

EYACULACIÓN PRECOZ

Por: Carmen Alicia González Preciado

Establecer qué puede considerarse como una eyaculación precoz no es tarea fácil. Hace algunos años se decía que para saber si había eyaculación precoz había que tomar en cuenta el tiempo que un hombre lograba sostener la relación coital antes de eyacular, o especificaban un mínimo de movimientos de pélvicos antes de que esto sucediera. Otra teoría estimaba que un hombre eyaculaba prematuramente si su pareja no alcanzaba el orgasmo al menos en el cincuenta por ciento de los contactos coitales, pero una mujer puede tener dificultades para alcanzar el orgasmo durante la relación coital por diversas razones, por lo que puede considerarse que esta teoría es una forma arbitraria de evaluar la "normalidad" de un individuo. Posteriormente, Helen Kaplan (1974) señaló que debía hablarse de eyaculación precoz cuando el hombre no ejercía un control voluntario sobre el momento de la eyaculación, pero la mayoría de profesionales de la sexología están de acuerdo en que un control voluntario absoluto de la eyaculación se da en pocas ocasiones. La Asociación Norteamericana de Psiquiatría modificó esta definición agregando la palabra 'razonable' a 'control voluntario' y para determinar si el control voluntario es 'razonable' recomienda que se tomen en cuenta los factores que afectan la duración de la fase de excitación, como la edad, la novedad de la pareja sexual y la frecuencia y duración del coito (American Psychiatric Association, 1980). A pesar de que no es sencillo encontrar una definición totalmente aceptable, es fácil detectar cuando la eyaculación precoz representa un problema en el marco de una relación sexual.

La eyaculación precoz es la disfunción sexual más común en hombres jóvenes. Esta situación está muy ligada a las experiencias en las que el joven ha tenido que eyacular rápidamente. Por ejemplo: Cuando un adolescente se masturba, generalmente lo hace en el baño para estar a solas; pero cuando son muchos los miembros de la familia y sólo hay uno o dos baños en casa, no falta quien esté esperando para entrar, por lo tanto tiene que darse prisa y terminar rápido. También sucede que las primeras experiencias coitales de los muchachos son con muchachas de su grupo y a menudo estas experiencias tienen lugar en un automóvil, donde pueden ser descubiertos por la policía, o en la casa familiar, donde en cualquier momento pueden llegar el resto de residentes; por lo tanto tienen que hacerlo rápido. La ansiedad generada por situaciones de este tipo sirve como condicionante para el patrón de la eyaculación rápida en los jóvenes.

Helen Kaplan tiene la teoría de que el hombre que eyacula en forma prematura no ha aprendido a controlar su eyaculación debido a que no logra la identificación de las sensaciones que preceden de inmediato al orgasmo. La ansiedad de que hablamos en el párrafo anterior constituye un factor importante en el bloqueo de la percepción de la sensación que señala la eyaculación inminente. Pero a diferencia de la erección que no puede ser controlada a voluntad, la eyaculación y el orgasmo sí pueden ser regulados.

Esto quiere decir que la eyaculación precoz constituye un fenómeno reversible, es decir, con el entrenamiento adecuado, los hombres pueden aprender a descubrir las sensaciones que anuncian la eyaculación y luego aprender a controlarla.

Hay una serie de ejercicios desarrollados por Kegel, que aunque fueron descritos originalmente para las mujeres, pueden programarse para el hombre, sobre todos en estos casos de eyaculación precoz. Annon (1974) presentó un programa que consta de cinco pasos, para llevar a cabo este entrenamiento: (el objetivo, en el caso

de la mujer, es aumentar su capacidad de excitación y lograr el orgasmo y los hombres también pueden ver incrementada su sensibilidad y el goce de las relaciones sexuales):

1.- Localización de los músculos pubococcygeos (y vaginales en el caso de la mujer), para lo cual la persona, sentada en el WC con las piernas abiertas trata de detener el flujo de orina. En esta posición los músculos pubococcygeos son los únicos que puede detenerla.

2.- Una vez identificados, los músculos debe detener el flujo de orina en repetidas ocasiones hasta que dejen pasar una cantidad pequeña en cada relajación. Además deben contraerse los músculos voluntariamente durante uno o dos segundos unas diez veces seguidas, debiendo repetir esta secuencia por lo menos seis veces al día durante la primera semana.

3.- Durante la segunda semana el ejercicio deja de practicarse al orinar pero aumenta a seis sesiones diarias de series de 20 contracciones con duración de uno a dos segundos.

4.- Al mismo tiempo se inician ejercicios de series rápidas de contracciones, intentando que se parezcan a la orgásmicas. Esta serie de contracciones rápidas (aproximadamente 10 por serie) deben practicarse unas seis veces al día. A las series rápidas se les agrega un componente erótico pidiendo a la persona que al realizarlas imagine y fantasee cualquier imagen de su elección. De esta manera, las contracciones pubococcygeas se asocian con la excitación sexual.

5.- En la semana siguiente se incrementa el número de repeticiones, tanto de las contracciones de uno o dos segundos como de las series rápidas hasta llegar a 300 del primer tipo y 100 del segundo.

La programación por semana se ajusta a cada caso en especial, considerando que para alguien no acostumbrado, los músculos pueden quedar adoloridos.

La técnica de Semans, diseñada para llevarse a cabo con una pareja, aunque autores como Lobitz (1978) y Lo Piccolo (1978) recomiendan utilizarla durante la masturbación a quienes no tienen pareja o en caso de que ésta no desee colaborar, consiste en estimular el pene hasta percibir la inminencia eyaculatoria (es decir el momento en que inicia la sensación de querer eyacular) y en ese momento se toma la base de la cabeza del pene entre el pulgar situado sobre el frenillo y los dedos índice y medio sobre el dorso ejerciendo presión firme e intensa durante tres o cuatro segundos; con esto se detiene la acción eyaculatoria, incluso se podrá perder parcialmente la erección. La maniobra de Semans se realiza tres o cuatro veces por sesión, pero sólo se permite la eyaculación en la última.

En etapas posteriores se estimula manualmente el pene, pero en lugar de aplicar la maniobra de Semans, lo único que se hace es suspender abruptamente la estimulación. Esta maniobra se realizará tres o cuatro veces en cada sesión antes de permitir la eyaculación.

Cuando la pareja participa en el tratamiento, la terapia es aún más efectiva e incluye otra serie de ejercicios como caricias y reconocimiento corporal en la primera etapa, para seguir después con los ejercicios pubococcygeos y la maniobra de Semans y posteriormente una serie de caricias y posiciones, hasta que la persona consiga el control suficiente en la eyaculación.

Es conveniente que la terapia sea supervisada por personal especializado en sexoterapia, ya que el aspecto emocional y de pareja deben tomarse en cuenta junto con el fisiológico. La eyaculación precoz aun siendo la disfunción sexual más común es una de las que menos sesiones requiere para resolverse.