

Guía Sociedad Argentina de Sexualidad Humana Eyaculación Precoz



Dra. Milena Mayer.
Médica Uróloga. Andróloga y
sexóloga clínica.
Comisión directiva SASH.
Médica Sección Andrología y
disfunciones sexuales Hospital
Italiano de Buenos Aires



Lic. Viviana Wapñarsky.
Psicóloga. Sexóloga clínica. Comisión
directiva SASH.
Miembro de Servicio de Sexología de
Hospital de Clínicas.
Directora Consexuar



Dra. Federica Hansen. Médica
Psiquiatra. Sexóloga Clínica.
Comisión Directiva SASH. Miembro
Consexuar

REVISORA: Dra. Silvina Valente

Las autoras declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Contenido:

Introducción

Definición

Respuesta Sexual.....

Clasificación.....

Causas.....

Prevalencia.....

IELT.....

Diagnóstico.....

Barreras a la hora de consultar.....

Ansiedad en la problemática de la eyaculación precoz.....

Consecuencias a largo plazo de la eyaculación precoz.....

Tratamiento.....

Rol de la educación sexual

Abordaje individual sexológico.....

Tratamientos complementarios.....

Abordaje sexologico cuando hay pareja.....

Abordaje Farmacológico.....

Tratamiento quirúrgico.....

Conclusión.....

Síntesis.....

Referencias.....

INTRODUCCIÓN

Eyacuación precoz ¿La disfunción sexual del mundo moderno?

Biológicamente, la eyacuación precoz (EP) en los humanos puede haber tenido ventajas evolutivas, como aumentar las probabilidades de éxito en la reproducción asegurando la transferencia de esperma antes de cualquier interrupción.

Ya que históricamente la sexualidad en los animales tiene un fin meramente reproductivo, la cópula en sí misma ocupa poco tiempo al ser una situación de vulnerabilidad y peligro en un medio rodeado de otros depredadores. Por esta causa, las especies animales no suelen tardar más que unos segundos en el apareamiento (Cabello, 2010).

La sexualidad humana se caracteriza por ser un tema complejo, conlleva una multiplicidad de aristas y subjetividades, atravesadas por factores biológicos, culturales y sociales que la van moldeando y modificando constantemente. La misma ha ido evolucionando a lo largo de los años en los que ganaron espacio e importancia el placer y el vínculo emocional entre los individuos. La satisfacción mutua puede verse favorecida en la prolongación de la actividad sexual si fortalece a la relación de pareja, pero a su vez puede impactar negativamente si se atraviesa con ansiedad de rendimiento y exigencias frente a las expectativas sociales.

Es así, que el concepto de eyacuación

precoz o prematura aparece y no se la define ligada a la reproducción, sino como una disfunción sexual que se vivencia de manera individual, pero toma relevancia en relación a un vínculo. En este acto entran en juego el placer, las exigencias sociales, los estándares culturales, la educación sexual recibida, las vivencias personales, la demanda vincular y el impacto de la pornografía.

La velocidad del mundo moderno, el *multitasking*, la vorágine ocupacional, los problemas psicológicos asociados al estrés, la ansiedad, la depresión, el uso excesivo de tecnologías a edades tempranas e ideales inalcanzables de rendimiento sexual, son factores que favorecen la desconexión de las emociones, el displacer, la individualidad, y el aumento de la frecuencia de disfunciones sexuales, lo que perpetúa aún más las exigencias sexuales de cada individuo.

Definición

A continuación, se especifican diferentes definiciones de sociedades científicas reconocidas a nivel internacional para luego poder construir nuestra definición integradora.

DSM-V (Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales) (2013): comprende criterios diagnósticos y especificaciones.

Criterio A: un patrón persistente o recurrente en que la eyacuación producida durante la actividad sexual en pareja sucede

aproximadamente en el minuto siguiente a la penetración vaginal y antes de que lo desee el individuo.

Criterio B: el síntoma del criterio A debe haber estado presente por lo menos durante 6 meses y se tiene que experimentar en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75-100%) de la actividad sexual (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizado, en todos los contextos).

Criterio C: el síntoma del criterio A provoca un malestar clínicamente significativo al individuo.

Criterio D: La disfunción sexual no se explica mejor por un trastorno mental no sexual o como consecuencia de una alteración grave de la relación u otros factores estresantes significativos, y no se puede atribuir a los efectos de una sustancia/medicamento o a otra afección médica.

Especificar si:

- De por vida: el trastorno ha existido desde que el individuo alcanzó la madurez sexual.
- Adquirido: el trastorno empezó tras un período de actividad sexual relativamente normal.

Especificar si:

- Generalizado: no se limita a determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.
- Situacional: Ocurre solamente con determinados tipos de estimulación, situaciones o parejas.

Especificar la gravedad actual:

- Leve: la eyaculación se produce aproximadamente entre los 30 y 60 segundos siguientes a la penetración vaginal.
- Moderado: la eyaculación se produce aproximadamente entre los 15 y 30 segundos siguientes a la penetración vaginal.
- Grave: la eyaculación se produce antes de la actividad sexual, al principio de esta, o aproximadamente en los 15 segundos siguientes a la penetración vaginal.

CIE-11 (Clasificación Internacional de Enfermedades, 11ª revisión) (2019):

trastorno sexual masculino caracterizado por una eyaculación que ocurre de manera constante y recurrente con una mínima estimulación sexual antes, durante o poco después de la penetración vaginal y antes de que el individuo lo desee. Esta condición debe causar angustia o problemas interpersonales y no debe ser atribuible a otro trastorno o condición médica. La definición específica puede variar ligeramente dependiendo del contexto clínico y de la interpretación, pero esta es

una descripción general de la condición según el CIE-11.

ISSM (Sociedad Internacional de Medicina Sexual) (2007): disfunción sexual masculina caracterizada por la eyaculación que ocurre con mínima estimulación sexual antes, durante o poco después de la penetración vaginal, y antes de que el individuo lo desee. Para que se considere una disfunción, esta condición debe causar angustia o problemas interpersonales significativos. Además, la eyaculación precoz no debe ser atribuible a otro trastorno o condición médica.

Esta definición puede ajustarse en función de la evaluación clínica y las pautas actualizadas de la ISSM, pero en esencia abarca estos criterios para diagnosticar la eyaculación precoz.

Dentro de la misma ISSM, surge un artículo publicado por Lucas Bustos P (2023) “Excitación progresiva: un nuevo concepto y definición de la eyaculación precoz”. El texto presenta una propuesta en torno a la conceptualización y diagnóstico de la eyaculación precoz, novedosa e interesante para pensar. En este sentido, escriben que: “El trastorno de excitación progresiva es la incapacidad de modular, regular o disminuir la excitación durante cualquier actividad sexual, incluso con breves interrupciones de la estimulación sexual, lo que provoca una eyaculación no deseada. Esta definición es inclusiva. Incluye a toda la población masculina, independientemente de su

orientación sexual. No delimita un tiempo específico, ni lo enmarca dentro de una situación o contexto determinado.

EAU (Guías de la Asociación Europea de Urología) (2024): Disfunción sexual masculina caracterizada por una eyaculación que ocurre de manera persistente y recurrente con una mínima estimulación sexual antes, durante, o poco después de la penetración vaginal y antes de que el individuo lo desee. Esta condición debe causar angustia significativa o problemas interpersonales. La eyaculación precoz no debe ser atribuible a otro trastorno médico o psicológico.

Esta definición refleja la comprensión de la eyaculación precoz en las guías de la EAU y subraya la importancia de la angustia y el impacto en la calidad de vida del individuo como criterios clave para el diagnóstico.

Estas definiciones reflejan el enfoque actual sobre la eyaculación precoz, incluyendo los criterios de tiempo, la causa de angustia, y la exclusión de otros posibles trastornos, encontrando en la mayoría de las definiciones una mirada heteronormativa.

Otro concepto interesante propuesto por Ortega Otero, M. (2014) que ayuda a definir la eyaculación precoz surge a partir de la sigla I.M.E. que significa: “Insatisfacción con el momento de eyaculación: cuando el consultante demanda no estar satisfecho con el control que ejerce sobre su respuesta eyaculatoria. Esta insatisfacción es personal

y subjetiva”.

Según la AUA en su reciente definición, también realiza una distinción entre EP de por vida y adquirida, con algunas modificaciones entre ambas: “la EP de por vida se define como un control deficiente de la eyaculación, malestar asociado y eyaculación dentro de los 2 minutos posteriores al inicio de las relaciones sexuales con penetración que ha estado presente desde el inicio de las relaciones sexuales” (Shindel AW, 2022).

Para la **Sociedad Argentina de Sexualidad Humana (SASH)**, la eyaculación prematura es la disfunción sexual caracterizada por la dificultad en percibir y/o controlar las sensaciones que preceden al reflejo eyaculatorio, mediado por la imposibilidad de modular los distintos niveles de excitación, que provoca la eyaculación antes o inmediatamente posterior a la penetración y/o antes de que el individuo lo desee.

Esta situación implica malestar personal y/o en la relación de pareja asociado a insatisfacción en la relación sexual.

Se experimenta en todos o casi todos los encuentros sexuales y en un período de al menos 6 meses.

Respuesta sexual:

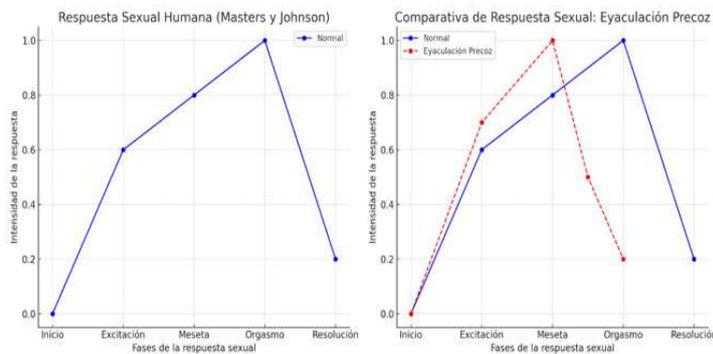
Las personas con eyaculación prematura suelen presentar algunas características particulares que pueden afectar la respuesta sexual en cada una de sus fases:

1. **Deseo:** se ve afectado por la incapacidad de controlar la eyaculación, lo que provoca ansiedad y estrés, que se asocia frecuentemente a una conducta evitativa vinculada a una recompensa negativa.
2. **Excitación:** este período suele ser más rápido, llegando al punto de excitación máxima de manera temprana, con dificultad para identificar y/o retardar el reflejo eyaculatorio. Suelen aparecer síntomas de ansiedad ante la posibilidad de eyaculación prematura, lo que puede interferir en la capacidad de disfrutar plenamente esta etapa.
3. **Meseta:** esta etapa suele ser muy corta o casi inexistente, ya que la eyaculación puede ocurrir inmediatamente después de la excitación inicial, sin un período prolongado de control voluntario del reflejo eyaculatorio.
4. **Orgasmo:** el orgasmo puede suceder de forma apresurada, lo que en ocasiones suele generar insatisfacción tanto del consultante como de su pareja.
5. **Resolución:** después de la eyaculación, se entra en esta fase de relajación física y emocional.

La eyaculación y el orgasmo suelen ocurrir simultáneamente y con frecuencia se emplean de manera intercambiable en la

literatura científica, aunque son dos fenómenos separados. Dos fenómenos separados pueden ocurrir simultáneamente o no (Shindel AW, 2022).

Según Richardson, D (2006) la eyaculación es un fenómeno genital mientras que el orgasmo es una respuesta corporal y cerebral.



Clasificación:

Primaria: Se considera "primaria" cuando esta condición se ha presentado a lo largo de toda la vida sexual del individuo. Se asocia a factores neurobiológicos, principalmente relacionados a una hiposensibilidad en los receptores de serotonina, lo que contribuye a una disminución en la capacidad de retrasar la eyaculación (Sarquella Geli J, 2014).

Estos pacientes suelen ser de difícil manejo con los ejercicios conductuales y la educación sexual integral, por lo que generalmente requieren de medicación.

Secundario o adquirida: Se caracteriza por una presentación aguda, secundaria a alguna situación particular, ya sea de origen médico adquirido y/o psicosocial.

Situacional/general: Esta sucede frente a

situaciones particulares y/o aisladas, o con parejas puntuales. CIE-11 (2019)

Simple/combinada: Simple si ocurre en ausencia de otras disfunciones sexuales, o combinada si es en presencia de otras disfunciones sexuales. (Saleh R, 2021).

Causas:

Las causas de la EP se dividen en:

- Orgánicas
- Psicológicas
- Mixtas

Origen orgánico

Factores Genéticos

- Quiste de Tarlov (Yuanyuan L, 2024)
- Hipersensibilidad peneana
- Hiperexcitación del reflejo

- Neurotransmisión serotoninérgica disminuída
- Hiperfunción de los receptores 5HT1A y/o hipofunción de los receptores 5HT2C
- Causas hormonales
- Causas infecciosas
- Eyaculodinia

Se ha sugerido un componente genético: polimorfismo genético en el gen del transportador de serotonina o en el gen transportador de dopamina.

Desequilibrios Hormonales: Se estima que aproximadamente el 50% de pacientes con hipertiroidismo podrían padecer EP. Otra causa posible son los valores de testosterona disminuidos.

Causas infecciosas: ya sea en la vía seminal, prostatitis y/o uretritis. Por este motivo se aconseja solicitar un espermocultivo y/o un hisopado uretral.

Origen psicológico

El Dr Gindin, R en el libro “Eyaculación Precoz: problemas y soluciones” (2007) refiere que las causas más comunes son las psicógenas.

1. Condiciones Educativas y Culturales: La educación sexual deficiente y las creencias culturales sobre la sexualidad.

- Mitos en relación con estereotipos

- Creencias y exigencias acerca del rendimiento sexual
- Aprendizaje a través del consumo de porno clásico (objetivos inalcanzables)
- Primeros encuentros sexuales rápidos
- Primeros encuentros sexuales bajo presión o estrés
- Coitus interruptus como método de anticoncepción

2. Antecedentes traumáticos:

- Abuso o experiencias traumáticas

3. Personalidades:

- Personalidad ansiosa
- Personalidad narcisista
- Poca tolerancia a la frustración
- Poca creatividad o guiones rígidos

4. Hábitos masturbatorios

- Masturbación rápida para no ser descubiertos, sin lugar íntimo
- Sin fantasías, solo con pornografía
- Solo por descarga, aburrimiento o ansiedad.
- Con culpa

5. Emocionales:

- Miedos, depresión o ansiedad
- Inseguridad y baja autoestima
- Vergüenza o culpa
- Rol de espectador
- Ansiedad de desempeño con pensamientos anticipatorios negativos

- Exigencia de provocar el orgasmo a la pareja, o preocupación por el rendimiento
- Hipercontrol
- Frustración y posterior evitación de juegos eróticos

6. Problemas relacionales:

- Dificultad en la comunicación:
- Conflictos en la relación vincular
- Guiones rígidos

7. Por asociación a otras disfunciones sexuales:

- Disfunción eréctil o deseo sexual hipoactivo

Asociación de EP con disfunción eréctil: ya sea por causas fisiológicas y/o emocionales comunes perpetuando un ciclo de retroalimentación negativa. La frustración y disminuir la confianza sexual que genera la EP, podría condicionar a encuentros dificultades para mantener una erección y viceversa.

Prevalencia

La EP es la disfunción sexual más frecuente, afecta al 16-23% de los individuos (Perelman MA. 2006), y se encuentra dentro de los primeros 3 motivos de consulta más frecuentes en sexología. Alrededor de uno de cada tres individuos puede verse afectado por esta disfunción sexual en algún momento de sus vidas (Saitz TR, 2016). La

prevalencia es alta a lo largo de todo el ciclo vital, a diferencia de la disfunción eréctil, que aumenta con el paso del tiempo.

Un estudio reciente de una investigación de Perú (Santillán-Romero AS, 2024) concluye que es la disfunción sexual más común en hombres jóvenes que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), con una prevalencia que varía del 10,4% al 42,7%.

Este artículo refiere que los altos niveles de prevalencia pueden estar relacionados con factores de estrés psicológico que experimentan las minorías sexuales, incluida la discriminación, la victimización y la homonegatividad internalizada. Sin embargo, se ha informado que los HSH tienen un 28% menos de probabilidades de experimentar EP en comparación con los hombres heterosexuales.

Actualmente no contamos en Argentina con estudios relevantes acerca de esta disfunción en géneros diversos.

En el libro citado recientemente, el Dr. Gindin (2007) describe que “Los trastornos orgásmicos se dan de la misma manera en relaciones y/o parejas hetero y homosexuales. Es frecuente que la eyaculación precoz se dé en el coito anal en las relaciones homosexuales del varón gay. Las claves del diagnóstico y tratamiento son exactamente las mismas tanto si se trata de relaciones hetero u homosexuales como si la disfunción se presenta ante el coito vaginal, anal o está generalizada a toda forma de coito”.

IELT

Se denomina tiempo de latencia intravaginal al momento desde que empieza la penetración hasta la eyaculación (IELT). Esta definición aplica sólo a vínculos heterosexuales, dejando fuera otro tipo de prácticas penetrativas.

El tiempo promedio IELT se considera está entre 3 y 6 minutos. Esta medida de cronómetro del IELT se utiliza en ensayos clínicos de investigación, pero NO es recomendable en la evaluación del paciente en sus prácticas.

A pesar de la ventaja potencial de la medición objetiva, las medidas de cronómetro tienen la desventaja de ser intrusivas y potencialmente disruptivas del placer sexual o la espontaneidad (Waldinger MD, 2005) y no mide el malestar emocional relacionado con la eyaculación como tampoco la satisfacción relacionada con el coito.

Según Fernández Delgado D (2014), estamos frente a una EP si la misma se produce antes de un minuto y una EP probable si el IELT está entre 1 y 1,5 minutos.

El estudio multinacional de Waldinger MD (2005), realizado en 500 parejas, concluye que el IELT es de 5.40 minutos.

Pero otros parámetros a tener en cuenta el investigador Chunlin Wang (2024) en su

reciente estudio define:

PIELT: Subjectively perceived intravaginal ejaculation latency time: El tiempo entre la intromisión vaginal y la eyaculación intravaginal, percibido subjetivamente por los hombres.

PPIELT: Partner-perceived intravaginal ejaculation latency time: El tiempo entre la intromisión vaginal y la eyaculación intravaginal, percibido subjetivamente por la pareja del hombre

NIELT: Subjectively perceived normal intravaginal ejaculation latency time: La latencia de eyaculación intravaginal subjetivamente percibida como "normal" tiempo por parte de los hombres.

EIELT: Expected intravaginal ejaculation latency time. El tiempo de latencia de eyaculación deseado/esperado durante la vagina.

MELT: Masturbation ejaculation latency time: El tiempo de latencia de la eyaculación durante la masturbación.

Oral ejaculation latency time: El tiempo de latencia de la eyaculación durante el sexo oral.

Anal ejaculation latency time: El tiempo de latencia de la eyaculación durante el sexo anal.

Chunlin, W (2024) concluye que los pacientes con EP exhiben expectativas excesivamente altas con respecto a IELT, principalmente porque no comprenden lo que constituye un IELT normal.

Poder diferenciar estas definiciones servirán en la instancia terapéutica para trabajar las

expectativas tanto del consultante como de su pareja.

Diagnóstico

La anamnesis es la premisa inicial y fundamental para el diagnóstico de EP.

El objetivo prioritario de la evaluación es precisar y esclarecer qué es, supone y representa la dificultad para esa persona y su pareja, si es que la hay y está presente. (Seco K, 2009).

Una evaluación exhaustiva de la historia

sexual del consultante es fundamental. Además, esta instancia ofrece una oportunidad única para abordar la salud emocional e integral, ya que las disfunciones sexuales suelen tener un impacto significativo en la autoestima sexual, la calidad de vida y las relaciones. Estas disfunciones afectan no solo el placer sexual, sino también el bienestar emocional y la comunicación en la pareja.

El Dr. Cedrés S. (2011) elabora una lista de preguntas guía para abordar la eyaculación precoz en la consulta de Atención Primaria.

DIAGNÓSTICO	<p>a- ¿Cuánto es el tiempo entre la penetración y la eyaculación?</p> <p>b- ¿Se siente capaz de retrasar la eyaculación?</p> <p>c- ¿Se siente molesto o frustrado por su EP?</p>
PARA DIFERENCIAR PRIMARIA DE SECUNDARIA	<p>a- ¿Cuándo experimentó EP por primera vez?</p> <p>b- ¿Ha padecido EP desde su inicio sexual y con casi todas sus parejas sexuales?</p>
PARA DESCARTAR DISFUNCIÓN ERÉCTIL ASOCIADA	<p>a- ¿Son sus erecciones suficientemente rígidas para penetrar?</p> <p>b- ¿Tiene dificultades para mantener la erección hasta la culminación del encuentro sexual?</p> <p>c- ¿Has apurado la relación sexual por miedo a perder la erección?</p>
PARA VALORAR EL IMPACTO EN LA PAREJA	<p>a- ¿Nota disconformidad en su pareja por la EP?</p> <p>b- ¿Su pareja evade las relaciones sexuales?</p> <p>c- ¿Su EP está afectandola globalidad de su vínculo con su pareja?</p>

POR TRATAMIENTOS PREVIOS	¿Anteriormente ha recibido tratamiento por EP?
PARA VALORAR EL IMPACTO EN LA CALIDAD DE VIDA	a- ¿Usted evade la relación sexual por miedo a sentirse mal? b-¿Se siente ansioso, deprimido o avergonzado por su EP?

Estos son pilares indispensables para la interpretación global de la problemática del paciente.

Aunque el diagnóstico se basa en la información aportada por el paciente y/o la pareja, actualmente se dispone de varios cuestionarios estandarizados:

El test de eyaculación precoz de Gindin R (1993). Es el más usado. (Puntuaciones entre 30-40 puntos indican una eyaculación precoz importante que requiere tratamiento).
El PEDT (Premature Ejaculation Diagnostic Tool) (Symonds T, 2007)

El PEP (Premature Ejaculation Profile) (Stanley E, 2016)

El Cuestionario de salud sexual masculina sobre disfunción eyaculatoria (Male Sexual Health Questionnaire Ejaculatory Dysfunction (MSHQEjD) (Rosen RC, 2007)

Barreras a la hora de consultar:

- Mitos sobre la masculinidad y expectativas

sociales

- Dificultad de aceptar la disfunción como una problemática
- Vergüenza de consultar
- Miedo a que sea una condición que no tiene cura
- Falta de información
- Otras disfunciones que enmascaran el verdadero problema
- Disfunción sexual como un estigma
- No tener pareja estable que incentive el tratamiento
- Normalización/adecuación a la problemática

La ansiedad en la problemática de la eyaculación precoz

La ansiedad es una respuesta adaptativa emocional y fisiológica natural del cuerpo ante situaciones que percibimos como amenazantes o estresantes. Se caracteriza por una sensación de preocupación, miedo o inquietud, que puede estar acompañada de síntomas físicos como aumento del ritmo cardíaco, sudoración, tensión muscular y dificultad para concentrarse. Suele estar relacionada con la anticipación de un peligro

o problema futuro, real o imaginario, lo que la diferencia del miedo, que es una respuesta a una amenaza inmediata. Aunque es esperable sentir ansiedad en ciertos momentos, cuando la ansiedad se torna excesiva, desproporcionada o constante, puede interferir con la vida diaria y desencadenar un trastorno de ansiedad, que requiere tratamiento específico.

La EP suele estar asociada a la ansiedad anticipatoria. Las creencias desadaptativas se reflejan en pensamientos y emociones de temor al fracaso y miedo, que sumados al rol del espectador pueden generar desconexión sensorial. Las personas con EP suelen tener una personalidad ansiosa de base como factor predisponente a esta problemática.

Consecuencias a largo plazo de la EP

Para no exponerse a la frustración que genera la EP el individuo llega a evitar los juegos eróticos preliminares al coito, centra la relación sexual en la penetración, lo que genera un empobrecimiento del encuentro sexual. Todas estas conductas llevan a su vez, a perder la calidad de la intimidad con la pareja, pudiendo generar otras disfunciones sexuales secundarias como la disminución del deseo y/o la disfunción eréctil.

Tratamiento:

Las disfunciones sexuales tienen un impacto

significativo con lo que respecta a la estima sexual, la autoestima, la calidad de vida y la salud vincular. Por eso es fundamental que el abordaje sea multifactorial.

Por otro lado, toda disfunción sexual es una oportunidad para abordar la salud integral del consultante que comprende la calidad de vida y el bienestar.

Rol de la educación sexual

La educación sexual es un pilar fundamental para la *promoción y prevención* de las disfunciones sexuales.

Si nos centramos en el modelo Plissit de Annon JS (1976) el primer escalón propone habilitar el permiso a conectar y vivenciar una relación saludable con la propia sexualidad. Para ello, es importante trabajar en una educación sexual que contenga información adecuada, derribamiento de mitos, tabúes y creencias desadaptativas relacionadas al contexto sociocultural y religioso. De esta manera propiciar el autoconocimiento para así reconocer y gestionar las propias sensaciones y el placer._

Abordaje individual sexológico

- Abordaje ansiedad y ansiedad sexual
- Ejercicios de relajación y respiración.

- Prohibición de coito (Kaplan H, 2000).
- Técnicas de focalización sensorial: Entrenar al paciente a centrarse en las sensaciones placenteras a través de la estimulación corporal en pareja, dejando la estimulación del área genital para una instancia posterior.
- Ejercicio de parada y arranque: Mediante la masturbación a solas y luego en pareja, se frena cuando la excitación es alta. De esta manera se aprende a percibir la inminencia eyaculatoria hasta bajar la excitación y comenzar un nuevo ciclo. Después de cinco ciclos se permite la eyaculación. De esta manera el paciente aprende a reconocer las sensaciones preeyaculatorias y tener control sobre las mismas. (1- 12 - 26)
- Técnica de compresión (squeeze).
- Penetración vaginal sin movimientos. La mujer encima sin moverse. El varón introduce el pene y aguanta el tiempo que pueda, familiarizándose con las sensaciones sin eyacular.
- Ejercicios de Kegel (Basal S, 2010).
- Trabajo de construcción y enriquecimiento de fantasías.
- Enriquecimiento del erotismo sexual, desgenitalización del encuentro sexual, derribamiento de la exigencia de *performance*.
- Autogestión del placer como estilo de vida, identificación de las sensaciones y desarrollar el aprendizaje de fluir entre sentir y pensar.
- Realizar ejercicios de masturbación con preservativo.
- TCC (detección y trabajo con pensamientos automáticos y creencias desadaptativas).

Tratamientos complementarios:

- Electroestimulación del suelo pélvico (Basal S, 2010).
- Mindfulness
- Yoga
- Tantra

Abordaje sexológico cuando hay pareja

La EP sostenida en el tiempo puede generar conflictos significativos en la pareja, y para un abordaje eficaz de esta problemática, resulta fundamental la participación de ambos integrantes. La postura subjetiva que adopte la pareja frente a la situación tendrá un efecto determinante en el tratamiento: su colaboración puede potenciar los resultados, mientras que la falta de apoyo podría devenir en un pronóstico tórpido.

En la sociedad occidental, aún prevalece una dinámica de intimidad sexual centrada en el coito, una estructura poco flexible influenciada por patrones culturales donde se espera que “el hombre no falle”. Bajo esta expectativa, recae en él la responsabilidad de mantener la erección durante la penetración hasta que su pareja alcance el orgasmo, dándose, recién entonces, el permiso de eyacular. Esta dinámica posiciona al varón como el supuesto garante del placer y del orgasmo de su pareja, asumiendo que la penetración es el medio principal para lograrlo y la erección es el recurso indiscutible para dicho fin. Esta secuencia establece una visión exigente, que deja de lado el aspecto recreativo y lúdico de la relación sexual.

Es fundamental abordar la EP como una situación que afecta a ambos miembros de la pareja, y pesquisar si hay problemas relacionales mayores subyacentes.

Esta propuesta tiene como finalidad que sea una experiencia compartida de crecimiento y conexión emocional. La empatía, el apoyo mutuo, las expectativas de ambos y la colaboración de la pareja brindan

herramientas de comunicación asertiva.

Áreas de trabajo en pareja:

- Erotización y enriquecimiento del encuentro sexual
- Reestructuración de guiones sexuales
- Exploración de la sexualidad sin foco en la penetración
- Fortalecimiento de la comunicación
- Focalización sensorial 1 y 2 (placereado) (Kaplan H, 2010)
- Parada y arranque en pareja (Cabello F.M, 2010)
- Trabajar expectativas e ideales (Dorey G, 2013)
- Mejorar la intimidad (Dorey G, 2013)
- Evaluación en conjunto de la necesidad de medicación complementaria (Ramadan S, 2021)

Si bien no hay evidencia científica acerca de la terapia grupal como alternativa para el tratamiento de la EP, podría ser un recurso de valor en donde se expongan sentimientos y sensaciones en común que ayuden al grupo a transitar esta problemática.

Abordaje farmacológico

Fármaco	Dosis (mg)	Ingesta	IELT*	Nivel de evidencia
dapoxetina	30-60 mg	a demanda	2,5-3	1a
paroxetina	10-40 mg	diario	8	1a
sertralina	50-20 mg	diario	5	1a

fluoxetina	20-40 mg	diario	5	1a
citalopram	20-40 mg	diario	2	1a
escitalopram	10-20 mg	diario	3,1	1a
clorimipramina	12,5-50 mg	diario	6	1a
lidocaína	10-40 mg	a demanda	1,4	1b

*IELT: tiempo de latencia intravaginal

- ***Inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS).***

Los ISRS se utilizan ampliamente debido a su seguridad, tolerabilidad y eficacia demostrada en una amplia gama de condiciones clínicas (Abu El-Hamd M, 2018).

- Dapoxetina: es el fármaco de primera elección para el tratamiento de la eyaculación precoz. Está indicado en pacientes mayores de 18 años. Es un ISRS de acción corta ya que se absorbe y se elimina rápidamente. Ha demostrado inhibir de forma estadísticamente significativa el reflejo eyaculatorio a nivel supraespinal (33). La dosis inicial es de 30 mg por toma, y la dosis máxima de 60 mg de 2 a 4 hs antes del encuentro.

La frecuencia de administración máxima recomendada es de una vez cada 48 horas. El resultado es efectivo tanto en la eyaculación primaria como en la secundaria.

Es importante trabajar en consulta con el paciente en NO limitar el encuentro sexual si

no tomó la medicación indicada, dándose el permiso de un encuentro sexual espontáneo aplicando lo trabajado previamente con técnicas de terapia sexual.

- Paroxetina: la dosis diaria es de 20mg. La mejoría significativa en la prolongación del IELT se observa luego de 6 semanas de tratamiento (Mohammad Reza Safarinejad. J, 2007).
- Sertralina: la dosis diaria es de 25-50 mg a dosis diaria (Perelman MA, 2006).
- Escitalopram: la dosis diaria es de 10 mg hasta 20 mg. Es muy bien tolerado, y es el antidepresivo más selectivo para el receptor del transportador de serotonina (Dell'Atti L, 2017).

Con 10 mg a diario es suficiente para lograr el efecto adverso deseado. Los pacientes bajo este tratamiento refieren mejoría marcada de la ansiedad generalizada que suele estar asociada a la EP.

- **Citalopram:** la dosis diaria es de 20 hasta 40 mg. Es bien tolerado, con escasos efectos adversos.
- **Inhibidores de la fosfodiesterasa tipo 5 (IPDE-5)**

No han sido aprobados para el tratamiento de la EP, su utilización es *off leve*, se indican cuando hay una disfunción eréctil (DE) asociada. Se encontró que la administración a demanda de 50-100 mg de sildenafil en pacientes con EP combinada a DE, mejora de manera segura y efectiva la función eréctil. Por otro lado, el sildenafil aumentó la confianza, la percepción del control eyaculatorio, la satisfacción sexual general, y en hombres con EP disminuyó el tiempo refractario para lograr una segunda erección (Mohammad Reza Safarinejad. J, 2007).

La administración a demanda de 50 mg de sildenafil 1 hora antes de la actividad sexual planificada combinada con 10 mg de paroxetina diariamente durante 3 semanas y luego 20 mg a demanda, durante 6 meses proporcionó aumentos significativos en el ILET y la satisfacción sexual que la paroxetina sola en pacientes con EP. (St James, 2015)

La administración de tadalafilo 20 mg a demanda o de 5 mg a diario (según etiología de la DE) asociado a algún inhibidor de la recaptación de serotonina demuestra una eficacia similar que el uso de sildenafil.

En un estudio clínico controlado con placebo simple ciego, el uso combinado de dapoxetina a demanda (30 mg) con sildenafil

(50 mg) para pacientes con EP durante 6 semanas tuvo los mejores valores de IELT y puntuaciones de satisfacción en comparación con dapoxetina sola o sildenafil solo (Mohammad Reza Safarinejad J, 2007).

- **Antidepresivos tricíclicos (ATC)**

Los ATC, como la clomipramina, empezaron a usarse a principios de los años 70. Resultaron efectivos, pero hoy día, debido a sus efectos secundarios, han caído en desuso. La dosis utilizada es 15-25 mg de clomipramina 4 horas antes de la relación sexual. Inclusive se propone que puede aumentar el umbral sensorial para los estímulos en el área genital (Perelman MA, 2006).

De ninguna manera el tratamiento médico reemplaza la terapia sexual. La combinación de ambas disciplinas en caso de ser necesario, potencia una mayor concientización de la sexualidad.

- **Agonista opioide**

Tramadol: Es un analgésico de acción central con dos mecanismos de acción. Ejerce un efecto sobre el receptor opioide μ , e inhibe la recaptación de noradrenalina y serotonina. Su acción sobre el receptor opioide μ , puede reducir la sensibilidad, y la inhibición de la recaptación de serotonina puede retrasar la eyaculación. Tiene un perfil de seguridad que es bien tolerado y presenta pocos efectos secundarios. Administrado a demanda, en dosis de 50 mg 2 horas antes

del coito, ha demostrado alargar el IELT muy significativamente, según el estudio llevado a cabo en casos de eyaculación primaria. Sin los efectos secundarios de los ISRS pero no considera los efectos adversos relacionados con la adicción que puede tener esta droga por lo que se desestima.

La revisión bibliográfica de St James (2015) concluye que los ensayos que se compararon son muy heterogéneos, sumado a que en ningún trabajo se evaluó el potencial de adicción que podría generar la droga, por lo que también se desestima esta línea de tratamiento para la eyaculación prematura.

- **Los anestésicos tópicos**

Las cremas de lidocaína-prilocaina al 5%: su uso es para disminuir la estimulación del pene y así retrasar el momento de la eyaculación. La aplicación de crema de lidocaína-prilocaina al 5% en el pene antes de cubrirlo con preservativo 20 a 30 minutos antes del coito, la colocación 30 a 45 minutos antes puede provocar la pérdida de la erección (St James, 2015). Igualmente, esta instancia terapéutica podría aumentar el tiempo de penetración, especialmente frente a cuadros de hipersensibilidad del pene pero sin resolver el problema de base. Los efectos secundarios locales son temporales y se limitan a hipoestesia del pene, ano y vagina, pérdida de erección, eritema genital y quemaduras locales. Los anestésicos tópicos están contraindicados para pacientes y/o sus parejas con alergias a cualquier componente del producto.

Esta indicación queda sujeta a pacientes con tratamientos refractarios a fármacos vía oral.

Tratamientos quirúrgicos

Aumento del glande: el aumento del glande ha sido una técnica propuesta para desensibilizar el glande y retardar el reflejo eyaculatorio. Es un método en el que se inyecta ácido hialurónico en el borde coronal y glande. El ácido hialurónico es un glicosaminoglicano y un agente de relleno que se ha utilizado para aislar las terminaciones nerviosas y proporcionar anestesia local a largo plazo (>1 año). Se informó que aumenta el IELT y la satisfacción en pacientes con EP (Moon DG, 2016).

Neurectomía dorsal: esta técnica demostró un aumento significativo en el IELT y la satisfacción del paciente, pero se asoció con efectos secundarios relevantes, incluidos entumecimiento del pene, parestesia y dolor. Se ha informado que la neurotomía selectiva del nervio dorsal del pene preservó la potencia y disminuyó la sensibilidad (Moon DG, 2016).

Neuromodulación por radiofrecuencia pulsada: esta técnica se ha utilizado para el tratamiento de la EP mediante la desensibilización de los nervios dorsales del pene. Se observó un aumento significativo del IELT en pacientes con EP. No se informaron efectos secundarios posteriores al procedimiento, como dolor, hipoestesia del pene o DE (Moon DG, 2016).

Conclusión

Esta disfunción es uno de los motivos de consulta más frecuentes dentro de la sexología. Es indispensable un diagnóstico temprano y una terapéutica acorde a cada situación singular para disminuir el impacto en la autoestima sexual, la frustración y una eventual conducta evitativa de los encuentros sexuales.

Desde SASH consideramos la revisión continua de la definición de esta disfunción, y que abarquen estudios científicos en la población que abarque la diversidad sexual en su totalidad.

Consideramos indispensable para la promoción y prevención de la salud sexual, la implementación de la educación sexual integral en todas las etapas de la vida.

El objetivo del tratamiento de la EP es aportar herramientas que aborden a la persona en su integridad, no sólo el control del reflejo de la eyaculación con técnicas de terapia sexual y/o farmacológicas, sino también el incremento de la satisfacción sexual en general.

El aporte de estrategias que den mayor

confianza y seguridad en el juego íntimo con la pareja, tienen el objetivo de evitar la recaída y reforzar la satisfacción a largo plazo.

En los casos donde hay una pareja estable, aliada al tratamiento, se propone el trabajo en conjunto, y esto podría ser un indicador de mejor pronóstico.

Concluimos que la combinación de estrategias de las distintas disciplinas mencionadas, asociadas a la farmacoterapia son superiores en resultados a largo plazo en comparación al tratamiento farmacológico aislado.

SÍNTESIS

1. Evaluación Inicial:

- Realizar una **evaluación integral** del consultante, considerando aspectos psicológicos, físicos y relacionales.
- **Identificar si el paciente está en pareja** y si la pareja es colaboradora. Esto mejoraría el pronóstico.
- Indagar si existen **problemas de ansiedad** u otras problemáticas emocionales que podrían requerir intervención psicológica adicional.

2. Promoción, Prevención y Educación Sexual Integral:

- **Brindar educación sexual integral**, enfocada en derribar mitos en relación a las expectativas sobre el rendimiento sexual
- **Desgenitalizar el encuentro sexual**, promoviendo el disfrute de todo el cuerpo y disminuyendo la presión sobre el pene y el coito como única fuente de satisfacción.

3. Técnicas Conductuales:

- **Técnica de parada-arranque (stop-start)**
- **Técnica de compresión (squeeze)**
- **Penetración sin movimiento.**

4. Ejercicios de Relajación y Mindfulness:

- **Incluir técnicas de mindfulness, respiración y yoga** para ayudar al paciente a conectarse con su cuerpo y reducir la ansiedad.
- Fomentar la **autogestión del placer.**

5. Intervención en Pareja:

- Incluir a la pareja en el tratamiento, promoviendo una **comunicación abierta** sobre expectativas y fantasías.
- Ampliar el guión sexual y mejorar la intimidad, disminuyendo la presión y las exigencias sobre el acto sexual.

6. Tratamiento Farmacológico (si es necesario):

- Para casos que lo requieran, considerar el uso de **ISRS como dapoxetina, sertralina o paroxetina** (dosis y frecuencia según indicación médica).
- **SIEMPRE con la combinación con técnicas conductuales** para mejorar el control eyaculatorio independientemente de los fármacos.

7. Seguimiento y Ajustes:

- Realizar un **seguimiento periódico** para evaluar progresos y ajustar las técnicas y eventual mediación, según los avances de cada consultante.
- Reforzar los logros alcanzados, para evitar frustraciones y mantener una perspectiva positiva en el tratamiento

Referencias Bibliográficas

1. Abu El-Hamd M, Abdelhamed A. (2018) Comparison of the clinical efficacy and safety of the on-demand use of paroxetine, dapoxetine, sildenafil and combined dapoxetine with sildenafil in treatment of patients with premature ejaculation: a randomised placebo-controlled clinical trial. *Andrologia*. 2018; 50:1.
2. Annon JS. (1976) The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. *Journal of Sex Education and Therapy*. 1976; 2 (1):1-15.
3. Basal S, Goktas S, Ergin A, et al. (2010) Una nueva modalidad de tratamiento en pacientes con eyaculación precoz resistente a los métodos convencionales: la neuromodulación de los nervios dorsales del pene mediante radiofrecuencia pulsada. *Journal Androl*. 2010; 31 (2):126–130.
4. Cabello, F (2010). *Manual de Sexología y Terapia sexual*. Madrid: Editorial Síntesis.
5. Cedrés S. (2011) *Reseña clínica terapéutica de la eyaculación precoz*. Disponible en: http://www.plenus.com.uy/docs/hombre/EP_novedades_tto_2011.pdf
6. Chunlin Wang, et al. (2024) Perception of normal and treatment level ejaculatory latency times in men with premature ejaculation. *The Journal of Sexual Medicine*:1-7.
7. Dell’Atti L, Galosi AB, Ippolito C. (2017). A randomized single-center study to compare the efficacy and tolerability of tadalafil once daily plus lidocaine anesthetic spray on premature ejaculation. *Eur Rev Med Pharmacol Sci*. 2017;21(5):1036–1040.
8. Dorey G. (2013) British Journal of Nursing. Vol.10, No.3. *Clinical Partner’s perspective of erectile dysfunction: literatura review*. doi.org/10.12968/bjon.2001.10.3.5382
9. DSM-V. (2013) *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales. Eyaculación Prematura (precoz) Cap. Disfunciones sexuales*. p. 443-446. American Psychiatric Association. 5ta edición. Ed.Panamericana.
10. EAU. *European Association of Urology. Guidelines on Sexual and Reproductive Health*. (2024) p.33.
11. Fernández Delgado D (2014) La eyaculación precoz. Actualización. *Rev. Clín. Med Fam*. 2014; 7(1): 45-51.
12. Gindin R. (1993). *El test de eyaculación precoz. Eyaculación Precoz*. Ed.Paidós.
13. Gindin R. y Fridman T. (2007) *Eyaculación precoz problemas y soluciones*. Cap 5. p.107. Ed.Norma.
14. ICD-11. 2019. <https://icd.who.int> docs
15. ISSM. *The International Society for Sexual Medicine Newsbulletin (2007) Announces new definition of premature ejaculation*; 24: 6.
16. Kaplan H (2000). *La Eyaculación Precoz: Cómo Reconocerla, Tratarla y Superarla*. Ed.Grijalbo Mondadori.

17. Kaplan H. (2010) *Manual ilustrado de Terapia Sexual*. Ed. Debolsillo.
18. Lucas Bustos P, Parrón Carreño T, Moreno Gutiérrez S, Fernández Agis I. (2023) Excitación progresiva: un nuevo concepto y definición de la eyaculación precoz. *Sex Med.* ; 11(2):QFAD014. doi: 10.1093/sexmed/qfad014. PMID: 37124144; PMCID: PMC10136197.
19. Mohammad Reza Safarinejad. (2007) Safety and efficacy of escitalopram in the treatment of premature ejaculation: a double-blind, placebo-controlled, fixed-dose, randomized study. *J Clin Psychopharmacol.* 2007 Oct;27(5): 444-50. doi: 10.1097/jcp.0b013e31814b98d4.
20. Moon DG. (2016) Is there a place for surgical treatment of premature? *Transl Androl Urol.* 2016; 5 (4):502–507.
21. Ortega Otero M, Santacruz García D. (2014) *Protocolo de Intervención Clínica para la Insatisfacción con el momento de la eyaculación*. Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid.
22. Pereira-Lourenço M, Brito DVE, Pereira BJ. (2019). Premature Ejaculation: From Physiology to Treatment. *Journal Family Reprod Health.* 2019 Sep;13(3):120-131.
23. Perelman MA (2006). A new combination treatment for premature ejaculation: a sex therapist's perspective. *J Sex Med* ;3(6):1004-12.
24. Ramadan Saleh, Ahmad Majzoub , Mohammed Abu El-Hamd. (2021). An update on the treatment of premature ejaculation: A systematic review. *Arab J Urol.*2021 Aug 4;19(3):281-302.
25. Richardson D, Goldmaier D, Green J, Lamba H, Harris JR (2006). BASHH Special Interest Group for Sexual Dysfunction. *Int J STD AIDS.* Jan;17 (1): 1-6. Doi: 10.1258/095646206775220540.
26. Rosen RC, Catania JA, Althof SE, Pollack LM, O'Leary M, Seftel AD, Coon DW. (2007) Development and validation of four-item version of Male Sexual Health Questionnaire to assess ejaculatory dysfunction.. *Urology.* May;69(5):805-9. doi: 10.1016/j.urology.2007.02.036. PMID: 17482908.
27. Saitz TR, Serefoglu EC. (2016) La epidemiología de la eyaculación precoz. *Transl Androl Urol* ; 5(4):409–415.
28. Santillán-Romero AS., Valladares-Garrido MJ., Juárez-Ubillus (2024). *Prevalence and associated factors of premature ejaculation and erectile dysfunction in young, single men who have sex with men in Lima, Peru.* A., et al. *Sex med.* Apr; 12(2): qfae013.
29. Sarquella Geli J, P. Roberto Vilches, C. Cristian Palma. *Trastorno de la eyaculación . Vol 25. Num 1 p.129-137. (2014) DOI: 10.1016/S0716-8640(14)70019-7Palma3*<https://www.elsevier.es/en-revista-revista-medica-clinica-las-condes-202-articulo-trastornos-eyaculacion-S0716864014700197>
30. Seco, K. (2009). *Eyaculación precoz: manual de diagnóstico y tratamiento*. Caracas: Editorial Fundamentos.
31. Shindel AW, Althof SE, Carrier S et al (2022) Disorders of Ejaculation: *An AUA/SMSNA Guideline.* *J Urol* 2022. <https://doi.org/10.1097/JU.0000000000002392>.
32. St James y col (2015). Tramadol for premature ejaculation: a systematic review and meta-analysis.. *BMC Urol* Jan 30; 15:6. 2015.
33. Stanley E. Althof. (2016) Patient reported outcomes in the assessment of premature ejaculation.

2016 Aug 01; 5(4):470-474.

34. Symonds T, Perelman MA, Althof S, Giuliano F, Martin M, May K, Abraham L, Crossland A, Morris M. (2007) Development and validation of a premature ejaculation diagnostic. tool. *Eur Urol.* Aug; 52(2):565-73. doi: 10.1016/j.eururo.2007.01.028. Epub 2007 Jan 16. PMID: 17275165.
35. Yuanyuan Liu , Dalin Sun , Zhenghong Gao , Zhongjiang Wang , Baofang Jin. (2024) Tarlov Cysts and Premature Ejaculation. *Arch Sex Behav.* 2024 Apr; 53(4):1591-1594. doi: 10.1007/s10508-024-02815-7. Epub 2024 Feb 16
36. Waldinger MD, y col (2005) A multinational population survey of intravaginal ejaculation latency time.. *J sex Med.* Jul; 2 (4) 492-7.