

## Principales problemas sexuales masculinos

Los problemas sexuales masculinos no han cambiado demasiado con el paso del tiempo, con la clara excepción de la falta de deseo que parecía una dificultad tematizada principalmente por las mujeres. No es que ha desaparecido como motivo de consulta, pero hoy se ha acrecentado de manera particular este problema en los varones. Este punto está desarrollado en extenso en el artículo “Varones que no desean”.

Los trastornos del control eyaculatorio (Precoz y retardada) siguen siendo el principal motivo de consulta de los varones.

Eyaculación Precoz. Bases y principios del tratamiento.

En términos generales se puede afirmar que el eyaculador precoz es una persona que se excita sin ninguna dificultad, pero esto, lejos de procurarle un creciente y sostenido placer, culmina en una descarga abrupta y rápida equivalente a un cortocircuito. Al margen de que esto suceda antes o después de la penetración, el verdadero problema reside en que no puede demorar la respuesta, es decir, la eyaculación.

Pocos trastornos sexuales son tan comunes como la eyaculación precoz: un tercio de los varones sexualmente activos la padece.

Las personas se preguntan cuándo se puede hablar de precocidad. ¿Es esto un problema de minutos? ¿O acaso depende del número de movimientos? Otros lo ha asociado a la respuesta de su compañera sexual y consideran precoz si eyaculan antes de que ella llegue a su orgasmo.

En las investigaciones actuales (S. Althof, 2005) sobre 1587 hombres con EP se determinó que su duración promedio luego de la penetración es de 1.7 minutos, comparados con 7.3 minutos de los hombres que no tienen problemas de control. Sobre este punto siempre surge una pregunta difícil de responder: ¿Los varones que tienen la capacidad de realizar un coito prolongado, controlan? o simplemente duran más, porque esa es su condición fisiológica. Estamos aquí ante un tema de sensibilidad diferencial, de niveles de respuesta individual ante un estímulo que para algunos es muy intenso, mientras que otros sienten como leve. De allí que en el reverso de la EP están las dificultades para alcanzar el clímax, que lleva a algunos varones a verdaderos esfuerzos físicos (rapidez, fricción acelerada) o imaginativos (evocar imágenes eróticas) para conseguir su eyaculación. De acuerdo a estas consideraciones sería un grave error considerar que todos los pacientes que consultan por EP son idénticos y que todos requieren un tratamiento uniforme.

Se han realizado diferentes investigaciones sobre la clínica y la fisiología de la eyaculación, pero hasta el presente solo hay hipótesis que explican el problema sobre antecedentes genéticos o sobre la base de un déficit en la regulación de los receptores de un tipo determinado de neurotransmisor llamado serotonina. Es por ello que se han usado medicamentos antidepresivos que como efecto secundario producen retardo eyaculatorio. Los laboratorios de especialidades médicas investigan para tratar de hallar un producto que actúe demorando el orgasmo masculino, sin producir efectos colaterales indeseados, como sequedad de boca, enlentecimiento psíquico, falta de deseo, etc. Hasta el momento no existe ningún medicamento específico destinado a modificar el descontrol eyaculatorio, por lo que el uso de antidepresivos solo se entiende como un paliativo transitorio, ya que al dejarlos lo más frecuente es que retorne el síntoma. Por otra parte son pocos los pacientes dispuestos a incorporar a su vida un medicamento en forma persistente que, lejos de ser inocuo, influye en forma definida en su estado físico y psíquico. Esto sería una elección adecuada si el consultante padeciera una depresión o un trastorno por ansiedad generalizada, pero en la mayor parte de los casos estas patologías no están presentes.

Lo cierto es que, tratándose de una función voluntaria, lo relevante es el grado de conciencia que se tiene del momento en que se desea llegar al fin de la relación sexual, y no que ese fin llegue como un cortocircuito indeseado. Desde el punto de vista psicológico se ha destacado el papel que juega la ansiedad y las sucesivas experiencias de frustración (propias y la compañera sexual). La ansiedad es un factor relevante dentro del proceso y ella genera una doble incapacidad: la de percibir las sensaciones anticipatorias del orgasmo y la de permanecer en una situación de gran excitación sin que se dispare automáticamente el reflejo orgásmico.

El problema suele estar presente en todas las relaciones del sujeto y con todas sus parejas a lo largo de extensos períodos, aunque se produzcan algunas excepciones que la persona no logra explicar, y menos repetir.

De acuerdo con mi experiencia clínica, he clasificado a estas personas en tres grupos diferentes. El primero es el integrado por los que llamo "egosintónicos", quienes se ven a sí mismos como sujetos normales y no exhiben ningún conflicto con su estilo sexual. Para ellos, la mujer equivale a un objeto sexual más o menos pasivo con el cual se satisfacen rápidamente, dando por terminada la relación con la eyaculación.

Correlativamente con esta actitud egoísta existe un tipo de mujer que acepta jugar este papel dependiente y completa la escena sin fisuras ni críticas, o si las tiene, las silencia. Suele fingir un orgasmo o simplemente acepta ser un mero receptáculo que participa de la relación genital sin mayor placer, probablemente porque ella también tiene dificultades sexuales no asumidas o negadas. En este

contexto, el juego sexual resulta empobrecido y opera entre ambos un pacto de silencio que apunta a encubrir la existencia de un problema, el cual afecta ciertamente a la calidad de la pareja.

Existe un segundo grupo de varones que detecta su incapacidad de control consciente y la explica con cierta resignación como algo insatisfactorio pero inevitable, y que desarrollan actividades sexuales complementarias que tienden a compensar la falta de control, tales como una mayor estimulación manual u oral a la compañera, o los coitos repetidos. De esto resulta una actividad sexual menos limitada que la anterior, pero también condicionada en sus posibilidades, porque lleva a repetir una mecánica que deja de ser un juego para transformarse en obligación.

El tercer grupo está integrado por los "egodistónicos", porque detectan adecuadamente el síntoma y lo asimilan como un problema que afecta la armonía y el placer compartido.

El perfil clásico del paciente que consulta, desde el punto de vista de su evolución, es el de un hombre de entre 25 y 40 años, quien ha vivido varias relaciones sin mayor grado de compromiso y para el que la extrema rapidez con que alcanzaba el clímax no representaba un factor importante de perturbación. Posteriormente, y coincidiendo con la presencia de una compañera activa y sexualmente insatisfecha, aflora poco a poco una actitud de autocrítica, a partir de la cual se incrementan la ansiedad y la anticipación del fracaso.

El papel de la mujer en esta definición es clave. Por lo general, es ella quien, a través de sus conductas, señala la insatisfacción y lleva al varón a hacerse cargo de su descontrol.

Terapéuticamente se afirma que las soluciones inadecuadas acrecientan el problema, tal es el caso de aquellos que intentan reducir el síntoma pensando en otra cosa que los distraiga mientras tienen relaciones, o moverse lo menos posible, solicitando a su pareja que haga lo mismo. Del mismo modo son ineficaces los productos desensibilizantes.

Todas estas técnicas podrían ser de utilidad si nuestro personaje estuviese solo o con una muñeca inflable. Pero, como está con otra persona que tiene sus propias demandas, sus propios deseos y sus limitaciones, es casi inevitable que se hallen ambos encaminados hacia "un rumbo de colisión", tal cual habrá de ocurrir cuando la insatisfacción estalle.

Si, en cambio, ambos comprenden la situación que los afecta, pueden buscar una solución adecuada, desde que las actuales terapias sexuales han construido un programa de entrenamiento para buscar un adecuado control consciente del momento en que se desee eyacular.

El criterio de mejora o éxito depende de distintos factores, básicamente del compromiso del paciente con el programa y de su aptitud para reconocer los indicadores que su cuerpo le produce. Se afirma que el porcentaje de éxitos en

este caso es alto -70 a 80%- y el número de sesiones reducido -6 a 8-, sin embargo y aún cuando estas cifras sean más o menos correctas resulta imprescindible definir cual es el criterio de éxito para el terapeuta y para el paciente.

Mi idea es que el verdadero éxito del tratamiento no consista en sumar un par de minutos a la relación sexual, sino en cambiar una relación basada en la ansiedad y el apresuramiento, para conducirla a otra, centrada en la propia capacidad de dar y recibir placer.

He escuchado numerosas veces en boca de pacientes la frase “Yo no me controlo porque soy muy caliente” o “muy sexual”, que es un poco lo mismo. Lo que estas personas confunden es excitación con aceleración, calentura con ansiedad. Todos podemos controlar concientemente nuestra eyaculación, pero para ello primero se requiere controlar la tensión interna que lleva inevitablemente a eyacular prematuramente.

El esquema terapéutico que desarrollo apunta a permitir a la persona adquirir habilidades específicas, a través del entrenamiento muscular de los músculos del piso pélvico, así como de una adecuada capacitación en el uso de la respiración más una afinada percepción del momento en que se acerca la eyaculación y por sobre todo de una articulación armónica con la pareja, que convierta aquel pobre monólogo en un diálogo fructifico.

Sabemos que 1 de cada 3 varones tienen dificultades en su control eyaculatorio y que son mucho más numerosos los no logran permanecer más que un par de minutos en penetración sin eyacular, pero en este artículo voy a referirme al reverso de la moneda, es decir al retardo eyaculatorio.

Su menor frecuencia (en términos de consulta) tiene que ver con distintos factores, pero es importante recalcar que solo se hace presente como conflicto en las relaciones de pareja más prolongadas, en aquellas otras más circunstanciales la dificultad para eyacular puede transformarse paradójicamente en un atributo positivo, porque la extensa duración del acto sexual suele permitir a la mujer experimentar orgasmos repetidos. Pero cuando el conocimiento de ambos es mayor lo positivo se transforma en carencia; ellas perciben que algo falta, que la situación erótica es incompleta, porque a pesar de los claros esfuerzos voluntarios que hace su compañero eyacula muy tardíamente u ocasionalmente o simplemente no lo logra. La situación se potencia negativamente cuando la pareja busca un embarazo. Podemos llamar a estos varones “anorgásmicos”. Y para entenderlos mejor hay que dividirlos en grupos.

- 1- los que tienen una imposibilidad absoluta para eyacular
- 2- los que llegan sólo ocasionalmente con su pareja
- 3- los que sólo eyaculan por masturbación propia o de la compañera sexual.

4- los que sólo eyaculan sin la presencia de otro.

Parece claro que podríamos trazar un paralelo entre estos grupos y el de las mujeres con dificultades orgásmicas, el tema es si expresan el mismo grado de conflicto y en qué áreas.

La condición que se presenta más comúnmente es la imposibilidad de eyacular por coito en el interior de la vagina.

La presión por tener éxito (medido en términos de la satisfacción de su pareja) unido al temor a la falla se instalan en la conciencia del sujeto impidiéndole fluir, obstaculizando su “dejarse ir”, imprescindible para gozar de la experiencia sexual. Cae en una trampa sutil, pero evidente cuando se desespera por lograr los signos de la proximidad del orgasmo, se agita, acelera, se agota y lo que es peor agota a su pareja. Estos varones son capaces de continuar por largo tiempo con la erección suficiente para moverse en el interior de la vagina; este hecho es remarcable porque mantienen esa erección aún cuando están distantes en términos de sensibilidad y excitación, porque cuanto más cabeza le ponen menos conexión sienten. En un plano más profundo la emoción que los domina y paraliza es el miedo (a la entrega, a la pérdida de conciencia, a la intimidad profunda, a ser descalificados) lo que trae como resultado una inhibición involuntaria e inconsciente de su orgasmo.