

**PROTOCOLO DE INTERVENCIÓN CLÍNICA
PARA LA INSATISFACCIÓN CON EL MOMENTO DE EYACULACIÓN**

Autores: Marta Ortega Otero y Daniel Santacruz García, Centro de Psicología Aplicada de la Universidad Autónoma de Madrid.

Fecha de realización: junio 2014.

Asesores: José Santacreu Mas, Departamento de Psicología Biológica y de la Salud, Universidad Autónoma de Madrid; Ana Calero Elvira, Departamento de Psicología Biológica y de la Salud, Universidad Autónoma de Madrid; Silberio Sáez Sesma, Instituto Universitario de Sexología, Universidad Camilo José Cela.

PRÓLOGO

El objetivo de este protocolo de intervención clínica es presentar de forma concisa y clara el modo en que abordar la insatisfacción con el momento de eyaculación. Concretamente, se pretende guiar la actuación terapéutica de profesionales de la Psicología desde una perspectiva cognitivo-conductual.

En ningún caso pretende ser una guía exhaustiva donde recoger todos los matices y concreciones de la intervención clínica de estos casos. Existen actualmente manuales de tratamiento especializados que, si el lector está interesado, puede revisar en la bibliografía recomendada.

Siendo así, el presente protocolo es un esquema básico de actuación que proporciona una orientación breve dirigida a la evaluación e intervención de dichas dificultades.

“El placer tiene su propia dinámica y ante ella no valen de nada los esfuerzos, ni los actos de la voluntad. Ha llegado el tiempo de pensar más en lo que es, que en lo que según las ideologías, debe ser” (Efigenio Amezúa).

ÍNDICE

1. PLANTEAMIENTO TEÓRICO	4
1.1 ¿Qué se entiende por insatisfacción con el momento de eyaculación (IME)?	
1.2 La IME en los manuales psiquiátricos	
1.3 Prevalencia	
1.4 Análisis funcional	
2. EVALUACIÓN	15
3. TRATAMIENTO	18
3.1 Objetivos	
3.2 Técnicas	
3.3 Árbol de decisiones	
3.3.1 IME rápida sin pareja	
3.3.2 IME rápida con pareja	
3.3.3 IME tardía sin pareja	
3.3.4 IME tardía con pareja	
4. BIBLIOGRAFÍA COMENTADA/REFERENCIAS.....	28

PLANTEAMIENTO TEÓRICO

1.1 ¿Qué se entiende por insatisfacción con el momento de eyaculación (IME)?

Hablamos de 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.

La IME se manifiesta cuando la expulsión del semen aparece antes de lo deseado, generalmente antes o poco después de la penetración (*insatisfacción por eyaculación rápida*); o bien cuando aparece más tarde de lo deseado, generalmente tiempo después de la penetración (*insatisfacción por eyaculación tardía*). A medio y largo plazo, las experiencias de insatisfacción pueden generar incapacidad para aprender a controlar la respuesta eyaculatoria, una baja autoestima, frustración personal y afectación negativa a la pareja –si la hay–.

La respuesta eyaculatoria es un reflejo difícilmente controlable y “preparado” desde una perspectiva genética para ser inevitable cuando el nivel de excitación es elevado. Se compone de varias fases (ver figura 1):

- Tras un periodo variable y variado de excitación y de estimulación genital, los conductos deferentes (1) arrastran los espermatozoides desde los testículos (2) hasta el final de dichos conductos en las ampollas de los conductos deferentes (3). Allí, se incorporan los fluidos de la vesículas seminales (4) y se almacenan hasta su expulsión. Mientras tanto, las glándulas bulbouretrales o de Cowper (5) han preparado la uretra con el líquido preseminal para facilitar la expulsión del semen; y la próstata (6) ha iniciado la producción del líquido prostático que también se añadirá al semen.

Durante todo este proceso, la respuesta eyaculatoria está en manos del sistema nervioso autónomo, pero depende del sistema sensitivo, es decir, de los estímulos internos y externos que se están percibiendo (vg. el contacto con la pareja, la manipulación del pene, imágenes eróticas, pensamientos o

imágenes distractoras, etc.). Estos estímulos favorecen o dificultan el paso a las siguientes fases.

- **Fase I. Emisión.** Cuando se alcanza cierto nivel de excitación los conductos deferentes conducen el semen hasta la uretra prostática (7) y se percibe la sensación de que la expulsión del semen está preparada y que no se va a poder retrasar más (“sensación eyaculatoria inevitable”, “sensación de inevitabilidad eyaculatoria” o “punto de no retorno”). Hasta ese momento, la respuesta eyaculatoria sigue en manos del sistema autónomo y dependiendo de los estímulos presentes, tanto externos como internos (vg. el tipo de manipulación del pene, la sensación de humedad, los pensamientos eróticos o ansiógenos...); por ejemplo, si antes de ese punto se interrumpiera la estimulación, la expulsión no se desencadenaría.

Esos estímulos favorecen o dificultan la emisión y, por tanto, la expulsión. Si esos estímulos no están presentes o se sustituyen por otros diferentes, es más probable que la expulsión del semen se desencadene en otro momento (más tarde o más pronto). Estos estímulos discriminativos que señalan la expulsión del semen pueden ser controlados para tratar de ganar control sobre los procesos fisiológicos subyacentes.

- **Fase II. Expulsión (o eyaculación).** Pocos segundos después de la emisión, los músculos pélvicos se contraen y expulsan el semen de forma espasmódica (no continua) desde la uretra prostática a través de la uretra (8). A partir del “punto de no retorno”, la respuesta eyaculatoria depende exclusivamente del sistema autónomo y deja de depender de los estímulos presentes para cualquier hombre, por lo que ya no es controlable. Esta fase es altamente deseada porque suele ir acompañada de la sensación subjetiva de orgasmo provocada por las contracciones rítmicas de los músculos genitales.

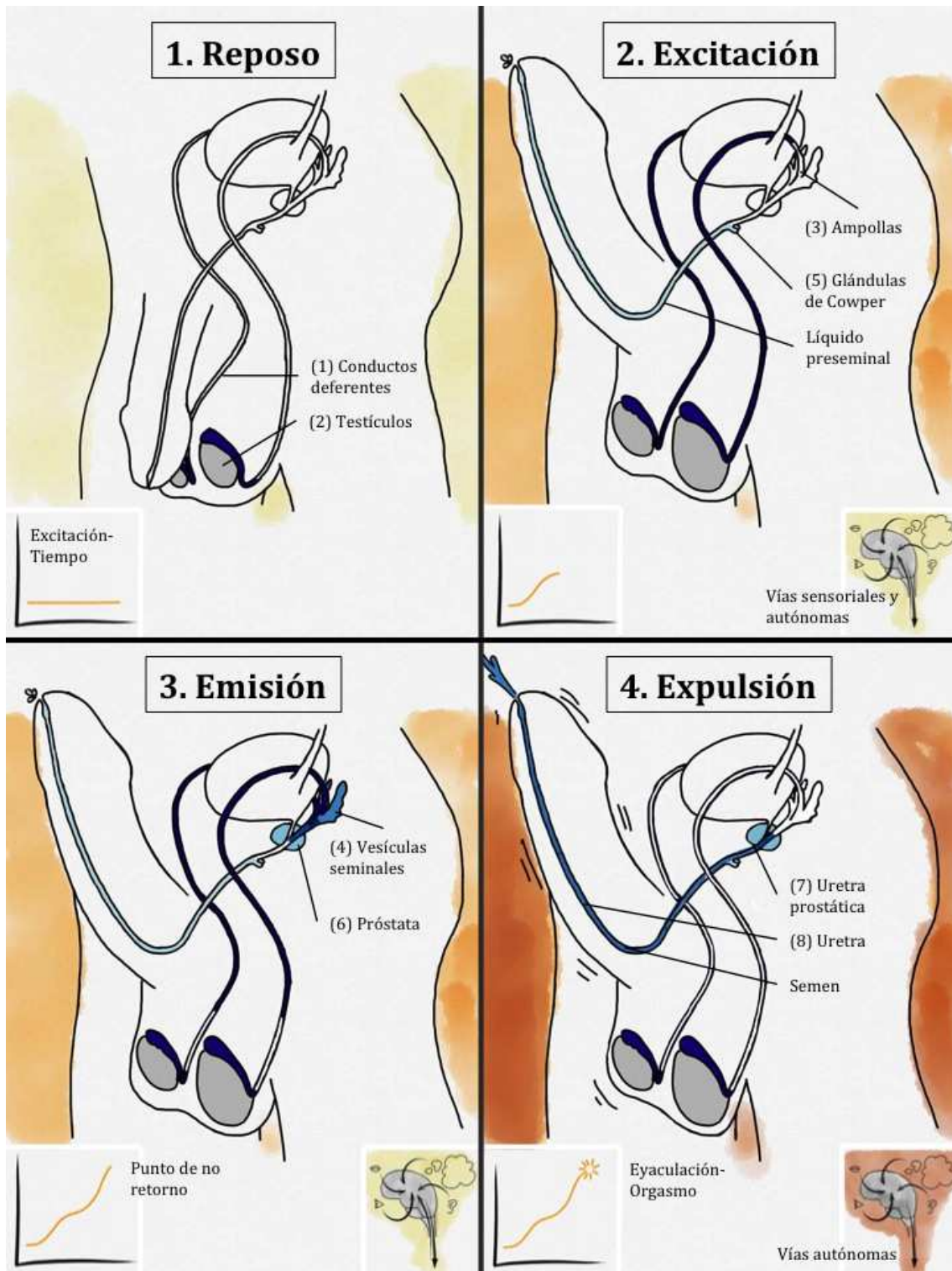


Figura 1. Anatomía y fisiología de la respuesta eyaculatoria.

El orgasmo es una sensación, personal y subjetiva, que acompaña muy frecuentemente a la respuesta eyaculatoria, pero aunque surjan ante el mismo tipo de estimulación y prácticamente en el mismo momento son procesos fisiológicos independientes. La eyaculación es un reflejo que tiene lugar en los genitales y que requiere de vías sensoriales y motoras; por su parte, el orgasmo es una sensación subjetiva que tiene lugar en el cerebro y que requiere únicamente de vías sensoriales diferentes a las de la eyaculación. Es importante tener esto en cuenta a la hora de considerar las dificultades para controlar el momento de la eyaculación, puesto que en algunas ocasiones pueden existir también dificultades con la vivencia del orgasmo.

La respuesta eyaculatoria suele estar influida por factores ansiógenos inducidos por otros socioculturales y educativos (como la necesidad de promover la obtención del logro orgásmico de la pareja, la identificación entre eyaculación e identidad masculina, etcétera).

Muchos autores (Assalian, 1991 citado en Seco, 2009; Cabello, 2007; Kaplan, 1974; Spiess, Geer & O'Donahue, 1984) coinciden en describir la causa de la gran variabilidad de diferencias en la respuesta eyaculatoria de los hombres en función del umbral de paso de emisión a expulsión o bien, a la capacidad de identificación de estas sensaciones.

Esta respuesta idiosincrásica, entendida a través de factores personales, socioculturales y educativos tiende a generar que ciertos sujetos se identifiquen con la categoría de “eyaculador precoz o retardado”, mientras que otros sujetos, ante un funcionamiento igual o similar, no asumen que tienen dificultades.

Entre estos factores cabe destacar: el proceso y patrón de aprendizaje masturbatorio del hombre en cuestión, el proceso y patrón de aprendizaje eyaculatorio a través de la interacción genital con la pareja o las parejas, a través de la interacción erótica y a través de la propia relación de pareja; la presión social a través de los medios de comunicación, la imposición clínica de un modelo sexológico imperante, la interiorización del modelo que considera la “eyaculación precoz/retardada” como una disfunción, el tipo de educación sexual que ha tenido el individuo, las creencias y actitudes hacia la pareja y hacia la mujer, etc.

Por supuesto, el momento en el que ocurre la eyaculación no debería ser considerado disfuncional, patológico ni incorrecto. Una falta de control sobre la eyaculación podría dificultar las posibilidades de reproducción, pero no afecta a las posibilidades de experimentar placer y orgasmo, de conocerse y conocer, de comunicarse en pareja ni de relacionarse. Según la definición que planteamos, esta dificultad en el control sobre la respuesta eyaculatoria se consideraría disfunción, justamente en los casos en que no cumpla la función reproductiva (eyaculación pronta o tardía) y/o exista insatisfacción del individuo con su control sobre la respuesta, es decir, no cumpla la función placentera (insatisfacción con el momento de eyaculación).

Habitualmente, es una pareja la que plantea una demanda por IME. Por ello, debe considerarse un abordaje diferencial de dicha demanda para cada miembro, tanto en el marco teórico como en la intervención.

1.2 La IME en los manuales psiquiátricos.

Las dificultades objeto de protocolo en este documento se encuentran recogidas bajo dos epígrafes diferentes dentro de la clasificación de los trastornos sexuales y de la identidad sexual que contempla el DSM-IV-TR (APA, 2000): la *eyaculación precoz* (F52.4) y *el trastorno orgásmico masculino* (F52.3) y, prácticamente desde sus inicios, ambas definiciones han estado sujetas a polémicas por psicólogo/as y sexólogos/as.

Varios especialistas han coincidido en la revisión para el DSM-5, que esta clasificación adolece de una falta de criterios de medida claros y una ausencia de definición objetiva y operacional (Segraves, 2010a).

Por tanto, proponen una definición más acertada dirigida a sustituir la *precocidad* por *prontitud* o *rapidez*, a restringir su diagnóstico a aquellos casos en los que la eyaculación no cumple su principal función –el embarazo–, incidir sobre el control o la sensación de control del hombre sobre su eyaculación y centrarse más en el tipo de malestar que genera.

Por otro lado, las críticas son similares hacia el *trastorno orgásmico masculino* (Segraves, 2010b); la terminología diagnóstica es errónea (compara eyaculación con orgasmo sabiendo que son dos procesos claramente diferenciados), faltan criterios operacionales, excluye las dificultades surgidas si las causas son orgánicas, no especifica el tipo de malestar que provoca y no tiene en cuenta la variabilidad de umbrales en la respuesta eyaculatoria.

Por su parte, la clasificación CIE-10 plantea una definición más cercana a este protocolo: “incapacidad de controlar la aparición de la eyaculación durante el tiempo necesario para que ambos participantes disfruten de la relación sexual” pero también sujeta a críticas.

1.3 Prevalencia

Se considera la insatisfacción por eyaculación rápida como la demanda más frecuente de los hombres en psicología/sexología clínica (Seco, 2009). Las muestras recogidas por distintos estudios (Laumann, Paik & Rosen, 1999; Carroles & Sanz, 2003; Laumann et al., 2005; Seco, 2009) hablan de una incidencia de entre el 15 y el 40% de varones entrevistados, de los que tan sólo el 25% buscan ayuda profesional (Moreira et al., 2005). La prevalencia de la “eyaculación precoz” es alta a lo largo de todo el ciclo vital, a diferencia de la disfunción eréctil, que aumenta con el paso del tiempo.

1.4 Análisis funcional

Desde el modelo conductual se ofrece una hipótesis basada en el aprendizaje de distintos estímulos que favorecen o dificultan la aparición de la respuesta eyaculatoria, en el condicionamiento de algunos estímulos con el malestar que puede generar una eyaculación antes o después de lo que se desea, en el desarrollo de estrategias adaptativas y desadaptativas cuando esto ocurre; y en la adquisición de creencias, modelos y actitudes que influyen en este tipo de dificultades.

Bien es cierto que pueden existir alteraciones en las respuestas genitales por la presencia de alteraciones del organismo, pero aun así, inevitablemente se producen también fenómenos de aprendizaje que pueden resultar funcionales o disfuncionales para los y las consultantes.

Origen. En la mayoría de los hombres¹, una vez alcanzada una estimulación genital adecuada y suficiente² (EI) del pene en erección, se producen la respuesta eyaculatoria y la experiencia subjetiva de orgasmo (RI) que suponen un potente reforzador positivo primario (R+).

Por un lado, cada hombre desarrolla un patrón único e irrepetible de estimulación erótica preferida u óptima (EC) para alcanzar la eyaculación-orgasmo (RI). Esta estimulación puede ser externa (vídeos, fotografías, ver a la pareja, palabras, la

Como los psicólogos clínicos saben, el *análisis funcional* es el análisis de una secuencia de sucesos que calificamos como estímulos o respuestas a fin de componer cadenas que podamos explicar de acuerdo con las leyes del condicionamiento y tratar de cambiarlas. Por tanto, un primer suceso (pensar en que va a realizarse una penetración vaginal) puede calificarse como un ED o un EC para otro segundo suceso (acelerar la velocidad de penetraciones, que aumente el grado de excitación cardiaca), que será RO o RC según las consecuencias de la respuesta en el contexto, es decir, según opere. Todo esto nos obliga a una definición previa de lo que llamaremos RC₁, RC₂, RO₁, RO₂, EIs, ECs o RIs para poder comunicarnos.

Así por ejemplo, llamaremos EI₁ a la estimulación genital suficiente para desencadenar la respuesta eyaculatoria y RI₁ a la eyaculación-orgasmo. En este caso la RI₁ suele ser considerada como un estímulo que actúa como un reforzador positivo primario (R₁+). Si la EI₁ no provoca la RI₁ en el momento deseado, habitualmente se dispara una respuesta de insatisfacción, miedo o ansiedad (RI₂) que se puede considerar aversiva y puede funcionar como castigo de las respuestas precedentes.

¹ En la mayoría, pues como decíamos antes, pueden existir alteraciones orgánicas que impidan la erección, la eyaculación, el orgasmo, la sensibilidad, la respuesta motora, etc.

² Adecuada y suficiente para cada individuo. Este umbral depende en cada hombre (incluso en un mismo sujeto a lo largo de la vida) del tipo de estimulación, la intensidad, la frecuencia o el contexto en que se encuentra, entre otras variables.

velocidad y presión durante la masturbación y un largo etcétera) e interna (fantasías, pensamientos, imágenes mentales, sensaciones corporales, sensaciones genitales, etc.). Se pueden encontrar patrones que requieran mayor o menor intensidad, mayor o menor duración, patrones diferentes cuando se está solo o en pareja, etc.

De este modo, durante la biografía de cada individuo, cada estímulo erótico se convertirá en un suceso (EC) que anunciará progresivamente la probabilidad de aparición de la eyaculación-orgasmo (RI). Así pues, algunos eventos o sensaciones previas (ECs) a la eyaculación (RI) pueden ser indicios de aumento o disminución de la excitación. Por tanto, el control automático u operante de tales ECs facilitará o dificultará la aparición del EI (estimulación óptima para eyacular) y la consecuente RI (la eyaculación en sí). Parte de la intervención suele ir dirigida a facilitar el aprendizaje de diferentes patrones (ECs) que puedan modificar el momento de llegada a la eyaculación.

Por otro lado, en ocasiones, una eyaculación se *cataloga* como antes o después de lo deseado y puede provocar ansiedad y/o malestar. Entonces, diferentes eventos, como situaciones (vg. penetración vaginal), formas de estimulación (vg. determinada presión, velocidad, humedad...) o sensaciones físicas (vg. sensaciones previas a eyacular, sensaciones de placer) pueden condicionarse (EC) con dichas repuestas de ansiedad y malestar (RC). Las repuestas (RC) de miedo y malestar son aversivas en sí mismas y pueden ocurrir en cualquier momento de la secuencia de eventos y acciones que llevan a la excitación y al orgasmo de la persona; provocan dos tipos de repuestas opuestas: o bien aumento de la excitación fisiológica que lleva a una eyaculación casi inmediata, o bien reducción de la excitación (y pérdida de erección por ejemplo), lo que en ambos casos ocasiona insatisfacción (IME). Las repuestas de ansiedad dificultan el control y el aprendizaje y, en situaciones eróticas, impiden la satisfacción sexual.

Un ejemplo de estos procesos pueden verse en la figura 2.

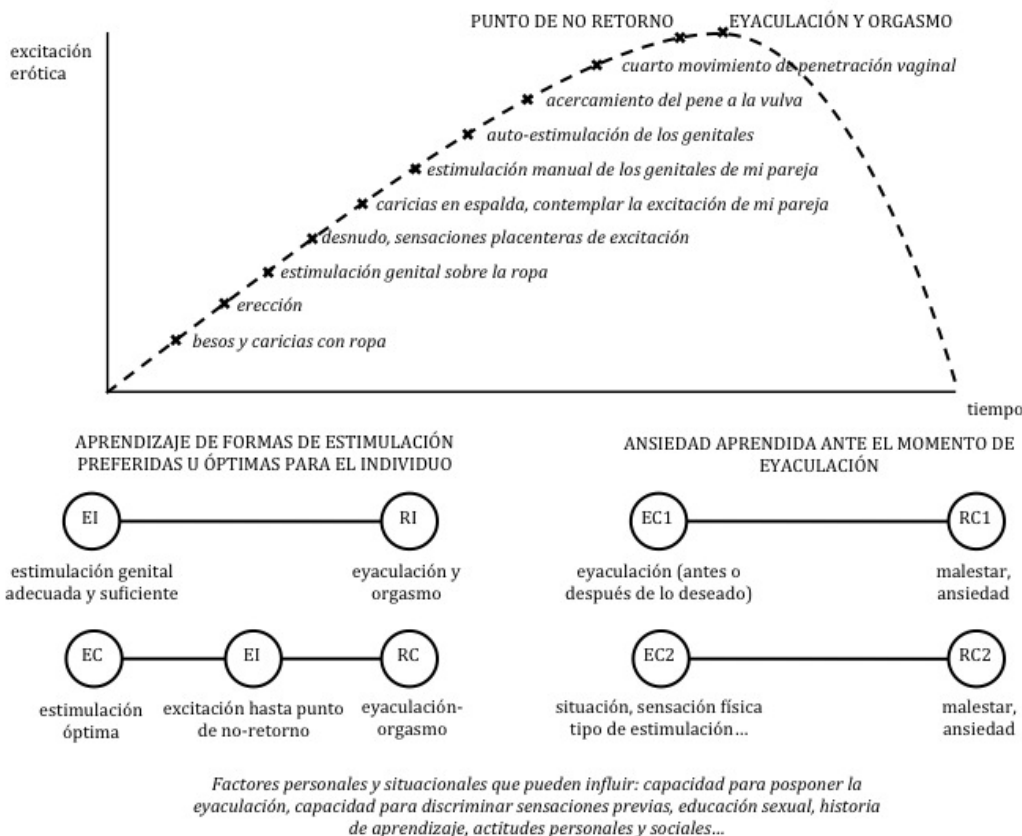


Figura 2. Ejemplos de aprendizaje de la respuesta eyaculatoria.

Mantenimiento. Ante cualquier estímulo que señala la probabilidad de ocurrencia de la eyaculación-orgasmo (ED), los sujetos³ pueden actuar de diferentes maneras (RO) cuyas consecuencias pueden ser positivas o negativas.

Por ejemplo, en un encuentro erótico en una pareja hombre-mujer, el hombre estimula los genitales de su pareja. Esta estimulación genera una mayor excitación en él, en este caso, por factores aprendidos que conducen a una excitación muy alta con gran rapidez. Además, también aparecen pensamientos anticipatorios negativos (como “me va a volver a pasar” o “tengo eyaculación precoz”). La estimulación genital, la excitación y los pensamientos se convierten en un estímulo discriminativo (ED) que anticipa que si se produce la penetración vaginal, se va a producir rápidamente la eyaculación-orgasmo, un hecho que ha adquirido en su biografía consecuencias negativas (desvalorarse, críticas de anteriores parejas, etcétera). En ese caso, ante

³ Aunque la insatisfacción con la respuesta eyaculatoria pueda entenderse o afectar más a los hombres, suele tratarse de una dificultad de la pareja (independientemente de que sea una mujer u otro hombre).

este ED, para evitar estas consecuencias negativas, él deja de estimular a su pareja (RO) para no excitarse más, realiza apresuradamente una penetración (RO) y trata de desviar la atención de sus pensamientos excitantes (RO). Esto alivia de alguna forma su malestar (R-) por anticipar una eyaculación antes de lo deseado.

En los casos en que hay dificultades con el momento de eyaculación, pueden aparecer otras operantes disfuncionales, por ejemplo (ver figura 3):

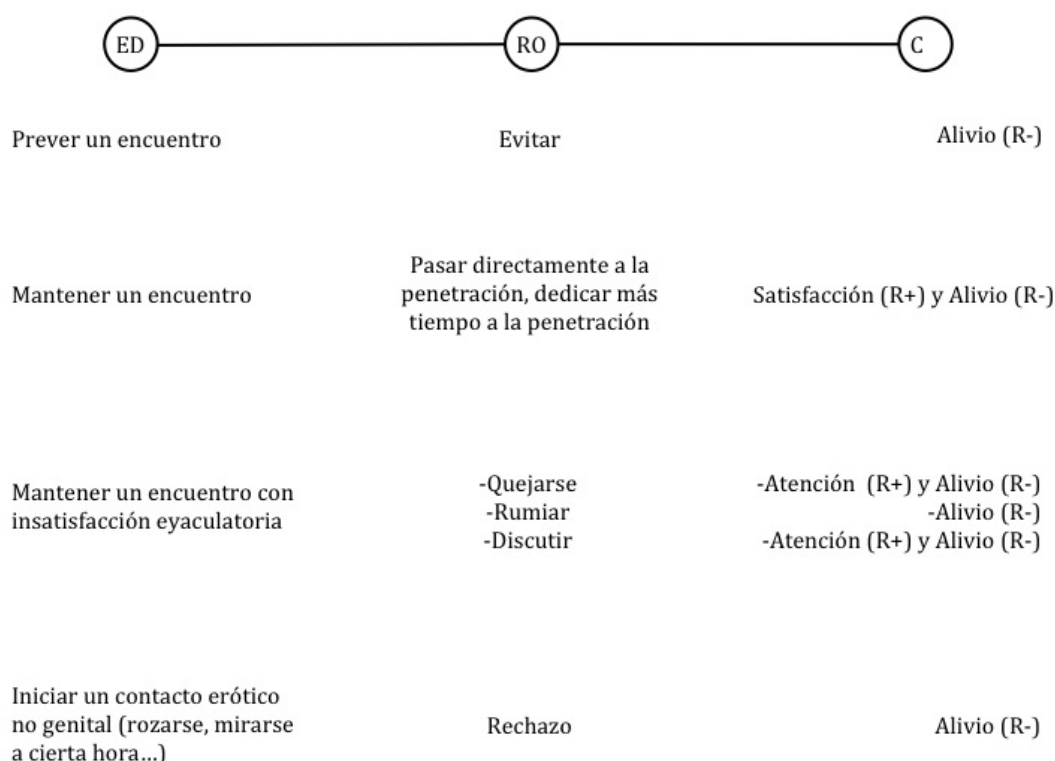


Figura 3. Posibles respuestas operantes ante situaciones prototipo.

Disposicionales. Estos procesos suelen verse mediados y modulados por una serie de condiciones individuales o contextuales que pueden influir en la satisfacción con el momento de eyaculación. Las condiciones individuales pueden ser:

- *aspectos de la interacción*, en este caso, eyacular antes o después de lo deseado: la historia de aprendizaje eyaculatorio de cada hombre en la auto-masturbación y en otras prácticas eróticas, la privación o saciación de respuestas eyaculatorias...

- *aspectos del organismo*: edad y desarrollo madurativo, alteraciones nerviosas en las vías implicadas, consumo de sustancias, enfermedades y malformaciones, etc.
- *aspectos del individuo*:
 - los *repertorios básicos de habilidades*: comportamientos coordinados para potenciar las consecuencias positivas y evitar las negativas que incluyen: *habilidades específicas*, como la capacidad para discriminar las sensaciones entre emisión y expulsión o la capacidad para posponer el momento de eyaculación; *habilidades de resolución de problemas*, como la manera de afrontar insatisfacciones; y *habilidades sociales*, como la expresión de sentimientos, la comunicación con la pareja o la habilidad para ligar.
 - la *tasa de estimulación reforzante*: es la cantidad de estimulación reforzante a la que se puede acceder en función de la disponibilidad del refuerzo y/o de las habilidades para conseguirlos. Por ejemplo, el número de encuentros eróticos a los que puede acceder un hombre que demanda insatisfacción con el momento de eyaculación.

Las condiciones del entorno pueden incluir:

- el *contexto próximo o setting*: la configuración de objetos, personas y hechos dentro de la situación que genera insatisfacción (como por ejemplo, la misma práctica erótica en la habitación de un hombre o en la habitación de su pareja).
- los *valores sociales*: probablemente, una de las variables más importante para este tipo de dificultades (y para prácticamente todas) es el conjunto de normas, valores, creencias y actitudes socioculturales. La educación afectiva y sexual imperante, la calidad de la información sexual disponible, los modelos inadecuados (medicalizados, genitalizados, coitocentristas) de la sexualidad o los modelos de prácticas eróticas que se ofrecen en los medios de comunicación son algunas de las variables que se podrían nombrar con respecto a la insatisfacción con el momento de eyaculación.

Consecuencias a largo plazo. Es común que se abandonen otro tipo de prácticas eróticas y las personas se centren únicamente en la penetración. Puede pasar

también que aparezcan otros fenómenos disfuncionales asociados con la respuesta genital del hombre (disfunción eréctil, incapacidad de experimentar satisfacción con el orgasmo, incapaz de experimentar el orgasmo, generalización de las situaciones en las que se eyacula antes de lo deseado) o de la mujer (insatisfacción con la estimulación, incapacidad para experimentar el orgasmo). También pueden aparecer disfunciones a nivel de pareja (aumento de las discusiones, evitación de las relaciones, evitación de otras interacciones juntos) o a nivel individual en ellos (bajo estado de ánimo, baja autoestima, bajo deseo, cuestionamiento de su identidad como hombre, abuso de sustancias...) y en ellas (bajo deseo erótico, cuestionamiento de su identidad como mujer, cuestionamiento de su atractivo como pareja...).

Por último, todo lo que se acaba de exponer en este punto hace referencia a cadenas generales, a un análisis funcional prototípico. Es necesario realizar el análisis funcional de cada sujeto y considerar la historia de aprendizaje, las cadenas conductuales, las consecuencias y las variables disposicionales de cada caso.

2. EVALUACIÓN

El objetivo prioritario de la evaluación es precisar y esclarecer qué es, supone y representa la dificultad para cada hombre y su pareja, si está presente (Seco, 2009).

A continuación se presentan las áreas específicas a considerar en la evaluación de la insatisfacción con el momento de eyaculación:

- *Intensidad y duración*: tiempo subjetivo aproximado que tarda en eyacular, número aproximado de empujes antes de eyacular, tiempo subjetivo aproximado en la masturbación individual, sensación de inevitabilidad eyaculatoria, vivencia de la dificultad...
- *Situación*: situaciones en que puede suceder, momento preciso en que se produce la eyaculación (vg. solo o en pareja, con una pareja o con todas, en la masturbación individual, en la masturbación ajena, en las prácticas

bucogenitales, en el instante previo a la penetración, a los pocos segundos...).

- *Evolución*: primaria o secundaria, aparición brusca o paulatina, cuándo mejora y cuándo empeora.
- *Estrategias de autocontrol*: si es capaz o no de ralentizar el momento de expulsión y mediante qué estrategias (vg. pensamientos alternativos, parada, masturbaciones previas, ausencia de estrategias, uso repetitivo de una fantasía...).
- *Percepción de control*: en qué grado se siente capaz de controlar la respuesta eyaculatoria.
- *Pareja*: si hay pareja o no, si es una mujer o un hombre, si quiere colaborar o no, qué tipo de relación erótica mantienen, qué expectativas tiene cada uno respecto a la pareja, qué hace la pareja ante un episodio de IME y cómo lo viven ambos, cómo comunican sus deseos, gustos y necesidades, etcétera.
- Además, es imprescindible evaluar si la persona presenta en la actualidad algún otro problema psicológico o si lo ha presentado en el pasado.

Para una evaluación completa de la insatisfacción con el momento de eyaculación se utilizan instrumentos como los que siguen:

- *Entrevista, historia clínica e historia sexual*: con el objetivo específico de detectar el cómo, cuándo, con quién, de qué forma y manera, y con qué pensamientos de ejecución surge, se desarrolla y se mantiene la insatisfacción.
- *Historia física y examen médico* para descartar etiología orgánica en aquellos hombres a los que les ocurre desde siempre y en todas las prácticas eróticas.
- *Entrevista a la pareja* del consultante, si la hay, para conocer su visión de la dificultad.

- *Autoinforme*: actualmente no se ha encontrado ninguna herramienta de autoinforme específica para evaluar la insatisfacción con el momento de eyaculación (ni siquiera para la “eyaculación precoz” o la “eyaculación retardada”) más allá de los criterios clasificatorios del DSM-IV-TR. Investigaciones en esta área resultarían de gran utilidad.

- *Autorregistros* de los encuentros sexuales: para obtener información sobre ciertos aspectos como el tiempo transcurrido desde inicio de la estimulación erótica a la eyaculación, tiempo desde la penetración a la eyaculación... Sin embargo, este tipo de estrategias de evaluación suelen plantear dificultades propias del registro (qué registrar, cuándo registrarlo), en la persona (rechazo a anotar aspectos de su sexualidad) o en la propia dificultad (auto-observación como factor ansiógeno, por ejemplo).

Cada psicólogo debe decidir qué instrumentos necesita para obtener la información necesaria, puesto que no es necesario utilizar todos en cada caso que se presente.

3. TRATAMIENTO

3.1 OBJETIVOS

En base al análisis funcional, se suele plantear el mismo objetivo en todas las intervenciones, esto es, aumentar la satisfacción con el momento de eyaculación; del que se desprenden una serie de objetivos específicos:

1. Desmontar mitos, creencias distorsionadas y actitudes de rechazo, con el objetivo de proporcionar una actitud menos patológica y más positiva de la sexualidad.
2. Ganar control sobre la respuesta eyaculatoria y mayor conocimiento de las propias sensaciones.
3. Romper la asociación entre la eyaculación antes o después de lo deseado y la respuesta de ansiedad/malestar y aprender nuevas cadenas conductuales satisfactorias.

3.2 TÉCNICAS

Para ello se emplean las siguientes técnicas:

Objetivo	Técnica	Justificación
(1) Desmontar mitos, creencias y actitudes de rechazo y promover actitudes positivas.	Educación sexual.	Sobre aspectos fisiológicos de la respuesta genital, de la respuesta de ansiedad, etc. (Masters & Johnson, 1970; Kaplan, 1974; Carrobbles & Sanz, 1991; Cabello, 2010).
		Sobre aspectos de comunicación y manejo de situaciones en las que aparece alguna dificultad con la eyaculación (Sáez, 2005)
	Reestructuración	Para desmontar creencias y actitudes disfuncionales y generar otras alternativas

	cognitiva.	(Méndez, Olivares & Moreno, 1998; Seco, 2009)
(2) Ganar control sobre la respuesta eyaculatoria	Entrenamiento muscular de Kegel.	Ejercicios para conocer las sensaciones pre-eyaculatorias y ganar control sobre la eyaculación (LaPera & Nicastro, 1996; Cabello, 2010).
	Entrenamiento en las técnicas de apretón o de parada y arranque.	Durante la auto-masturbación, para potenciar el control eyaculatorio ante la inminente eyaculación (Masters & Johnson, 1970; Kaplan, 1974; Carrobles & Sanz, 2003).
(3) Romper asociaciones entre momento de eyaculación y malestar	Focalización sensorial.	Con el objetivo de asociar la estimulación erótica con sensaciones de relajación y placer mediante aproximaciones sucesivas a la situación más disfuncional (vg. penetración) (Masters & Johnson, 1970; Seco, 2009; Cabello, 2010).
	Entrenamiento en las técnicas de apretón o de parada y arranque.	Durante un encuentro en pareja, para potenciar el control ante la eminente eyaculación (Masters & Johnson, 1970; Kaplan, 1974; Carrobles & Sanz, 2003).
	Desensibilización intravaginal.	Continuando con las aproximaciones sucesivas y la asociación a relajación y placer, entrenamiento en una serie de posturas y prácticas para la penetración (Seco, 2009; Cabello, 2010).
	Entrenamiento en técnicas alternativas de estimulación.	Tratando de desarrollar nuevas conductas de estimulación modificando tipo de estimulación, frecuencia, intensidad, etc. (Emme, 1991).

Puede suceder que se haya tardado en buscar ayuda profesional para afrontar la insatisfacción con el momento de la eyaculación, por lo que es habitual que existan

otras conductas problemáticas en los y las consultantes. En base al análisis funcional y teniendo en cuenta la amplia variabilidad interpersonal de estas dificultades, algunas de las técnicas adicionales que pueden ser utilizadas son:

Objetivo	Técnica	Justificación
Orientar el comportamiento a través del pensamiento.	Parada de pensamiento, entrenamiento en auto-instrucciones con distracción.	En el caso de que exista una frecuencia alta y significativa de pensamientos invasivos; o en el caso de que no existan las auto-instrucciones adecuadas (Izquierdo, 1988; Santacreu, 1991).
Reducir la activación fisiológica	Entrenamiento en relajación muscular o respiración controlada.	Si existe una activación fisiológica que impide la relajación y el disfrute (Cautela & Groden, 2002; García-Grau, Fusté & Bados, 2008)
Descondicionar momentos de eyaculación y ansiedad.	Exposición a estímulos eróticos. Auto-focalización sensorial.	Para aquellos casos en que exista una ansiedad desproporcionada ante algunos estímulos eróticos básicos en un encuentro (desnudo, genitales...) o rechazo al propio cuerpo (Echeburúa & del Corral, 1993; Heiman & LoPiccolo, 2000).
Mejorar el placer y el disfrute en las prácticas eróticas. Aportar nuevos estímulos eróticos	Técnicas de crecimiento erótico	Con el objetivo de aumentar la excitación y el deseo, potenciar el crecimiento erótico, o bien, generar nuevos estímulos eróticos para el consultante y/o la pareja (de Béjar, 2001; Beyebach & Herrero, 2010; Emme, 1991; Friday, 1973; Friday, 1980)
Mejorar la comunicación en pareja	Entrenamiento en HHSS.	Para enseñar a discutir en pareja y a comunicar lo que se desea (Lieberman et al, 2006; Roca, 2007;).

Se presenta a continuación el listado de técnicas de intervención elegidas con una breve explicación de cada una de ellas.

- *Educación sexual*: consiste en dar información al consultante sobre aspectos importantes de la sexualidad (mitos y creencias erróneas, roles, erótica,

modelos, etc.) basados en evidencias empíricas y a través de actitudes de comprensión. También sobre algunos aspectos importantes como ansiedad/activación (fisiología, causas, consecuencias, etc.) igualmente basados en la evidencia científica. Por último, incluiría asimismo pautas de manejo de contingencias sobre qué hacer ante episodios (a solas o en pareja) en los que aparezca insatisfacción con el momento de eyaculación.

- *Reestructuración cognitiva*: pretende cambiar verbalizaciones irracionales en el consultante (o los consultantes) con el objetivo de sustituirlas por verbalizaciones alternativas más funcionales para su adaptación. La reestructuración cognitiva suele incluir estrategias como el debate cognitivo o los experimentos conductuales para potenciar su efectividad.
- *Entrenamiento muscular de Kegel*: en estos casos, se pretende aumentar la capacidad de discriminar sensaciones entre emisión y expulsión en la respuesta eyaculatoria mediante el entrenamiento voluntario de los músculos encargados de esta tarea.
- *Entrenamiento en la técnica del apretón y/o de la técnica de parada-arranque*: se trata de interrumpir la estimulación genital cuando comienzan a notarse las sensaciones previas a la emisión. Entonces, se entrena al consultante y/o a su pareja en apretar levemente la base del glande (o la base del pene) cuando se notan estas sensaciones, o bien, en parar la estimulación de los genitales. Cuando hayan desaparecido estas sensaciones, se continúa con la estimulación y se repite varias veces esta secuencia.
- *Focalización sensorial*: consiste en exponer de forma progresiva al consultante y/o a la pareja a sensaciones placenteras mediante un masaje por todo el cuerpo, con el objetivo de ampliar las sensaciones percibidas en una relación erótica y disminuir la ansiedad asociada a la estimulación genital. La prescripción de la tarea comienza con la prohibición del coito (o incluso, de cualquier contacto genital) y se continúa con la focalización sensorial I, que consiste en una serie de caricias por todo el cuerpo, a excepción de los genitales, del consultante o de ambos miembros de la pareja por turnos. Una

vez dominada, se pasa a la focalización sensorial II que consiste en incluir los genitales en el proceso.

- *Desensibilización intravaginal*: consiste en introducir de forma gradual el pene en la vagina una vez dominadas la focalización sensorial I y II. Para ello, se entrena a la pareja en la práctica del coito vaginal mediante diversas posturas en las que el consultante va ganando control progresivamente sobre su estimulación.
- *Entrenamiento en técnicas alternativas de estimulación*: analizar cuáles son las técnicas de estimulación (propias y ajenas) existentes y tratar de modificar el tipo, la intensidad o la frecuencia para lograr una modificación del momento de eyaculación. Suele entrenarse especialmente la masturbación hasta notar sensaciones de emisión justo antes de la penetración si éste es el objetivo acordado.
- *Parada de pensamiento y entrenamiento en auto-instrucciones*: la parada de pensamiento se utiliza para detener pensamientos negativos e invasivos mediante su asociación con una señal distractora; después de detener el pensamiento, sería necesario emplear auto-instrucciones o distracción. El entrenamiento en auto-instrucciones consiste en afrontar las situaciones temidas con auto-verbalizaciones positivas o motivadoras que dirigen la conducta.
- *Entrenamiento en relajación muscular progresiva o respiración controlada*: técnicas que ayudan a disminuir la activación fisiológica que caracteriza a la ansiedad; puede realizarse mediante técnicas de tensión-distensión muscular o mediante el control de la activación vagal por respiración diafragmática.
- *Técnicas de exposición*: aproximaciones sucesivas a aquellos estímulos temidos y frecuentemente evitados. Existirían varias opciones como la exposición en vivo, la desensibilización sistemática, etc. que se utilizarán a juicio del terapeuta. Una tarea de exposición adicional consiste en la llamada auto-focalización sensorial, siguiendo la misma lógica que la focalización pero dirigida únicamente al propio cuerpo y las propias sensaciones.

- *Técnicas de crecimiento erótico*: consiste en fomentar en el consultante y/o su pareja la exploración y experimentación de nuevas vías de estimulación erótica que partan de su decisión y deseo por cambiar. Algunas de estas nuevas vías pueden ser la elaboración de una o varias fantasías eróticas para su posterior uso, la utilización de juguetes eróticos, la realización de masajes, la puesta en marcha de juegos de erotización...
- *Entrenamiento en habilidades sociales (HHSS)*: consiste en entrenar al consultante y/o a su pareja, mediante el modelado, moldeado y el ensayo conductual en una serie de habilidades para mejorar aspectos de su relación como: comunicación, negociación, solución de conflictos, toma de decisiones, intercambio de refuerzos, etcétera.

3.3 ÁRBOL DE DECISIÓN

Las técnicas de intervención se aplicarán en función de los objetivos para cada caso, que se derivarán directamente del análisis funcional. Resultará imprescindible considerar la presencia de pareja (en caso de que la hubiese y en caso de que quisiese colaborar) ya que el abordaje es distinto. Las técnicas que se utilizarían en estos supuestos serían las siguientes:

Si hay IME rápida sin pareja

○ **Para desmontar mitos, creencias y actitudes de rechazo y generar actitudes positivas:**

- Educación sexual.
- Reestructuración cognitiva.

-Parada de pensamiento, entrenamiento en auto-instrucciones con distracción.

En caso de gran frecuencia de pensamientos invasivos

○ **Para ganar control sobre la respuesta eyaculatoria:**

- Entrenamiento muscular de Kegel.
- Entrenamiento en técnica de apretón y/o parada-arranque.

-Entrenamiento en relajación muscular o respiración controlada.

-Auto-focalización sensorial.

-Exposición a estímulos eróticos.

En caso de activación fisiológica significativa.

En caso de actitudes erotofóbicas que dificulten significativamente la evolución del consultante.

○ **Para romper asociaciones entre momento de eyaculación y malestar:**

- Focalización sensorial I y II.
- Entrenamiento en técnica de apretón y/o parada-arranque.

-Técnicas de crecimiento erótico.

-Entrenamiento en HHSS

En caso de baja excitación/deseo

En caso de dificultades para relacionarse con posibles parejas

Si hay IME rápida con pareja

○ **Para desmontar mitos, creencias y actitudes de rechazo y generar actitudes positivas:**

- Educación sexual.
- Reestructuración cognitiva.

-Parada de pensamiento, entrenamiento en auto-instrucciones con distracción.

En caso de gran frecuencia de pensamientos invasivos

○ **Para ganar control sobre la respuesta eyaculatoria:**

- Entrenamiento muscular de Kegel.
- Entrenamiento en técnica de apretón y/o parada-arranque.

-Entrenamiento en relajación muscular o respiración controlada.

-Auto-focalización sensorial.

-Exposición a estímulos eróticos.

En caso de activación fisiológica significativa.

En caso de actitudes erotofóbicas que dificulten significativamente la evolución del consultante.

○ **Para romper asociaciones entre momento de eyaculación y malestar:**

- Focalización sensorial I y II.
- Entrenamiento en técnica de apretón y/o parada-arranque.
- Desensibilización intravaginal

-Técnicas de crecimiento erótico.

-Entrenamiento en HHSS

En caso de baja excitación/deseo

En caso de dificultades para relacionarse con posibles parejas

Si hay IME tardía sin pareja

○ **Para desmontar mitos, creencias y actitudes de rechazo y generar actitudes positivas:**

- Educación sexual.
- Reestructuración cognitiva.

-Parada de pensamiento, entrenamiento en auto-instrucciones con distracción.

En caso de gran frecuencia de pensamientos invasivos

○ **Para ganar control sobre la respuesta eyaculatoria:**

- Entrenamiento muscular de Kegel.
- Entrenamiento en técnicas alternativas de estimulación.

-Entrenamiento en relajación muscular o respiración controlada.

-Auto-focalización sensorial.

-Exposición a estímulos eróticos.

En caso de activación fisiológica significativa.

En caso de actitudes erotofóbicas que dificulten significativamente la evolución del consultante.

○ **Para romper asociaciones entre momento de eyaculación y malestar:**

- Focalización sensorial I y II.
- Entrenamiento en técnicas alternativas de estimulación.

-Técnicas de crecimiento erótico.

-Entrenamiento en HHSS

En caso de baja excitación/deseo

En caso de dificultades para relacionarse con posibles parejas

Si hay IME tardía con pareja

○ **Para desmontar mitos, creencias y actitudes de rechazo y generar actitudes positivas:**

- Educación sexual.
- Reestructuración cognitiva.

-Parada de pensamiento, entrenamiento en auto-instrucciones con distracción.

En caso de gran frecuencia de pensamientos invasivos

○ **Para ganar control sobre la respuesta eyaculatoria:**

- Entrenamiento muscular de Kegel.
- Entrenamiento en técnicas alternativas de estimulación.

-Entrenamiento en relajación muscular o respiración controlada.

-Auto-focalización sensorial.

-Exposición a estímulos eróticos.

En caso de activación fisiológica significativa.

En caso de actitudes erotofóbicas que dificulten significativamente la evolución del consultante.

○ **Para romper asociaciones entre momento de eyaculación y malestar:**

- Focalización sensorial I y II.
- Entrenamiento en técnicas alternativas de estimulación.

-Técnicas de crecimiento erótico.

-Entrenamiento en HHSS

En caso de baja excitación/deseo

En caso de dificultades para relacionarse con posibles parejas

BIBLIOGRAFIA COMENTADA

Eyacuación precoz: manual de diagnóstico y tratamiento. Koldo Seco (2009). Caracas: Fundamentos.

Ofrece un enfoque despatologizador sobre el tema de la eyacuación y es, probablemente, la mejor obra para consultar como profesional cuando existen dudas acerca del afrontamiento de este tipo de demandas.

Análisis funcional de la conducta: un modelo explicativo (análisis de casos y supuestos aplicados). Mariana Segura, Pilar Sánchez y Pilar Barbado (1991). Granada: Universidad de Granada.

Además de ser un excelente manual sobre el análisis funcional, uno de sus casos prácticos (pp. 209-223) resume un caso de intervención en insatisfacción con el momento de eyacuación

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-IV-TR.* Washington: APA.

de Béjar, S. (2001). *Tu sexo es tuyo.* Barcelona: Plaza & Janés.

Beyebach, M. & Herrero, M. (2010). *200 tareas en terapia breve.* Barcelona: Herder.

Cabello, F. (2007). *Introducción a la sexología clínica.* Madrid: Editorial Elsevier.

Cabello, F. (2010). *Manual de sexología y terapia sexual.* Madrid: Editorial Síntesis.

Carrobles, J. A. & Sanz, M. A. (1991). *Terapia sexual.* Madrid: Fundación Universidad-Empresa.

Carrobles, J. A. & Sanz, M. A. (2003). *Disfunción sexual en el varón.* Madrid: Momento Médico.

- Cautela, J. R. & Groden, J. (2002/1978). *Técnicas de relajación. Para adultos, niños y educación especial*. Barcelona: Martínez-Roca.
- Echeburúa, E. & del Corral, P. (1993). Técnicas de exposición en Psicología Clínica. En M. A. Vallejo y M. A. Ruiz (Eds.), *Manual práctico de modificación de conducta*. Madrid: Universidad Empresa.
- Emme, M. (1991). *Manual de técnicas de masturbación masculina*. Madrid: Ediciones B.
- Friday, N. (1993/1973). *Mi jardín secreto*. Madrid: Ediciones B.
- Friday, N. (1981). *Sexo: varón*. Barcelona: Argos Vergara.
- García-Grau, E.; Fusté A. & Bados, A. (2008). *Manual de entrenamiento en respiración*. Manual publicado por la Facultat de Psicologia de la Universitat de Barcelona. Descargado el 2 de diciembre de 2013 de <http://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/3941/1/MANUAL%20DE%20ENTRENAMIENTO%20EN%20RESPIRACI%C3%93N.pdf>
- Heiman, J. R. & LoPiccolo, J. (2000). *Alcanzar el orgasmo*. Barcelona: Océano Grupo Editorial.
- Izquierdo, A. (1988). *Empleo de métodos y técnicas en terapia de conducta*. Valencia: Promolibro.
- LaPera, G. & Nicastro, A. (1996). A new treatment for premature ejaculation: the rehabilitation of the pelvic floor. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 22 (1): 22-26.
- Laumann, E. O.; Paik, A. & Rosen, R. C. (1999). Sexual dysfunction in the United States: Prevalence and predictors. *Journal of the American Medical Association (JAMA)*; 281: 537-544.
- Laumann, E. O.; Nicolosi, A.; Glasser, D. B.; Paik, A.; Gingell, C.; Moreira, E. & Wang, T. for the GSSAB Investigators' Group. (2005). Sexual problems

among women and men aged 40-80 years: prevalence and correlates identified in the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal of Impotence Research*, 17, pp. 39-57.

Liberman, R. P.; Wheeler, E. G.; de Visser, L. A. J. M.; Kuehnel, J. & Kuehnel, T. (2006). *Manual de terapia de pareja*. 9ª ed. Bilbao: Desclée de Brouwer.

Masters, W. & Johnson, V. (1970). *Incompatibilidad Sexual Humana*. Argentina: Editorial Intermédica.

Méndez, F. X., Olivares, J. & Moreno, P. (1998). Técnicas de reestructuración cognitiva. En F. X. Méndez y J. Olivares, *Técnicas de modificación de conducta*. Madrid: Biblioteca Nueva.

Moreira, E.; Brock, G.; Glasser, D. B.; Nicolosi, A.; Laumann, E. O.; Paik, A.; Wang, T. & Gingell, C. for the GSSAB Investigators' Group. (2005). Help-seeking behavior for sexual problems: the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *International Journal of Clinical Practice*, 59 (1), pp. 6-16.

Roca, E. (2007). *Cómo mejorar las habilidades sociales*. Programa de asertividad, autoestima e inteligencia emocional. Valencia: ACDE.

Sáez, S. (2005). *Cuando la terapia sexual fracasa. Aportaciones sexológicas para el éxito*. Madrid: Editorial Fundamentos.

Santacreu, J. (1991). El entrenamiento en autoinstrucciones. En V. Caballo (Comp.), *Manuel de técnicas de terapia y modificación de conducta*. Madrid: Siglo XXI.

Seco, K. (2009). *Eyacuación precoz: manual de diagnóstico y tratamiento*. Caracas: Fundamentos.

Segraves, R. T. (2010a). Considerations for an Evidence-Based Definition of Premature Ejaculation in the DSM-V. *Journal of Sexual Medicine*, 7: 672-689.

Segraves, R. T. (2010b). Considerations for a Better Definition of Male Orgasmic Disorder in DSM-V. *Journal of Sexual Medicine*, 7: 690-699.

Kaplan, H. (1978/2007). *La nueva terapia sexual*. Madrid: Alianza Editorial.

Spiess, W. F. J.; Geer, J. H. & O'Donahue, W. T. (1984). Premature Ejaculation: Investigation of Factors in Ejaculatory Latency. *Journal of Abnormal Psychology*, 93 (2): 242-245.