhibidores de la Recaptación de Serotonina (ISRS): paroxetina, sertralina, fluoxetina, citalopram y los antidepresivos tricíclicos ha revolucionado el tratamiento. Estos fármacos bloquean la recaptación axonal de serotonina de neuronas serotoninérgicas por los transportadores 5-HT, resultando un aumento de la neurotransmisión de 5-HT y estimulación de autoreceptores 5-HT post sinápticos.⁴⁷

Los fármacos inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRS) usados para tratar los desórdenes del humor pueden retrasar la eyaculación y es por eso que son utilizados “fuera de su indicación” para la EP. Al igual que en la depresión, los ISRS deben ser administrados en forma diaria durante 1 a 2 semanas para ser efectivos en EP. Dentro de los ISRS utilizados en EP, se encuentran la paroxetina, la fluoxetina, y la sertralina. Todos ellos tienen un nivel de evidencia 1 a.

Fármaco	Dosis (mg)	Ingesta	IELT*	Nivel de evidencia
Dapoxetina	30 - 60	A demanda	2.5-3	1 ^a
Paroxetina	10 - 40	Diario	8	1 ^a
Clorimipramina	12.5 - 50	Diario	6	1 ^a
Sertralina	50 - 200	Diario	5	1 ^a
Fluoxetina	20 - 40	Diario	5	1 ^a
Citalopram	20 - 40	Diario	2	1 ^a
Paroxetina	10 - 40	Diario	11.6	1 ^a
Lidocaína	10 - 40	A demanda	1.4	1b
Clorimipramina	12.5 - 50	A demanda	4	1 ^a

*IELT: tiempo en minutos de latencia intra vaginal

Patient / partner history

- Establish presenting complaint
- Intravaginal ejaculatory latency time
- Perceived degree of ejaculatory control
- Degree of patient/partner distress
- Onset and duration of PE
- Psychosocial history
- Medical history
- Physical examination

PE - like
Ejac. Dys.

NO

Natural
Variable

Treatment

- Reassurance
- Education
- Psychotherapy
- Behavioral Therapy

YES

Premature ejaculation

YES

PE secondary to ED or
other sexual dysfunction

YES

Manage primary
cause

NO

Acquired PE

Lifelong PE

Treatment

- Behavioral/ psychotherapy
- Pharmacotherapy
- Combination treatment

Patient
Preference

Treatment

- Pharmacotherapy
- Behavioral/ psychotherapy
- Combination treatment

Attempt graduated withdrawal of drug therapy in selected patients
(Generally acquired PE), after 6-8 weeks

Paroxetina 10 MG.

Se han desarrollado estudios que compararon la eficacia de la paroxetina sola versus la paroxetina administrada junto con el tadalafil.⁷³

Se administró esta medicación en 100 pacientes consecutivos entre 17 y 49 años, con eyaculación precoz primaria sin enfermedades orgánicas. Todos los pacientes relataban un IELT menor a 1.5 minutos. Un grupo recibió 10 mg de paroxetina diario, otro grupo recibió 10 mg paroxetina diario + 10 mg tadalafil una hora previo a la actividad sexual. La intervención duró 6 meses y los pacientes fueron evaluados calculando el IELT a los 3 y a los 6 meses de comenzado el tratamiento.

Se concluyó que el tadalafil administrado junto con paroxetina puede aumentar todavía más el IELT que la paroxetina sola⁷³.

También se ha diseñado el tratamiento con Dapoxetina⁴⁹⁻⁵⁸, que en nuestro país ha desaparecido del mercado. Era la única modalidad diseñada para administración exclusivamente pre-coital.

Sin embargo, investigaciones que comparan la eficacia de la dapoxetina versus la paroxetina concluyen que la primera se asocia con mayor tasa de abandono (70,6%), sobre todo por los efectos secundarios. La Paroxetina se mostró más efectiva y mejor tolerada⁷⁴.

Investigaciones que comparan la eficacia de la dapoxetina versus la paroxetina concluyen que la primera se asocia con mayor tasa de abandono, sobre todo por los efectos secundarios. La paroxetina se mostró más efectiva y mejor tolerada

TERAPIA SEXUAL

Es fundamental para el tratamiento contemplar la existencia de una pareja colaboradora.

Es frecuente que el paciente no incluya a su pareja en su problemática por miedo o vergüenza; también es común que sea la pareja quién no quiera participar y lo culpabilice del trastorno. En estos casos hay que contemplar que sobre el peso de la EP el paciente carga el peso que implica la incomprensión.

Una amplia gama de intervenciones psicológicas para el tratamiento de la EP se han desarrollado. La técnica conductista más frecuentemente indicada es la de stop-start^{24, 59}. Esta técnica está desarrollada para detectar niveles de excitación. El varón desarrolla habilidades para identificar momentos donde el control eyaculatorio es mandatario. Son series de ejercicios que comienzan con auto estimulación, estimulación de la pareja y luego ejercicios de freno y arranque durante el coito. Este proceso deriva en aumento del IELT, la confianza sexual y la autoestima.

La intervención psicológica implica varias variables además del aumento del IELT:

- aumentar la confianza y mejorar la performance sexual
- disminuir la ansiedad sexual
- aumentar la comunicación con la pareja
- resolver problemas interpersonales que pueden estar manteniendo o empeorando la EP.

Importancia de la pareja

Incluir la pareja en el tratamiento es muy importante, pero no mandatario para el éxito del tratamiento⁶⁰. Algunos pacientes pueden no entender por qué el especialista intenta incluir la pareja en el tratamiento. Si no se integra, pueden ser resistentes a cambiar la modalidad del vínculo sexual. Una pareja que

cooperar puede mejorar la autoconfianza del varón, autoestima y sentido de la masculinidad y asistir al varón en desarrollar el control eyaculatorio. No hay estudios controlados sobre el impacto de involucrar a la pareja en el tratamiento de EP. Sin embargo, una revisión demostró la importancia de incluir a la mujer en el tratamiento de la DE para el éxito del tratamiento.⁶¹

Beneficio de la combinación entre tratamiento médico y psicoterapia

Hay tres estudios que reportan combinación de terapia farmacológica con conductista para la EP^{62, 63, 64} y un estudio que reporta tratamientos consecutivos, primero farmacoterapia y luego terapia cognitivo-conductual⁶⁵. En los tres estudios, la combinación tuvo mejores resultados que solamente tratamiento farmacológico, evaluando el IELT. Al combinar se agrega al efecto farmacológico objetivos asistenciales como:

- Factores del paciente (ansiedad, autoconfianza)
- Factores de la pareja (disfunción sexual de la pareja)
- Factores de la relación (falta de comunicación)
- Factores sexuales en el vínculo (satisfacción sexual)
- Factores contextuales (estresores vitales).

Rol de la educación sexual

El rol de la educación sexual es fundamental para asistir aspectos que no se tratan con la medicación^{66, 67, 68, 28}. Educando a la población sobre la EP, se logra derribar falsos mitos y creencias. La educación ayuda a pacientes que evitan la actividad sexual, con problemas de comunicación con la pareja, con falsos conceptos, ansiedad sexual anticipatoria y temor al desempeño sexual frente a la mujer. La educación sexual ayudando a pacientes a mejorar su retraso eyaculatorio, junto con los ejercicios conductuales, resolviendo problemas de ansiedad y vinculares de la pareja, asociado al tratamiento farmacológico,

son la mejor estrategia para el tratamiento de estos pacientes. Una vez que se ha logrado la autoconfianza y mejorado el tiempo de retraso eyaculatorio, entonces será posible discontinuar los fármacos¹⁷.

El Profesor Dr. Francisco Cabello, presidente de la Academia Internacional de Sexología Médica, define en su Guía de Prácticas Clínicas para las Disfunciones Sexuales, las siguientes estrategias de tratamiento:

a) Estrategias individuales

- Entrenamiento en relajación fisiológica: el propósito de distintas técnicas de relajación es que el paciente aprenda a relajarse concentrándose en sus sensaciones físicas.
- Aprendizaje del control del músculo pubocoxígeo: como variante de la técnica de Kegel para mujeres, persigue que el hombre aprenda a relajar sus músculos bulbocavernosos e isquiocavernosos durante la excitación sexual, lo cual facilita un notable efecto inhibitorio sobre la eyaculación. Para su aprendizaje le pedimos al paciente que contraiga el ano durante unos segundos y que luego lo vaya relajando progresivamente.
- Autosensibilización corporal: le hará más fácil centrarse en sus distintas sensaciones corporales y sexuales que le permitan detectar las que identifica con el inicio y puesta en marcha del reflejo eyaculatorio.

b) Estrategias en pareja

Debe plantearse a la pareja la suspensión temporal de la penetración hasta que mejore la confianza en el control eyaculatorio y mientras se realiza el entrenamiento con distintas técnicas cognitivo conductuales.

- *Ejercicios de focalización sensorial*: permiten al paciente concentrarse de forma relajada en las sensaciones placenteras obtenidas gracias a la estimulación genital y no genital por parte de su pareja.
- *Técnica conductual de parada-arranque* (Semans, 1956): incluye ejercicios de entrenamiento en

masturbación progresiva en pareja para familiarizar al hombre con sus sensaciones peri-eyaculatorias.

— *Técnica conductual del apretón* (Masters y Jonson, 1970): se le pide al paciente o a su pareja que cuando perciba la primera sensación que identifique con la eyaculación presione la región balano-prepucial hasta que desaparezca esa sensación, para después reanudar la estimulación.

— *Técnica cognitiva del continuum de la excitación* (Metz, 1993): plantea un mejor conocimiento de pensamientos, fantasías, escenarios y secuencias sexuales y el nivel de excitación que suponen para el paciente. Esto le permite manejar su excitación de forma consciente para aumentarla o disminuirla.

— *Técnica de aclimatación al coito*: en la posición coital superior femenina se pide a la pareja que no se muevan más allá de lo imprescindible para mantener una erección mínima y que el hombre vaya consiguiendo tolerar las sensaciones placenteras y aclimatándose a las mismas. Podrá aumentar la duración del coito y la calidad del placer obtenido si consigue manejar su patrón de excitabilidad.

BIBLIOGRAFÍA

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. 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.
5. Truitt W, Coolen L. Identification of a potential ejaculation generator in the spinal cord. *Science* 2002;297:1566–9.
6. Coolen L. Neural control of ejaculation. *J Comp Neurol* 2005;493:39–45.
7. 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.
8. 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.
9. 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.
10. 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.
11. Lindau S, Schumm P, Laumann E, Levinson W, O'Muirheartaigh C, Waite L. A study of sexuality and health among older adults in the United States. *N Engl J Med* 2007;357:762–4.
12. McMahon CG, Althof SE, Waldinger MD, Porst H, Dean J, Sharlip ID, Adaiakan PG, Becher E, Broderick GA, Buvat J, Dabees K, Giraldo A, Giuliano F, Hellstrom WJ, Incrocci L, Laan E, Meuleman E, Perelman MA, Rosen RC, Rowland DL, Segraves 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.
13. Rosen R, Althof S. Impact of premature ejaculation: The psychological quality of life and sexual relationship consequences. *J Sex Med* 2008;5:1296–307.
14. Althof S, Leiblum S, Chevret M, Hartmann U, Levine SB, McCabe M, Plaut M, Rodrigues O, Wylie K. Psychological and interpersonal dimensions of sexual function and dysfunction. In: LueT, BassonR, RosenR, GiulianoF, HouryS, MontorsiF, eds. *Sexual medicine: Sexual dysfunctions in men and women*. Edition 2004. Paris: Edition 2004; 2004:73–115.
15. Althof S, Symonds T. Patient reported outcomes used in the assessment of premature ejaculation. In: SeftelA, ed. *Urologic clinics of North America*. Philadelphia: Saunders; 2007:581–9.
16. De Carufel F, Trudel G. Effects of a new functional sexological treatment for premature ejaculation. *J Sex Marital Ther* 2006;32:97–114.
17. McMahon CG. Long term results of treatment of premature ejaculation with selective serotonin re-uptake inhibitors. *Int J Impot Res* 2002;14:S19.
18. 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.
19. 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.
20. Althof S, Rosen R, Symonds T, Mundayat R, May K, Abraham L. Development and validation of a new questionnaire to

- assess sexual satisfaction, control and distress associated with premature ejaculation. *J Sex Med* 2006;3:465–75.
21. Althof SE, Brock GB, Rosen RC, Rowland DL, Aquilina JW, Rothman M, Tesfaye F, Bull S. Validity of the patient-reported clinical global impression of change as a measure of treatment response in men with premature ejaculation. *J Sex Med* 2010;7:2243–52 (epub).
 22. Colpi G, Weidner W, Jungwirth A, Pomerol J, Papp G, Hargreave T, Dohle G. EAU guidelines on ejaculatory dysfunction. *Eur Urol* 2004;46:555–8.
 23. Fanciullacci F, Colpi G, Beretta G. Cortical evoked potentials in subjects with true premature ejaculation. *Andrologia* 1988;20:326–30.
 24. Masters W, Johnson V. Human sexual inadequacy. Boston, MA: Little, Brown; 1970.
 25. Waldinger M, Schweitzer DH. The use of old and recent DSM definitions of premature ejaculation in observational studies: A contribution to the present debate for a new classification of PE in the DSM-V. *J Sex Med* 2008;5:1079–87.
 26. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 4th edition, text revision. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
 27. Waldinger M. Premature ejaculation: Different pathophysiologies and etiologies determine its treatment. *J Sex Marital Ther* 2008;34:1–13.
 28. Perelman M. A new combination treatment for premature ejaculation. A sex therapist's perspective. *J Sex Med* 2006;3:1004–12.
 29. Cabello F, Eyaculación Prematura. *Manual de Sexología y Terapia Sexual* 2004:1036-1041
 30. Xin Z, Choi Y, Rha K. Somatosensory evoked potentials in patients with primary premature ejaculation. *J Urol* 1997;158:451–5.
 31. Waldinger M. The neurobiological approach to premature ejaculation. *J Urol* 1998;168:2359–67.
 32. Giuliano F. 5-Hydroxytryptamine in premature ejaculation: Opportunities for therapeutic intervention. *Trends Neurosci* 2007;30:79–84.
 33. Chia S. Management of premature ejaculation: A comparison of treatment outcome in patients with and without erectile dysfunction. *Int J Androl* 2002;25:301–5.
 34. Screponi E, Carosa E, Di Stasi SM, Pepe M, Carruba G, Jannini EA. Prevalence of chronic prostatitis in men with premature ejaculation. *Urology* 2001;58:198–202.
 35. Xing JP, Fan JH, Wang MZ, Chen XF, Yang ZS. Survey of the prevalence of chronic prostatitis in men with premature ejaculation. *Zhonghua Nan Ke Xue* 2003;9:451–3.
 36. Lotti F, Corona G, Mancini M, Biagini C, Colpi GM, Innocenti SD, Filimberti E, Gacci M, Krausz C, Sforza A, Forti G, Mannucci E, Maggi M. The association between varicocele, premature ejaculation and prostatitis symptoms: Possible mechanisms. *J Sex Med* 2009;6:2878–87.
 37. Carani C, Isidori AM, Granata A, Carosa E, Maggi M, Lenzi A, Jannini EA. Multicenter study on the prevalence of sexual symptoms in male hypo- and hyperthyroid patients. *J Clin Endocrinol Metab* 2005;90:6472–9.
 38. Corona G, Petrone L, Mannucci E, Jannini EA, Mansani R, Magini A, Giommi R, Forti G, Maggi M. Psycho-biological correlates of rapid ejaculation in patients attending an andrologic unit for sexual dysfunctions. *Eur Urol* 2004;46:615–22.
 39. Jern P, Santtila P, Alanko K, Harlaar N, Johansson A, Von Der Pahlen B, Varjonen M, Vikström N, Algars M, Sandnabba K. Premature and delayed ejaculation: Genetic and environmental effects in a population-based sample of Finnish twins. *J Sex Med* 2007;4:1739–49.
 40. Symonds T, Roblin D, Hart K, Althof S. How does premature ejaculation affect a man's life. *J Sex Marital Ther* 2003;29:361–70.
 41. Hartmann U, Schedlowski M, Kruger T. Cognitive and partner-related factors in rapid ejaculation: differences between dysfunctional and functional men. *World J Urol* 2005; 22: 93-111
 42. Hobbs K, Symonds T, Abraham L, May K, Morris MF. Sexual dysfunction in partners of men with premature ejaculation. *Int J Impot Res* 2008;20:512–7.
 43. Rowland D, Patrick D, Rothman M, Gagnon D. The psychological burden of premature ejaculation. *J Urol* 2007;177:1065–70.
 44. Patrick DL, Althof SE, Pryor JL, Rosen R, Rowland DL, Ho KF, McNulty P, Rothman M, Jamieson C. Premature ejaculation: An observational study of men and their partners. *J Sex Med* 2005;2:358–67.
 45. Berkovitch M, Keresteci AG, Koren G. Efficacy of prilocaine-lidocaine cream in the treatment of premature ejaculation. *J Urol* 1995;154:1360–1.
 46. Busato W, Galindo CC. Topical anaesthetic use for treating premature ejaculation: A double-blind, randomized, placebo-controlled study. *BJU Int* 2004;93:1018–21.
 47. Waldinger MD. Premature ejaculation: Definition and drug treatment. *Drugs* 2007;67:547–68.
 48. Hatzimouratidis K, Amar E, Eardley I, Giuliano F, Hatzichristou D, Montorsi F, Vardi Y, Wespes E. Guidelines on male sexual dysfunction: Erectile dysfunction and premature ejaculation. *Eur Urol* 2010;57:334–47 (epub).
 49. Hellstrom WJ. Emerging treatments for premature ejaculation: focus on dapoxetine. *Neuropsychiatr Dis Treat* . 2009;5:37-46
 50. Buvat J, Tesfaye F, Rothman M, Rivas DA, Giuliano F. Dapoxetine for the treatment of premature ejaculation: Results from a randomized, double-blind, placebo-controlled phase 3 trial in 22 countries. *Eur Urol* 2009;55:957–67.
 51. Hellstrom WJ, Althof S, Gittelman M, Steidle C, Ho KF, Kell S, Nilson-Beijber A. Dapoxetine for the treatment of men with premature ejaculation (PE):dose-finding analysis. *J Urol* 2005;173:238 (abstract 877).
 52. McMahon CG, Kim SW, Park NC, Chang C, Rivas D, Tesfaye F, Rothman M, Aquilina J. Treatment of premature ejaculation in the asia-pacific region: Results from a phase III double-blind, parallel-group study of dapoxetine. *J Sex Med* 2010;7:256–68.
 53. Giuliano F, Hellstrom WJ. The pharmacological treatment of premature ejaculation. *BJU Int* . 2008 Sep;102(6):668-75.
 54. Porst H, McMahon C, Althof S, Sharlip I, Bull S, Rivas DA. Baseline characteristics and treatment outcomes for men


- with acquired or lifelong premature ejaculation with mild or no erectile dysfunction: Integrated analysis of two phase III dapoxetine trials. *J Sex Med* 2010;7:2231–42.
55. Dresser MJ, Desai D, Gidwani S, Seftel AD, Modi NB. Dapoxetine, a novel treatment for premature ejaculation, does not have pharmacokinetic interactions with phosphodiesterase-5 inhibitors. *Int J Impot Res* 2006;18:104–10.
56. Shabsigh R, Patrick DL, Rowland DL, et al. Perceived control over ejaculation is central to treatment benefit in men with premature ejaculation: results from phase III trials with dapoxetine. *BJU Int* 2008 Sep;102 (7):824–8.
57. Patrick DL, Rowland DL, et al. Perceived control over ejaculation is central to treatment benefit in men with premature ejaculation: results from phase III trials with dapoxetine. *BJU Int* 2008 Sep;102(7):824–8.
58. Kaufman JM, Rosen RC, Mudumbi RV, et al. Treatment benefit of dapoxetine for premature ejaculation: results from a placebo-controlled phase III trial. *BJU Int* 2009 Mar;103(5):651–8.
59. Semans J. Premature ejaculation. *South Med J* 1956;49:352–8.
60. Donahey K, Miller S. Applying a common factors perspective to sex therapy. *J Sex Educ Ther* 2000;25:221–30.
61. Mohr D, Bentler L. Erectile dysfunction: A review of diagnostic and treatment procedures. *Clin Psychol Rev* 1990;10:123–50.
62. Tang W, Ma L, Zhao L, Liu Y, Chen Z. Clinical efficacy of viagra with behavior therapy against premature ejaculation [Chinese]. *Zhonghua Nan Ke Xue* 2004;10:366–7.
63. Li P, Zhy G, Xu P, Sun J, Wang P. Interventional effect of behavioral psychotherapy on patients with premature ejaculation [Chinese]. *Zhonghua Nan Ke Xue* 2006;12:717–9.
64. Yuan P, Dai J, Yang Y, Guo J, Liang R. A comparative study on treatment for premature ejaculation: Citalopram used in combination with behavioral therapy versus either citalopram or behavioral therapy alone [Chinese]. *Chin J Androl* 2008;22:35–8.
65. Steggall M, Fowler C, Pryce A. Combination therapy for PE: Results of a small-scale study. *Sex and Relationship Therapy* 2008;23:365–76.
66. Althof S. Sex therapy in the age of pharmacotherapy. *Annu Rev Sex Res* 2006;Volume XVII:116–32.
67. Althof S. Treatment of rapid ejaculation: Psychotherapy, pharmacotherapy, and combined therapy. In: Leiblum S, ed. *Principles and practice of sex therapy*. 4th edition. New York: Guilford Press; 2007:212–40.
68. Perelman M. Sex coaching for physicians: Combination treatment for patient and partner. *Int J Impot Res* 2003;15:S67–74.
69. Patrick DL, Giuliano F, Ho KF, Gagnon DD, McNulty P, Rothman M. The premature ejaculation profile: Validation of self-reported outcome measures for research and practice. *BJU Int* 2008;103:358–67.
70. Peeters M, Giuliano F. Central neurophysiology and dopaminergic control of ejaculation. *Neurosci Biobehav Rev* 2008;32:438–53.
71. Waldinger MD, Schweitzer DH. Premature ejaculation and pharmaceutical company-based medicine: the dapoxetine case. *J Sex Med* . 2008 Apr;5(4):966–97.
72. Schapiro B. Premature ejaculation, a review of 1130 cases. *J Urol* 1943;50:374–9
73. Moudi E, Kasaeeyan AA. Comparison Between Tadalafil Plus Paroxetine and Paroxetine Alone in the Treatment of Premature Ejaculation. *Nephrourol Mon*. 2016 Jan 27;8
74. Jern P, Johansson A. Antidepressant treatment of premature ejaculation: discontinuation rates and prevalence of side effects for dapoxetine and paroxetine in a naturalistic setting. *Int J Impot Res*. 2015 Mar-Apr;27(2):75–80.

Paroxet

paroxetina



PAROXETINA EN EYACULACIÓN PRECOZ



LA PAROXETINA ES CONSIDERADA DE PRIMERA ELECCIÓN PARA EL TRATAMIENTO DE LA EYACULACIÓN PRECOZ, SIENDO MÁS EFECTIVA EN COMPARACIÓN CON OTROS ISRSs²



LA PAROXETINA ES SEGURA Y EFICAZ EN EL TRATAMIENTO DE LOS PACIENTES CON EYACULACIÓN PRECOZ¹

