

720540



Universidad Nacional Autónoma de México

ESCUELA NACIONAL DE ESTUDIOS PROFESIONALES IZTACALA



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

EL USO DE LA MASTURBACION EN EL
CONTROL DE LA EYACULACION
PREMATURA

color: Azul Marino

T E S I S

Que para obtener el título de
LICENCIADO EN PSICOLOGIA

P r e s e n t a n

MA. DEL ROCIO SANDOVAL CABRERA

VICTOR MANUEL VANDEN-BOUCH VELAZQUEZ

SAN JUAN IZTACALA

1981



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INTRODUCCION	IZT.	1
	Primera Parte (Teórica)	
1.-	INCIDENCIA E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA	6
	1.1.- Incidencia	6
	1.2.- Importancia	8
2.-	DEFINICIONES DE EYACULACION PREMATURA	10
3.-	FISIOLOGIA DEL ORGASMO MASCULINO	16
	3.1.- Anatomía del Aparato Sexual Masculino.	16
	3.2.- Fisiología de la Respuesta Sexual Masculina.	24
	3.3.- Consideraciones Acerca del Orgasmo Masculino.	30
4.-	ETIOLOGIAS DE LA EYACUYACION PREMATURA	32
	4.1.- Causas Físicas.	32
	4.2.- Causas No Físicas.	34
	4.3.- Consideraciones	38
5.-	TRATAMIENTOS DE LA EYACULACION PREMATURA	40
	5.1.- Tratamientos Farmacológicos.	41
	5.2.- Tratamientos de "Sentido Común".	42
	5.3.- Tratamiento Psicoanalítico.	43
	5.4.- Tratamientos Conductuales.	44
	5.5.- Consideraciones	51
6.-	MASTURBACION	53
	6.1.- Antecedentes	54
	6.2.- El Uso de la Masturbación en la terapia Sexual	61

7.- DISCUSION Y OBJETIVOS	65
7.1.- <i>Discusión.</i>	65
7.2.- <i>Objetivos</i>	68
Segunda Parte (Experimental).	
8.- DISEÑO EXPERIMENTAL: METODO	71
8.1. - <i>Sujetos.</i>	71
8.2.- <i>Aparatos.</i>	72
8.3.- <i>Situación Experimental.</i>	72
8.4.- <i>Variables Independientes.</i>	72
8.5.- <i>Diseño Experimental.</i>	73
8.6.- <i>Procedimiento.</i>	73
8.7.- <i>Gráficas y Resultados.</i>	80
9.- CONCLUSIONES	116
9.1. <i>Aplicaciones.</i>	119
Tercera Parte (Anexos)	
ANEXO A. ESTUDIO PILOTO,	123
ANEXO B. CUESTIONARIO EVALUATIVO,	151
ANEXO C. PROPAGANDA Y FORMAS DE CONTROL.	156
BIBLIOGRAFIA.	163

INTRODUCCION

La respuesta sexual humana ha sido siempre motivo de controversia. A través de generaciones se ha dicho y se ha desdicho acerca de lo que está "bien" o "mal"; también a través de generaciones algunos investigadores han hecho intentos serios de aproximación científica a las muchas interrogantes que hay dentro del campo de la sexualidad humana. Sin embargo, no es sino hasta la segunda mitad de nuestro siglo que se empiezan a hacer verdaderas contribuciones terapéuticas al campo de las disfunciones sexuales. El progreso en esta área se ve acompañado de un cambio de enfoque terapéutico: 1) la conducta deja de verse como un síntoma de trastornos subyacentes; ahora se le ve como el problema mismo y se le usa también como principal agente terapéutico. 2) los estudios se empiezan a realizar con una metodología propia basada en los principios del análisis experimental de la conducta.

Pero a pesar del intenso trabajo de investigación desarrollado en los últimos tiempos en este campo, existen aún muchísimas cuestiones sin respuesta. Es por esto que el presente trabajo

está orientado hacia la respuesta sexual masculina con el fin de encontrar una técnica diferente a las existentes para tratar la disfunción conocida como "Eyaculación Precoz".

La eyaculación ha sido juzgada desde diferentes puntos de vista, aunque el interés al parecer se ha centrado en buscar la "normalidad" de duración de un coito. Todavía hace algunas décadas se decía:

..."en muchas especies de mamíferos, el macho eyacula casi inmediatamente después de introducir el miembro. lo cual acontece también en los primates más afines al hombre. Los que han estudiado la sexualidad en los chimpancés han observado que, en esta especie, bastan diez o veinte segundos para que el macho eyacule. Lejos de ser anormal, el hombre de reacción sexual rápida es absolutamente normal como mamífero y está dentro de lo habitual dentro de su propia especie.

..."Sería difícil encontrar otra situación en la cual el individuo de respuesta rápida e intensa no fuese señalado como superior; en la mayor parte de los casos, el hombre que eyacula con rapidéz probablemente lo es, aunque esto resulte inconveniente y lamentable desde el punto de vista de la esposa". (Kinsey, Pomeroy y Martín, 1948. p.513).

Actualmente, sin embargo, se ha encontrado que la respuesta sexual humana, como toda respuesta, es educable y que el hombre puede reentrenar su respuesta sexual y lograr un mayor control eyaculatorio, incrementado, además, su grado de placer (Kaplan, 1974). El hombre obtiene, de este modo, la capacidad de adaptarse sexualmente a su mujer o a diferentes compañeras.

Consideramos aventurado hablar de "normalidad" en cuanto a respuesta sexual se refiere, sin embargo nos referimos a la eyaculación prematura como disfunción sexual según las diferentes de

definiciones existentes y considerando que la "disfuncionalidad" se da según las diferentes consecuencias que una misma respuesta obtiene en diferentes medios sociales (como se explicará más adelante).

En los últimos 25 años se ha venido incrementando la investigación científica en torno a la sexualidad. Se han hecho avances importantes tanto en el campo de la fisiología como en el de la terapéutica para resolver disfunciones sexuales. La terapia sexual se ha desarrollado de forma impresionante y se conocen técnicas altamente eficaces para tratar casos de frigidez, dispareunia, eyaculación prematura, impotencia, etc. En el caso de la eyaculación prematura, existen algunas técnicas para su tratamiento, sin embargo, todas enfocan a esta disfunción como un problema de pareja (hombre-mujer) lo cual puede implicar influencias socio-culturales que han impedido una actitud científica y rigurosa a este tipo de problemas.

El hecho de que un hombre padezca eyaculación prematura probabiliza, en alguna medida, que sus relaciones sexuales y su vida afectiva no sean satisfactorias; que a medida que avance su disfunción, su respuesta sexual se vea más castigada y las relaciones con su compañera señ más conflictivas, al grado de poder quedarse sin ella. Esto puede ser frecuente sobre todo si la mujer es sexualmente demandante. Y sin embargo, no existe alguna técnica terapéutica que el eyaculador prematuro pueda usar prescindiendo de una mujer. Para los hombres sin pareja no hay posibilidad alguna de tratamiento.

Considerando esta situación y la necesidad cada vez más creciente de adoptar nuevas técnicas que permitan el tratamiento de los problemas sexuales en diversas circunstancias y que al mismo tiempo aporten bases para continuar la investigación en este campo, proponemos el estudio del control eyaculatorio a través de una técnica autoaplicable que permita al paciente tratarse sin la intervención directa de una compañera.

Nuestro trabajo se ha dividido principalmente en tres partes: La primera de ellas aborda un panoráma teórico que contempla algunos aspectos culturales, orgánicos, etiológicos y terapéuticos relacionados con la eyaculación prematura. La segunda parte del trabajo está constituida por la exposición del diseño experimental que proponemos, incluidos los resultados obtenidos de su aplicación, las conclusiones a las que se llegaron y las posibles aplicaciones que se pueden hacer a partir de tales resultados. La última parte consiste principalmente en un Estudio Piloto que se realizó previamente y que sirvió para afinar el diseño experimental final.

PRIMERA PARTE

(TEORICA)

1

INCIDENCIA E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

1.1. *Incidencia*

La eyacuación prematura parece ser una disfunción muy extendida entre los varones. Estamos muy lejos de poder proporcionar datos estadísticos precisos con respecto a ella, sin embargo, se sospecha que el número de individuos que la padecen es francamente alarmante.

Bajo cualquiera de los criterios de definición de "eyacuación prematura", sean éstos: tiempo entre introducción del pene en la vagina y la eyacuación; número de entradas y salidas del pene de la vagina; respuesta orgásmica de la compañera; grado de control sobre el reflejo eyaculatorio, etc., la eyacuación prematura aparece, independientemente del criterio de definición que se utilice, en un gran número de hombres.

El trabajo realizado por Kinsey, Pomeroy y Martin (1948) dio por resultado, entre otros, el dato de que el 75% de la muestra investigada en los Estados Unidos experimentaba la eyaculación entre los primeros dos minutos después de la introducción del pene en la vagina; en muchos casos la eyaculación ocurría en menos de 20 segundos (p. 512).

Masters y Johnson (1970) establecen por su parte que "es muy probable que cientos de miles de hombres nunca alcancen un control suficiente como para satisfacer sexualmente a sus esposas, sin importar la duración del matrimonio o la frecuencia del mutuo contacto sexual" (p. 83).

Dado que aún las opiniones con respecto a la definición de "eyaculación prematura" están muy divididas, no se puede esperar que se hayan hecho intentos serios para determinar una cifra aproximada de la incidencia del problema en la población masculina; sin embargo, como se ha señalado, se sospecha que una gran cantidad de varones padecen esta disfunción sexual.

Es interesante notar, por otra parte, como lo apuntaron la mayoría de nuestros pacientes, que no se tiene información adecuada con respecto a la eyaculación prematura. Los médicos a los que nuestros pacientes acudieron para consultar el problema no le dieron ninguna importancia, en el caso de aquellos que lo habían hecho; el resto de los pacientes no sabía siquiera que existiera algún tratamiento posible para el control de la eya-

culación prematura hasta en tanto no vieron nuestro anuncio. - Además, como lo establecen algunos autores (Masters y Johnson, 1970; Caird y Wincze, 1977), para las clases socialmente bajas la eyaculación rápida no representa ningún problema, seguramente por la ideología machista con la que se les educa; mientras que para las clases sociales media y alta este problema puede ser - motivo de gran preocupación.

Evaluar el grado de extensión del problema entre los varones sería una tarea harto difícil, que excede, por otra parte, los propósitos de este trabajo; sin embargo, reiteramos que es muy evidente que el problema está muy difundido, aunque los varones por falta de interés, de información o por conceptos culturales preconcebidos no lo manifiesten al menos solicitando tratamiento.

1.2. Importancia

La eyaculación prematura es una disfunción sexual que de tratarse a tiempo puede evitar complicaciones o secuelas que puedan ser dramáticas. La mayor parte de los autores (Dengrove, 1967; Masters y Johnson, 1970; Tanner, 1973; Wolpe, 1973; Runciman, 1975; Lowe y Mikulas, 1975; Yulis, 1976; Caird y Wincze, 1977; etc.), coinciden en que ésta tiene como secuelas problemas de impotencia secundaria; y, según la opinión de Rowan y Howley (1963) además ocasiona problemas de esterilidad.

Los que postulan que la prematuridad de la eyaculación deriva en impotencia secundaria, argumentan que la demanda sexual -

de la compañera y la incompetencia del eyaculador prematura para complacerla, forman una situación en la que la respuesta sexual del eyaculador prematura es castigada por su compañera. La situación sexual adquiere entonces propiedades discriminativas de estimulación aversiva contigua y contingente a la respuesta eyaculatoria del sujeto y por ésto se acerca más y más, a medida que los niveles de ansiedad se elevan, a la impotencia secundaria. Antes de que el sujeto experimente la impotencia secundaria como un cuadro bien definido, puede tener eyaculaciones con un grado mínimo de erección o aun sin ésta (Masters y Johnson, 1970).

En cuanto a la esterilidad provocada por una historia de eyaculación prematura, que comentan Rowan y Howley (1963). sólo existe el reporte, sin ningún detalle de evidencias experimentales que lo sustenten.

La eyaculación prematura es pues una disfunción que puede ser efecto de conceptos culturales en un gran número de sujetos y causa, a su vez, de otros problemas no menos serios.

2

DEFINICIONES DE EYACULACION PREMATURA

El definir en términos cuantitativos una respuesta es imprescindible para conocer su grado de avance o deterioro dentro de una clasificación. En el caso de la respuesta sexual humana nos enfrentamos, de una manera especialmente compleja, al problema de deslindar lo "normal" de lo "anormal" para fijar las fronteras de la disfunción. Aclaremos antes que estos términos están socialmente determinados, por ejemplo: en las clases sociales bajas se considera perfectamente "normal" el hecho de que el hombre eyacule rápidamente después de la penetración vaginal, sin preocuparse mayormente por la satisfacción sexual de su compañera (Caird y Wincze, 1977; Masters y Johnson, 1970; Kinsey, Pomeroy y Martin, 1948). Incluso muchas personas de la clase inferior consideran que la introducción del pene es la actividad esencial y la única justificable en las relaciones sexuales "normales" (Kinsey et al, 1948).

Observemos que el término "normal" también puede ser usado socialmente en su sentido valorativo y por lo tanto, implicar aprobación social. Desde este punto de vista, si la conducta en cuestión es socialmente tomada como "normal", no existe problema, aun cuando bajo otros criterios pudiera parecerlo.

En realidad el problema de la eyaculación prematura ha ido adquiriendo mayor importancia en la medida en que se ha logrado una expresión sexual más libre por parte de ambos miembros de la pareja. A medida, también, que la sociedad ha ido "descosificando" a la mujer de ciertas clases sociales (media y alta), - ésta ha empezado también a incursionar en muchas áreas y ha ido tomando conciencia de las limitaciones que su rol social le impone. Ha comenzado a hacer un reclamo de sus derechos y a cuestionar la represión social que padece en muchos terrenos, entre ellos el sexual.

Los requerimientos sexuales de la mujer son probablemente el principal factor que ha guiado las investigaciones y que motiva al hombre a someterse a un tratamiento para lograr un mayor control eyaculatorio.

Consideramos pues, que los criterios definitorios de prematuridad han sido hechos en base a las necesidades específicas de cada estudio y tomando en cuenta las necesidades de cuantificación para propósitos comparativos. Tenemos, entonces, que toda definición es hasta cierto punto arbitraria; analicemos -

inicialmente las definiciones basadas en criterios temporales:

Algunos autores aceptan como norma la duración de uno a varios minutos, basándose en las estadísticas recopiladas por Kinsey, Pomeroy y Martin (1948), de las cuales se obtuvieron datos tales como que el 75% de una muestra de 6,000 hombres experimentaban la eyaculación dentro de los dos primeros minutos siguientes a la introducción del pene en la vagina y algunos dentro de los primeros diez o veinte segundos. La definen, entonces, de la siguiente manera:

"La eyaculación que tiene lugar antes o inmediatamente después de la introducción es considerada como prematura" (Mozes, citado por Rodríguez, 1975, p. 44; Damrau, 1963; Caird y Wincze, 1977).

Lopiccolo y Lobitz (1972) por su parte indican:

"Si un hombre es capaz de tolerar 15 minutos de estimulación manual u oral y 5 minutos de intercurso vigoroso; no hay problema de eyaculación prematura." (p.266).

Estos criterios temporales tienen la ventaja de lograr una delimitación cuantificable del problema; no obstante hay gran variabilidad entre los tiempos establecidos como "norma ideal" de duración, ésta varía desde los 30 segundos hasta uno o varios minutos (Kaplan, 1974). Una desventaja más en este tipo de criterios es que no toman en cuenta que la respuesta sexual -

femenina tiene duraciones muy variables incluso en una misma mujer, por lo tanto no resulta muy funcional.

En el mismo caso se encuentran las definiciones que han usado como criterio de medición el número de entradas y salidas del pene de la vagina. Algunos autores consideran que el criterio es de al menos 10 entradas y salidas (cit. por Kaplan, 1974).

Una definición que considera a ambos miembros de la pareja es la citada por Masters y Johnson (1970):

"...un hombre es eyaculador precoz cuando, durante la introducción intravaginal, no puede controlar la eyaculación por un periodo suficiente para satisfacer a su cónyuge, aunque sea en el 50% de sus contactos sexuales. Si ella es anorgásmica, por razones ajenas a la rapidéz eyaculatoria, esta definición carece de validéz." (p.80).

Es evidente que la orientación sociocultural de esta definición implica la adaptación sexual del hombre hacia una compañera, y también, pasa por alto la variabilidad temporal que puede haber entre diferentes mujeres para alcanzar el orgasmo - (Kaplan, 1974).

Existe otra definición que, al parecer, elimina todos los problemas antes enunciados citada por Kaplan (1974):

"El aspecto crucial de la prematuridad es la ausencia de control voluntario sobre el reflejo eyaculatorio".(p. 290).

Hay flexibilidad y amplitud en esta definición. No da cabi-

da a concepciones socioculturales preestablecidas respecto a la prematuridad y concede al hombre la capacidad de adaptarse a la respuesta sexual de diferentes compañeras. Sin embargo, presenta una deficiencia: no define a la eyaculación prematura en términos cuantitativos, ya que la autora considera que la prematuridad no puede ser cuantificable (al menos en términos temporales), porque la patología esencial en este problema no está dada por el tiempo, sino más bien, por la ausencia de una percepción clara de las sensaciones premonitorias del orgasmo. De acuerdo a este criterio, cualquier definición, temporal o no, quedaría nulificada si no se cumple con el requisito básico de reconocimiento de las sensaciones previas al orgasmo.

A pesar de las ventajas de esta definición, resulta casi inoperante para propósitos prácticos, ya que estudios experimentales como este, en los que no se cuenta con una tecnología depurada y precisa, de todas formas requieren de una medida sensible y objetiva de la variable independiente y de la dependiente.

Por esta razón consideraremos a la eyaculación prematura en términos temporales para facilitar su estudio. Aclaremos también que, en este estudio, será considerado únicamente el orgasmo masculino que sea acompañado de eyaculación, ya que existe al menos un estudio que reporta la ocurrencia de orgasmos masculinos múltiples sin eyaculación que preceden a una eyaculación final (Robinson y Jensen, 1978); razón por la cual

se hablará indistintamente de orgasmo o eyaculación.

La eyaculación, entonces, será considerada como prematura en este estudio, en dos situaciones:

- 1.- Aquella que ocurra dentro de los tres primeros minutos de iniciado el intercurso, o incluso antes de éste (en una relación heterosexual)
- 2.- Aquella que ocurra dentro de los tres primeros minutos durante la estimulación manual, o incluso antes de ésta (en situación de masturbación individual).

El sujeto que cumpla con alguno de estos criterios, o ambos, será considerado como eyaculador prematuro.

3

FISIOLOGIA DEL ORGASMO MASCULINO

Para comprender los fundamentos de un tratamiento a una disfunción sexual (en este caso eyaculación prematura), es necesario hacer una descripción de la anatomía y fisiología del aparato genital masculino. Por esta razón, a continuación se encuentra una breve descripción anatómica del aparato reproductor masculino y después se anotan los diferentes cambios sexuales y extrasexuales que se observan durante el ciclo de la respuesta sexual masculina.

3.1. Anatomía del Aparato Sexual Masculino

El aparato sexual masculino se encuentra integrado por diferentes órganos interconectados entre sí. Tales órganos son:

1. Testículos
2. Epidídimos
3. Vesículas Seminales
4. Próstata
5. Pene.

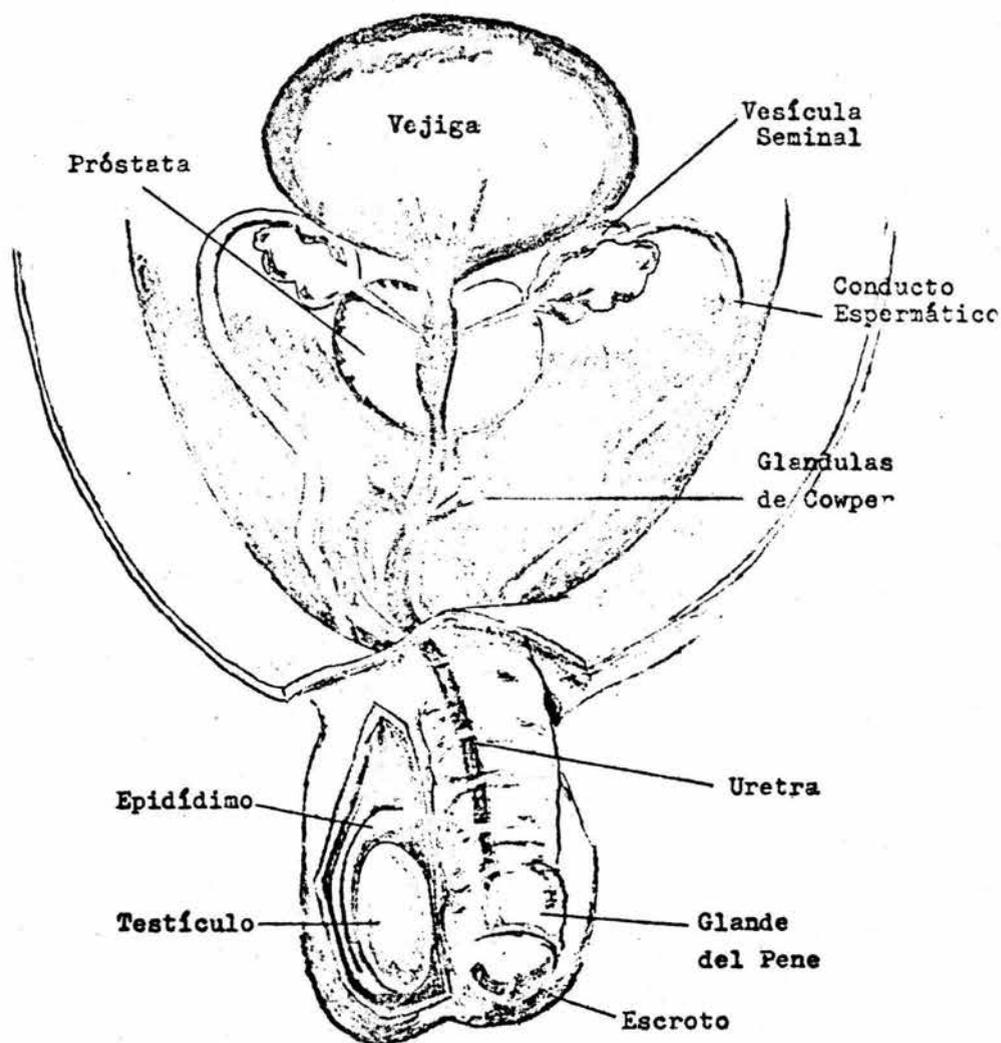


FIGURA 3.1. Esquema general del aparato reproductor masculino.

3.1.1. Testículos. Los testículos o gónadas están ubicadas por debajo de la raíz del pene, entre los muslos y contenidos dentro de una bolsa de piel fina y extensible con pliegues transversales llamada escroto (Cascajares et al, 1969.).

Los testículos son glándulas mixtas por tener dos tipos de secreciones: una externa, de espermatozoides o gametos masculinos, y una interna de hormonas testiculares.

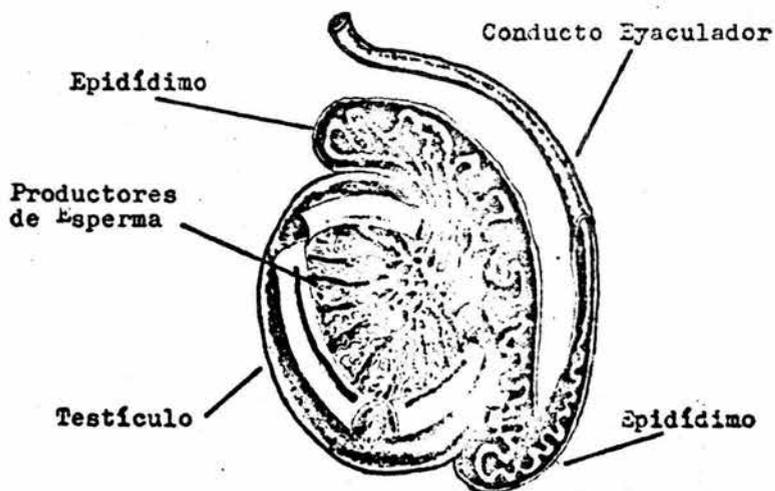


FIGURA 3.2. Testículo y Epidídimo en detalle.

La forma de los testículos es ovoide, su peso aproximado es de 20 gramos (Cascajares et al, 1969); dentro de ellos existen tabiques fibrosos que los dividen a cada uno en unos 250 lóbulos aproximadamente (Jacob y Francone, 1976). Cada lóbulo contiene de uno a tres tubos estrechos en espiral, llamados túbulos seminíferos. Si se desenrolla un túbulo, se encontrará que su longitud es de aproximadamente 60 centímetros. Las células reproductoras masculinas, en sus diferentes etapas de desarrollo, se encuentran dentro de esos túbulos (Jacob y Francone, - 1976).

3.1.2. Epidídimos. Los epidídimos son dos pequeñas glándulas que se encuentran cada una sobre un testículo, estas glándulas reciben los espermatozoides segregados por los testículos y se conectan con la glándula seminal correspondiente a través del cordón espermático o deferente (Ver figuras 3.1. y 3.3.), mismo que recorre cerca de 40 centímetros a lo largo del borde posterior del testículo y atravesando el conducto inguinal para entrar en el abdomen (Jacob y Francone, 1976).

3.1.3. Vesículas Seminales. Las vesículas seminales son dos pequeños receptáculos en forma de pera; en donde se acumula el líquido espermático. Se encuentran localizadas entre la vejiga y el recto. Están conectadas a través de los conductos deferentes y los epidídimos a los testículos, desde donde les llega el líquido seminal que luego es depositado en la uretra prostática en la parte más interior y ensanchada llamada veromonta-

num o cresta uretral (ver figura 3.3.). Estas vesículas también secretan un líquido que da motilidad a los espermatozoides.

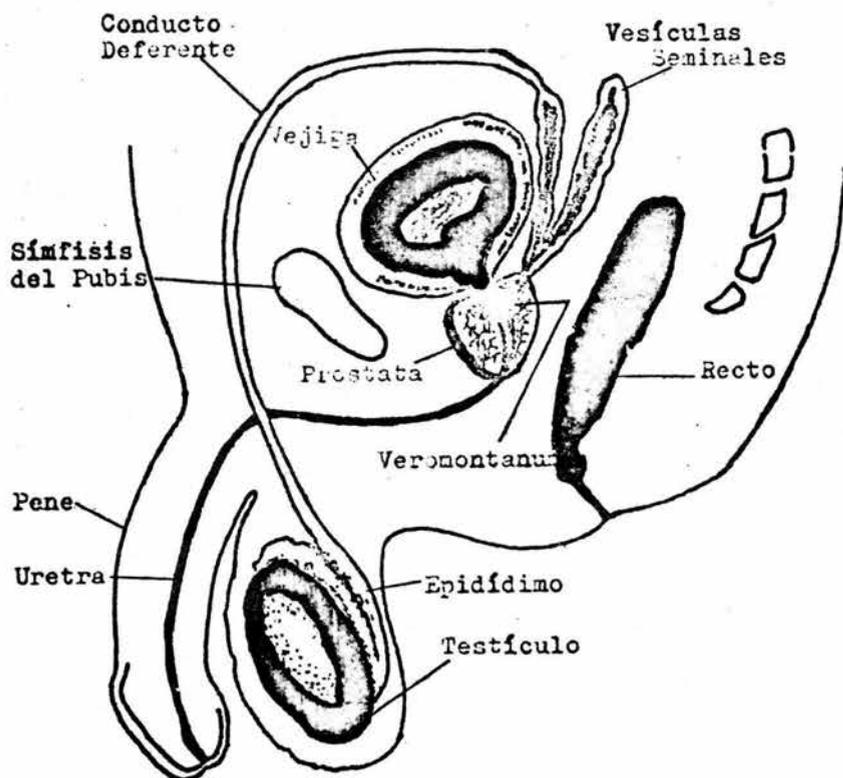


FIGURA 3.3. Pelvis Masculina.

3.1.4. Próstata. La glándula prostática rodea la parte alta y posterior de la uretra, por detrás de la sínfisis del pubis, por delante del recto y por debajo de la vejiga. Está formada por dos lóbulos prostáticos laterales separados por un surco medio. Sus tubos excretores desembocan en la uretra prostática para descargar un líquido alcalino que da motilidad al espermatozoide. En edad avanzada el agrandamiento progresivo de la próstata suele obstruir la uretra y dificultar el paso de la orina.

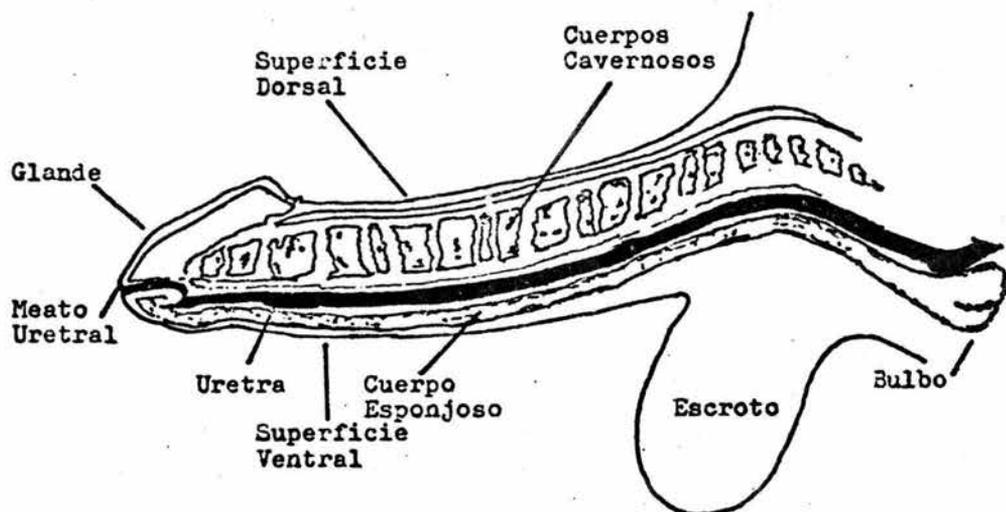


FIGURA 3.4. Vista lateral del pene en erección (Tomado de Masters y Johnson, 1966).

3.1.5. Pene. El pene está ubicado por delante de la sínfisis del pubis y por arriba del escroto, tiene forma cilíndrica y una longitud aproximada de 10 a 15 centímetros, según su estado de flacidez o de erección. El pene está dividido, para su estudio, en tres partes: una raíz, un cuerpo y una extremidad anterior o glande (ver figura 3.4.). La raíz y el cuerpo del pene están formados por tres cuerpos cilíndricos de tejido eréctil que se mantienen paralelos entre sí y unidos por bandas fibrosas y cubiertas de piel (ver figura 3.5.).

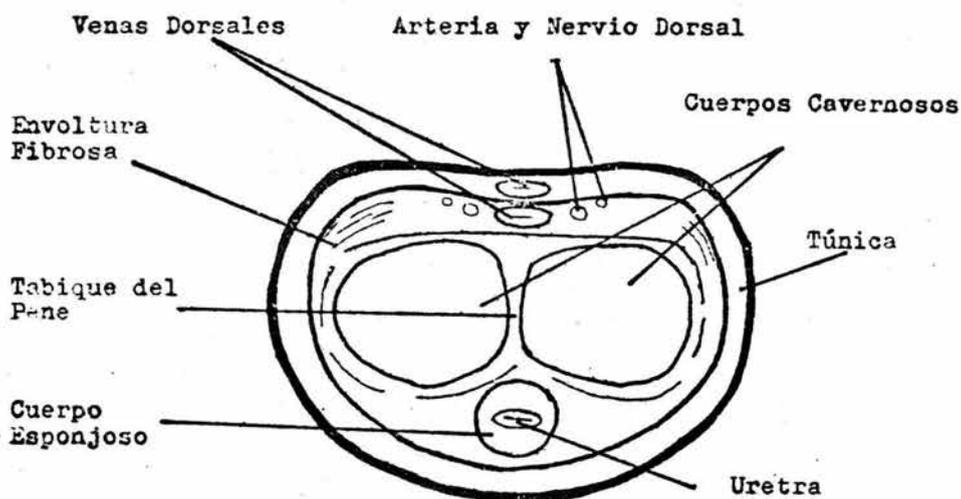


FIGURA 3.5. Corte transversal del pene
(Tomado de Masters y Johnson, 1966).

Estos tres cuerpos son: dos cuerpos cavernosos y un cuerpo esponjoso (cuerpo esponjoso de la uretra), éste último es más grueso en la base, donde recibe el nombre de bulbo uretral y lleva en su interior a la uretra, misma que desemboca en el glande peneano (meato uretral) y termina formando el glande.

Los límites del glande están formados por el surco balano-prepucial y es en ese lugar de donde parte el repliegue que cubre el glande y que recibe el nombre de prepucio.

Los cuerpos cavernosos, por su parte están sujetos por su parte a la sínfisis del pubis por medio de un ligamento llamado suspensor del pene. Los cuerpos cavernosos y el cuerpo esponjoso reciben la sangre de ramas de las arterias internas. - Estas ramas son: a) las arterias dorsales del pene, que se encuentran cerca de la superficie dorsal de éste; b) las arterias cavernosas, que corren en sentido longitudinal a través de cada cuerpo cavernoso, y c) dos arterias bulbo-uretrales, que corren longitudinalmente a través del cuerpo esponjoso. Las ramas terminales de estas arterias terminan en pequeños capilares que se abren en forma directa en los espacios cavernosos. El retorno venoso se realiza por dos caminos: la vena dorsal superficial, que recibe la sangre de todo el cuerpo esponjoso y la vena dorsal profunda, que recibe afluencias de los cuerpos cavernosos.

3.2. Fisiología de la Respuesta Sexual Masculina

La respuesta sexual humana es una sucesión progresiva de cambios fisiológicos resultantes de una estimulación erótica. Esta respuesta continua ha sido dividida en varias fases para facilitar su estudio. Masters y Johnson (1966) han dividido al ciclo de la respuesta sexual en cuatro fases, esta división, si bien arbitraria, tiene la ventaja de permitir la ubicación específica de los cambios fisiológicos específicos ocurridos antes, durante y después del orgasmo.

Las fases de la respuesta sexual, según Masters y Johnson (1966) son:

1. Fase de Excitación.
2. Fase de Meseta
3. Fase de Orgasmo
4. Fase de Resolución (ver figura 3.6.).

Iremos haciendo una descripción de los cambios que se observan en las diferentes partes del aparato reproductor masculino durante cada una de estas fases. Anotamos también respuestas extragenitales que se observan durante el ciclo. Los datos aquí expuestos se deben fundamentalmente a Masters y Johnson quienes desde 1954 aproximadamente han venido realizando importantes contribuciones anatómicas, fisiológicas y terapéuticas en el área de la sexualidad humana a través de sus investigaciones en la Fundación de Investigaciones Biológicas y Reproductivas de San Luis Missouri, E. U. A.

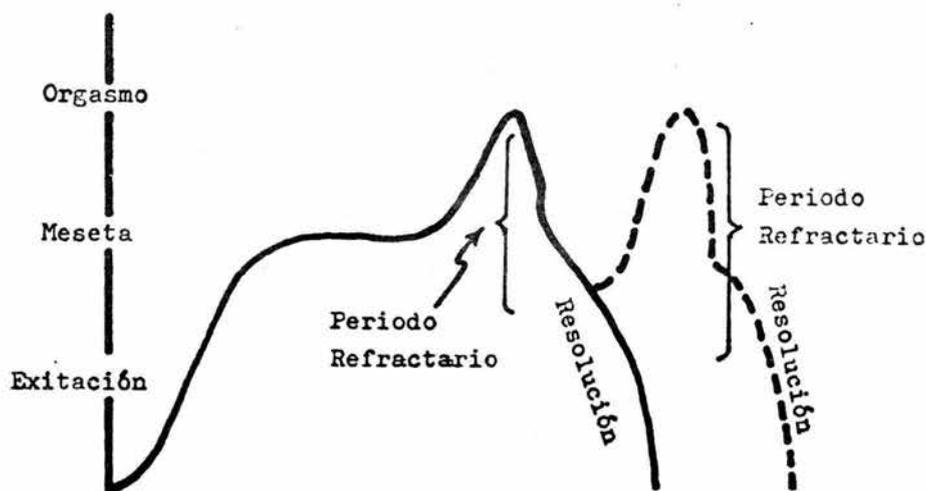


FIGURA 3.6. *Ciclo de la Respuesta Sexual Masculina (Tomado de Masters y Johnson, 1966).*

3.2.1. Fase de Excitación. Esta fase se inicia con las primeras estimulaciones sexuales efectivas, si la estimulación sexual es poca, esta fase puede interrumpirse o prolongarse indefinidamente sin dar paso a la siguiente. La fase de excitación es, junto con la de resolución, una de las más largas del ciclo; los cambios fisiológicos son los siguientes:

PENE. En esta fase ocurre la erección, la cual puede prolongarse mucho tiempo dependiendo de la estimulación. Este fenómeno es primordialmente vascular, pero están involucradas complejas

vías nerviosas y la corteza cerebral (Ruch y Patton, 1973).

ESCROTO. Durante esta fase el escroto aumenta el espesamiento del t^ugumento escrotal, tal espesamiento se acompaña de vasodilatación y contracción de las pequeñas fibras del dartos. El espesamiento escrotal viene como consecuencia una disminución de la movilidad de los testículos.

TESTICULOS. A medida que aumenta la tensión sexual (que comprende reacciones de vasodilatación, miotonía, taquicardia, perspiración, enrojecimiento de la piel, etc., reacciones que se presentan a través de las fases del ciclo de respuesta sexual), ocurre una elevación de los testículos hacia el perineo; tal elevación es el resultado de la contracción involuntaria de la musculatura que reviste el cordón espermático (cremáster). La tensión del cremáster no puede mantenerse indefinidamente, si la fase se prolonga, los testículos retornan a su lugar junto con el saco escrotal.

Esta reacción de elevación también se observa, hasta la mitad de su recorrido hacia el perineo, por exposición al frío o ante respuestas de "ira" o "temor".

3.2.2. Fase de Meseta. Durante esta segunda fase la estimulación sexual llega a un máximo y de paso a la fase Orgásmica. Los cambios fisiológicos son:

PENE. En esta fase alcanza su tamaño máximo de erección, intensificándose sobre todo en el glande, que intensifica su color a

un rojo purpúreo en algunos sujetos.

ESCROTO. No se han observado en esta fase reacciones específicas del escroto.

TESTICULOS. En esta fase los testículos se ponen en contacto estrecho con el perineo; al ocurrir esto, si la estimulación sexual continúa, sobreviene el orgasmo.

Los testículos muestran también los efectos de la vasodilatación con un considerable aumento de tamaño. En la mayoría de los hombres el incremento testicular es del 50% sobre el tamaño no estimulado. Sin embargo, si esta fase se prolonga el tamaño del testículo puede incrementarse hasta en un 100%, dependiendo del tiempo que se prolongue la fase de Meseta.

3.2.3. Fase de Orgasmo. Durante esta fase la vasocongestión y la miotonía alcanzan su máximo grado en el individuo. El tiempo de duración de la respuesta orgásmica es de sólo unos segundos y se concentra en el pene, próstata y vesículas seminales. Los cambios fisiológicos son:

PENE. Durante esta fase el pene presenta contracciones regulares del esfínter de la uretra y de los músculos isquicavernosos, bulbosponjoso, transverso superficial y transverso profundo del perineo. Las contracciones se desarrollan a lo largo de toda la uretra penéal empujando el líquido seminal y expeliéndolo con gran presión. Estas contracciones ocurren a intervalos regula-

res de 0.8 segundos en las primeras tres o cuatro; las contracciones finales tienen varios segundos de intervalo y pierden poder expulsivo.

3.2.4. Fase de Resolución. Inmediatamente después de la fase orgásmica, la tensión sexual disminuye y conduce a un estado de irresponsividad que influye un periodo refractario durante el cual, con pocas excepciones, el individuo es irresponsivo a la reestimulación sexual. Durante la fase de resolución los remanentes fisiológicos de la tensión sexual se retiran lentamente. Los cambios fisiológicos ocurridos son:

PENE. La involución del pene puede dividirse en dos estadios: En el primero (periodo refractario de la fase de Resolución) se reduce el volumen del pene en un 50% de su volumen en erección completa, en el segundo estadio la involución es menos rápida y puede prolongarse si, por ejemplo, el pene no es retirado de la vagina, o bien si se mantiene proximidad física con la compañera.

ESCROTO. La reacción más común en esta fase es la rápida pérdida de vasodilatación del escroto y su involución a su estado de no estimulación. Sin embargo, se han encontrado patrones de respuesta lentos en esta involución.

Respuestas Sexuales Extragenitales. Las respuestas fisiológicas del organismo ante la estimulación sexual no se reducen solo al área genital. El organismo entero reacciona durante el ciclo sexual masculino.

Ocurren reacciones cardiorespiratorias, hiperventilación, taquicardia y elevación de la presión arterial.

La hiperventilación aparece en la fase de meseta tardía o en la fase orgásmica. El ritmo respiratorio llega hasta 40 veces por minuto y desaparece en el periodo refractario de la fase de resolución.

La taquicardia aumenta proporcionalmente al grado de tensión sexual que experimente el individuo. Durante la fase de meseta la respuesta cardíaca está entre los 100 y los 175 latidos por minuto, mientras que en la fase orgásmica aumenta hasta los 110 y los 180 latidos por minuto.

La presión arterial durante el coito varía entre los 40 y los 100 mm. de Hg.; estos valores representan un incremento entre los 20 y 50 mm. de Hg. sobre la medida normal en situaciones de no estimulación.

Muchos hombres presentan también reacciones perspiratorias. El sudor generalmente se confina a las plantas de los pies y las palmas de las manos, pero puede abarcar la cabeza, cara y cuello. Esta reacción, si aparece en la superficie del cuerpo lo hace en el periodo refractario de la fase de resolución.

Otro tipo de respuesta extragenital es el rubor, localizado por lo general en la parte exterior del cuerpo, cuello, cara y frente. Ocasionalmente se manifiesta en hombros, brazos y panto

rrillas; aparece en la fase de meseta, disipándose con rapidéz en la fase de resolución.

Se han observado también contracciones regulares en la musculatura estriada a manera de espasmos. Por otra parte, no obstante que los senos masculinos no presentan una respuesta consistente a la estimulación sexual, se ha observado una erección del pezón desarrollada en la fase de excitación y presente en el resto del ciclo, además, la tumefacción del pezón masculino después de la eyaculación tarda en involucionar muchos minutos, a veces hasta horas.

El esfínter rectal, por su parte, sufre contracciones desde la fase de excitación hasta la fase orgásmica, pero terminan antes que las contracciones expulsivas de la uretra peneal. Tales contracciones orgásmicas aparecen regularmente a intervalos de 0.8 segundos en el recto en forma involuntaria.

3.3. Consideraciones Acerca del Orgasmo Masculino.

El orgasmo masculino, o eyaculación, es una respuesta orgánica integrada resultado de la estimulación sexual compleja. Masters y Johnson, (1966), han dividido fisiológicamente al orgasmo en dos etapas. Durante la primera de ellas se desarrollan contracciones en los órganos accesorios de la reproducción (vasos aferentes del testículo, epidídimo, conductos deferentes y vesículas seminales) que tienen por función el depositar el semen en la uretra prostática expandiendo dos o tres veces el volumen del

bulbo uretral. En este periodo el esfínter interno de la vejiga permanece cerrado, impidiendo, por una parte, cualquier mezcla de líquido urinario con el semen, y por otra, que el semen se interne en la vejiga ocasionando lo que se conoce como eyaculación retrógrada.

Durante esta primera etapa del proceso eyaculatorio, se desarrolla una sensación de inminencia de la eyaculación, es una sensación subjetiva que puede estar provocada por el aumento de dos o tres veces el volumen del bulbo uretral. Según Kaplan (1974), esta sería la sensación que los eyaculadores prematuros no perciben.

Durante la segunda etapa del proceso eyaculatorio el esfínter externo de la vejiga se relaja permitiendo el paso del semen al bulbo y a la uretra peneal. La musculatura perineal, el músculo isquiocavernoso y bulboesponjoso expulsan con contracciones el semen hacia el meato uretral con gran presión.

En esta etapa orgásmica, el individuo experimenta sensaciones contráctiles muy placenteras. Cuando mayor es el volumen seminal eyaculado mayor es el grado de sensación subjetiva de placer (Masters y Johnson, 1966).

4

ETIOLOGIAS DE LA EYACULACION PREMATURA

"La conducta sexual del ser humano resulta de su conformación morfológica y fisiológica, de su experiencia y del condicionamiento sufrido. En otros términos, los elementos que actúan son de índole biológico, psicológico y sociológico; todos ellos intervienen simultáneamente, siendo el producto final un fenómeno integrado." (Kinsey, Pomeroy y Martin, 1948, p.293).

El término "etiología", que se refiere al origen o causa de algo (de enfermedad, en términos médicos), involucra todos estos factores; trataremos inicialmente los factores biológicos y psicológicos, para ello clasificaremos a las causas de la eyaculación prematura en físicas y no físicas.

4.1. Causas Físicas.

Dentro del primer grupo se encuentran las causas de tipo orgánico, éstas pueden ser congénitas o producidas por algún agente

externo tal como medicamentos, traumatismos o alguna enfermedad infecciosa; en estos casos, el síntoma (la eyaculación prematura) desaparece eliminando o resolviendo el agente externo.

Dentro de las principales causas físicas se encuentran las siguientes (según clasificación del Dr. Kelly, s. f.):

· Anatómicas. Tales como el prepucio largo.

· Orgánicas. Como la irritación de la uretra posterior; la inflamación del varomontanum (ver Figura 3.3.) que es el disparador sexual; o la vesiculoprosstatitis crónicas (Damrau, 1963).

· Endócrinas. Como el mal funcionamiento de la glándula tiroideas.

· Nutricionales. Como deficiencias vitamínicas y estados de desnutrición.

· Neurales. Fatiga de los conductos nerviosos relacionados con la erección.

Podemos añadir a la clasificación del Dr. Kelly dos categorías más:

· Medicamentosas. Algunos estudios han demostrado que tranquilizantes tales como la Thioridazine, producen efectos colaterales en la eyaculación (tales efectos son eyaculación y/o eyaculación retrógrada) (Kotin y colaboradores, 1976).

• Traumáticas. Kaplan (1974), asienta que algunas fracturas a nivel de vértebras lumbares producen eyaculación prematura; así mismo, según Semans, 1956, las fracturas del pelvis pueden producir el mismo efecto.

4.2. Causas No Físicas.

Dentro del grupo de causas no físicas se encuentran todas aquellas relacionadas con el inadecuado aprendizaje de la respuesta sexual debido a múltiples factores, entre los cuales pueden encontrarse los siguientes: ansiedad, falta de habilidad sexual, "hostilidad inconsciente", falta de una percepción clara de las sensaciones premonitorias de la inminencia de la eyaculación, falta de asertividad sexual, etc.

Estos factores, sólo o combinados, originan y mantienen a la eyaculación prematura. El problema sólo puede eliminarse si se contrarresta la inhabilidad o el problema psicológico inherente. Kaplan (1974) apunta que el 95% de los casos de eyaculación prematura no tienen una etiología física, sino psicológica. A continuación desarrollaremos algunas de las teorías etiológicas más comunes de la eyaculación prematura:

4.2.1. Teoría Psicoanalítica. Considera a la prematuridad eyaculatoria como un síntoma neurótico del varón en el que expresa sentimientos sádicos hacia la mujer; de acuerdo a esto, el propósito inconsciente de la rápida eyaculación es profanar y manchar a la mujer además de privarla de su placer (citado por Kaplan, 1974).

4.2.2. Teorías de "Sentido Común". Este tipo de teorías sostienen que la eyaculación prematura es causada por la excesiva sensibilidad del pene a las sensaciones eróticas.

4.2.3. Teorías Psicosociales. Estas teorías consideran que la pauta de eyaculación prematura es aprendida y se mantiene por factores tales como ansiedad, falta de habilidad sexual, ambientes sexuales no reforzantes o aversivos, etc. Citaremos, a continuación, a tres de los grupos de investigadores más importantes representantes de estas teorías:

LOBITZ Y LOPICCOLO (1972) consideran que en ausencia de una patología física, la disfunción sexual es vista como un fenómeno de aprendizaje, mantenido internamente por acción de la ansiedad y externamente por un ambiente no reforzante, principalmente por parte de la pareja.

Además, la falta de habilidad sexual, falta de comunicación y conocimiento por parte de uno o ambos miembros de la pareja, contribuye a mantener la disfunción.

WOLPE (1973), considera que la ansiedad es uno de los factores determinantes de la eyaculación prematura debido a que:

" Las descargas simpáticas que caracterizan a la respuestas de ansiedad tienden a inhibir la erección peneana y a facilitar la eyaculación, que es auxiliada por el simpático. De modo que la clave del problema de la ejecución sexual deteriorada es la sustracción de la respuesta de ansiedad presente en el encuentro sexual." (P. 190 y 191).

Entonces, dado que se dice que los sistemas nerviosos simpático y parasimpático actúan de forma opuesta, si el simpático inhibe la erección, una de las formas probables de hacerlo es facilitando la eyaculación, a la cual también controla. Puede verse que en situaciones en las que la ansiedad está presente, y por lo tanto el simpático está activado, es probable que el control sobre la eyaculación se vea obstruido.

MASTERS Y JOHNSON (1970), opinan que el hombre condiciona su pauta de funcionamiento sexual desde muy joven, estableciendo de este modo una respuesta permanente de eyaculación rápida; un ejemplo de esto se ve en las primeras experiencias sexuales de muchos hombres; por lo general acuden con prostitutas, call-girls o, en el mejor de los casos, se inician con sus novias en situaciones poco adecuadas, tales como el asiento trasero de un automóvil, en las que el tiempo es un factor determinante; algunas otras técnicas de juego sexual encontradas en el pasado de los eyaculadores prematuros son: el acariciarse profusamente y realizar la pantomima del coito (siempre vestidos), hasta que el hombre es estimulado a eyacular por fricción. El coito interrumpido es otra técnica utilizada por solteros y por casados, este procedimiento establece una secuencia de juego sexual dirigida al aumento del nivel de excitación masculina hasta el momento de la inminencia eyaculatoria en la que el pene es abruptamente retirado durante el coito activo; en todos estos casos se establece una pauta de rápida conclusión del ciclo sexual del varón por demandas socioculturales, y se concede muy poco interés respecto al placer sexual de la mujer.

4.2.4. Teoría de la Rapidez del Reflejo. Esta teoría sostiene que: "En pacientes con eyaculación prematura, el mecanismo reflejo es extremadamente rápido" (Semans, 1956, p. 353).

4.2.5. Teoría de la Ausencia de Control Voluntario. Finalmente, una de las más modernas e interesantes proposiciones etiológicas es la sustentada por Kaplan, 1974; esta proposición sostiene que el factor central de la condición de eyaculación prematura, es la ausencia de "control voluntario" sobre el reflejo.

La autora opina que las razones por las que el eyaculador prematuro no aprende la continencia voluntaria no son muy claras. No obstante, las fallas en el control eyaculatorio se deben a que él no recibe o no se permite a sí mismo recibir la retroalimentación (feedback) que es necesaria para tener de alguna manera la función refleja bajo control. Un ejemplo de retroalimentación sensorial puede observarse en funciones biológicas tales como el control urinario; "el que los niños adquieran una continencia urinaria depende de la percepción de sus sensaciones derivadas de la vejiga llena". (Kaplan, 1974, p. 300).

De acuerdo a este punto de vista los eyaculadores prematuros no perciben claramente las sensaciones premonitorias al orgasmo, esto les impide ejercer el poder regulatorio sobre las altas influencias nerviosas.

Esta teoría sostiene que puede haber muy diversas razones para bloquear el foco de atención que debiera estar dirigido a

las sensaciones premonitorias del orgasmo, entre ellas puede estar la ansiedad, la hostilidad inconsciente (según la teoría psicoanalítica), inhibición debida a experiencias sexuales traumáticas (según Masters y Johnson), etc. Sin embargo, sin importar la razón, lo principal es que el eyaculador prematuro nunca aprende a focalizar su atención hacia las sensaciones premonitorias al orgasmo y, como consecuencia, falla en el control voluntario sobre su reflejo eyaculatorio.

En esta hipótesis etiológica se apoya el presente trabajo.

4.3. Consideraciones

Por último, habiendo mencionado las causas biológicas y psicológicas de la eyaculación prematura, es importante esbozar la influencia social del problema.

Como se señaló en la introducción es común que una respuesta rápida e intensa dada por un individuo sea considerada como óptima, sin embargo, ésto no ocurre con la eyaculación inmediata; es más, si la eyaculación ocurre inmediatamente después de la introducción vaginal, se cataloga al hombre como eyaculador "prematuro".

Nosotros consideramos que la eyaculación prematura es tomada como disfunción no en relación al individuo (ya que él cumple ventajosamente con su función biológica), sino en relación al medio social.



U.N.A.M. CAMPUS
IZTACALA

Consideramos que la disfunción, en el caso de la eyaculación prematura, esta definida en base a las consecuencias de la respuesta sexual en el medio; esto significa, que la misma respuesta sexual de un hombre puede tener diferentes consecuencias reforzantes o aversivas en distintos medios.

La rapidéz eyaculatoria en las clases bajas, puede no tener alguna consecuencia, o tener consecuencias positivas (en estos grupos se considera al coito como una actividad masculina en la cual sólo importa el placer del esposo, no así el de la esposa) (Caird y Wincze, 1977).

IZT.

La prematuridad o rapidéz eyaculatoria, en estos casos, no se puede considerar disfunción, ya que no hay consecuencias aversivas para el sujeto, y la respuesta rápida sería adaptativa (Wolpe, 1973), ya que no ocasiona ansiedad al hombre ni problemas a su pareja.

5

TRATAMIENTOS DE LA EYACULACION PREMATURA

Para resolver el problema de la eyaculación prematura, se han implementado diversos tratamientos en función de las diferentes etiologías que la explican. Para facilitar el análisis de los tratamientos los hemos agrupado en cuatro categorías generales:

Tratamientos Farmacológicos.

Tratamientos de "Sentido Común".

Tratamiento Psicoanalítico.

Tratamientos Conductuales.

Estos tratamientos, antes de ser aplicados, descartan cualquier posibilidad de patología física u orgánica. Sin embargo, el número de casos de E.P. que tienen etiología física son muy escasos, acaso llegarán al 5 ó 10%, mientras que el 90 ó 95% de los casos atienden a causas no físicas (Kaplan, 1974).

A continuación hacemos un breve análisis de estos grupos de tratamientos:

5.1. *Tratamientos Farmacológicos.*

Este tipo de tratamientos han sido comúnmente usados por médicos, consisten básicamente en la aplicación de ungüentos o pomadas anestésicas, que retardan las sensaciones eróticas. Se han usado sustancias tales como Fenotixine (cit. por Kaplan, 1974), Iproniazid, Izocarboxazid (Bennett, 1961), y Etil-aminobenzoato (Damrau, 1963); con esta última sustancia Damrau realizó un estudio con 13 sujetos, once de los cuales presentaban la eyaculación antes de la penetración, y en el resto ocurría dentro del primer minuto de intercurso; la aplicación de la sustancia resolvió la incontinencia "ante-portas" (antes de la penetración) en todos los casos y logró una demora promedio de 1.6 minutos de intercurso en todos los sujetos.

No obstante, este tipo de tratamientos tienen la desventaja de que al dejar de usar las sustancias medicamentosas, el paciente presenta nuevamente el problema (Kaplan, 1974).

Los efectos temporales del tratamiento y la mínima mejoría lograda, indican la poca eficacia del mismo. Por otra parte, se sabe que existen sustancias tales como la Tioridazine (un tranquilizante comúnmente usado) que tienen entre sus efectos colaterales la propiedad de provocar eyaculación prematura (Kotin, Wilbert, Verburg y Soldinger, 1976).

Este tipo de tratamientos, al igual que los de "sentido común" y el psicoanalítico, enfocan la disfunción como un problema individual, a diferencia de los tratamientos conductuales que lo consideran un problema de pareja e incluyen a la mujer en el mismo.

5.2. Tratamientos de "Sentido Común".

Estos métodos no tienen alguna base científica que los apoye, sin embargo, los consideramos importantes dado que al estar más al alcance de las masas, son probablemente, los más usados.

La causa sugerida es la "excesiva sensibilidad" del pene, la cual lleva a buscar técnicas que disminuyan la intensidad de las sensaciones eróticas, evitando que se den en el sujeto altos niveles de excitación sexual y una eyaculación prematura. Para lograr retardar la eyaculación, se recurre al uso de preservativos o a tareas distractoras tales como: conteo regresivo de una serie de números (ej. 500,499,498,etc.); pensar en asuntos de negocios; morderse las uñas; pellizcarse; contraer los músculos del ano; evitar, durante el juego previo, que los genitales masculinos sean estimulados; tomar una copa de alcohol o masturbarse antes del coito; darse duchas de agua fría antes de la relación sexual o realizar ejercicios agotadores; etc. (cit. por Kaplan, 1974).

Este tipo de tareas, a realizarse durante el coito, no resuelven tampoco el problema, ya que éste no obedece a una "excesiva sensibilidad" del pene. En cuanto la excitación llega a un nivel determinado, la eyaculación ocurre ya que el sujeto no tiene algún otro tipo de control sobre su reflejo.

Este tratamiento, a pesar de usar a la conducta como agente terapéutico principal, no puede ser clasificada como conductual ya que su supuesto etiológico, excesiva sensibilidad, es un fundamento faláz y subjetivo que no contempla otras variables. Lo que es más, se sospecha que el uso de éstos metodos, por el contrario, pueden agravar la disfunción (Kaplan, 1974).

5.3. Tratamiento Psicoanalítico.

La corriente psicoanalítica considera, como se señaló en el capítulo 3, que la eyaculación prematura es un signo de neurosis de angustia que encierra sentimientos sádicos hacia la mujer. Kaplan, 1974, resume la posición psicoanalítica en tres hipótesis: Primera, el eyaculador prematuro sufre una ambivalencia hacia la mujer. Segunda, su inmadurez emocional lo hace incapáz de relacionarse adaptativamente con su ambivalencia. Tercera, los sentimientos inconscientes ambivalentes encuentran expresión simbólica en el síntoma de eyaculación prematura que sirve para el propósito dual de causar sufrimiento y decepción en la mujer y al mismo tiempo conservar el conflicto reprimido sin la atención consciente del paciente.

El tratamiento está orientado a resolver los conflictos edípicos inconscientes y la orientación sádica hacia las mujeres, con lo que el funcionamiento sexual mejora automáticamente y la eyaculación prematura se resuelve.

Un tratamiento típicamente psicoanalítico es presentado por Finkelstein (1975) quien usa las técnicas de libre asociación e

interpretación de los fenómenos de transferencia, durante las entrevistas e interrogatorios a un eyaculador prematuro con complejo de castración, regresiones anales e identificación femenina.

Según la teoría psicoanalítica cualquier tipo de manipulación o de terapia conductual están contraindicados.

Para fines prácticos, el tratamiento psicoanalítico resulta de poco valor ya que no garantiza resultados objetivos en un mínimo de tiempo, lo que es más, la terapia puede llevarse años sin que la eyaculación prematura, como "síntoma", se resuelva. Por otra parte, la terapia, al tratar de encontrar los orígenes del problema en la infancia del sujeto, descuida su problemática presente.

5.4. Tratamientos Conductuales.

Catalogamos a los siguientes tratamientos como conductuales porque conciben a la conducta misma como principal agente terapéutico (Wolpe, 1973).

Este tipo de tratamientos consisten, por lo general, en la aplicación de "paquetes" de técnicas, de las cuales no se sabe con exactitud qué grado de influencia tiene cada variable en la solución del problema.

A diferencia de los tratamientos antes descritos, los tratamientos conductuales se realizan siempre en pareja y requieren de la participación activa de la mujer. Las principales técnicas

cas usadas para el control de la eyaculación prematura son:

1. Técnica de "detenerse-comenzar".
2. Técnica de desensibilización sistemática.
3. Técnica de compresión.

A continuación detallamos las generalidades de cada una de ellas.

5.4.1. Técnica de Detenerse - Comenzar. Esta técnica fue originalmente propuesta por el Dr. Semans en 1956 y representa el primer enfoque exitoso al tratamiento de la eyaculación prematura. Tal técnica fue probada por el propio Dr. Semans y posteriormente ha sido utilizada con éxito por otros terapeutas importantes como Kaplan (1974), Zeiss (1977), Caird y Wincze (1977), etc. El trabajo de Semans en torno a la eyaculación prematura representa también el primer esfuerzo que considera viable el tratamiento en pareja de disfunciones sexuales, fundamentando en gran parte el enfoque que utilizan algunos investigadores de terapia sexual.

La técnica consiste en la estimulación manual y oral del pene (Masturbación) por parte de la compañera hasta que el sujeto reporte sensaciones premonitorias de la eyaculación; en éste momento la mujer cesa la estimulación hasta que él le indique que las sensaciones han desaparecido; pasada la sensación, la mujer comienza la estimulación repitiendo el mismo proceso varias veces en la misma sesión.

Si la eyaculación ocurriera accidentalmente durante este proceso, ambos miembros de la pareja deberán descansar o dormir y

recomenzar posteriormente la sesión.

Se recomienda estimular clitóricamente a la mujer hasta el orgasmo para garantizar su participación.

El Dr. Semans indica que la eyaculación ocurre más rápidamente con el pene húmedo que con el pene seco, por ello, una vez que se ha logrado el control con el pene seco, recomienda utilizar algún lubricante sobre el pene, para simular las condiciones de humedad de la vagina, y usar la técnica descrita hasta adquirir el control eyaculatorio en condiciones de humedad. Semans reporta un 100% de éxito en 8 casos de eyaculación prematura tratados.

Kaplan, 1974, usa esta misma técnica para tratar la eyaculación prematura; la terapeuta completa su tratamiento con un control intravaginal de la eyaculación, mismo que debe llevarse a cabo una vez logrado el control eyaculatorio mediante la técnica de detenerse-comenzar en sesiones de masturbación. Para el control intravaginal la mujer debe ocupar, inicialmente, la posición superior: sentada a horcajadas sobre el pene del hombre debe estimularlo vaginalmente hasta que él reporte la sensación de inminencia eyaculatoria, entonces ella suspende sus movimientos hasta que él le indique que la sensación ha pasado, entonces reinicia la estimulación. Una vez logrado el control en la posición superior la pareja debe intentar la posición lateral empleando la misma técnica. Una vez logrado el control en la posición lateral, se pasa a la posición normal (la mujer tendida sobre su

espalda y el hombre de frente sobre ella).

Terminado el tratamiento se recomienda a la pareja el uso del control intravaginal ocasionalmente.

5.4.2. Técnica de Desensibilización Sistemática. Esta técnica se enfoca principalmente a combatir la ansiedad presente ante la situación y estimulación sexual (Dengrove, 1967; Caird y Wincze, 1977; Wolpe, 1973).

Esta técnica consiste básicamente en la presentación graduada de una serie de situaciones sexuales (previamente identificadas y jerarquizadas) que ocasionan ansiedad al paciente. La presentación de los ítems es de menor a mayor de acuerdo a sus propiedades aversivas para el paciente (Wolpe, 1973).

La desensibilización puede ser imaginaria, en vivo o a través de materiales tales como literatura erótica, fotografías o películas. Esta técnica se emplea generalmente acompañada de otras técnicas, un ejemplo de esto es el tratamiento empleado por Lobitz y Lopiccolo, 1972, en el cual se emplea un programa sistemático de masturbación en combinación con fantasías y literatura erótica. El tratamiento se dá al mismo tiempo a ambos miembros de la pareja (con el fin de tratar la disfunción sexual de ella), e incluye desensibilización en vivo mediante exploraciones genitales visuales y tactuales, identificación de áreas de placer, programa gradual de masturbación (en el que se incluye el uso de un vibrador, para la mujer, y el empleo de fotos o literatura

erótica como complemento, además de gelatinas lubricantes) Para la eyaculación prematura se emplea además, la técnica de compresión; el tratamiento incluye la enseñanza de habilidades sexuales y entrenamiento asertivo.

Un ejemplo de desensibilización sistemática imaginaria es dado por Caird y Wincze, 1977, p. 98:

"1. Ud se encuentra en una situación de juego sexual, su pareja comienza a estimularlo en el área genital. Ud. pierde el control y eyacula en su mano. Ella se disgusta .

"2. Ud. está a punto de tener un intercurso sexual con su pareja, cuando intenta la penetración tiene un orgasmo .

"3. Ud. está a punto de realizar el intercurso y al perder el control, antes de la penetración, su pareja le grita disgustada: ¿acaso no puedes controlarte?".

Así continúa la sucesión de ítems en grados cada vez mayores de propiedades aversivas, presentándose al final el ítem que produce los más altos niveles de ansiedad.

Estas técnicas han resultado eficaces en el tratamiento de la eyaculación prematura, sin embargo, no hay suficientes estudios que comprueben experimentalmente y de manera concluyente que la ansiedad es el problema básico de la eyaculación prematura (Kaplan, 1974).

5.4.3. Técnica de Compresión. La técnica de compresión (squeeze), tiene como antecedente la técnica de detenerse comenzar (stop-start) ideada por Semans, 1956. Se basa, igualmente, en la identificación de sensaciones preorgásmicas y consiste en que la mujer se siente entre las piernas del hombre, recargada en la cabecera de la cama, mientras el hombre yace acostado de espaldas con sus piernas sobre las de ella.

Estando en esta posición la mujer estimula manualmente el pene del hombre (como lo muestra la figura 5.1) hasta que él reporta sensaciones premonitorias de orgasmo, en éste momento ella aplica la técnica de compresión sobre el pene (figura 5.2). Masters y Johnson la describen así:

... "el pulgar de la mujer se apoya en el frenillo, localizando en la cara inferior (ventral del pene circunciso, los dedos índice y medio se colocan en la cara superior (dorsal) del mismo, es una posición inmediatamente adyacente uno al otro a cada lado del surco balanoprepucial. Se presiona durante tres o cuatro segundos mediante la compresión conjunta del pulgar y los dedos índice y medio". (Masters y Johnson 1970, p. 89).



FIGURA 5. 1. Posición correcta para lograr el control eyaculatorio. (Tomado de Masters y Johnson, 1970, p. 89).



FIGURA 5. 2. Técnica de compresión. (Tomado de Masters y Johnson, 1970, p. 90).

La técnica de compresión ha sido muy utilizada por los terapeutas sexuales para el control de la eyaculación (Lobitz y Lo-Piccolo, 1972; Tanner, 1973; Miller, 1973; Mc. Carthy, 1973; Runciman, 1975; Kaplan, 1974; Lowe y Mikulas, 1975; Leiblum, Rosen y Pierce, 1976; Zeizz, 1977; Caird y Wincze, 1977; etc.)

Los resultados de la aplicación de ésta técnica han sido muy satisfactorios. Masters y Johnson, 1970, reportan un 98% de éxito en 186 casos tratados.

5.5. Consideraciones.

Como se ha dicho, este trabajo se apoya básicamente en la hipótesis etiológica de Kaplan (1974), y en la técnica de compresión ideada por Masters y Johnson (1970), aun cuando éstos no creen que las compresiones autoaplicadas contribuyan al control de la eyaculación prematura. Ellos argumentan lo siguiente:

... "La técnica de compresión no será efectiva si es realizada por el hombre en un intento por reeducarse en el control. Ya que si el hombre manipula su pene hasta lograr la erección y luego aplica la técnica de compresión para controlar una respuesta eyaculatoria inminente, generalmente puede frenar la progresión natural del incremento de la tensión sexual y evitar con éxito su urgencia eyaculatorio. No obstante, una vez que ese hombre retorna a la estimulación de la relación heterosexual es lo mismo que si hubiese realizado intentos solitarios de control. Lo que se olvida en dichos intentos es el hecho de que con la compañera él no puede marcar enteramente el paso del funcionamiento sexual ni puede negar el estímulo proveniente de la participación psicosexual de su cónyuge". p. 98.

Sin embargo, la hipótesis de Kaplan respecto a que la percepción conciente de las sensaciones ha llevado al control de reflejos tales como el orinar o el defecar de una manera voluntaria (Kaplan, 1974), sugiere la posibilidad del control del reflejo eyaculatorio mediante el aprendizaje de identificación de las sensaciones preorgásmicas.

En contraposición a Masters y Johnson, sugerimos que si en un tratamiento individual el sujeto logra el control, este control puede generalizarse a situaciones heterosexuales, a pesar de la diferencia de situaciones, usando un diseño experimental adecuado, ya que el control se ha adquirido con base en el reconocimiento de las sensaciones de inminencia eyaculatoria, lo cual llevaría al sujeto a un control "voluntario" de su eyaculación en cualquier situación (siempre y cuando la hipótesis etiológica sustentada por Kaplan fuese cierta).

Así, la confirmación de nuestra hipótesis respaldaría por otro lado, la tesis etiológica sustentada por Kaplan (1974).

En el tratamiento individual que proponemos haremos uso, por supuesto, de la masturbación como principal agente terapéutico.

6

MASTURBACION

"Existe un hábito vicioso, degradante y muy destructor; destructor tanto del cuerpo como de la mente y del alma. Lo tienen por igual hombres y mujeres jóvenes, pero más los hombres. Este hábito no debiera tener nombre... se llama onanismo o masturbación... un vicio del tipo más ruin... Este sólo hábito pernicioso... es la causa directa de más debilidad física y mental, la destrucción de más constituciones, la ruina de más mentes y la fuente de más desdicha y miseria que ninguna otra causa" (Gunn, 1919; cit. por Stokes, 1961. p.324).

En los últimos tiempos la terapia sexual ha comenzado a incorporar a la masturbación como variable independiente en los tratamientos a algunas desviaciones y disfunciones sexuales. Sin embargo, es importante hacer notar que las actitudes de angustia y culpabilidad ante la conducta de masturbación, aunque fueron creadas y mantenidas en épocas, pasadas, perdura aún hoy en día en mu

chos lugares. Si consideramos que la conducta de masturbación es una variable importante en el tratamiento autoaplicable propuesto, se comprenderá la importancia de reivindicarla y dejar sentado su inocuidad, para ello, nos remontaremos hacia los orígenes históricos de la represión sexual, con la finalidad de esclarecer las razones económicas y sociales que motivaron la represión de muchas expresiones sexuales y, en particular, de la masturbación (Los datos históricos se deben a Van Ussel, 1970).

Se describirán, finalmente, las aplicaciones prácticas que se realizan actualmente con la masturbación dentro de la terapia sexual.

6.1. Antecedentes.

En la edad antigua, se observa que la actitud de los antiguos egipcios, griegos y romanos era evidentemente "no represiva". A veces la masturbación aparece en la mitología o en los ritos (Van Ussel, 1970).

Durante la edad media, no se dijo nada en contra ni en pro de la masturbación, ésta conducta resultaba indiferente.

Antes del siglo XVIII, se encuentran actitudes tolerantes en las que la masturbación era considerada como un fenómeno desordenado pero transitorio, que más adelante se vería reemplazado por satisfacciones de mayor calidad. En personas desprovistas de semen, como los niños y (en opinión de algunos autores) las mujeres, la masturbación carecería de trascendencia.

En lo que respecta al erotismo, cabe aclarar que al parecer hasta el siglo XVI no se vinculó a la desnudez con la sexualidad o con el acto sexual; la desnudez no tenía ningún sentido erótico.

La amante de Voltaire (según Van Ussel), se bañaba desnuda en presencia de su criado; el mismo autor menciona la existencia de baños públicos a los cuales asistían desde eclesiásticos, ciudadanos y doncellas, hasta amantes y prostitutas; eran comunes también, las representaciones teatrales en las que aparecían desnudos personajes tales como Adán y Eva, ángeles, Dioses, etc. La desnudez era aceptada incluso en desfiles y espectáculos.

Esta desvinculación de la desnudez y la sexualidad regía en todas las clases sociales existentes, aunque para cada clase social existían diferentes normas morales, las cuales serán descritas a continuación.

Las clases sociales existentes a principios del siglo XVI, eran: La nobleza, los comerciantes (o burgueses) y la clase campesina.

Cada clase social tenía una moral acorde a sus necesidades y no se trató nunca de imponer la moral de una de ellas por sobre las otras, al contrario, era muy importante mantenerse dentro de la moral que correspondía a la clase social a la cual se pertenecía.

Entre los nobles, por ejemplo, se consideraba que la mujer debía llegar virgen al matrimonio, pero una vez casada, no se creía

que tuviera la obligación, ni de ser fiel al marido, ni de hacer vida conyugal con él. En los casos de la alta nobleza la obligación de fidelidad llegaba hasta el primer hijo.

Los hombres de la nobleza, por su parte, no debían permanecer vírgenes y, llegada la adolescencia se esperaba que tuvieran cuantos romances les fuera posible; para ello estaban las mujeres campesinas y las burguesas y, también, las nobles que habían cumplido con sus deberes conyugales. Se creía también que un hombre de la alta nobleza debía tener una o varias amantes, a las cuales mantenía.

Entre los campesinos, en comparación, existía la creencia opuesta, la mujer no solo no debía llegar vírgen al matrimonio, sino lo ideal era que llegase embarazada; esto se explica ya que entre los campesinos la mujer fecunda es muy valiosa, dará hijos que representan más brazos para el trabajo del campo; la mujer estéril significaba una carga, un gasto incosteable. La costumbre, entonces, era que las muchachas campesinas tuvieran relaciones prematrimoniales con sus novios y que el matrimonio sólo se consumara cuando la mujer estuviera embarazada.

A principios del siglo XVI, comenzaron algunas transformaciones de tipo socioeconómico, debido a las necesidades cada vez mayores en las ciudades, se produjo la diferenciación del comercio y de la manufactura; éste trajo consigo la especialización y la diversificación de funciones, la aparición de los oficios y la división del trabajo.

Los cambios económicos, trajeron consigo cambios en las relaciones sociales, cambios en las costumbres sexuales; la burguesía comenzó a tener preponderancia sobre las otras clases sociales; los burgueses comenzaron a enriquecerse, a comprar tierra y más tarde a crear industrias. Los conceptos morales de la burguesía fueron imponiéndose conforme se afianzaban en el poder, contrario a lo que sucedía antes del siglo XVI, en que ninguna clase trataba de imponer su sistema moral a las demás.

El afianzamiento de la burguesía se confirmó al adquirir el poder político con el triunfo de la Revolución Francesa en 1789.

En la moral burguesa, encontramos que las mujeres eran consideradas como una propiedad más. La virginidad, la castidad y una dote jugosa eran características imprescindibles para que una muchacha lograra contraer matrimonio. Se consideraba al matrimonio como un negocio y la mujer era educada para ello. Su papel en el hogar era pasivo, a diferencia de la mujer noble que era considerada un objeto de lujo, o de la mujer campesina que era considerada parte del proceso productivo.

Esta moral utilitaria fue afianzándose a medida que la burguesía crecía y se imponía económicamente; a mediados del siglo XVIII era ya la única moral aceptable. La moral impuesta a partir del siglo XVIII puede resumirse en la aceptación exclusiva de la divina triada; amor, matrimonio, procreación.

La triada impuesta limitaba la sexualidad a la función procreadora dentro del matrimonio, a fin de asegurar el paso de la herencia a los hijos legítimos. Debido a esto se combatieron todas las expresiones sexuales que no conducían a la procreación, entre éstas se encontraban: las prácticas no coitales, el exhibicionismo, fetichismo, la homosexualidad, las variaciones coitales, los juegos previos, y, por supuesto la masturbación. Se combatió también la sexualidad infantil y la sexualidad después del climaterio; de este modo la sexualidad quedó reducida a su mínima expresión: la sexualidad genital con fines procreativos, dentro del matrimonio y por amor.

La gama de expresiones sexuales alternativas, en realidad hacían peligrar el afianzamiento de la familia nuclear, ideal de la burguesía; hacían peligrar la cohesión del grupo.

Sin embargo, dentro de los comportamientos sexuales combatidos, no hubo nunca ninguna lucha que fuera tan intensa y cruel como la fue la lucha contra la masturbación, no en balde la masturbación es un tipo de comportamiento sujeto a pocas limitaciones: no hay peligro de embarazo como en el coito prematrimonial, ni de contraer la sífilis como en la frecuentación de burdeles, ni hay que aguantar a tener pareja disponible. El masturbador escapa a todas las leyes, normas, controles y responsabilidades sociales.

Es importante destacar que, contrario a lo que se cree, no fue la iglesia la iniciadora de la represión sexual. La iglesia

fue, incluso, calificada de tolerante, en lo que a masturbación se refiere, por los burgueses del siglo XVIII.

La lucha antimasturbación comenzó en Inglaterra en 1710, 25 años más tarde aparecieron las primeras publicaciones alemanas que advierten en contra de la masturbación.

En los países de habla francesa la campaña comenzó en 1760. Esta campaña fue iniciada por 125 médicos, le siguieron los educadores y finalmente los teólogos y moralistas.

Dado que antes del siglo XVIII no se había concedido importancia a la masturbación, al comenzar la cruzada contra la misma hubo necesidad de definirla; se tuvo que explicar lo que debía entenderse por masturbación y este concepto sufrió cambios a través de diferentes épocas. Inicialmente se refería a ciertas actividades del hombre, después se amplió el concepto a la mujer y finalmente paso a incluir niños y bebés. La delimitación del problema se fue ampliando de la zona genital y el uso de las manos, a actividades tales como apretar los muslos o tener fantasías; finalmente el concepto de masturbación se generalizó a actividades sexuales tales como el coito interrumpido, los contactos orogenitales, el juego previo, etc.

En el principio de la lucha contra la masturbación se implantaron medidas pedagógicas tendientes a evitarla, entre éstas se encontraban la vigilancia escolar estricta (normas de comportamiento estrictas en dormitorios, baños así como en salones de

clase), se concedió primordial importancia al trabajo arduo y al deporte, se obligaba a las jóvenes a realizar abluciones y dormir en el suelo; posteriormente se pasó a usar medios artificiales y mecánicos tales como vendajes, correas alrededor del pene (lo cual produciría dolor en caso de erección); entre los aparatos figuran cinturones para rodear brazos y piernas, bragueros con rejilla de acero para envolver los genitales; pequeñas jaulas con agujones de madera para lastimar en caso de erección, jaulas que hacían sonar una campanilla en la habitación de los padres, etc.

Dentro de los tratamientos que adquirieron importancia se encuentran la hidroterapia consistente en realizar baños y abluciones con agua fría y soluciones químicas, se popularizaron operaciones quirúrgicas tales como la infibulación, operación consistente en tirar del prepucio cubriendo el glande, a continuación se practicaban dos orificios y se pasaba por ellos un aro metálico (toda erección resultaba dolorosa al tropezar con el aro la punta del pene).

Dentro de los medios químicos usados, se encuentran sustancias tales como la tintura de cantáridas, el alcanfor y el bromuro de potasio, aplicados sobre los genitales, como antiafrodisiacos. Se concluyó al final que ninguna de esas sustancias eran efectivas para prevenir la masturbación (Bucknill y Tuke, 1874); entonces se procedió al uso de medios más radicales como los quirúrgicos. En el caso de las mujeres se practicó la clitoridectomía, consistente en la remoción del clítoris y coser los la-

bios mayores, (Brown, 1866) y la ovariectomía, consistente en la eliminación de los ovarios y en ocasiones del útero, (Block, 1894); mientras que en el caso de los hombres se recomendó la completa sección de los nervios dorsales del pene (Milton, 1887), la castración (Hutchinson, 1891) y la ya mencionada infibulación (Cottish, 1892). Cit. por Caird y Wincze, 1977, p. 135.

Con la era "Victoriana" llegó a su clímax la campaña moralizante, ahora usando el pretexto religioso que no había sido usado antes del siglo XIX. Se llegó al extremo de no mostrarse desnudos ante el médico, bañarse en batas y evitar el aseo de los genitales; los temas sexuales eran tabú, los esposos no se conocían desnudos, el acto sexual se realizaba con batas puestas y con la única finalidad de la reproducción. Todo esto además de las prohibiciones de expresión sexual fuera del matrimonio.

Así vemos que la imposición de un sistema moral (el burgués), es paralelo a la evolución económica y social de la clase predominante económicamente. Desde este punto de vista podemos suponer que si alguna otra clase social hubiera adquirido la supremacía, la evolución moral hubiera sido diferente. Como opina Van Ussel, la sexualidad será lo que sea la sociedad

6.2. *El uso de la Masturbación en la Terapia Sexual.*

Actualmente han comenzado a retomarse las actitudes positivas frente a las diversas manifestaciones de la sexualidad; la masturbación, al menos en el ámbito científico, se ve como una respuesta más del repertorio humano que está ampliamente generaliza

da en toda la población, que es completamente inocua, y que, incluso, la ausencia de esta conducta en los hombres es necesariamente un signo patológico, no así en las mujeres según Kaplan (1974) y Caird y Wincze (1977).

Además de que la ciencia ha comenzado a reivindicar el concepto de masturbación a través de las publicaciones especializadas a las que tiene acceso el público en general, ha comenzado también a incorporarla como una de las variables independientes que se manipulan en los tratamientos a disfunciones y desviaciones sexuales.

Se sabe que en la mujer la masturbación representa, en muchos casos, la precurrente para una relación sexual satisfactoria, sin embargo, el uso de la masturbación como técnica terapéutica es algo que no tiene muchos años. Al parecer, el primero en usar la masturbación como técnica terapéutica fue un médico llamado James Semans en 1956.

La masturbación suele ser un factor determinante de desensibilización a situaciones que ponen ansioso al paciente y de aprendizaje propioceptivo, capaz de resolver un problema sexual con años de historia en el paciente, en unas cuantas semanas.

Sin embargo, como lo anota Marshal (1975), antes de utilizar a la masturbación como técnica terapéutica hay que tomar en cuenta que, si provoca sentimientos de culpa en el paciente, hay que desensibilizarlo antes de prescribírsele como parte de

un tratamiento, ya que puede ocasionarle otros problemas y, además, puede no llevar a cabo las tareas por estos sentimientos.

Podemos afirmar que, en general, la masturbación como técnica terapéutica en el hombre ha sido usada de dos maneras:

1. como método de reorientación sexual a través del condicionamiento, y
2. como tratamiento para la eyaculación prematura (pero en pareja).

En la mujer se ha aplicado para el tratamiento de la disfunción orgásmica primaria.

El primer uso que se le ha dado, método de reorientación sexual a través del condicionamiento, ha sido orientado a resolver problemas de homosexualidad. Consiste en instigar el sujeto a que se masturbe en presencia de algún estímulo sexual excitante para él, y al tiempo del orgasmo, cambiar el estímulo presente por el estímulo heterosexual apropiado (Caird y Wincze, 1977).

En los tratamientos a la eyaculación prematura, el papel de la masturbación ya ha sido descrito (ver capítulo 5). Aquí sólo diremos que el papel activo en el tratamiento lo asume la mujer, quien suspende la estimulación sobre el pene cuando el eyaculador prematuro reporta las sensaciones premonitorias del orgasmo, o bien aplica la técnica de compresión; es decir, la masturbación la aplica la esposa al marido, lo cual no es una práctica individual sino de pareja.

Es cierto que el uso de esta modalidad ha dado buenos resultados en la resolución de la eyaculación prematura, sin embargo, nosotros nos preguntamos acerca de la posibilidad de lograr un procedimiento exitoso a nivel individual útil a aquellos que no tienen acceso a una pareja y debido a eso proponemos el uso de la masturbación autoaplicada como técnica terapéutica. La descripción de la modalidad en la masturbación se hace en el capítulo 8.

7

DISCUSION Y OBJETIVOS

7.1. *Discusión.*

A lo largo de este apartado trataremos de dejar asentados los principales principios explicativos y terapéuticos que el enfoque moderno ha dado a la eyaculación prematura como disfunción sexual.

En la conceptualización e investigación de la eyaculación prematura ha influido también el concepto de "normalidad". Desde el momento en que la eyaculación rápida ha sido conceptualizada como "prematura" y, por lo tanto, como disfunción sexual, se advierten ya signos conceptuales de "anormalidad". Nosostros consideramos que es ambiguo hablar de "normalidad" dentro del área de la sexualidad. Una respuesta eyaculatoria rápida puede tener consecuencias reforzantes para el sujeto con una pareja, y aver-sivas con otra. Mientras esa respuesta obtenga consecuencias re

forzantes, el sujeto estará a salvo de ser etiquetado como eyaculador prematuro y, por lo tanto, de "anormal", por muy rápida que sea su respuesta. Sin embargo, en otro medio, es decir, con otra pareja, esa respuesta podría tener consecuencias aversivas y el sujeto caería no solamente dentro de cualquier clasificación de eyaculación prematura que conocemos (ver capítulo 2), sino que además comenzaría a presentar realmente todas las respuestas características del eyaculador prematuro.

Es decir que el eyaculador prematuro se convierte en tal no tan sólo por la duración de su erección, sino además por las consecuencias que su respuesta obtiene del medio (lo cual también determina la duración de su erección e incluso, en estadios más avanzados, la ausencia de ésta).

Desafortunadamente una gran cantidad de hombres presenta una respuesta eyaculatoria que no sobrepasa los dos minutos en una relación heterosexual. Esto aumenta la probabilidad de que su respuesta eyaculatoria se vea castigada y que empiece a emitir respuestas incompatibles con un control eyaculatorio efectivo tales como la ansiedad y el miedo, y como este proceso avanza, con el curso del tiempo el paciente seguramente comenzará a presentar problemas de erección. Por esto se hace importante el brindar al paciente un tratamiento oportuno para que asuma el control de su reflejo y evite caer en problemas de importancia, más difíciles de revertir.

Por otra parte la eyaculación prematura puede ser también

un factor que perjudique la relación matrimonial y que incluso acabe con ella.

Los tratamientos conductuales, aunque más jóvenes que otros, han mostrado una mayor eficiencia en la reversión de las disfunciones sexuales, aunque se caracterizan por limitar la aplicación del tratamiento sólo a las parejas y por tomarlas también, en su caso, como unidad experimental. El enfoque conductual, sin embargo, ha aportado elementos importantes para la aplicación y control del problema.

Las principales aportaciones que se usan en éste trabajo son:

Para la explicación del fenómeno.

Para explicar cómo funciona el tratamiento que aquí se propone, se tiene que recurrir principalmente al empleo de tres conceptos básicos del Análisis Experimental de la Conducta: la Discriminación de estímulos; el Autocontrol y la Generalización de respuestas.

En el análisis de la eyaculación prematura estos principios se mezclan por lo que, aún cuando tengamos que dividir a la conducta y sus determinantes en segmentos, no podremos hacer un análisis aislado de los principios que, creemos, están rigiendo la solución de la problemática del paciente. El análisis de por qué funciona el tratamiento como lo hace, tendrá que hacerse traslapando los conceptos antes mencionados y se encuentra en la discusión de los resultados (página 111).

Para el control de la eyaculación:

El uso de la masturbación como principal variable independiente a través de la cual se logre que los sujetos controlen "voluntariamente" la latencia de su reflejo eyaculatorio.

La técnica de compresión de Masters y Johnson (1970), descrita en capítulo 5, y que usamos modificada (ver capítulo 8) y que ayuda al sujeto a identificar los estímulos interoceptivos previos al orgasmo y para el control de su eyaculación.

Ahora pasemos a fijar los objetivos.

7.2. Objetivos del Trabajo de Tesis.

A través de la visión que nos da el trabajo hasta aquí realizado, podemos establecer que los objetivos que han motivado este trabajo son:

1. Contrastar la afirmación de Masters y Johnson (1970) de que no se generaliza el control obtenido con autocompresiones a la situación heterosexual.
2. Proponer un tratamiento individual y autoaplicable que permita a los sujetos sin compañera tener acceso a una terapia sencilla y eficaz que le permita adaptarse a su ambiente psicosexual.
3. Implementar un tratamiento, que pueda adaptarse a las condiciones socioeconómicas y culturales de los sujetos.
4. Contrastar la hipótesis de Kaplan acerca de la ausencia de sensaciones preorgásmicas como factor principal en la condi-

ción de eyaculación prematura.

5. Adaptar las técnicas terapéuticas existentes para este tipo de disfunción a diversas circunstancias y aportar bases para continuar la investigación en este campo.

Creemos que los objetivos de este trabajo justifican la inves
tigación

SEGUNDA PARTE

(EXPERIMENTAL)

8

DISEÑO EXPERIMENTAL: METODO

El diseño experimental que se detallará a continuación es el resultado de la depuración de un primer intento reportado en el Anexo A. El lector podrá encontrar ahí un diseño similar cuyos resultados y complicaciones metodológicas dieron lugar a algunas modificaciones y consideraciones al proyecto original. Creemos que en el presente diseño quedaron superadas algunas de las deficiencias que el primer intento llevaba consigo.

~~8.1. Sujetos.~~

Participaron cinco pacientes que tenían compañera, los datos de estos pacientes se reportan en la Tabla 8.7.1., los cinco pacientes reportaron ansiedad previa a la relación sexual y desde el comienzo de su vida, su eyaculación ha sido rápida. Reportaron también que no la podían controlar en sus relaciones heterosexuales.

8.2. Aparatos.

Se utilizó un modelo anatómico del pene para mostrar la técnica de compresión de Masters y Johnson, 1976, y una grabadora para cada sujeto con cintas vírgenes, para efectos de medición, se utilizó también un cronómetro o reloj electrónico para cada sujeto.

Algunos aparatos que se utilizaron en el estudio piloto se desecharon, debido a que se consideró que constituían en sí mismos bloques de variables que no podían ser suficientemente controladas. En algún momento el funcionamiento de los aparatos sacaba de control de estímulos a los sujetos.

8.3. Situación Experimental.

Todo el tratamiento tuvo lugar en la casa de cada paciente, en una habitación suficientemente aislada para evitar interrupciones, además que fuera cómoda y que permitiera el funcionamiento de la grabadora.

8.4. Variables Independientes.

Se utilizó a la masturbación con compresiones autoaplicadas como principal variable independiente en el control de la eyaculación, por la razones argumentadas en el capítulo 6. Las compresiones fueron desvanecidas en la fase correspondiente. La variable dependiente medida fue el tiempo entre la estimulación (manual o vaginal) del pene y la eyaculación.

Seguramente intervinieron variables extrañas que estuvieron

completamente fuera de control, debido a las limitaciones experimentales inherentes a los diseños cuasiexperimentales (Campbell y Stanley, 1966; Castro, 1975).

8.5. *Diseño Experimental.*

El diseño utilizado puede ser clasificado como univariable multicondicional (Castro, 1975). Consta de cuatro fases: A-B-C-D. La primera de ellas consistió en una línea base múltiple (Ribes, 1972) de la respuesta eyaculatoria en dos situaciones: Heterosexual y Masturbación. La segunda fase (B) representa el tratamiento, es decir, la administración de compresiones al pene en masturbación solitaria con la finalidad de que el sujeto discrimine los estímulos interoceptivos previos a la eyaculación y los controles; C. representa la fase de desvanecimiento de las compresiones y D la fase de generalización, la cual se midió en una situación heterosexual similar a A.

8.6. *Procedimiento.*

Los sujetos fueron reclutados por medio de carteles pegados en centros de educación superior o por comunicación personal (ver Anexo C).

Como primer paso se evaluó el problema de cada paciente a través de un cuestionario evaluativo (~~ver Anexo B~~) que permitió seleccionar a aquellos que presentaran una historia de eyaculación prematura continua en al menos los últimos dos años.

A cada paciente seleccionado se le dio una explicación general del tratamiento (instrucciones más detalladas se les dieron antes del inicio de cada fase).

8.6.1.Línea Base Múltiple.- La línea base se inició, a elección del sujeto, con sesiones de a) masturbación, o, b) heterosexuales. Para la primera condición se programaron 7 sesiones y para la segunda 5, para poder observar la latencia de la respuesta eyaculatoria y su estabilidad en cada paciente.

a) Sesiones de Masturbación Solitaria.- El sujeto preparaba y encendía la grabadora y se sentaba o recostaba. Si para entonces ya tenía una erección completa del pene, emitía una señal verbal tal como "ahora", en caso contrario comenzaba la manipulación genital y en el momento de obtener la erección completa emitía la señal verbal; de tal forma que la medida del tiempo desde el momento en que había una erección completa, hasta que se producía la eyaculación (la cual quedaba registrada en la grabadora con la señal verbal "ya"). Inmediatamente después se procedía a medir el tiempo entre las señales verbales con un cronómetro o reloj electrónico; cada medición se hizo dos veces para lograr una mayor confiabilidad. Los datos eran anotados en la hoja de registro (ver Anexo C).

b) Sesiones Heterosexuales.- Las sesiones se realizaron en la fecha y hora que se ajustara a las necesidades del sujeto, advirtiéndosele que debían ser en un lugar adecuado y que su pareja debía ser la misma antes y después del tratamiento.

Las sesiones se iniciaban después del registro de la hora de inicio y de la revisión y encendido de la grabadora.

El sujeto emitía una señal verbal tal como "querida" al comenzan el juego previo (definido como el tiempo transcurrido entre el primer contacto físico en la situación en la que se realizaría al contacto sexual y la inserción del pene en la vagina); el sujeto emitiría otra señal verbal tal como "amor", o el nombre de ella en el momento en que comenzara la penetración vaginal, y, finalmente emitía otra señal verbal como las anteriores en el momento en que ocurría la eyaculación. En caso de haber más de un coito en una misma sesión, sólo se debían emitir señales verbales al iniciar la penetración y al eyacular.

Posteriormente se cronometraba el tiempo entre las señales grabadas, dos veces para obtener confiabilidad.

En las sesiones heterosexuales se registraron los orgasmos femeninos ocurridos durante cada intercurso (ver resultados y Anexo C); solo se contaban aquellos provocados por la fricción pene-vagina durante el coito, no registrándose los provocados por estimulación manual u oral.

El sujeto evaluaba, tanto su sesiones heterosexuales como de masturbación, a lo largo de todo el tratamiento, su sensación de placer eyaculatorio de acuerdo a una escala subjetiva de sus propias sensaciones: M - R - B - MB - E. En donde M. significa mal. R. regular, B. bien, MB muy bien, y E. excelente.

8.6.2. Fase de Tratamiento. - Se dieron las mismas instrucciones que en A, pero en esta fase se introdujo la técnica de compresión.

Para propósitos de este estudio la técnica de compresión ha sido modificada para facilitar su autoaplicación, a continuación se describe:

Colocando el dedo pulgar sobre la cara superior (dorsal) del pene, de manera paralela a éste, y los dedos índice y medio en la parte inferior (ventral), a la altura del frenillo, se aplica una presión conjunta durante 3 ó 4 segundos ante la sensación premonitoria de orgasmo (se mostró a los pacientes la aplicación de la técnica en un modelo anatómico del pene), y, cuando la urgencia eyaculatoria haya desaparecido se comenzará nuevamente la estimulación genital (masturbación). Esta técnica debía usarse tantas veces como fuera necesario para mantener el control durante 10 minutos en las primeras cinco sesiones, después de lo cual el sujeto podía eyacular en el momento en que lo deseara. El número de compresiones quedó grabado ya que el sujeto daba una señal verbal al aplicar cada compresión.

En las cinco sesiones siguientes de esta fase el criterio temporal que se le exigía al paciente se incrementaba a 20 minutos independientemente de las compresiones que se hiciera necesario utilizar para lograr el control.

Esta fase podía ser alargada en caso de que los pacientes no alcanzaran los criterios temporales previstos para las primeras 10 sesiones, hasta lograr una ejecución estable.

8.6.3. Fase de Desvanecimiento.- En esta fase se eliminó gradualmente la técnica de compresión. El desvanecimiento constó

de 5 etapas, cada etapa estaba integrada al menos por dos sesiones con el mismo número de compresiones.

Las instrucciones fueron iguales a las dadas en las fases anteriores excepto en que en esta fase no se cumplió un requisito temporal de duración de las sesiones, ya que solo se tomó en cuenta un número determinado de compresiones aplicadas.

La forma de desvanecimiento se programó tomando el promedio de las compresiones aplicadas durante las últimas cinco sesiones de tratamiento, y a partir de ahí se inició el desvanecimiento. Tomamos de ejemplo al sujeto A:

Su promedio de compresiones aplicadas durante las últimas cinco sesiones de tratamiento fue de 14; y su promedio de tiempo de latencia de la respuesta eyaculatoria en esas mismas cinco sesiones fue de 23 minutos 20 segundos.

ETAPAS	SESIONES	FRACCIONES	No. DE COMPRES.	TIEMPO PREVISTO
I	1 2	4/5	11	21'
II	3 4	3/5	8	19'
III	5 6	2/5	6	17'
IV	7 8	1/5	3	15'
V	9 10	0/5	0	13'

Tabla 8.6.2 Compresiones y tiempos previstos para el desvanecimiento de las compresiones en el sujeto A.

El criterio para pasar de una etapa a otra fue el no perder más de dos minutos de duración del tiempo logrado en la etapa inmediata anterior. En la tabla 8.6.1. en donde el tiempo de duración promedio en las últimas cinco sesiones de tratamiento fue de 23' 20" en el sujeto A, y el número promedio de compresiones es de 14, el sujeto al pasar a la primera etapa de desvanecimiento (en donde las compresiones se reducen a 11), debe de sostenerse entre los 23 y 21 minutos. En caso de perder más de dos minutos al pasar de una etapa a la otra, se continuaba en la etapa anterior hasta alcanzar el criterio descrito.

El criterio de adquisición de control eyaculatorio al final del tratamiento-desvanecimiento, debería ser de al menos 10 minutos de estimulación genital manual (masturbación) o de intercurso, sin eyacular y sin la aplicación de la técnica de compresión. Este criterio no se veía afectado si el paciente, para ayudarse en el control, manipula la estimulación que recibe en el pene deteniendo o incrementando sus movimiento pélvicos (en caso de relación heterosexual) o manuales (en caso de masturbación). Es decir, si el paciente logra discriminar los estímulos propioceptivos previos a la eyaculación y suspende la estimulación que su pene esté recibiendo, podríamos hablar de un control voluntario de la emisión seminal (ya que de cualquier manera un eyaculador prematuro no tiene este tipo de control; y en caso de adquirirlo, al final del tratamiento, hablaría a favor de la hipótesis de Kaplan, 1974).

cabo tratando de reproducir las condiciones de la línea base heterosexual y constó de 6 sesiones.

NOTAS:

1.- Se enfatizó a los pacientes la importancia de la confiabilidad y veracidad de los datos que reportararan además de la estricta prohibición de tener relaciones sexuales durante el tiempo que durase el tratamiento. El éxito del tratamiento se condicionó al fiel seguimiento de las instrucciones.

2.- Se le cobró a cada sujeto la cantidad de dos mil pesos como honorarios. Esta cantidad la fueron cubriendo a lo largo del tratamiento.

IZT.

3.- Antes de comenzar a trabajar con el paciente se le enviaba a un examen médico cuya finalidad era el descartar la posibilidad de una etiología física.

4.- La programación de las sesiones obedecía a los deseos de los pacientes, con la finalidad de no introducir la variable saciedad, sino de respetar el nivel operante de esta conducta en el sujeto.

5.- En el caso de los sujetos casados se informó a la esposa de la naturaleza del tratamiento y su duración aproximada.



8.7. *Gráficas y Resultados.*

A continuación presentamos los resultados obtenidos en los cinco sujetos a lo largo de todo el experimento; posteriormente se encuentra una descripción verbal de los mismos en la que se detallan, primero, las ejecuciones individuales, y posteriormente se hacen comparaciones entre las diversas ejecuciones de los pacientes.

S	E	ESTADO CIVIL	OCUPACION	ESCOLARIDAD	TRATAMIENTO			
					Fase	De	A	No. S
A	27 años	SOLTERO	ESTUDIANTE DE INGENIERIA	9º Semestre de Ing.	LBM	24-V-80	5-VI-80	7
					LBH	13-VI-80	5-VII-80	5
					T	10-VII-80	6-VIII-80	18
					D	12-VIII-80	4-IX-80	12
					G	14-IX-80	19-X-80	6
B	25 años	SOLTERO	EMPLEADO	Pasante de Ing. eléctrica	LBM	9-VI-80	17-VI-80	6
					LBH	22-VI-80	16-VII-80	5
					T	21-VII-80	18-VIII-80	15
					D	25-VIII-80	22-IX-80	13
					G	30-IX-80	18-X-80	6
C	26 años	CASADO	OBRERO	3º de Sec.	LBH	15-VI-80	22-VI-80	5
					LBM	27-VI-80	6-VII-80	7
					T	13-VII-80	15-VIII-80	20
					D	25-VII-80	10-IX-80	10
					G	18-IX-80	28-IX-80	6
D	25 años	SOLTERO	EMPLEADO	Estudiante de Biología	LBH	8-VII-80	20-VII-80	5
					LBM	27-VII-80	7-VIII-80	7
					T	12-VIII-80	11-IX-80	18
					D	16-IX-80	4-X-80	12
					G	No reportó datos		--
E	30 años	CASADO	EMPLEADO	2º de Sec.	LBH	28-IX-80	3-X-80	5
					LBM	11-X-80	21-X-80	7
					T	27-X-80	19-XI-80	16
					D	25-XI-80	9-XII-80	10
					G	21-XII-80	25-XII-80	6

S Sujeto

E Edad

L B M Línea Base Masturbación

L B H Línea Base Heterosexual

F E Fase Experimental

D Desvanecimiento

G Generalización

No. S Número de Sesiones

Tabla 3.7.1. En esta Tabla se concentran los datos generales de los pacientes y las fechas en las que realizaron las diferentes fases del tratamiento.

Reporte General Del Tratamiento

Sujeto: A

FASE	NºS.	FECHA	MEDIDA DEL TIEMPO			Esc. de Sen.					Nº C.A.
			HI	HF	T	A	B	C	D	E	
Linea Base M	1	24-V-80			2' 40"			.			
	2	26-V-80			3 25			.			
	3	28-V-80			2 50			.			
	4	31-V-80			3 10			.			
	5	1-VI-80			1 20			.			
	6	3-VI-80			2 10			.			
	7	5-VI-80			1 30			.			
	8										
	9										
	10										
Tratamiento	1	10-VII-80			2' 40"			.		.	3
	2	12-VII-80			5 10			.		.	5
	3	13-VII-80			5 20			.		.	8
	4	14-VII-80			6 40			.		.	10
	5	16-VII-80			3 05			.		.	6
	6	18-VII-80			6 15			.		.	7
	7	21-VII-80			10 18			.		.	12
	8	23-VII-80			12 27			.		.	10
	9	24-VII-80			11 35			.		.	12
	10	26-VII-80			12 05			.		.	13
	11	27-VII-80			15 07			.		.	14
	12	29-VII-80			17 28			.		.	11
	13	30-VII-80			19 24			.		.	13
	14	31-VII-80			19 30			.		.	12
	15	2-VIII-80			22 40			.		.	15
	16	3-VIII-80			24 05			.		.	14
	17	4-VIII-80			25 40			.		.	16
	18	6-VIII-80			24 13			.		.	15
	19										
	20										
Desvanecimiento	1	12-VIII-80			20' 15"			.		.	11
	2	15-VIII-80			22 20			.		.	11
	3	17-VIII-80			20 40			.		.	11
	4	18-VIII-80			17 20			.		.	8
	5	19-VIII-80			15 35			.		.	8
	6	22-VIII-80			17 15			.		.	6
	7	24-VIII-80			15 17			.		.	6
	8	25-VIII-80			12 30			.		.	3
	9	26-VIII-80			14 40			.		.	3
	10	28-VIII-80			12 15			.		.	0
	11	29-VIII-80			12 50			.		.	0
	12	4-IX-80			14 45			.		.	0
	13										
	14										
	15										

NºS. Nº de sesión
 NºC.A. Nº de compresiones aplicadas
 HI Hora inicial
 HF Hora final
 T Tiempo total

A Mal
 B Regular
 C Bien
 D Muy bien
 E Excelente

10

56

Sujeto: A

FASE	Nº S.	FECHA	MEDIDA DEL TIEMPO				Esc de Sen					Nº Org	
			HI	HF	TJ	TI	A	B	C	D	E	M	F
Linea Base HS	1	13-VI-80			20'	25' 1' 15	.	.	.	.	.	1	0
	2	21-VI-80			15	2 20 3 15	.	.	.	.	.	1	0
	3	29-VI-80			35	40	.	.	.	.	.	1	0
	4	3-VI-80			45	1 50	.	.	.	.	.	1	0
	5	5-VII-80			20	1 10 3 00	.	.	.	.	.	1	0
Generalizacion	1	14-IX-80			12'	4 40 6 30	.	.	.	.	.	1	1
	2	20-IX-80			50	8 30	.	.	.	.	.	1	1
	3	28-IX-80			40	6 40	.	.	.	.	.	1	0
	4	4-X-80			1° 20	9 20	.	.	.	.	.	1	1
	5	10-X-80			45	11 15	.	.	.	.	.	1	2
	6	19-X-80			30	16 10 5 00	.	.	.	.	.	1	2
	7						.	.	.	.	.
	8						.	.	.	.	.
	9						.	.	.	.	.
	10						.	.	.	.	.

Nº S Nº de sesion
 Nº Org. Nº de orgasmos
 M Masculino
 F Femenino

HI Hora inicio
 HF Hora final
 TJ Tiempo de latencia
 TI Tiempo de intercurso

Reporte General Del Tratamiento

Sujeto: B

FASE	NºS.	FECHA	MEDIDA DEL TIEMPO			Esc. de Sen.					Nº C.A.
			HI	HF	T	A	B	C	D	E	
Linea Base M	1	9-VI-80			1' 00"			.			
	2	10-VI-80			2 40			.			
	3	13-VI-80			1 10			.			
	4	15-VI-80			3 05			.			
	5	16-VI-80			0 40			.			
	6	19-VI-80			1 30			.			
	7										
	8										
	9										
	10										
Tratamiento	1	21-VII-80			4' 50"			.			3
	2	23-VII-80			6 20			.	.		5
	3	24-VII-80			5 30			.	.		7
	4	25-VII-80			6 10			.	.		3
	5	27-VII-80			8 15			.	.		10
	6	30-VII-80			10 17			.	.		12
	7	31-VII-80			10 25			.	.		10
	8	3-VIII-80			12 35			.	.		15
	9	6-VIII-80			15 20			.	.		12
	10	8-VIII-80			14 10			.	.		13
	11	9-VIII-80			19 05			.	.		10
	12	12-VIII-80			20 07			.	.		8
	13	15-VIII-80			20 30			.	.		10
	14	16-VIII-80			22 10			.	.		9
	15	18-VIII-80			20 40			.	.		13
	16										
	17										
	18										
	19										
	20										
Desvanecimiento	1	25-VIII-80			14' 10"			.			8
	2	27-VIII-80			16 20			.			8
	3	28-VIII-80			18 25			.	.		8
	4	1-IX-80			18 15			.	.		6
	5	4-IX-80			16 35			.	.		6
	6	5-IX-80			17 55			.	.		6
	7	7-IX-80			14 10			.	.		4
	8	9-IX-80			15 25			.	.		4
	9	14-IX-80			14 45			.	.		2
	10	16-IX-80			16 30			.	.		2
	11	17-IX-80			13 20			.	.		0
	12	19-IX-80			14 50			.	.		0
	13	22-IX-80			16 05			.	.		0
	14										
	15										

NºS. Nº de sesión
 Nº.C.A. Nº de compresiones aplicadas
 HI Hora inicial
 HF Hora final
 T Tiempo total

A Mal
 B Regular
 C Bien
 D Muy bien
 E Excelente

9.33

4 15

Sujeto: B

FASE	N° S.	FECHA	MEDIDA DEL TIEMPO				Esc de Sup					iv° Org		
			HI	HF	TJ	TI	A	B	C	D	E	M	F	
Linea Base HS	1	22-VI-80			?	0' 20" 3' 05"							1	0
	2	27-VI-80			?	2' 00" 1' 40"							1	1
	3	6-VII-80			?	0' 45" 2' 40"							1	0
	4	13-VII-80			?	0' 55" 3' 20"							1	0
	5	16-VII-80			?	0' 40"							1	0
Generalizacion	1	30-IX-80			30'	2' 50"							1	1
	2	5-X-80			40	4' 10"							1	2
	3	11-X-80			1' 10	6' 50" 7' 00"							1	0
	4	15-X-80			45	7' 15"							1	1
	5	17-X-80			20	7' 10"							1	1
	6	18-X-80			50	8' 10" 4' 50"							1	0
	7													
	8													
	9													
	10													

N° S N° de sesion
 N° Org N° de orgasmos
 M Masculino
 F Femenino

HI Hora inicial
 HF Hora final
 TJ Tiempo de juego
 TI Tiempo de intercurso

Reporte General Del Tratamiento

Sujeto: C

FASE	N°S.	FECHA	MEDIDA DEL TIEMPO			Esc. de Sen.					N° C.A.
			HI	HF	T	A	B	C	D	E	
Linea Base M	1	27-VI-80			1' 00"	.	.	.	.	.
	2	29-VI-80			2 10	.	.	.	.	.
	3	30-VI-80			0 45	.	.	.	.	.
	4	2-VII-80			0 50	.	.	.	.	.
	5	3-VII-80			0 40	.	.	.	.	.
	6	5-VII-80			2 20	.	.	.	.	.
	7	6-VII-80			1 10	.	.	.	.	.
	8										
	9										
	10										
Tratamiento	1	13-VII-80			4' 10"	.	.	.	.	.	4
	2	16-VII-80			2 50	.	.	.	.	.	3
	3	19-VII-80			5 40	.	.	.	.	.	10
	4	20-VII-80			3 00	.	.	.	.	.	7
	5	21-VII-80			5 20	.	.	.	.	.	9
	6	25-VII-80			9 50	.	.	.	.	.	12
	7	27-VII-80			13 10	.	.	.	.	.	15
	8	29-VII-80			17 20	.	.	.	.	.	10
	9	30-VII-80			12 40	.	.	.	.	.	15
	10	2-VIII-80			10 00	.	.	.	.	.	17
	11	3-VIII-80			12 35	.	.	.	.	.	15
	12	4-VIII-80			12 45	.	.	.	.	.	14
	13	6-VIII-80			15 10	.	.	.	.	.	14
	14	7-VIII-80			16 50	.	.	.	.	.	10
	15	8-VIII-80			12 10	.	.	.	.	.	9
	16	10-VIII-80			17 20	.	.	.	.	.	10
	17	12-VIII-80			22 00	.	.	.	.	.	10
	18	13-VIII-80			20 35	.	.	.	.	.	8
	19	14-VIII-80			21 45	.	.	.	.	.	15
	20	15-VIII-80			22 10	.	.	.	.	.	13
Desvanecimiento	1	25-VIII-80			20' 10"	.	.	.	.	.	9
	2	27-VIII-80			21 30	.	.	.	.	.	9
	3	28-VIII-80			16 47	.	.	.	.	.	7
	4	30-VIII-80			18 00	.	.	.	.	.	7
	5	2-IX-80			17 25	.	.	.	.	.	4
	6	5-IX-80			16 55	.	.	.	.	.	4
	7	7-IX-80			15 40	.	.	.	.	.	2
	8	8-IX-80			17 25	.	.	.	.	.	2
	9	9-IX-80			15 35	.	.	.	.	.	0
	10	10-IX-80			16 05	.	.	.	.	.	0
	11										
	12										
	13										
	14										
	15										

N°S. N° de sesión
 N°C.A. N° de compresiones aplicadas
 HI Hora inicial
 HF Hora final
 T Tiempo total

A Mal
 B Regular
 C Bien
 D Muy bien
 E Excelente

Sujeto: C

FASE	N°S.	FECHA	MEDIDA DEL TIEMPO				E ₅₀ de ...					M	F	
			HI	HF	TJ	TI	A	B	C	D	E			
Linea Base HS	1	15-VI-80			20'	1'35"							1	0
	2	17-VI-80			22	1'20							1	0
	3	18-VI-80			37	0'40							1	0
	4	21-VI-80			15	2'10 2'40							1	?
	5	22-VI-80			10	1'30							1	0
Generalizacion	1	18-IX-80			20'	7'20"							1	1
	2	19-IX-80			25	9'10							1	1
	3	21-IX-80			5	5'05 7'10							1	2
	4	23-IX-80			?	10'00							1	1
	5	25-IX-80			42	12'40							1	2
	6	28-IX-80			20	16'15							1	263
	7													
	8													
	9													
	10													

N°S N° de sesion
 N° Org. N° de orgasmos
 M Masculino
 F Femenino

HI Hora inicial
 HF Hora final
 TJ Tiempo de juego
 TI Tiempo de intercurso

Reporte General Del Tratamiento

Sujeto: D

FASE	N°S.	FECHA	MEDIDA DEL TIEMPO			Esc. de Sen					N° C.A.	
			HI	HF	T	A	B	C	D	E		
Linea Base M	1	27-VII-80			0' 50"							
	2	28-VII-80			1 40			.	.			
	3	29-VII-80			2 10			.	.			
	4	1-VIII-80			3 10			.	.			
	5	3-VIII-80			0 15			.	.			
	6	4-VIII-80			1 45			.	.			
	7	7-VIII-80			1 30			.	.			
	8											
	9											
	10											
Tratamiento	1	12-VIII-80			7' 30"			.	.			8
	2	13-VIII-80			6 20			.	.			7
	3	14-VIII-80			9 10			.	.			10
	4	15-VIII-80			9 40			.	.			17
	5	17-VIII-80			9 15			.	.			15
	6	18-VIII-80			9 00			.	.			18
	7	19-VIII-80			13 10			.	.			16
	8	22-VIII-80			16 20			.	.			15
	9	23-VIII-80			12 15			.	.			17
	10	27-VIII-80			14 30			.	.			18
	11	26-VIII-80			16 35			.	.			16
	12	28-VIII-80			19 40			.	.			17
Desvanecimiento	1	16-IX-80			19' 10"			.	.			12
	2	19-IX-80			18 20			.	.			12
	3	23-IX-80			19 30			.	.			9
	4	24-IX-80			16 10			.	.			9
	5	26-IX-80			17 05			.	.			6
	6	27-IX-80			14 40			.	.			6
	7	29-IX-80			18 10			.	.			6
	8	30-IX-80			15 20			.	.			3
	9	1-X-80			16 30			.	.			3
	10	2-X-80			13 20			.	.			0
11	3-X-80			12 40			.	.			0	
12	4-X-80			14 00			.	.			0	
13												
14												
15												

1295

5.5

N°S. N° de sesion
 N°C.A. N° de compresiones aplicadas
 HI Hora inicial
 HF Hora final
 T Tiempo total

A Mal
 B Regular
 C Bien
 D Muy bien
 E Excelente

Sujeto: D

FASE	N° S.	FECHA	MEDIDA DEL TIEMPO				Esc de Sen					N° Org		
			HI	HF	TJ	TI	A	B	C	D	E	M	F	
Linea Base HS	1	8-VII-80			25	0'45"							1	0
	2	12-VII-80			10	1'25							1	0
	3	15-VII-80			40	2'10 3'20							1	1
	4	19-VII-80			37	0'55 2'10							1	0
	5	20-VII-80			29	2'25							1	2
Generalizacion	1													
	2		NOTA: NO REPORTO DATOS DE GENERALIZACION.											
	3													
	4													
	5													
	6													
	7													
	8													
	9													
	10													

N° S. N° de sesion
 N° Org. N° de orgasmos
 M Masculino
 F Femenino

HI Hora inicio
 HF Hora final
 TJ Tiempo de base
 TI Tiempo de intervalo

Reporte General Del Tratamiento

Sujeto: E

FASE	Nº.S.	FECHA	MEDIDA DEL TIEMPO			Esc. de Sen.					Nº C.A.
			HI	HF	T	A	B	C	D	E	
Linea Base M	1	11-X-80			4' 10"	.					
	2	12-X-80			2 30	.					
	3	15-X-80			1 25	.					
	4	17-X-80			2 40	.					
	5	18-X-80			3 30	.	.				
	6	20-X-80			3 40	.					
	7	21-X-80			4 10	.	.				
	8										
	9										
	10										
Tratamiento	1	27-X-80			2' 10"	.	.				0
	2	30-X-80			4 00	.	.				3
	3	31-X-80			8 05	.	.				5
	4	2-XI-80			12 50	.	.				7
	5	3-XI-80			4 30	.	.	.			6
	6	5-XI-80			14 50	.	.	.			10
	7	6-XI-80			18 00	.	.	.			12
	8	7-XI-80			20 10	.	.	.			17
	9	9-XI-80			18 15	.	.	.			10
	10	11-XI-80			20 35	.	.	.			12
	11	13-XI-80			20 40	.	.	.			15
	12	14-XI-80			26 10	.	.	.			16
	13	15-XI-80			21 50	.	.	.			9
	14	16-XI-80			23 00	.	.	.	.		11
	15	17-XI-80			23 45	.	.	.	.		15
	16	19-XI-80			22 30	.	.	.	.		10
	17										
	18										
	19										
	20										
Desvanecimiento	1	25-XI-80			22' 10"	.	.	.			10
	2	29-XI-80			23 05	.	.	.			10
	3	30-XI-80			17 45	.	.	.			7
	4	3-XII-80			21 30	.	.	.			7
	5	5-XII-80			20 30	.	.	.			5
	6	6-XII-80			16 50	.	.	.			5
	7	7-XII-80			19 10	.	.	.			5
	8	11-XII-80			16 10	.	.	.			3
	9	16-XII-80			16 50	.	.	.			3
	10	19-XII-80			17 15	.	.	.			0
	11		NOTA: NO QUISO TERMINAR EL								
	12		DESVANECIMIENTO SINO								
	13		TENER YA RELACIONES								
	14		CON SU ESPOSA.								
	15										

9.8

5.6

Nº.S. Nº de sesión
 Nº.C.A. Nº de compresiones aplicadas
 HI Hora inicial
 HF Hora final
 T Tiempo total

A Mal
 B Regular
 C Bien
 D Muy bien
 E Excelente

Sujeto: E.

FASE	N°S.	FECHA	MEDIDA DEL TIEMPO				Esc Ja Sen					N° Org	
			HI	HF	TJ	TI	A	B	C	D	E	M	F
Linea Base HS	1	28-IX-80			19	1'35"			•			1	0
	2	30-IX-80			24	0'50			•			1	0
	3	4-X-80			17	2'20			•			1	1
	4	5-X-80			?	2'50			•			1	1
	5	8-X-80			10	2'10				•		1	0
Generalizacion	1	21-XII-80			22	9'10"			•			1	1
	2	21-XII-80			37	7'05" 4'20"			•			1	0
	3	22-XII-80			28	15'50"			•			1	2
	4	23-XII-80			43	12'10"			•			1	?
	5	24-XII-80			62	6'10"			•			1	1
	6	25-XII-80			10	11'15"				•		1	2
	7												
	8												
	9												
	10												

N°S N° de sesion
 N° Org N° de organismos
 M Masculino
 F Femenino

HI Hora inicial
 HF Hora final
 TJ Tiempo de juego
 TI Tiempo de intercurso

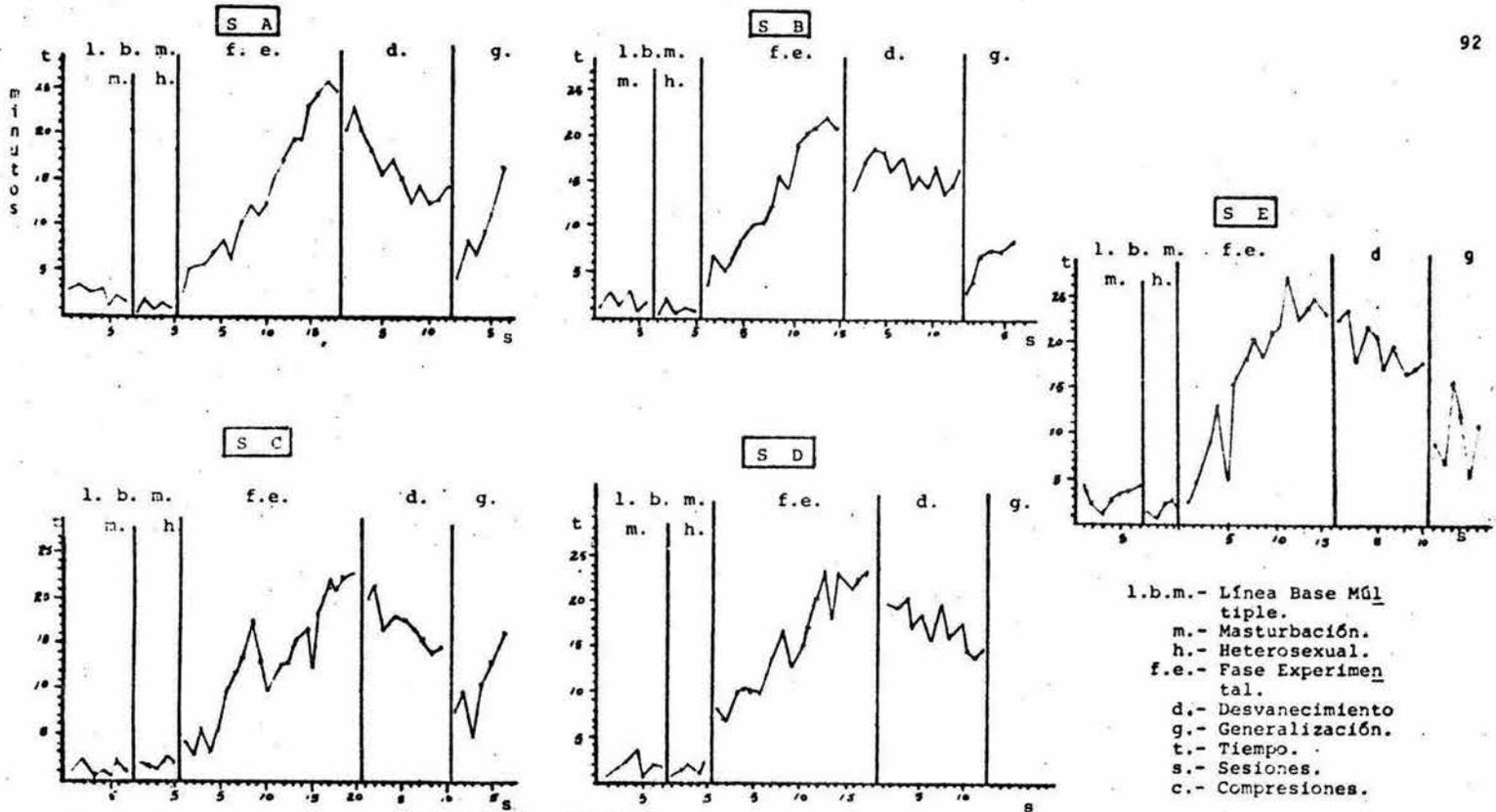


FIGURA 8.7.1. Gráfica que nos muestra la ejecución de los cinco sujetos a lo largo de todo el experimento.

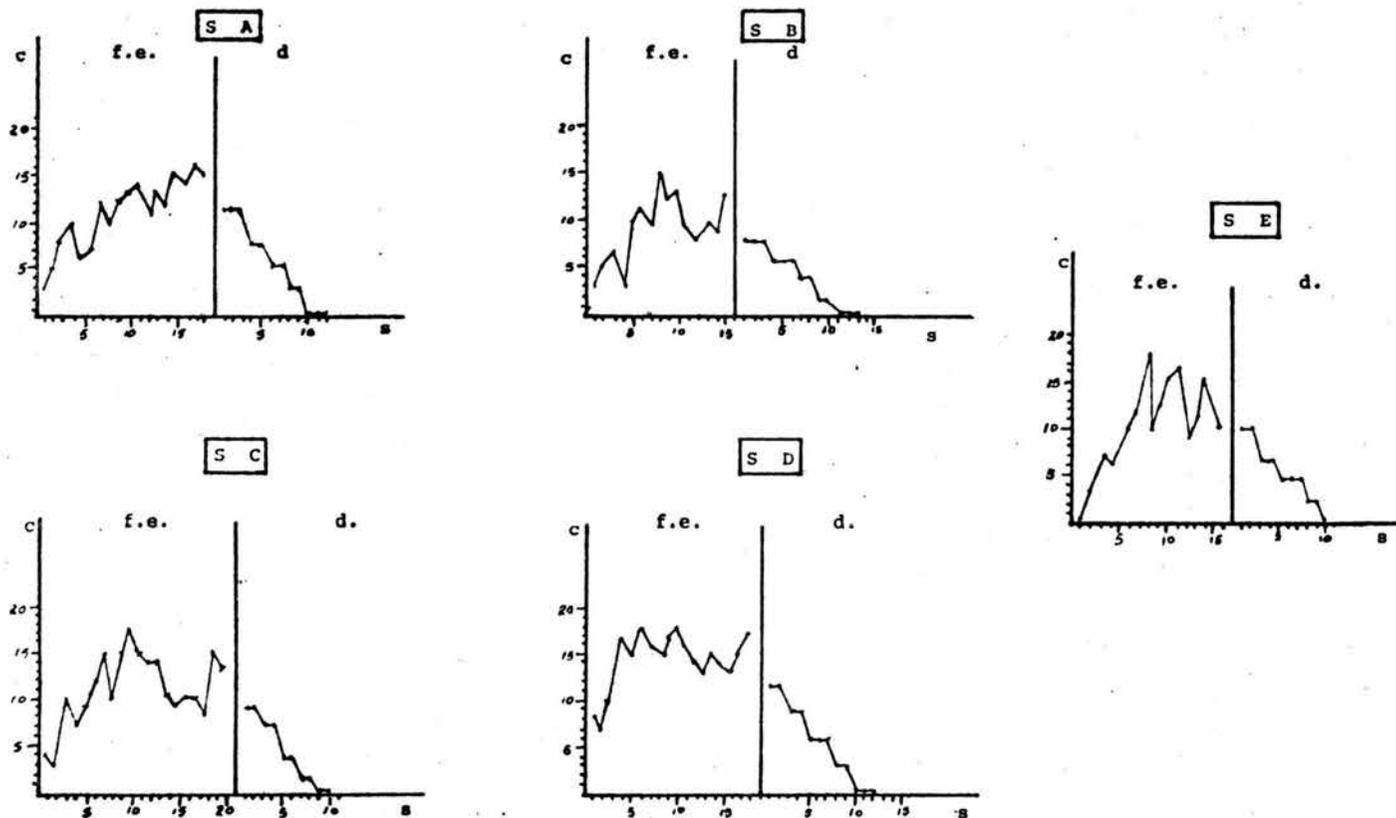


FIGURA 8.7.2. Gráficas que muestran las compresiones aplicadas por cada sujeto durante las fases de tratamiento y desvanecimiento.

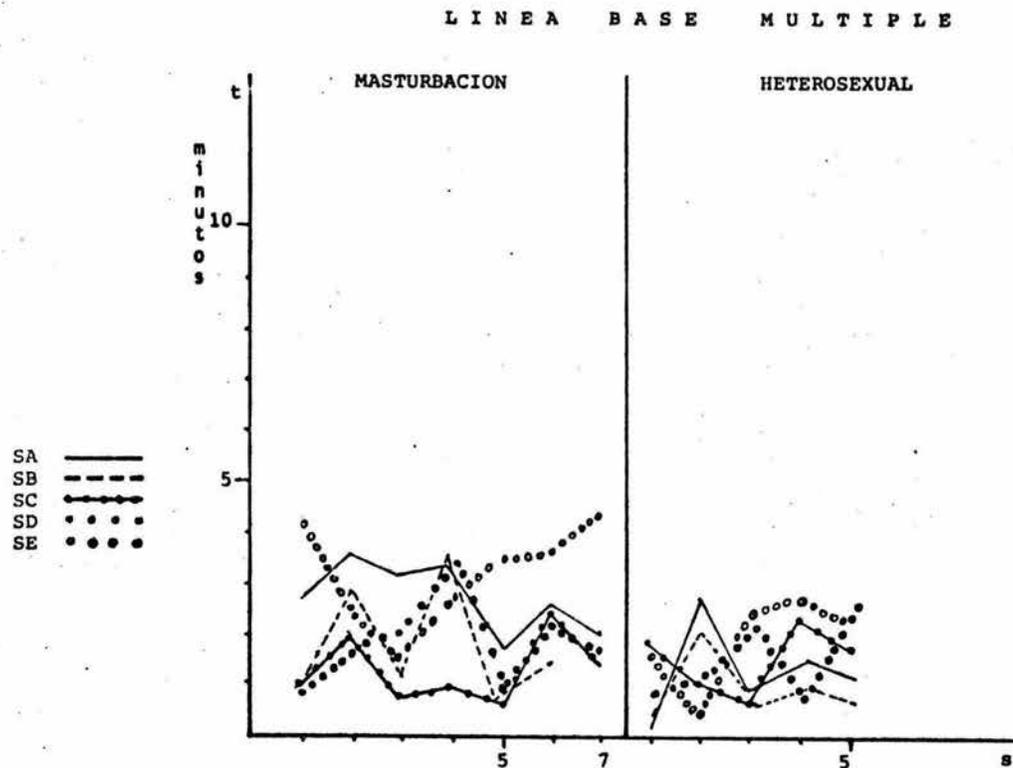


FIGURA 8.7.3. Gráfica comparativa que muestra la ejecución de los cinco sujetos en la fase de línea base múltiple.

T R A T A M I E N T O

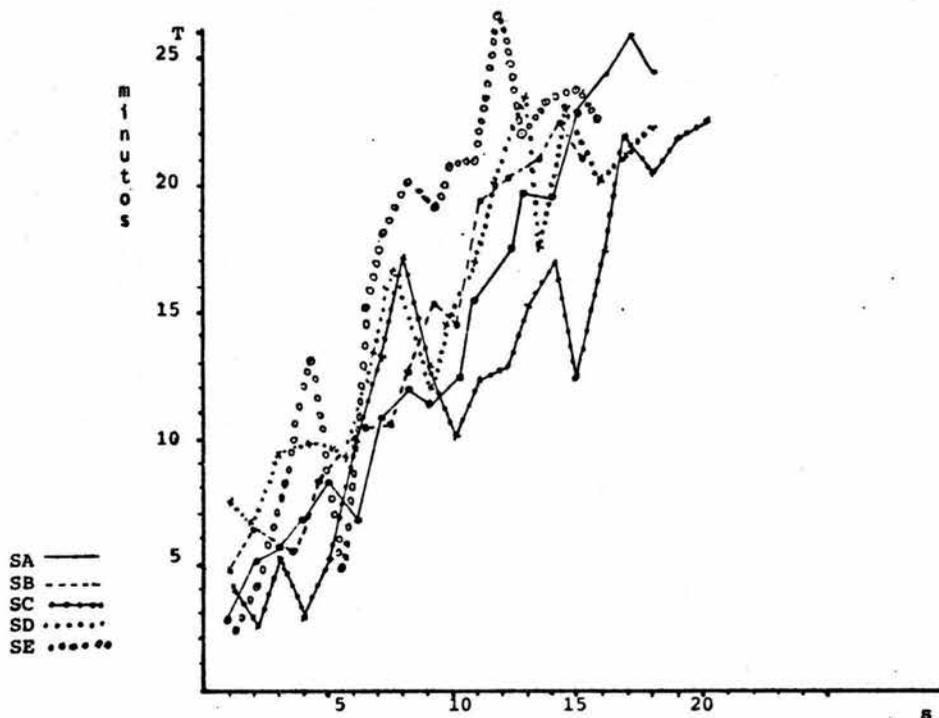


FIGURA 8.7.4. Gráfica comparativa que nos muestra la ejecución de los cinco sujetos en la fase de tratamiento.

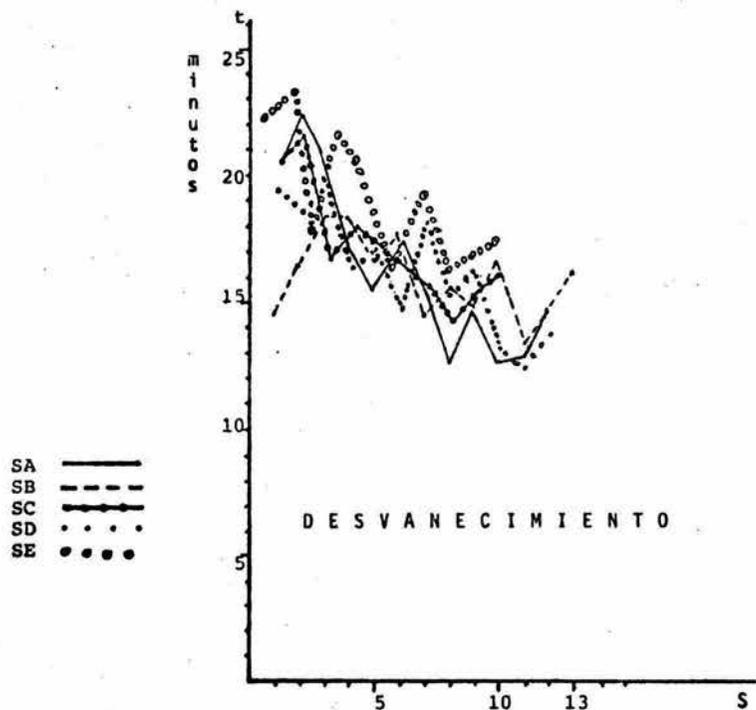


FIGURA 8.7.5. Gráfica que muestra comparativamente la ejecución de los sujetos en la fase de desvanecimiento.

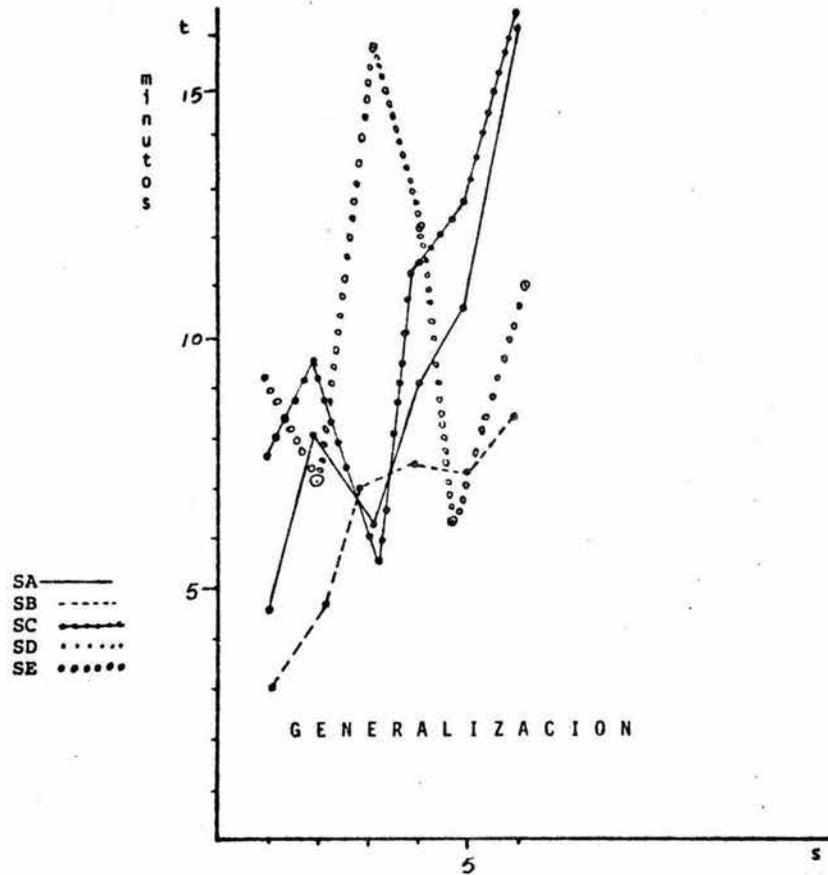


FIGURA 8.7.6. Gráfica comparativa que muestra la ejecución de los sujetos en la generalización.

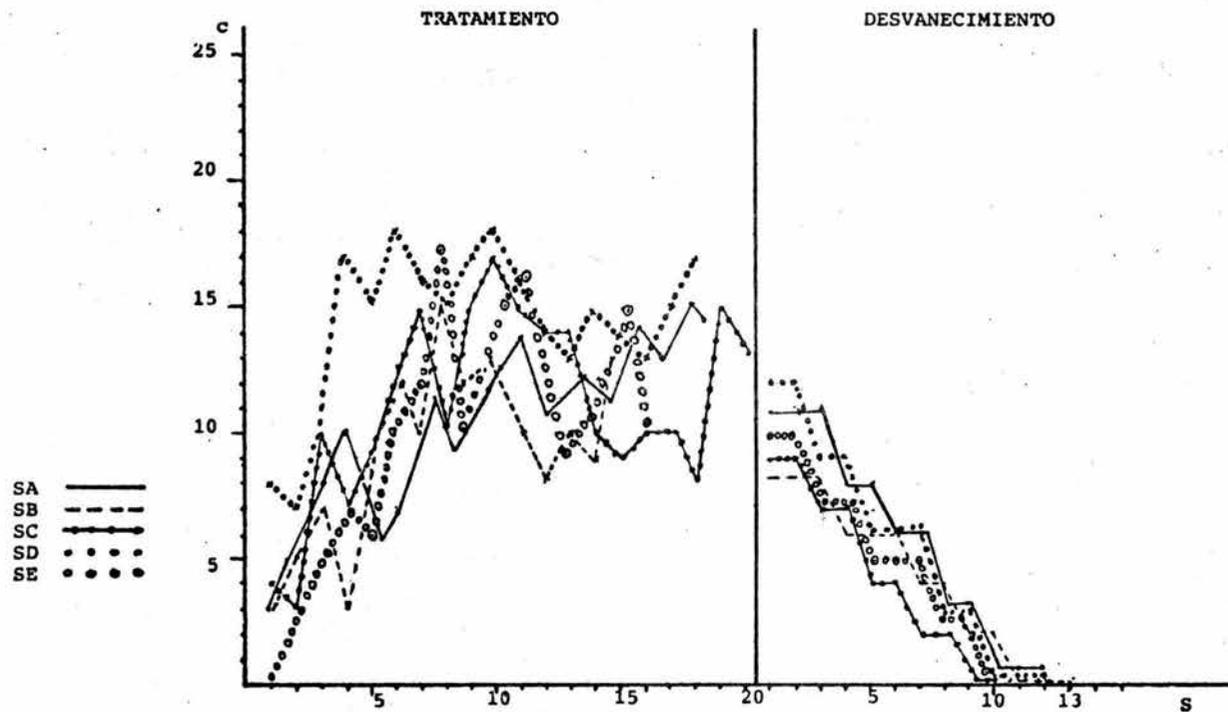


FIGURA 8.7.7. Gráfica que muestra comparativamente las compresiones aplicadas por los sujetos a lo largo de las fases de tratamiento y desvanecimiento.

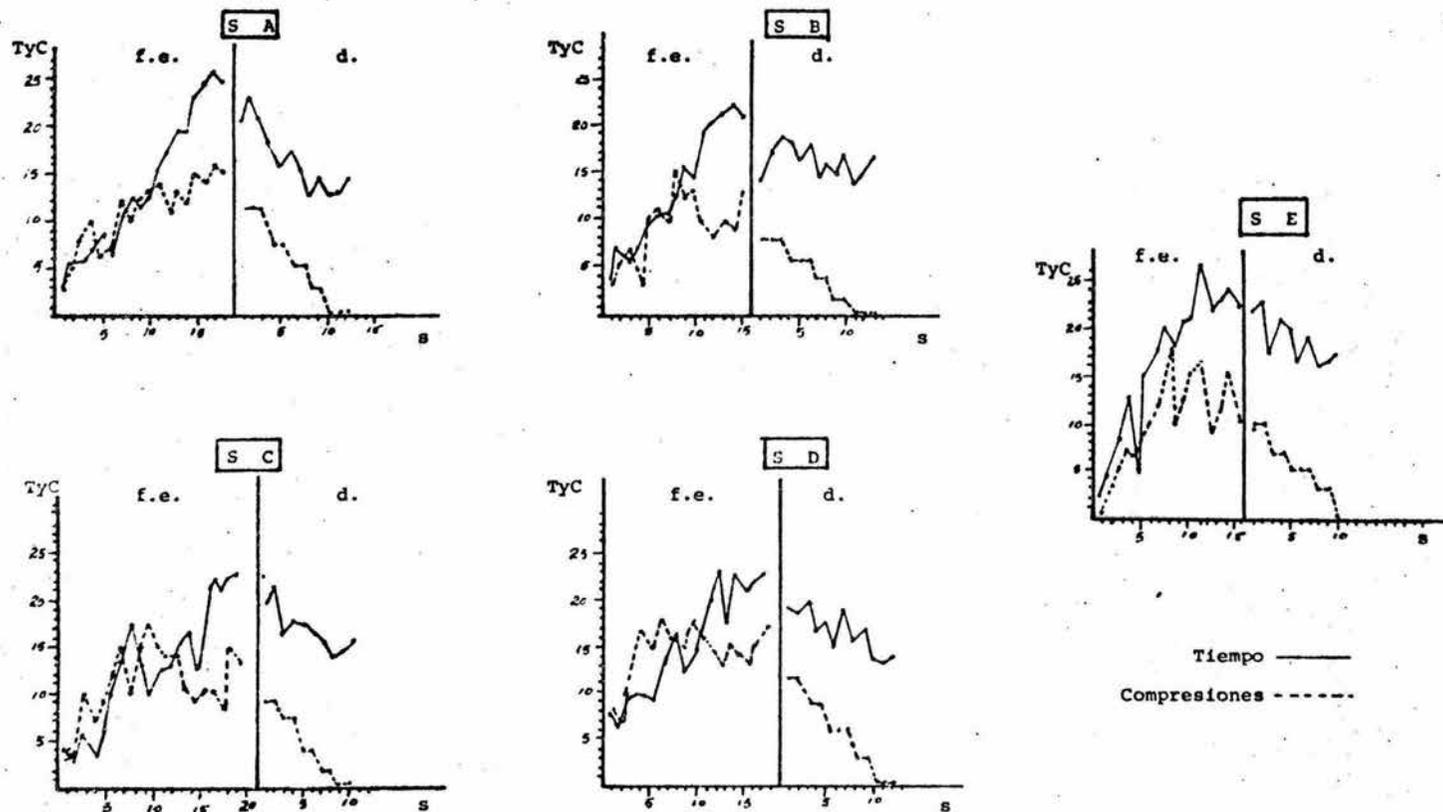


FIGURA 9.7.8. Gráficas comparativas que nos muestran los tiempos de eyaculación y las compresiones aplicadas en cada sujeto durante las fases de tratamiento y desvanecimiento.

Sujeto A. El sujeto A, como lo muestra la figura 8.7.1., durante la línea base múltiple, que constó de la misma conducta (control eyaculatorio) medida en dos situaciones diferentes (masturbación solitaria y relación heterosexual), cae dentro de la categoría de eyaculador prematuro, de acuerdo con la definición dada en el capítulo 2 para efectos de este estudio ya que, en ambas situaciones, la latencia eyaculatoria no sobrepasó los tres minutos en promedio.

Al iniciarse la fase experimental, en la que el sujeto se autoaplicaba compresiones (variable independiente) ante algunas sensaciones de inminencia eyaculatoria en situaciones de masturbación solitaria, observamos que la latencia de la respuesta sexual se alarga progresiva y ordenadamente hasta llegar a los 25' 40" en la sesión 17, usando para ello 16 compresiones.

Aun cuando la meta a alcanzar por los sujetos era la de aumentar la latencia de su respuesta sexual a 20' al menos, en 10 sesiones, el sujeto A necesitó de 18 sesiones para que su ejecución fuera considerada como estable. El promedio de tiempo del sujeto A, en las últimas 5 sesiones de la fase experimental o de tratamiento, fue de 23' 20"; mientras que su promedio de compresiones fue de 14.

En base a ello se programó la fase de desvanecimiento en 10 sesiones como sigue:

ETAPAS	SESIONES	FRACCIONES	No. DE COMPRES.	TIEMPO PREVISTO
I	1 2	4/5	11	21'
II	3 4	3/5	8	19'
III	5 6	2/5	6	17'
IV	7 8	1/5	3	15'
V	9 10	0/5	0	13'

Aunque el sujeto A no se ajustó a tal programación ya que su ejecución fue alargada hasta 12 sesiones, finalmente obtuvo un promedio de 13' 28" en las últimas tres sesiones del desvanecimiento (ya sin compresiones), con lo cual superó el criterio de 10' de duración al menos.

En la fase de generalización, misma de la que se tienen 6 reportes, el sujeto muestra un decremento en la latencia en sus primeros encuentros heterosexuales con la misma pareja, aunque posteriormente se observa un incremento en el control eyaculatorio. Podemos decir, basándonos en las medidas previas de la misma conducta, que el sujeto A no volvió a caer, en ninguna de las sesiones de generalización, en la categoría de eyaculador prematuro

Sujeto B. Este sujeto, como se observa en la figura 8.7.1., cae también en la categoría de eyaculador prematuro en la lí-

nea base múltiple, ya que tampoco sobrepasa los 3' de latencia en la respuesta sexual en ninguna de las dos situaciones en las que fue medida tal conducta.

Al igual que el sujeto A, al comenzar la fase experimental o de tratamiento, la variable independiente manipulada hace que la latencia de la respuesta eyaculatoria se incremente de una forma notable hasta alcanzar su punto máximo (22' 10") en la sesión 14, usando 9 compresiones.

El sujeto B usó 15 sesiones (ver tabla 3.7.3.) para incrementar suficientemente su ejecución y hacerla estable.

El promedio de tiempo para este sujeto en las últimas 5 sesiones de la fase experimental fue de 20' 51", mientras que su promedio de compresiones fue de 10 en esas mismas sesiones. La programación del desvanecimiento fue como sigue:

ETAPAS	SESIONES	FRACCIONES	No. DE COMPRES.	TIEMPO PREVISTO
I	1 2	4/5	8	19'
II	3 4	3/5	6	17'
III	5 6	2/5	4	15'
IV	7 8	1/5	2	13'
V	9 10	0/5	0	11'

El sujeto B tampoco se ajustó a la programación del desvanecimiento, mismo que tuvo que alargarse hasta 13 sesiones ya que en las sesiones 1 y 2 disminuyó su latencia más de lo programado (2').

La ejecución del sujeto B en la fase de desvanecimiento que quedó en un promedio de 15' 25" en las últimas tres sesiones ya sin compresiones y, como se observa en la figura 8.7.1 y 8.7.8., se mantiene estable.

La fase de generalización para el sujeto B fue, sin embargo, muy baja en relación con su ejecución en el desvanecimiento ya que en promedio la latencia llegó a 6' 07" en las 6 sesiones que se reportan. No obstante se advierte un incremento progresivo en la tendencia de la ejecución.

Sujeto C. Durante la línea base el sujeto C muestra que su ejecución podía ser considerada como eyaculación prematura (figura 8.7.1.), ya que no alcanza el criterio mínimo (3') en ninguna de las dos situaciones de línea base. Su promedio de latencia eyaculatoria en situación de masturbación es de 1' 35" y en heterosexual es de 1' 45".

En la segunda fase incrementa la latencia del reflejo eyaculatorio aunque tarda 20 sesiones en estabilizarse. El promedio de tiempo en las últimas 5 sesiones de tratamiento fue de 21' 24"; y su promedio de compresiones en esas mismas sesiones fue de 11 (ver figura 8.7.2.). Por lo tanto la programación del desvanecimiento fue de la siguiente manera:

SESIONES	No. DE COMPRES.	TIEMPO PREVISTO
1	9	19'
2	9	19'
3	7	17'
4	7	17'
5	4	15'
6	4	15'
7	2	13'
8	2	13'
9	0	11'
10	0	11'

El sujeto C usó solamente 10 sesiones para completar el desvanecimiento, al cual se ajustó perfectamente (ver tabla 8.7.4. y 8.7.8.). En la figura 8.7.1. puede observarse la diferencia en la ejecución durante la generalización, en comparación con la línea base.

La latencia promedio durante la generalización es de 10' 05" y se observa que la tendencia de la gráfica es ascendente.

Sujeto D. Al igual que los anteriores, en la línea base - múltiple el sujeto D (ver figura 8.7.1.) muestra que su latencia promedio en situación de masturbación es de 2' 04" en 7 - sesiones; y de 1' 48" en 5 sesiones de relación heterosexual; lo cual lo coloca en la categoría de eyaculador prematuro desde el inicio de la fase experimental (ver figuras 8.7.1., 8.- 7.2 y 8.7.8.).

El tiempo transcurrido entre la iniciación de la manipulación genital y la eyaculación, se alargó hasta estabilizarse; se obtuvo un promedio de 21' 01" de las últimas 5 sesiones de esta fase. El promedio de compresiones durante esas sesiones llegó a 15; por lo cual se programó el desvanecimiento como sigue:

SESIONES	No. de COMPRES.	TIEMPO PREVISTO
1	12	19'
2	12	19'
3	9	17'
4	9	17'
5	6	15'
6	6	15'
7	3	13'
8	3	13'
9	0	11'
10	0	11'

Sin embargo, este sujeto requirió 12 sesiones para lograr el desvanecimiento.

El sujeto D no reportó datos de generalización, no quiso darlos por teléfono y cuando se programó alguna cita, no acudió.

Sujeto E. El sujeto E, cuya latencia promedio en situación de masturbación solitaria fue de 3' 15" y en las sesiones de línea base heterosexual fue de 2' 35" (figura 8.7.1.

y tabla 8.7.6.), no cae dentro de la categoría de eyaculador prematuro en la primera situación, ya que sobrepasa el criterio establecido por 15"; sin embargo, en la segunda situación sí cae dentro de esta categoría.

Las figuras 8.7.1., 8.7.2. y 8.7.8. y la tabla 8.7.6., nos muestran que al aplicar la variable independiente se obtuvo un incremento considerable en la latencia de la respuesta, ya que en las últimas 5 sesiones de tratamiento el promedio fue de 23' 45" con un promedio de 12 compresiones.

El desvanecimiento se programó como sigue:

SESIONES	NO. De COMPRES.	TIEMPO PREVISTO
1	10	22'
2	10	22'
3	7	20'
4	7	20'
5	5	18'
6	5	18'
7	3	17'
8	3	17'
9	0	16'
10	0	16'

Al desvanecer la variable independiente, la latencia es mínimamente descendente y muy ordenada; obteniéndose en la última sesión, ya sin compresiones, una latencia de 17' 15".

El sujeto no quizó determinar el desvanecimiento (le faltó una sesión) sino de inmediato tener relaciones sexuales con su esposa.

En la generalización la ejecución de este sujeto no logra quedar estable, aunque sí muy encima de la L.B., su promedio durante la última fase fué de 10' 12".

Pasaremos ahora a comparar las diferentes fases del proyecto en los 5 sujetos.

LINEA BASE MULTIPLE.- Como se observa en la fig. 8.7.3. en la que se gráfica la latencia de la respuesta sexual de los sujetos en 2 situaciones diferentes (masturbación solitaria y relaciones heterosexuales), la ejecución de los sujetos en ambas situaciones de línea base es más o menos similar.

Observamos que el único sujeto que sobrepasa el criterio de 3' es el sujeto E, en situaciones de masturbación solitaria; en la situación heterosexual todos los sujetos quedaron por debajo del criterio mínimo (3') y por lo tanto clasificados como eyaculadores prematuros.

TRATAMIENTO.- En esta fase al hacer una comparación de los 5 sujetos (fig. 8.7.4) observamos, al igual que en la fase anterior, que las latencias se distribuyen de una forma similar,

El sujeto que logra una mayor latencia es el S.E., en un menor tiempo que el resto; y el sujeto que tiene la menor latencia es el S.C.

La gráfica 8.7.7. nos muestra cómo fue administrada la variable independiente por lo sujetos.

El promedio de compresiones aplicadas por los 5 sujetos durante esta fase fue de 12.5 en las últimas 5 sesiones.

DESVANECIMIENTO.- En esta fase la ejecución de los sujetos es especialmente similar (fig. 8.7.5), aunque a algunos de ellos usaron mayor número de sesiones que otros para eliminar completamente a la V.I. (compresiones).

El promedio de la latencia de los 5 sujetos tomada al finalizar el desvanecimiento (3 últimas sesiones) es de 16"03", lo cual indica un incremento de más de 5 veces en comparación con la línea base múltiple.

La fig. 8.7.7. muestra comparativamente las compresiones auto aplicadas por los sujetos durante esta fase. Se observa que en todos los casos el desvanecimiento fue descendente y ordenado aunque hubo variaciones en cuanto al número de sesiones.

GENERALIZACION.- En la fig. 8.7.6, podemos observar la latencia del reflejo eyaculatorio en situación heterosexual de 4 de los sujetos (el sujeto E no reportó ningún dato en esta fase).

Observamos, en general, que todos los sujetos logran incrementar la latencia del reflejo; los sujetos C y A lo hacen de una forma más alta y constante. El sujeto E se muestra menos estable, aunque es satisfactoria su ejecución.

El sujeto B muestra cierta estabilidad combinada con un control mayor cada vez.

8.8. *Discusión.*

Los resultados obtenidos nos muestran que la respuesta eyaculatoria es susceptible de ser recondicionada en sujetos que carecen de un control "voluntario" de la misma. Sin embargo, existen diferentes problemas que dificultan la labor de terapia y que es importante abordar. Uno de ellos es el registro de datos en cada sesión.

La labor de registro, en este experimento y en los de su modalidad, recae completamente en el paciente. Aunque la toma de datos puede resultar relativamente sencilla, es bien cierto que representa un verdadero problema para el paciente si tiene que ocurrir en una situación en la que su ocurrencia es casi incompatible con el estado de excitación erótica. Ya en las últimas sesiones del experimento los pacientes presentan cierta renuencia a efectuar los registros, sobre todo en sus relaciones heterosexuales, y cuesta trabajo convencerlos de la importancia que tiene, para ellos mismos, el que los efectúen. El registro de datos es, en efecto, un factor de vital importancia en cualquier tratamiento, ya que de él depende básicamente la toma de decisión

nes del terapéuta, pero creemos que deben encontrarse formas de registro que resuelvan, o que por lo menos palién, este problema que nosotros enfrentamos al implementar un tratamiento de esta naturaleza.

Por otra parte, sabemos que en un trabajo como este existen innumerables fuentes de invalidez, todas debidas a una falta de control experimental, lo cual, en nuestro medio y con nuestros recursos es muy difícil de conseguir. Algunas condiciones que pudieron influir en los resultados son:

- La situación experimental no fue uniforme para todos los pacientes, ya que las sesiones se desarrollaron en medios físicos diferentes; incluso, entre sesión y sesión y entre fases de un mismo paciente, no fueron controlados esos posibles cambios y esto pudo generar variaciones en un mismo sujeto de su latencia y número de compresiones.
- Se tiene que confiar en los reportes de los sujetos de tiempo y compresiones debido a que ellos mismos los realizan. En el caso de este experimento en particular podemos afirmar, sin embargo, que es muy probable que éstos sean confiables ya que si tomamos en cuenta que ellos no se conocen entre sí, y observamos la uniformidad de las gráficas comparativas, podemos asegurar que ésto no constituye una verdadera fuente de invalidez.
- Las edades de los sujetos no fueron un factor controlado, ni el tiempo que tenían bajo la condición de eyaculadores prematu

ros, lo cual puede influir en la manera en que responden al tratamiento.

- El estado civil de los sujetos no fue el mismo. Los sujetos solteros tardaron más tiempo en completar el tratamiento que los casados; el alargamiento del tiempo en el tratamiento pudo haber conllevado otros factores no controlados que coadyuvaron al éxito del mismo.

Ahora trataremos de explicar los resultados de acuerdo a los principios del Análisis Experimental de la Conducta.

Sabemos que es posible condicionar instrumentalmente respuestas viscerales tales como el ritmo cardiaco (Di Cara y Miller, 1968); la secreción salival (Miller y Carmona, 1967); la resistencia galvánica de la piel (Miller y Green, 1954) (citados por Ardila, 1970); las contracciones pupilares (Bijou, 1971); la erección del pene (Henson y Rubin, 1971); etc. Por lo tanto no encontramos objeción en entrenar a nuestros pacientes en la discriminación de las sensaciones de inminencia eyaculatoria que se perciben cuando se contraen los órganos accesorios durante la primera etapa del proceso eyaculatorio (ver página 30). Este entrenamiento tiene como finalidad el combatir el déficit perceptual que, según Kaplan (1974), los eyaculadores prematuros tienen a este nivel. Si el eyaculador prematuro no discrimina claramente las sensaciones previas al orgasmo, que incluso tienen un fundamento fisiológico, entonces no tienen manera de controlarlo.

Si se puede hacer que el sujeto incremente al máximo esta discriminación, a partir de su nivel operante, tenemos un punto a partir del cual podemos hacer que la latencia del reflejo eyaculatorio se alargue. Para alargar la latencia de la eyaculación se usó la técnica de compresión que, aplicada ante la sensación preorgásmica, evita que el reflejo se desencadene y así, a través de varias sesiones, va haciendo que la latencia se incremente.

El tratamiento que proponemos exige que el sujeto ejerza autocontrol sobre su respuesta eyaculatoria. A la luz del autocontrol podemos establecer que las compresiones actúan como respuesta de control y el alargamiento en la latencia de la eyaculación como respuesta controlada. El sujeto a lo largo del tratamiento adquiere la habilidad de posponer la gratificación escogiendo una consecuencia tardía, pero mayor, sobre otra inmediata, pero menor. Es decir que el sujeto tiene que ejecutar comportamientos que aumenten su efectividad sexual a largo plazo aun cuando las consecuencias se retarden, ya que la eyaculación tiene un valor reforzante positivo e inmediato, pero si es prematura puede tener consecuencias aversivas de largo alcance.

Kanfer y Phillips (1970) dicen:

... "La decisión de cambiar el propio comportamiento requiere interrumpir deliberadamente procedimientos bien coordinados previamente y que funcionan con facilidad. El análisis teórico sugiere que esa interrupción de secuencias de respuestas indeseables se logrará mejor si una persona puede a) intervenir en el comienzo de la secuencia de la respuesta; b) utilizar controles ambientales, de modo que la carga de no ejecutar la respuesta sintomática no llegue a un punto en el cual su consecuencia potencial

y su fuerza de respuesta debidas a experiencias pasadas sean demasiadas; c) ejecutar comportamientos alternativos que tengan un potencial de refuerzo razonablemente elevado; d) practicar respuestas de control y esperar que sean reforzadas por el ambiente social e) especificar el comportamiento final deseado, y f) obtener retroalimentación clara durante sus intentos de cambio." (P.504).

Consideramos que el tratamiento se ajusta a estos principios ya que:

- 1) La técnica de compresión interviene al comienzo de la secuencia E-R evitando que el reflejo se desencadene y alargando su latencia.
- 2) En el caso de la eyaculación prematura lo que se trata de hacer es únicamente alargar la latencia del reflejo, no suprimir la respuesta, por lo tanto no hay necesidad de buscar comportamientos alternativos ni utilizar controles ambientales.
- 3) La técnica de compresión constituye la respuesta de control.
- 4) El comportamiento final deseado se especifica muy claramente desde el inicio del tratamiento que la ocurrencia de la eyaculación caiga bajo control voluntario.
- 5) El paciente debe ser el principal promotor de su terapia por lo tanto es el primero en obtener retroalimentación clara durante sus intentos de cambio.

Lo explicado anteriormente tiene efecto durante las fases experimental y de desvanecimiento. Pero para explicar los resultados de la fase de generalización hay que acudir necesariamente al principio experimental de generalización de respuestas.

Este principio establece que el reforzamiento de una respuesta no solo da como resultado un incremento en la frecuencia de las respuestas que integran esa operante, sino que también producen un incremento en la frecuencia de aquellas otras respuestas parecidas (Reynolds, 1968).

En el caso de un efectivo tratamiento a la eyaculación prematura el reforzamiento que incrementaría la conducta de autocontrol sobre el reflejo eyaculatorio, estaría constituido por los mismos cambios que el sujeto observa en su ejecución. Basándonos en el principio de generalización de respuestas podríamos esperar que el control de la respuesta eyaculatoria, adquirida durante las fases experimental y de desvanecimiento, empezara gradualmente a generalizarse en la última fase del tratamiento, cuando se expone al sujeto a la situación heterosexual.

En la generalización de todos los pacientes se observa un decremento de la latencia al iniciarla, es decir después del desvanecimiento. Las posibles causas de este decremento son:

- Cambio del ambiente físico y social.
- Expectativas sobre su desempeño.
- Posibilidad de que los sujetos hayan presentado ansiedad.

Todos estos factores fueron superados posiblemente porque el diseño contempló la necesidad de que el reflejo cayera bajo control "voluntario" al incluir la fase de desvanecimiento. Consideramos que esta fase es vital para el éxito de los tratamientos de este tipo, ya que garantiza el incremento de la latencia sin compresiones y demuestra, además, que el control se obtuvo al eliminar las compresiones y mantener la latencia en un tiempo alto y arbitrariamente elegido. Es probable que esta diferencia métodológica explique la disparidad entre los resultados presentados por Masters y Johnson y los aquí reportados.

Lo que se hace en este estudio es entrenar discriminativamente en el reconocimiento de las sensaciones premonitorias de la eyaculación; de esta manera el sujeto podrá aumentar su latencia al detener la estimulación, podemos decir que los pacientes adquieren, de esta manera, un "timbre de aviso". La sensación premonitoria adquirida es lo que permite el control que Kaplan (1974) ha llamado "voluntario". En efecto, los sujetos reportan una mayor percepción en sus sensaciones previas a la eyaculación, este hecho se hizo evidente por la declaración espontánea de dos de los pacientes a partir de la segunda mitad del tratamiento. Al resto de los pacientes se les preguntó respecto a este hecho durante esta misma fase, siendo en todos los casos coincidente la respuesta.

9

CONCLUSIONES

A partir de la revisión bibliográfica realizada y de la interpretación de los resultados obtenidos podemos llegar a las conclusiones siguientes:

1.- A pesar de las fuentes de invalidez que pueden incidir en este tipo de tratamiento, creemos que es posible incrementar y mantener la latencia del reflejo eyaculatorio manipulado las compresiones autoaplicadas como variable independiente primordial.

2.- Corroboramos, a través de nuestro trabajo, que la masturbación puede usarse como una técnica efectiva en el recondicionamiento de la eyaculación, aun cuando tenga que ser autoaplicada.

En la resolución de algunas desviaciones sexuales (como la homosexualidad) se ha reportado el éxito de la masturbación auto

aplicada al usarla dentro de un programa de recondicionamiento (ver página 63 capítulo 6). En la resolución de problemas sexuales, sin embargo, el uso de la masturbación autoaplicada no había tenido éxito. Creemos que puede haber diferencias en los diseños experimentales que sean responsables de las diferencias en los resultados.

3.- De acuerdo a nuestros resultados, podemos afirmar que el control logrado por el sujeto de su respuesta eyaculatoria, en una situación de aprendizaje individual, es susceptible de generalizarse a situaciones heterosexuales mediante el procedimiento presentado y observando, al menos, las fases de tratamiento y desvanecimiento; ya que la fase de línea base múltiple en realidad no beneficia al paciente: aporta datos a su terapeuta para la toma de decisiones a través del tratamiento y permite evaluar el grado de avance logrado.

4.- La eyaculación prematura como disfunción sexual puede ser resuelta, tomando en cuenta los resultados de nuestro estudio, a través de un tratamiento autaplicado.

Algunos investigadores contemporáneos de terapia sexual han llegado a la conclusión de que la eyaculación prematura no es una disfunción reversible mediante un tratamiento auto aplicado (Master y Johnson, 1970, p. 98), sin embargo ellos, no muestran el diseño experimental (principalmente) ni los datos que les hicieron llegar a esa conclusión. Dado que nuestros resultados entran en contradicción con lo que Master y Johnson afirman,

consideramos que con los resultados obtenidos en éste estudio queda refutada la hipótesis de Masters y Johnson.

5.- Nuestros pacientes, tanto del estudio piloto como del experimento, reportan consistentemente que a medida que se incrementa la latencia del reflejo eyaculatorio se incrementa también, en algún grado, la sensación subjetiva de placer experimentado al tiempo del orgasmo.

Dado que la tecnología para la medición objetiva de este tipo de respuestas no está desarrollada, tenemos que echar mano de los datos perceptuales que nos aportan los propios pacientes. Coincidimos en esta observación con Kaplan (1974). A falta de una medición adecuada, estos reportes no son considerados como un logro más de este tratamiento; se exponen sólo para corroborar los resultados obtenidos por Kaplan.

6.- La explicación del funcionamiento del tratamiento se hace en base a tres principios del Análisis Experimental de la Conducta: Discriminación de estímulos; Autocontrol y Generalización de respuestas.

La discriminación de los estímulos interoceptivos previos al orgasmo, incrementada al máximo a partir de su nivel operante, hace que el sujeto, a través de la compresión (que viene a ser la respuesta de control), incremente la latencia de su reflejo eyaculatorio logrando que éste caiga bajo autocontrol. Por último la "nueva" respuesta eyaculatoria (es decir, con una mayor

latencia), se comenzó a generalizar a la relación heterosexual.

7.- No ignoramos que la eyaculación prematura es un problema mantenido y generado por el ambiente psicosocial del sujeto, es decir, que la etiología de esta disfunción sexual tiene también raíces sociales y culturales y que cualquier definición de tal disfunción se origina precisamente en ese ambiente. Sin embargo hemos tenido que aislar algunos factores para determinar qué grado de influencia tienen sobre el problema, porque, por otro lado, el análisis de las condiciones sociales que favorecen el desarrollo de las disfunciones sexuales en nuestro medio, es un tópico que excede con mucho nuestro propósito.

9.1. Aplicaciones.

En la discusión (página 109) hemos hablado de algunos problemas e inconvenientes que planteó el diseño experimental utilizado. En este apartado trataremos de enumerar algunas ventajas que el uso de este diseño podría traer consigo. Queremos advertir que nuestros resultados sugieren que es posible recondicionar la respuesta eyaculatoria usando compresiones autoaplicadas; sin embargo, los datos que aportamos son aún pobres y será necesario que investigaciones posteriores validen nuestras conclusiones.

El tratamiento es autoaplicable y por lo tanto no requiere ni depende de la disposición de una campaña sexual. Su sencillez hace posible que el terapeuta intervenga en un número mínimo de sesiones (sólo para dar instrucciones al iniciarse cada fase;

instrucciones adicionales pueden ser dadas por teléfono). Esta modalidad de tratamiento contrasta con el requerimiento, en la terapia sexual moderna, de una compañera sexual, sin la cual no hay ninguna probabilidad de tratamiento. Es decir que hasta nuestros días si un hombre carece de una compañera (lo cual es muy probable si consideramos su condición de eyaculador prematuro) no tiene la posibilidad de tratarse, a menos que consiga una pareja que acepte participar activamente en el curso de la terapia. La gente divorciada o sin una pareja disponible, a causa de este problema, quedaría fuera de cualquier alternativa de tratamiento práctico y efectivo.

La terapia comunmente aplicada por profesionales conductuales requiere necesariamente de una inversión económica considerable por parte del paciente, ya sea que éste incluya ser internado en una clínica sexual con su pareja, o que simplemente pague los honorarios del terapeuta. El tratamiento que nosotros proponemos resulta, comparado con la otra modalidad, mucho más económico ya que el número de sesiones de entrevista paciente-terapeuta se reduce a cinco (cada una al iniciar las diferentes fases; indicaciones menores pueden hacerse por teléfono). Lo que es más, las instrucciones podrían ser dadas por escrito, lo que reduciría aún más el costo. Naturalmente que habría que probar antes la efectividad de una modalidad como ésta.

De acuerdo con la modalidad que proponemos no se hace necesario el uso de instalaciones especiales, tales como una clínica (Masters y Johnson, 1970) o un cuarto de hotel.

Se requiere simplemente que el paciente cuente con una habitación y la privacidad necesaria. Se respeta también, en lo posible, el nivel operante de la conducta de masturbación del paciente y no tiene que ajustarse a un horario específico.

El tratamiento no requiere que el sujeto se retire de sus actividades habituales; otro tipo de tratamientos requieren que el paciente disponga de algunas semanas para dedicarse exclusivamente al tratamiento. En este tratamiento el paciente puede decidir incluso, el horario y los días en que aplicará la técnica.

Nuestras conclusiones abren nuevas interrogantes en este campo las cuales habrán de resolverse solo a través de la experimentación, y es a través de esta espiral como la ciencia avanza. Nuestro trabajo pretende contribuir, en la medida en que le corresponda, al desarrollo de técnicas y procedimientos que nos llevan al control de las disfunciones sexuales de una manera práctica y efectiva.

TERCERA PARTE

(ANEXOS)

A N E X O . A

ESTUDIO PILOTO

ESTUDIO PILOTO

A continuación se describe el estudio experimental inicial que se llevó a cabo con la finalidad de obtener respuestas que ayudaran a constituir la metodología a seguir en el estudio experimental posterior, ya que no existen, en la literatura experimental, reportes de tratamiento individual a este tipo de problemas.

Los fundamentos teóricos de este estudio son los mismos que se refieren en la primera parte del trabajo de tesis, por lo que sería repetitivo el abordarlos aquí. A continuación se encuentra el método empleado en el Estudio Piloto.

Sujetos

Se trabajó con tres sujetos del sexo masculino, los cuales tenían 20, 23 y 22 años de edad, eran solteros y se encontraban realizando estudios a nivel profesional y trabajaban o cumplían con su Servicio Social. Los pacientes reportaron una historia de eyaculación prematura desde el comienzo de su vida sexual.

Aparatos

En el presente estudio se usaron tres proyectores de películas de 8 y 8½ mm., tres grabadoras, cintas vírgenes, hojas de registro, lápices, un modelo anatómico del pene, tres cronómetros, tres relojes despertadores y 8 películas de contenido erótico que fueron seleccionadas bajo los siguientes criterios:

- Que presentaran escenas en las que se observaron relaciones heterosexuales y el uso de diferentes técnicas de estimulación sexual.

- Que no inhibieran la respuesta de erección del paciente (esto podría ocurrir si los filmes atentaran contra las "concepciones morales" del sujeto; por eso en la entrevista evaluativa se tocó este aspecto).

- Que no presentaran escenas de actitudes sexuales tradicionalmente etiquetadas como "desviaciones sexuales". Este crite-

rio se adoptó con la finalidad de que el paciente no asociara el placer sexual, de una situación de masturbación, con la presentación de tales actitudes en un films, evitando así algún tipo de condicionamiento.

Situación Experimental.

Todo el tratamiento se llevó a cabo en la casa de cada paciente, en una habitación que cumpliera con los siguientes requisitos:

- Que estuviera suficientemente aislada para evitar interrupciones.

- Que fuera cómoda para el sujeto.

- Que permitiera la instalación del equipo y las adaptaciones necesarias para llevar a cabo la proyección.

Diseño Experimental.

El diseño de este experimento contó con cuatro etapas. La primera consistió en una línea base múltiple de la respuesta eyaculatoria en dos situaciones: en relación heterosexual y en masturbación solitaria. La segunda etapa fue la aplicación de un tratamiento para retardar la eyaculación en una situación de masturbación. La tercera fase consistió del desvanecimiento del tratamiento y la última fase fue la generalización del tratamiento a una situación heterosexual.

Procedimiento.

Como primer paso se evaluó el problema a través de un cuestionario (ver Anexo B) que permitió seleccionar a los pacientes que presentaban una historia de eyaculación prematura en al menos los últimos seis meses. A los pacientes seleccionados se les dió una explicación general del tratamiento (instrucciones más detalladas se les dieron al inicio de cada fase).

Línea Base Múltiple.- La línea base múltiple se inició, a elección del sujeto con sesiones de masturbación solitaria, o heterosexuales. Para la condición de masturbación se programaron 6 sesiones y para la heterosexual se programaron 3.

a) Sesiones de masturbación solitaria.- El sujeto iniciaba la proyección de una de las películas de contenido erótico y se sentaba o recostaba frente a la misma. Si para entonces ya tenía una erección completa del pene, emitía una señal verbal tal como "ahora" la cual quedaba grabada en una grabadora previamente activada por el mismo sujeto, en caso contrario comenzaba la manipulación genital y en el momento de obtener una erección completa emitía la señal verbal; de tal forma que la medida del tiempo fue tomada desde el momento en que había una erección completa, hasta que se producía la eyaculación (la cual quedó registrada en la grabadora por la señal "ya"). Inmediatamente después el sujeto apagaba los aparatos y procedía a medir el tiempo entre las señales verbales con un cronómetro; cada medición se hizo dos veces para obtener mayor confiabilidad. Los datos eran anotados en la hoja de registro (ver Resultados).

b) Sesiones heterosexuales.- Las sesiones fueron realizadas en la fecha y hora que se ajustaban a las posibilidades de cada paciente. Se les advirtió que debían tenerlas en un lugar con privacía y que la pareja debería ser la misma antes y después del tratamiento.

Las sesiones se iniciaban después de la revisión del buen funcionamiento y de su activación. El sujeto emitía una seña verbal tal como "querida" al comenzar el juego previo (definido como el tiempo transcurrido entre el primer contacto físico, en la situación en la que se realizaría el contacto sexual, y la inserción del pene en la vagina). El sujeto emitía otra señal verbal en el momento en que comenzara la penetración vaginal, y, finalmente, emitía otra señal verbal como las anteriores en el momento de la eyaculación. En caso de que hubiese más de un coito en la misma sesión, el sujeto, en la segunda penetración sólo debía emitir señales en el momento de iniciar la penetración y al eyacular, lo mismo en la tercera, etc.

Por último el sujeto cronometraba dos veces los tiempos entre las señales.

En las sesiones heterosexuales se registraban también los orgasmos femeninos ocurridos durante cada intercurso (ver Resultados y Anexo B); sólo se contaban aquellos provocados por la fricción pene-vagina durante el coito, no registrándose los provocados por la estimulación manual u oral.

El sujeto evaluaba, además, a lo largo de todo el experimento su sensación subjetiva de placer eyaculatorio de acuerdo a una escala de 5 valores: M, R, B, MB, E. En donde M significa Mal; R, Regular; B, Bien; MB, Muy bien y E, Excelente.

Fase Experimental o de Tratamiento.- Se dieron a los sujetos las mismas instrucciones que en la línea base masturbación, pero en esta fase se introdujo una variable que ayudó al control eyaculatorio. Este técnica es conocida como "técnica de Compresión" (squeeze) y su eficacia ha sido comprobada en situaciones de pareja por Masters y Johnson, 1970.

Para propósitos de este estudio, la técnica de compresión fue modificada para facilitar su autoaplicación. A continuación se describe:

Colocando el dedo pulgar sobre la cara superior (dorsal del pene, de manera paralela a éste, y los dedos índice y medio en la parte inferior (ventral), a la altura del frenillo, se aplica una presión conjunta durante 3 ó 4 segundos ante la sensación premonitoria del orgasmo (se mostró la aplicación de la técnica sobre un modelo anatómico del pene), y, cuando la urgencia eyaculatoria pasaba se comenzaba nuevamente la estimulación genital (masturbación). Esta técnica debía usarse tantas veces como era necesario para mantener el control durante 10 minutos en las primeras cinco sesiones. El término de los 10 minutos era maracado por la alarma de un reloj despertador, después de los cuales el sujeto podría eyacular en el momento en que lo

deseara. El número de compresiones aplicadas quedaba registrado en la grabación (el sujeto daba una señal verbal al aplicar cada compresión).

En las 5 siguientes sesiones, el criterio temporal se incrementaba a 20 minutos independientemente de las compresiones que se hicieran necesarias utilizar para lograr el control. Esta fase podía alargarse en caso de no alcanzarse los criterios temporales previstos para las diez sesiones, hasta lograr una ejecución estable.

Fase de Desvanecimiento.- En esta fase se eliminó gradualmente la técnica usada en la fase experimental para lograr el control eyaculatorio.

El desvanecimiento constó de 5 etapas, cada una integrada por dos sesiones con el mismo número de compresiones.

Las instrucciones fueron las mismas que en la fase experimental, excepto que en esta fase no se cumplió un requisito temporal de duración de las sesiones, ya que sólo se tomó en cuenta un número determinado de compresiones aplicadas.

La forma de desvanecimiento se programó tomando el promedio de las compresiones aplicadas durante las últimas cinco sesiones de tratamiento, y a partir de ahí se inició el desvanecimiento. Tomemos de ejemplo al sujeto C:

Su promedio de compresiones aplicadas durante las últimas 5 sesiones de tratamiento fue de 6; y su promedio de latencia de la respuesta eyaculatoria en esas mismas 5 sesiones fue de 20 minutos y 4 segundos. Observese en la Tabla A.1 cómo se programó el desvanecimiento.

ETAPAS	SESIONES	FRACCIONES	No. DE COMPRES.	TIEMPO PREVISTO
I	1 2	4/5	5	18'
II	3 4	3/5	4	16'
III	5 6	2/5	2	14'
IV	7 8	1/5	1	12'
V	9 10	0/5	0	10'

Tabla A.1. Compresiones y tiempos previstos para el desvanecimiento de las compresiones en el sujeto C.

El criterio para pasar de una etapa a otra fue el no perder más de dos minutos de duración del tiempo logrado en la etapa inmediata anterior. En la Tabla A.1, en donde el tiempo de duración promedio en las últimas cinco sesiones de tratamiento fue de 20'04", y el número promedio de compresiones fue de 6, el sujeto, al pasar a la primera etapa de desvanecimiento (en donde las compresiones se reducen a 5), debe de sostenerse entre los 20 y 18 minutos de latencia en su respuesta eyaculatoria. En caso de perder más de dos minutos al pasar de una etapa a otra, se continuaba en la etapa anterior hasta alcanzar el criterio descripto.

El criterio de adquisición de control eyaculatorio al final del tratamiento desvanecimiento, debería ser de al menos 10' de estimulación genital manual (masturbación) o de intercurso, sin eyacular y sin la aplicación de la técnica de compresión. Este criterio no se verá afectado si el paciente, para ayudarse en el control, manipula la estimulación que recibe en el pene deteniendo sus movimientos pélvicos o incrementados (en caso de relación heterosexual) o manuales (en caso de masturbación).

Fase de Generalización, - La generalización se llevó a cabo tratando de reproducir las condiciones de la línea base heterosexual y constó de 5 sesiones.

NOTA: Se enfatizó al paciente la importancia de la confiabilidad de los datos que reportó, además de la estricta prohibición de tener relaciones sexuales durante el tiempo que durase el tratamiento. El éxito del tratamiento se condicionó al fiel seguimiento de las instrucciones.

Gráficas y Resultados.

A continuación se presentan los resultados obtenidos en los tres sujetos a lo largo de todo el estudio piloto; posteriormente se encuentra una descripción verbal de los mismos en la que se detallan, primero, las ejecuciones individuales, y posteriormente se hacen comparaciones entre las diversas ejecuciones de los pacientes.

Reporte General Del Tratamiento

Sujeto: A

FASE	Nº S.	FECHA	MEDIDA DEL TIEMPO			Esc. de Son					Nº C.A.
			HI	HF	T	A	B	C	D	E	
Linea Base M	1	28 · XI · 78			3' 01"						
	2	29 · XI · 78			2 30	•					
	3	30 · XI · 78			2 16		•				
	4	1 · XII · 78			2 02			•			
	5	3 · XII · 78			2 25			•			
	6	4 · XII · 78			2 70	•					
	7										
	8										
	9										
	10										
Tratamiento	1	11 · I · 79			5' 05"			•			4
	2	12 · I · 79			16 03			•			10
	3	13 · I · 79			12 26			•			10
	4	15 · I · 79			13 06			•			16
	5	17 · I · 79			10 26			•			10
	6	19 · I · 79			22 09			•			15
	7	21 · I · 79			20 15			•			8
	8	23 · I · 79			14 21			•			25
	9	25 · I · 79			2 30			•			4*
	10	27 · I · 79			* 8. 30			•			7*
	11	15 · II · 79			19 25			•			14
	12	17 · II · 79			20 15			•			13
	13	19 · II · 79			19 40			•			16
	14	21 · II · 79			21 17			•			19
	15										
	16										
	17										
	18										
	19										
	20										
Desvanecimiento	1	4 · III · 79			19' 00"			•			14
	2	7 · III · 79			18 50			•			14
	3	10 · III · 79			17 05			•			10
	4	13 · III · 79			16 10			•			10
	5	17 · III · 79			14 15			•			7
	6	19 · III · 79			13 10			•			7
	7	20 · III · 79			12 50			•			3
	8	23 · III · 79			12 20			•			3
	9	25 · III · 79			10 40			•			0
	10	29 · III · 79			10 15			•			0
	11										
	12										
	13										
	14										
	15										

Nº S. Nº de sesión
 Nº C.A. Nº de compresiones aplicadas
 HI Hora inicial
 HF Hora final
 T Tiempo total
 * Se apagó el proyector.

A Mal
 B Regular
 C Bien
 D Muy bien
 E Excelente

Sujeto: A

FASE	N°S.	FECHA	MEDIDA DEL TIEMPO				Esc de Sen						N° Org		
			HI	HF	TJ	TI	A	B	C	D	E	M		F	
Linea Base HS	1	4.XII.78			40'	0'30"								1	0
	2	5.XII.78			17	0'40"								1	0
	3	7.XI.78			25	0'20" ?								1	0
	4														
	5														
Generalizacion	1														
	2														
	3														
	4														
	5														
	6														
	7														
	8														
	9														
	10														

N°S N° de sesión
 N° Org N° de orgasmos
 M Masculino
 F Femenino

HI Hora inicial
 HF Hora final
 TJ Tiempo de juego
 TI Tiempo de intercurso

Reporte General Del Tratamiento

Sujeto: B

FASE	N°S.	FECHA	MEDIDA DEL TIEMPO			Esc. de Sen					N° C.A.
			HI	HF	T	A	B	C	D	E	
Linea Base M	1	6.11.79			1' 22"			.			
	2	7.11.79			1' 28			.			
	3	8.11.79			1 23			.			
	4	9.11.79			1 25			.			
	5	10.11.79			2 00			.			
	6	11.11.79			1 55			.			
	7										
	8										
	9										
	10										
Tratamiento	1	13.11.79			5' 46"		.				10
	2	14.11.79			1 57	.					1
	3	15.11.79			4 12		.				8
	4	16.11.79			9 31		.				19
	5	17.11.79			10 08		.				17
	6	19.11.79			12 20		.	.			20
	7	21.11.79			8 40		.				16
	8	23.11.79			20 30		.	.			28
	9	25.11.79			21 01		.	.			18
	10	27.11.79			21 26		.	.			23
	11	1.111.79			23 30		.	.			23
	12	3.111.79			20 50		.	.			22
	13										
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
Desvanecimiento	1	10.111.79			20' 30"			.			18
	2	2.79			20 58			.			18
	3	17.111.79			18 30			.			14
	4	19.111.79			17 38			.			14
	5	22.111.79			12 25		.	.			9
	6	23.111.79			12 30		.	.			9
	7	27.111.79			10 30		.	.			5
	8	29.111.79			10 35		.	.			5
	9	2.IV.79			10 10		.	.			2
	10	7.IV.79			9 50		.	.			2
	11	10.IV.79			10 20		.	.			0
	12	12.IV.79			10 05		.	.			0
13											
14											
15											

N°S. N° de sesión
 N°C.A. N° de compresiones aplicadas
 HI Hora inicial
 HF Hora final
 T Tiempo total

A Mal
 B Regular
 C Bien
 D Muy bien
 E Excelente

Sujeto: B

FASE	N°S.	FECHA	MEDIDA DEL TIEMPO				Esc de Sen					N° Org			
			HI	HF	TJ	TI	A	B	C	D	E	M	F		
Linea Base HS	1	12 · XII · 78			11'	10'	30"							1	0
	2	15 · XII · 78			10'	8'	40"							1	0
	3	21 · XII · 78			5'		50"							1	0
	4														
	5														
Generalizacion	1	11 · VI · 79			10'		0' 53"							1	0
	2	22 · VI · 79			?		0' 40"							1	0
	3	12 · VII · 79			?		0' 20"							1	0
	4														
	5														
	6														
	7														
	8														
	9														
	10														

N°S N° de sesion
 N° Org. N° de orgasmos
 M Masculino
 F Femenino

HI Hora inicial
 HF Hora final
 TJ Tiempo de prep.
 TI Tiempo de intercurso

Reporte General Del Tratamiento

Sujeto: C.

FASE	NºS.	FECHA	MEDIDA DEL TIEMPO			Esc. da. Sen.					Nº C.A.
			HI	HF	T	A	B	C	D	E	
Linea Base M	1	28 · XI · 78			2' 15"	.					
	2	29 · XI · 78			2' 40	.					
	3	30 · XI · 78			2' 32	.	.				
	4	1 · XII · 78			5' 18	.	.				
	5	2 · XII · 78			4' 40	.	.				
	6	3 · XII · 78			4' 20	.	.	.			
	7										
	8										
	9										
	10										
Tratamiento	1	20 · I · 79			12' 06"	.	.	.	.	.	7
	2	21 · I · 79			11' 03	.	.	.	.	.	8
	3	22 · I · 79			4' 38	.	.	.	.	.	1
	4	23 · I · 79			3' 58	.	.	.	.	.	8
	5	25 · I · 79			7' 14	.	.	.	.	.	3
	6	26 · I · 79			11' 08	.	.	.	.	.	8
	7	28 · I · 79			16' 54	.	.	.	.	.	6
	8	30 · I · 79			6' 24	.	.	.	.	.	3
	9	2 · II · 79			20' 08	.	.	.	.	.	8
	10	5 · II · 79			20' 19	.	.	.	.	.	6
	11	7 · II · 79			16' 40	.	.	.	.	.	4
	12	10 · II · 79			21' 45	.	.	.	.	.	5
	13	12 · II · 79			23' 44	.	.	.	.	.	9
	14	13 · II · 79			20' 10	.	.	.	.	.	6
	15										
	16										
	17										
	18										
	19										
	20										
Desvanecimiento	1	26 · III · 79			20' 39"	.	.	.	.	.	5
	2	1 · III · 79			9' 44	.	.	.	.	.	5
	3	3 · III · 79			18' 14	.	.	.	.	.	5
	4	5 · III · 79			19' 45	.	.	.	.	.	4
	5	7 · III · 79			10' 22	.	.	.	.	.	4
	6	9 · III · 79			7' 05	.	.	.	.	.	4
	7	11 · III · 79			18' 39	.	.	.	.	.	4
	8	13 · III · 79			15' 22	.	.	.	.	.	2
	9	15 · III · 79			16' 06	.	.	.	.	.	2
	10	17 · III · 79			13' 42	.	.	.	.	.	1
	11	19 · III · 79			14' 07	.	.	.	.	.	1
	12	22 · III · 79			7' 48	.	.	.	.	.	0
	13	24 · III · 79			14' 02	.	.	.	.	.	0
	14										
15											

NºS. Nº de sesión
 Nº C.A. Nº de compresiones aplicadas
 HI Hora inicial
 HF Hora final
 T Tiempo total

A Mal
 B Regular
 C Bien
 D Muy bien
 E Excelente

Sujeto: C.

FASE	N°S.	FECHA	MEDIDA DEL TIEMPO				Escala de Sexo								
			HI	HF	TJ	TI	A	B	C	D	E	M	F		
Linea Base HS	1	15 · XII · 78			60' 50"	6' 28" 16 13 5 40 3 58								1	1
	2	23 · XII · 78			46'	6 15								1	1
	3	28 · XII · 78			49'	4 17 9 14								1	1
	4														
	5														
Generalizacion	1	2 · IV · 79			?	— —								0	0
	2	17 · IV · 79			20'	2 30								1	0
	3	5 · V · 79			35'	2 15								1	0
	4	22 · V · 79				2 20								1	0
	5														
	6														
	7														
	8														
	9														
	10														

N°S N° de sesion
 N° Org. N° de orgasmos
 M Masculino
 F Femenino

HI Hora inicial
 HF Hora final
 TJ Tiempo de juego
 TI Tiempo de intercurso

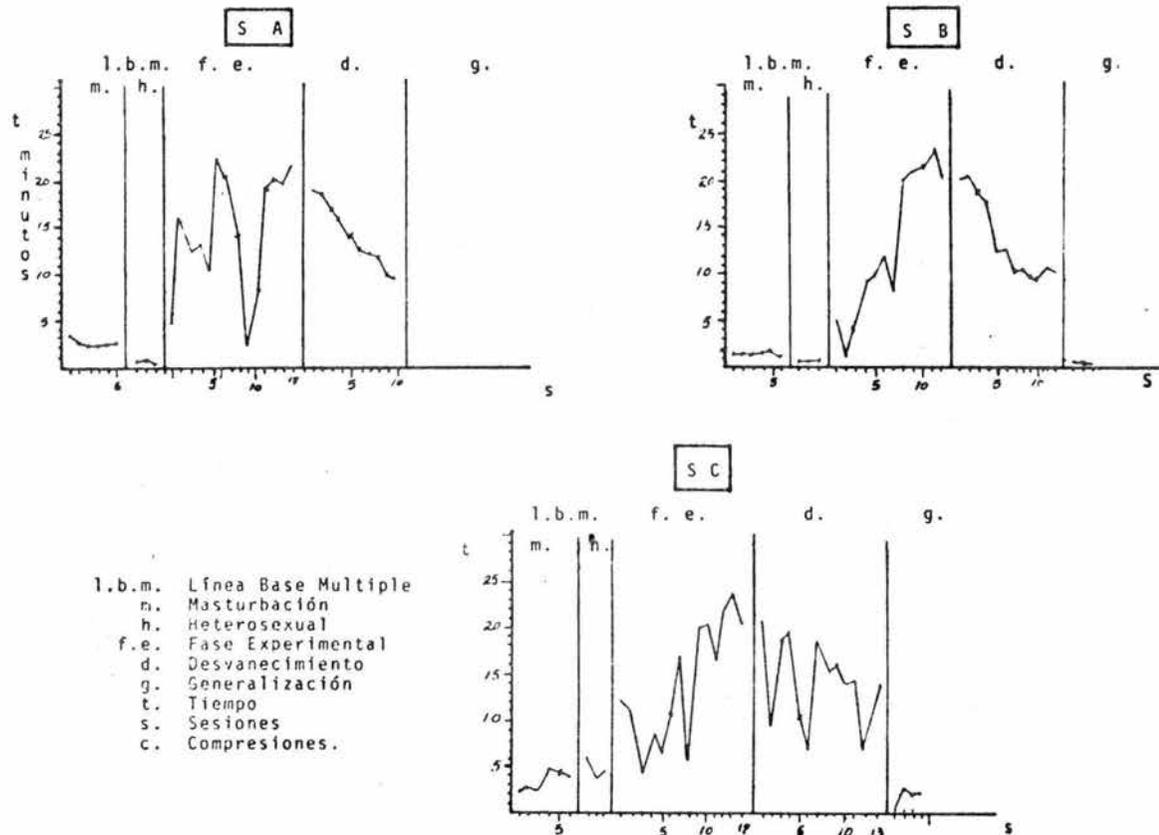


FIGURA A.1. Gráfica que nos muestra la ejecución de los tres sujetos a lo largo de todo el experimento.

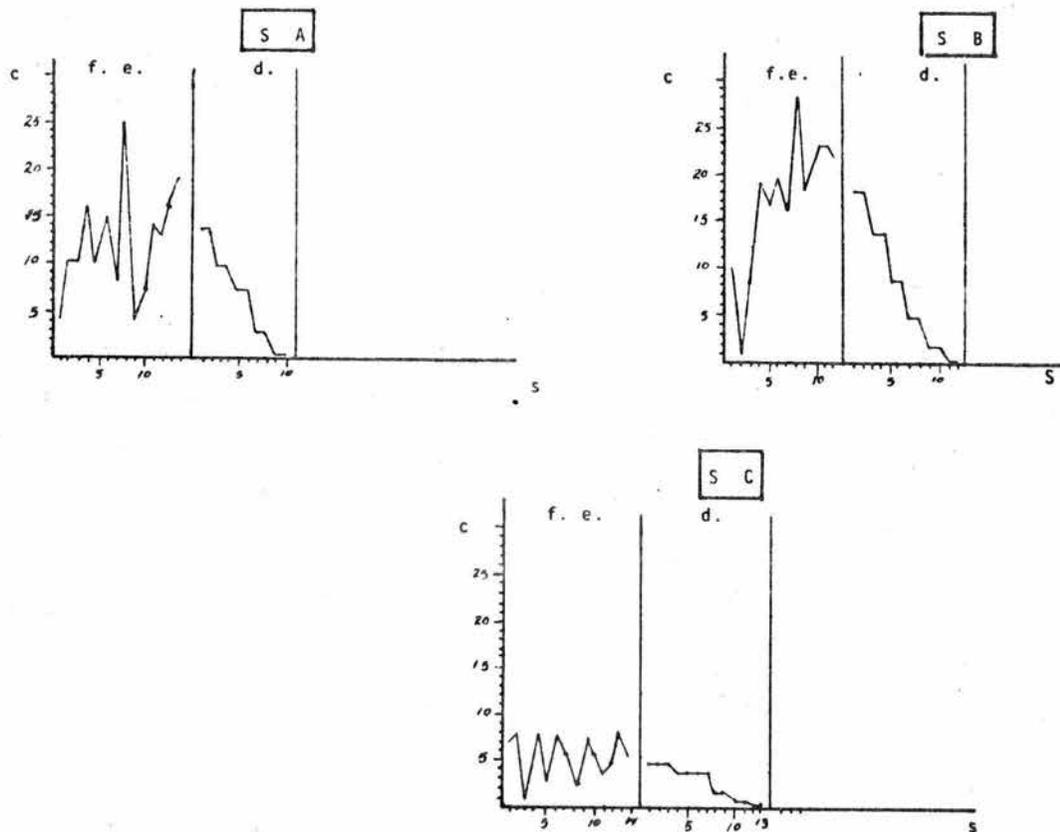


FIGURA A.2. Gráficas que nos muestran las compresiones aplicadas por cada sujeto en las fases experimental y de deswainamiento.

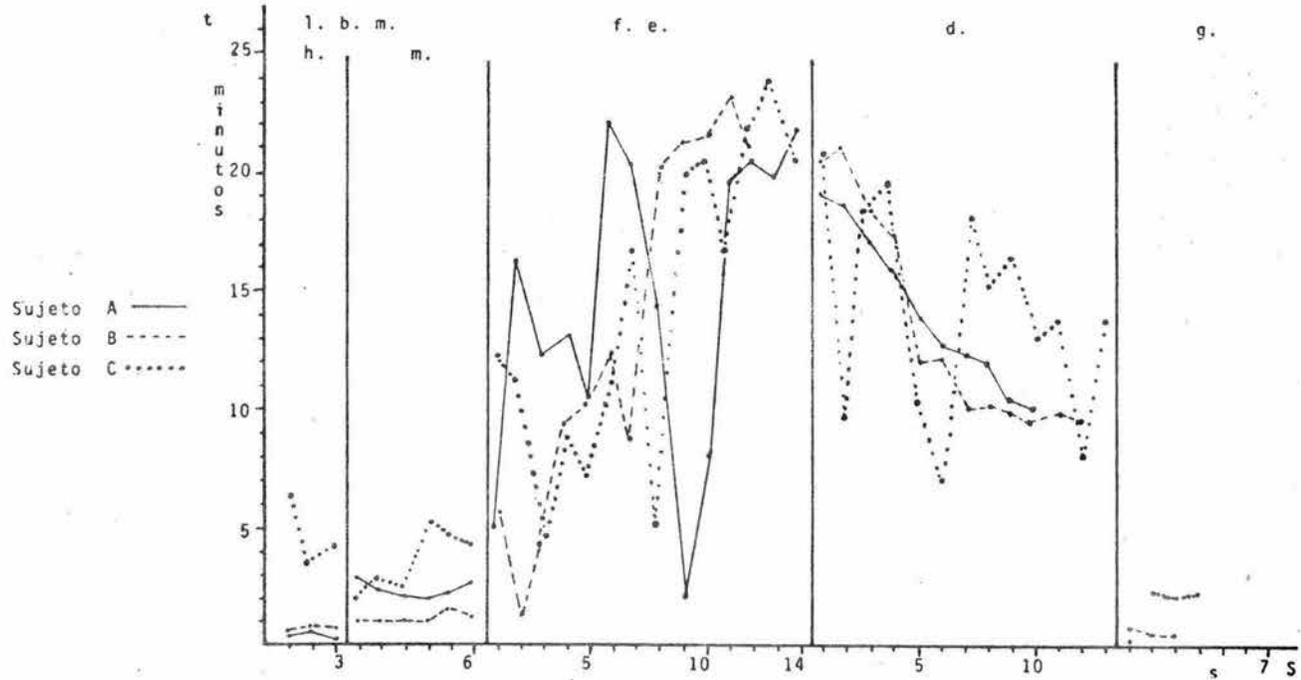


FIGURA A.3. Gráfica comparativa que muestra la ejecución de los tres sujetos a lo largo de todo el experimento.

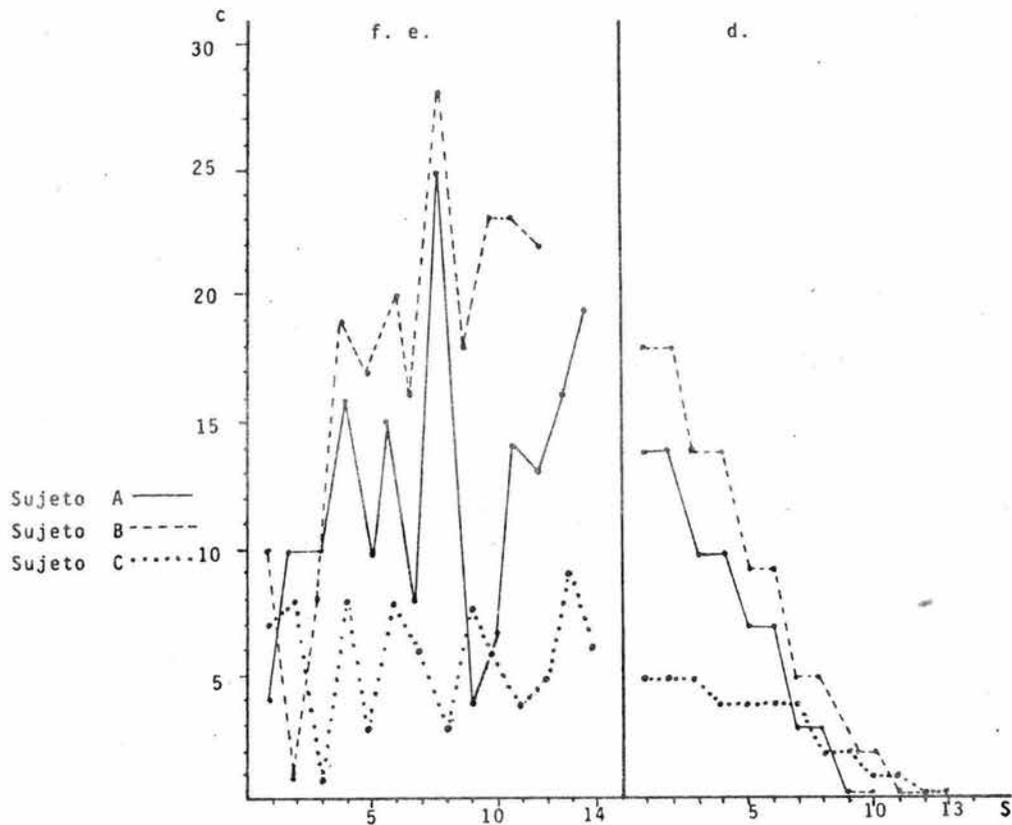


FIGURA A.4. Gráfica comparativa que nos muestra las compresiones aplicadas por los tres sujetos en las fases experimental y de desvanecimiento.

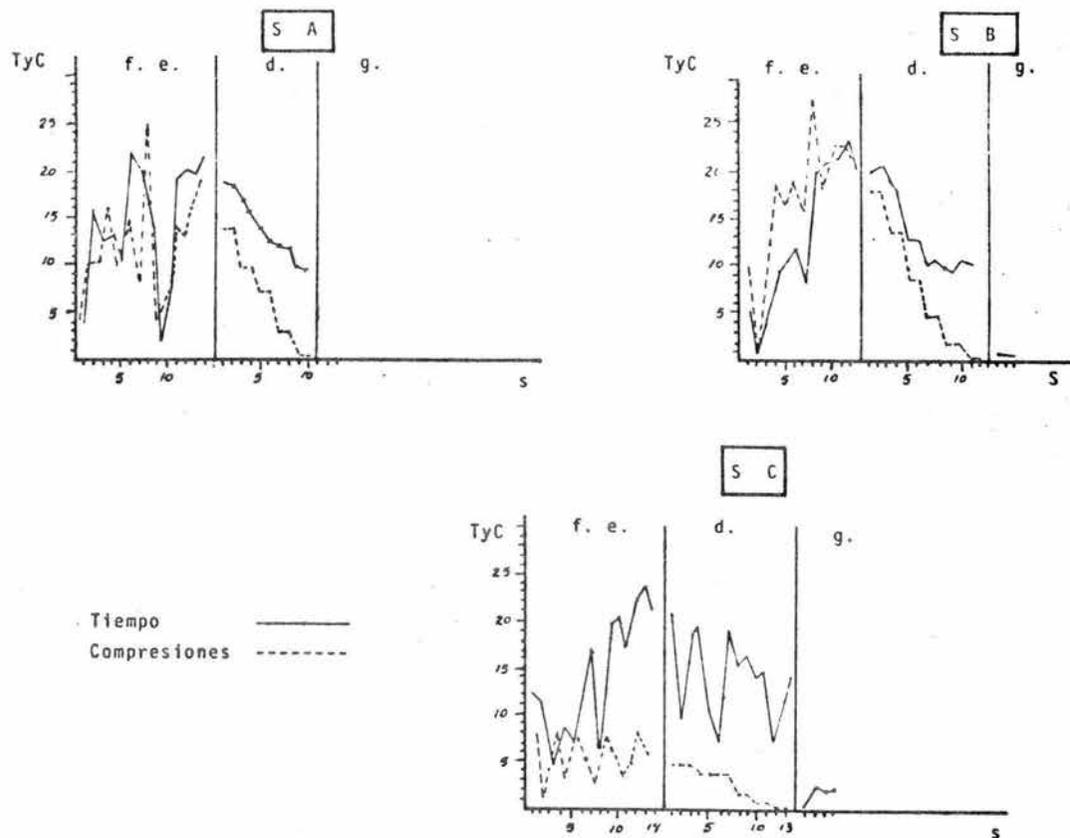


FIGURA A. 5. Gráficas comparativas que nos muestran los tiempos de eyaculación y las compresiones aplicadas en cada sujeto en las fases experimental y de desvanecimiento.

Sujeto A.- El sujeto A, es la línea base múltiple, cae bajo el criterio de eyaculación prematura ya que no rebasa, en promedio, los tres minutos en ninguna de las condiciones (masturbación y heterosexual).

Al iniciarse la fase experimental el sujeto logró un incremento notable de la latencia eyaculatoria, hasta llegar, en la sesión 6 a un máximo de 22'09" con 15 compresiones (ver figura A. 1.).

El brusco descenso que se observa en este sujeto en las figuras A.1 y A.5 en las sesiones 9 y 10 se debe a que el proyector se apagó; sin embargo en las últimas 4 sesiones el sujeto incrementó su latencia hasta rebasar el criterio establecido (20 minutos).

Dado que el promedio de latencia de las últimas cinco sesiones de la fase experimental fue, en este sujeto, de 19* minutos; y el promedio de compresiones de esas 5 últimas sesiones fue de 17*, el desvanecimiento se programó como sigue:

ETAPAS	SESIONES	FRACCIONES	No. DE COMPRES	TIEMPO PREVISTO
I	1 2	4/5	14	17'
II	3 4	3/5	10	15'
III	5 6	2/5	7	13'
IV	7 8	1/5	3	11'
V	9 10	0/5	0	9'

* Para sacar estos promedios se desecharon los resultados de las sesiones 9 y 10 ya que las fallas del proyector influyeron sobre los mismos.

En las figuras A.1, A.2 y A.3 se observa, para el sujeto A, que el desvanecimiento de la variable independiente ocasionó que la latencia de la respuesta eyaculatoria disminuyera gradualmente hasta que en las sesiones 9 y 10 se obtuvieron latencias de 10' 40" y 10' 15", ya sin compresiones.

Este sujeto no reportó datos de generalización debido a que pasó mucho tiempo entre la terminación del tratamiento y su relación heterosexual ya que terminó con la pareja con la que tomó sus datos de línea base heterosexual.

Sujeto B.- En la línea base múltiple, este sujeto también cae bajo el criterio de eyaculador prematuro. Al iniciarse la fase experimental observamos en las figuras A,1 y A,5 un incremento progresivo en la latencia de la respuesta eyaculatoria hasta alcanzar un máximo de 23' 30" en la sesión 11.

El promedio de latencias de las últimas 5 sesiones de la fase experimental fue de 21' 45" y el promedio de compresiones en esas mismas 5 sesiones fue de 23. En base a estos promedios se programó el desvanecimiento como sigue:

SESIONES	No. DE COMPRESION	TIEMPO PREVISTO
1		
2	18	20'
3		
4	14	18'
5		
6	9	16'
7		
8	5	14'
9		
10	0	12'

Como se aprecia en las figuras A.1, A.5 la latencia de la respuesta eyaculatoria fue disminuyendo a lo largo del desvanecimiento hasta estabilizarse ligeramente en las últimas sesiones, ya sin compresiones, se obtubieron 10'20" y 10'05".

La generalización, en este sujeto no se obtuvo, ya que como se observa en la figura A.1, el sujeto volvió a caer en la latencia de línea base. Las relaciones que mantenía con su pareja no fueron contínuas. Creemos que, en su caso, el tiempo que duró el entrenamiento discriminativo de las sesiones preorgásmicas fue insuficiente, además de que también cambió la pareja.

Sujeto C. El sujeto C, en la línea base múltiple, muestra una latencia mayor, en promedio, en las dos situaciones (4'35" en masturbación y 4'50" en heterosexual) como lo muestra la figura A.1.

Sin embargo, en la fase experimental aun cuando se advierte un incremento en la latencia de la respuesta, se observa también que la ejecución es variable estabilizandose relativamente en las cinco últimas sesiones en las que el promedio de latencia es de 20' 04" y el promedio de compresiones es de 6; por lo tanto el desvanecimiento se programó como sigue:

SESIONES	No. DE COMPRES.	TIEMPO PREVISTO
1	5	18
2		
3	4	16
4		
5	2	14
6		
7	1	12
8		
9	0	10
10		

La ejecución del sujeto C en la fase de desvanecimiento es muy irregular (vease las figuras A.1, A.2 y A.5), lo cual probablemente originó que en la fase de generalización estuviera incluso por debajo de su línea base. En la fase de generalización el sujeto cambió de pareja siendo ésta virgen y con una historia de intento de violación por parte del padre; lo cual provoco probablemente que el sujeto se haya "contagiado" de la ansiedad y el miedo de su pareja ante la relación sexual ya que en ese primer encuentro el sujeto no pudo lograr ni siquiera una erección suficiente para lograr una penetración en los tres intentos realizados.

Comparación de ejecuciones.- En las figuras A.3 y A.4 se pueden observar comparativamente las ejecuciones de los sujetos en la latencias y compresiones en las diferentes fases del experimento.

Observamos que en la figura A.3 las líneas base de los tres sujetos es similar ya que la latencia de su respuesta eyaculato

ria, en cualquiera de las dos situaciones, es baja. En la fase experimental o de tratamiento encontramos también similitudes en las ejecuciones ya que en los tres casos la latencia se incrementa progresivamente (en las sesiones 9 y 10 el sujeto A tiene una caída brusca en su ejecución debido a fallas del proyector). El desvanecimiento es similar para los sujetos A y B pero el C tiene una ejecución muy irregular. La fase de generalización es muy pobre en datos debido a la dificultad de los pacientes para realizarla, pero en general podemos decir que no se obtuvo éxito en ella debido a las variables que se mencionaron en la descripción por sujeto.

Apuntaremos aquí que de el sujeto A actualmente no tenemos ningún reporte sobre la evolución o resolución del problema, el sujeto B, en entrevista reportó que no ha resuelto el problema y el sujeto C, antes de salir de viaje de trabajo a Inglaterra en junio de 1980 reportó que, finalmente y habiendo seguido practicando las compresiones, había conseguido un control voluntario absoluto sobre su respuesta eyaculatoria.

Discusión.

Evidentemente existieron una gran variedad de variables que influyeron en los resultados, algunas pueden ser identificadas pero muchas otras no. A continuación trataremos de analizar algunas de las fallas que el diseño mismo del experimento que entorpecieron su desarrollo.

El uso de equipo de proyección, con el que pretendíamos garan

tizar el estado de excitación sexual del paciente, operó de modo diferente particularmente en el paciente A, en el que las fallas del equipo de proyección sumadas a las complicaciones de registro, provocaron que en dos sesiones consecutivas que el sujeto viera un descenso en su ejecución. Se decidió, por lo tanto, eliminar el equipo de proyección considerando que el estado fisiológico de los sujetos, por sí mismo, garantizaba la respuesta de erección.

La situación civil de los sujetos (que eran solteros) y la indisponibilidad de una pareja estable creó graves problemas sobre todo en la fase de generalización, ya que en todos los casos hubo cambio de pareja y demasiado tiempo entre sesiones. Por lo anterior se pensó en eliminar estas variables tratando solamente a sujetos casados.

El registro de las horas inicial y final, sobre todo en las sesiones de relaciones heterosexuales, es un dato que en realidad no es de utilidad y mantenía atento al sujeto, por eso fue que se decidió prescindir de él y porque, además los sujetos no estaban cumpliendo al pie de la letra con ese dato.

Pensamos que quizá la duración de las fases de tratamiento y desvanecimiento (arbitrariamente diseñadas) no alcanzan para que los sujetos adquieran un control efectivo de su respuesta eyaculatoria, como para exponerse luego a una situación heterosexual, por lo que se hará más flexible el criterio y se esperará, antes de iniciar al generalización, a que las ejecuciones de los pacientes sean más estables.

Conclusión.

El estudio piloto reveló algunos factores importantes a considerar, entre ellos la importancia de que la pareja sexual del paciente sea la misma antes y después del tratamiento. El cambio de pareja puede efectuar la situación emocional del paciente.

Aunque los datos obtenidos en el presente estudio no son satisfactorios ni exitosos y se introdujeron muchas variables no controladas, es precisamente por esto último que se considera que el diseño, en lo medular, no debe ser desechado. Es decir, se considera que eliminando o controlando muchas de las variables extrañas identificadas en este intento, el diseño puede ser útil.

El valor que este estudio piloto puede tener, es el de indicarnos cuáles son los errores gruesos que se cometieron en el diseño y la implementación del mismo, para de esta manera depurarlos y lograr que el producto resultante resuelva la pregunta experimental que la tesis plantea.

A N E X O B

CUESTIONARIO EVALUATIVO

CUESTIONARIO EVALUATIVO DEL PROBLEMA SEXUAL (E.P.)

I. DATOS GENERALES

- 1.- Nombre _____
2. Edad _____ 3.- Escolaridad _____
- 4.- Trabajo _____
5. Domicilio _____
- 7.- Fuente de Referencia _____

II. HISTORIA SEXUAL DEL PROBLEMA

- 1.- De una descripción del problema _____
- _____
- _____
- _____

- 2.- Cuánto tiempo tiene con su problema? _____

PRINCIPIO DEL PROBLEMA

- 3.- A qué edad se presentó el problema? _____
- 4.- Fue gradual o de pronto? _____
- 5.- Qué eventos ocurren justo antes de la eyaculación prematura (antes de la E.P.) _____
- _____
- 6.- Qué ocurre justamente después de la presentación del problema? (sentimientos de culpa, vergüenza, quejas y reproches de su pareja, sentimientos de calma, relajación y gran satisfacción etc.) _____

CURSO DEL PROBLEMA

- 7.- Ha habido cambios en su problema a través del tiempo?

- 8.- Ha habido fluctuaciones en severidad (algunas veces incrementemente y otras veces decremente la gravedad del problema) _____

10. Con qué frecuencia se presenta el problema durante la actividad heterosexual? _____

- 11.- Con que frecuencia se presenta el problema en sus sesiones de masturbación solitaria? _____

- 12.- Cómo le afecta a Ud. el problema? _____

- 13.- Principales expectativas y metas de tratamiento _____

III HISTORIA MEDICA

- 1.- Si ha tenido alguna vez dificultades de erección descríbalas _____
- 2.- A que edad realizó su primera masturbación _____
3. A qué edad realizó su primera experiencia heterosexual _____

- 4.- Con qué frecuencia tiene relaciones heterosexuales _____

- 5.- Con qué frecuencia se masturba actualmente? _____

6.- Tiene Ud., algún tipo de fantasmas mientras se masturba? Describalas _____

7.- Se ha hecho algún examen médico en relación a su problema? _____

8.- Tiene algún tipo de padecimiento de próstata o de la columna vertebral _____

9.- Actualmente está Ud. tomando algún tipo de medicamentos? Mencione cuáles _____

10.- Por cuál sentido cree ser Ud. más receptivo y lograr una mayor estimulación sexual?

IV. VALORES EN RELACION AL SEXO

1.- Le produce el masturbarse sentimientos de culpa o desasosiego, _____

2.- Ha tenido alguna de las siguientes experiencias en su vida?

a) Incesto

b) Embarazo ilegítimo de su pareja

c) Aborto

d) Estupro

f) Adulterio

g) Homosexualidad

h) Otros

3.- Ha visto filmes de tipo erótico o pornográfico? _____

4.- Qué sensaciones le produjo la vista de éstos? _____

- 5.- Hay algo que le resulta particularmente desagradable al ver estos films? (Violencia, seducción de menores, etc.) Descríbalos _____
- _____
- _____

V. IMPRESION CLINICA

- 1.- Apariencia Física _____
- _____
- _____
- 2.- Descripción conductual durante la entrevista _____
- _____
- _____
- 3.- Hábitos sociales del paciente _____
- _____
- _____
- _____
- 4.- Metas tentativas del paciente _____
- _____
- _____
- _____
- 5.- Motivación _____
- 6.- Urgencia de atención _____

Bibliografía de la se obtuvo el cuestionario

MASTERS, V. H. y JOHNSON, V. E. Incompatibilidad Sexual Hu
mana. Buenos Aires: Intermédica, 1970.

A N E X O C

PROPAGANDA Y FORMAS DE CONTROL

PROBLEMAS SEXUALES
TRATAMIENTO INTENSIVO A
PROBLEMAS DE IMPOTENCIA,
FRIGIDEZ Y EYACULACION
PREMATURA.

INFORMES:



DIAGNOSTICO Y TERAPIA PSICOLOGICA

TELS. 382-05-82 Y 566-63-90..

PSIC. VANDEN-B.

Cuando por alguna razón queda
insatisfecho uno de los miembros de
la pareja, se dice que existe una :

Disfunción sexual

Por ejemplo, si el hombre eyacula
rápidamente, antes de que su compañera
llegue al orgasmo, esta disfunción se
llama:

— eyaculación precoz —

Si este es su caso ya no tiene -
por qué sufrir inutilmente ni soportar
resignadamente su frustración y la de
su compañera. Todo el mundo tiene dere-
cho a disfrutar responsablemente de su
sexualidad, y Usted forma parte del
mundo. Para ayudarlo con eficacia a
ejercer este derecho natural en los
últimos años se ha desarrollado la:

Terapia Sexual

No piense anticuadamente
y pida su cita para terapia
sexual al Tel. 566 63 90 de
15:00 a 17:00 Hrs. de Lunes a
Viernes (Psic. Vanden-Bouch).



DIAGNOSTICO Y TERAPIA PSICOLOGICA

RANOS ARIZPE No. 23
DR. IGNACIO MARISCAL
MEXICO I. D. F.



Aún cuando no se manejan datos precisos acerca de la incidencia en los varones de la **EYACULACION PRECOZ**, es conocido que un gran número de ellos padecen esta disfunción (Masters y Jhonson, - 1970).

El individuo con un deficiente control eyaculatorio atrae problemas de relación con su pareja, la cual se ve afectada al no lograr una relación sexual satisfactoria ya que él rara vez la hace llegar al clímax.

La secuela más grave de esta disfunción es su evolución hacia la **IMPOTENCIA** SECUNDARIA - - (Caird y Winze, 1977) y la ESTERILIDAD (Rowan y Howley, 1963), etapas en las que el varón abandona casi completamente su rol a nivel sexual y padece crisis en todas las demás esferas de su vida (Rodríguez, 1976)

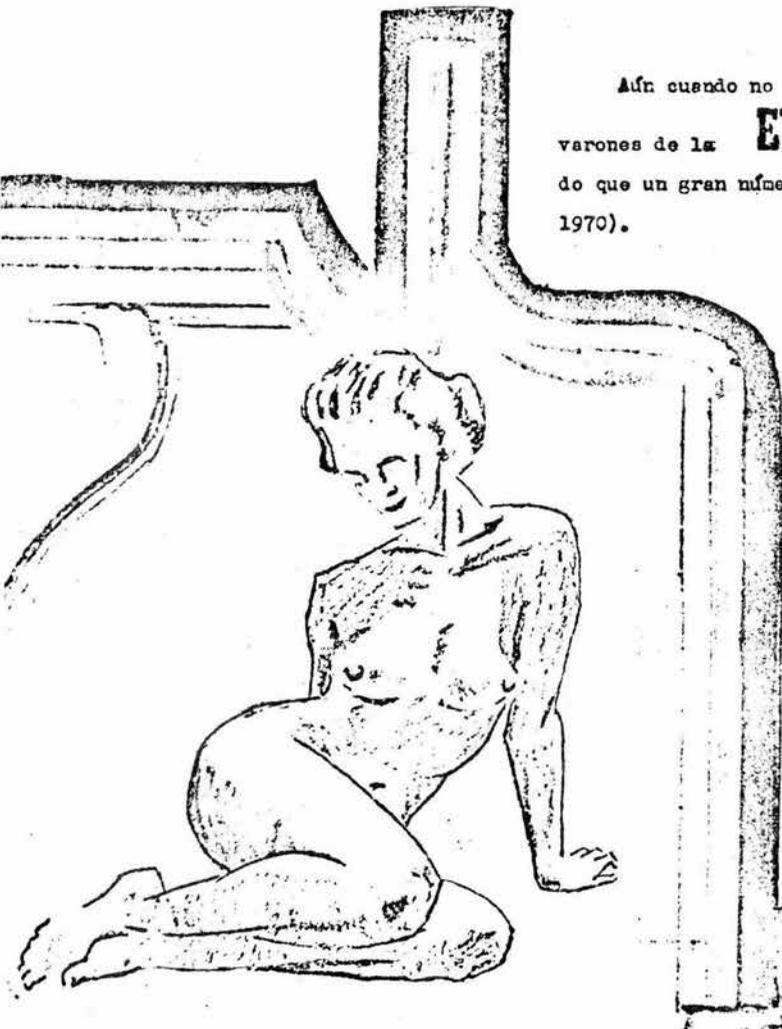
SE OFRECE TRATAMIENTO A UN GRUPO REDUCIDO

Informes al Teléfono 5-66-63-90
Psic. Víctor Vanden-Bouch V.



DIAGNOSTICO Y TERAPIA PSICOLOGICA

RAMOS ARIEPE No. 21
ESQ. IGNACIO MARISCAL
MEXICO I. D. F.



S	E	ESTADO CIVIL	OCUPACION	ESCOLARIDAD	TRATAMIENTO			
					Fase	De	A	Nº S
A								
B								
C								
D								
E								

S Sujeto

D Desvanecimiento

E Edad

G Generalización

L B M Línea Base Masturbación

No. S Número de Sesiones

L B H Línea Base Heterosexual

F E Fase Experimental

Tabla 8.7.1. En esta Tabla se concentran los datos generales de los pacientes y las fechas en las que realizaron las diferentes fases del tratamiento.

Reporte General Del Tratamiento

Nombre:

Sujeto:

FASE	Nº S.	FECHA	MEDIDA DEL TIEMPO			Esc. de Sen.					Nº C.A.
			HI	HF	T	A	B	C	D	E	
Linea Base M	1										
	2										
	3										
	4										
	5										
	6										
	7										
	8										
	9										
	10										
Tratamiento	1										
	2										
	3										
	4										
	5										
	6										
	7										
	8										
	9										
	10										
	11										
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
Desvanecimiento	1										
	2										
	3										
	4										
	5										
	6										
	7										
	8										
	9										
	10										
	11										
	12										
	13										
	14										
	15										

Nº S. Nº de sesión
 Nº C.A. Nº de compresiones aplicadas
 HI Hora inicial
 HF Hora final
 T Tiempo total

A Mal
 B Regular
 C Bien
 D Muy bien
 E Excelente

FASE	N°S.	FECHA	MEDIDA DEL TIEMPO				Esc. de Sen.					N° Org.							
			HI	HF	TJ	TI	A	B	C	D	E	M	F						
Linea Base HS	1																		
	2																		
	3																		
	4																		
	5																		
Generalizacion	1																		
	2																		
	3																		
	4																		
	5																		
	6																		
	7																		
	8																		
	9																		
	10																		

N°S N° de sesión
 N° Org. N° de orgasmos
 M Masculino
 F Femenino

HI Hora inicial
 HF Hora final
 TJ Tiempo de juego
 TI Tiempo de intercurso

B I B L I O G R A F I A

ARD, Ben

- 1964 *Inecesarias Preocupaciones por la Masturbación.*
En *Manual de Sexología Ilustrado* (Colección
Moderna). México, D. F.: Diana, 1967, 265-267.

ARDILA, Rubén

- 1970 *Psicología del Aprendizaje.*
México, D. F.: Siglo XXI Editores.

BENET, Douglas

- 1961 *Treatment of Ejaculatio Precox with Monoamine
Oxidase Inhibitors.*
The Lancet, 2, 1309.

BIJOU, Sidney y Donald M. Baer

- 1961 *Psicología del Desarrollo Infantil. V.1.*
México, D. F.: Trillas.

CAIRD, William y John P. Wincze

- 1977 *Sex Therapy: A Behavioral Approach.*
Maryland: Harper and Row Publishers.

CAMPBELL, Donald y Julian Stanley

- 1966 *Diseños Experimentales y Cuasiexperimentales
en la Investigación Social.*
Buenos Aires: Amorroutu Editores.

- CASCAJARES, Juan Luis; Enrique Chavero; Victor M. de Lachica; Ignacio Larios y Guillermo Ruelas
 1969 *Compendio de Anatomía Fisiología e Higiene*
 México, D. F.: E.C.L.A.L.S.A.
- CASTRO, Luis
 1975 *Diseño Experimental sin Estadística.*
 México, D. F.: Trillas.
- CAULDWELL
 s.f. *La Verdad sobre la Masturbación.*
 En: Educación Sexual.
 New York: Ed. Manuales Científicos, 1966, 109-114.
- DAMRAW, Frederic
 1963 *Premature Ejaculation: Use of Ethyl Aminobenzoate to Prolong Coitus.*
Journal of Urology, 89(6), 936-939
- DENGROVE, Edward
 1967 *Behavior Therapy of Sexual Disorders.*
Journal of Sex Research, 3 (1), 49-61.
- DENGROVE, Edward
 1962 *Nuevos Métodos para Sobreponerse a la Eyaculación Prematura.*
 En: *Manual de Sexología Ilustrado (Colección Moderna)*
 México, D. F.: Diana, 1967, 60-66.
- FINKELSTEIN, L.
 1975 *Premature Ejaculation: A Case Study.*
Psychoanalytic Quarterly, 44(2), 232-252.
- HENSON, Donald E. y H. B. Rubin
 1971 *Voluntary Control of Eroticism.*
Journal of Applied Behavior Analysis, 4, 37-44.

- JACOB, Stanley W. C.A. Francone
 1976 *Anatomía y Fisiología Humana.*
 México, D.F.: Nueva Editorial Interamericana
- KANFER, Federick H. y Jeannes, Phillips
 1970 *Principios de Aprendizaje en la Terapia del Comportamiento.*
 México, Trillas.
- KAPLAN, Helen
 1974 *The New Sex Therapy.*
 New York: Brunner/Mazel, Publishers.
- KELLY, M. D.
 s.f. *Eyacuación Prematura.*
 En: Educación Sexual.
 New York: Ed. Manuales Científicos, 1966,95-100.
- KINDER, Bill y Patricia Blakeney
 1977 *Treatment of Sexual Dysfunction: A Review of Outcome Studies.*
 Journal Of Clinical Psychology, 33(2),523-530.
- KINSEY, Alfred C; Wardell B. Pomeroy y Clyde E. Martin
 1948 *Conducta Sexual del Varón.*
 México, D.F.: Interamericana
- KOLODNY, Robert C; William Masters; Virginia E. Johnson y Mae A. Biggs
 1979 *Textbook of Human Sexuality for Nurses.*
 Boston: Little, Brown and Company.
- IN, Joel; Donald E. Wilbert, David Verburg y Simon M. Soldinger
 1967 *Thioridazine and Sexual Dysfunction.*
 American Journal of Psychiatry, 133(1), 82-84.

- LEIBLUM, Snadra y Raymond C. Rosen
 1976 *Group Treatment Formal: Mixed Sexual Disfunction.*
Archives of Sexual Behavior, 5(4), 313-322
- LOBITS, W.C. y J. Lo Piccolo
 1972 *New Metods in Behavioral Treatment of Sexual Disfunctions.*
Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 6, 265-271.
- LOWE, John y William I. Mikulas
 1975 *Use of Written Material in Learning Self Control of Premature Ejaculation.*
Psychological Reports, 37, 295-298.
- MARSHAL, W. L.
 1975 *Reducing Maturbatory Guilit.*
Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 6, 260-261.
- MASTERS, William y Virginia Johnson
1970 *Incompatibilidad Sexual Humana.*
 Buenos Aires: Interamericana
- MASTERS, William y Virginia Johnson
1966 *Respuesta Sexual Humana.*
 Buenos Aires: Interamericana
- MC. CARTY, Barry W.
 1973 *A Modification of Masters and Johnson Sex Therapy Model in a Clinical Setting.*
Psychotherapy: Theory, Research and Practice, 10(4) 290-293.
- MC. CARTY, Barry W.
 1978 *Male Sex Function and Disfunction.*
American Assotiation of Sex Educators, Consue- lers and Therapist, 4 (1) 37-39.

MILLER, Norman R.

- 1973 *The Efficacy of Using the Masters and Johnson Method, with Modification, to Rapidly Treat-Sexually Dysfunctional Couples in a Group.*
Education, Guidance and Counseling, 824-A

MILLER, William R. y Harold I. Lief

- 1976 *Maturbatory Attitudes, Knowledge and Experience: Data from Sex Knowledge and Attitude Test (SKAT).*
Archives of Sexual Behavior, 5 (5), 447-451.

MOSHER, Donald L. y Paul R Abramson.

- 1977 *Subjective Sexual Arousal Films of Masturbation.*
Journal of Consulting and Clinical Psychology,
45 (5) 796-807.

MURPHY, Christine V. y William L. Mikulas

- 1974 *Behavioral Features and Deficiencies of Masters and Johnson Program.*
Psychological Records, 24, 221-227.

PROCHASKA, James O. y Robert Marzilli

- 1973 *Modification of the Masters and Johnson Approach to Sexual Problems.*
Psychotherapy: Theory, Research and Practice,
10 (4) 294-296.

REYNOLDS, G. S.

- 1968 *Compendio de Condicionamiento Operante.*
México, D. F.: Editorial Ciencia de la Conducta

RIBES, Iñesta Emilio

- 1972 *Técnicas de Modificación de Conducta.*
México, D. F.: Trillas.

- ROWAN, Robert y Thomas F. Howley
1963 *Premature Ejaculation.*
Fertility and Sterility, 14 (4) 437-440.
- RODRIGUEZ, E.
1975 *Eyaculación Precoz.*
Mundo Médico, 3 (26) 44-49.
- ROBINSON
1978 *Multiple Orgasm in Males.*
The Journal of Sex Research, 14 (7) 21-26.
- RUCH, Theodore C. y Harry D. Patton
1973 *Physiology and Biophysics.*
Philadelphia: W. B. Saunders Company.
- RUNCIMAN, Alexander
1975 *Sexual Therapy of Masters & Johnson.*
Counseling Psychologist, 5 (1) 22-30.
- SEMANS, James H.
1956 *Premature Ejaculation: A New Approach.*
Southern Medical Journal, 49, 353-358.
- STOKES, Walter R.
1961 *Masturbación y Matrimonio.*
En: *Manual De Sexología Ilustrado (colección Moderna).*
México, D. F. ; Diana, 322-328.
- TANNER, Barry A.
1973 *Two Case Reports on Modification of Ejaculatory Response with Squeeze Technique.*
Psychotherapy, Research and Practice, 10(1) 297-301.

- VAN, Ussel Jos
1970 *La Represión Sexual*.
México, D. F.: Ed. Roca.
- WOLPE, Joseph
1973 *Práctica de la Terapia de la Conducta*.
México, D. F.: Trillas.
- YULIS, Sergio
1976 *Generalization of Therapeutic Gain in the
Treatment of Premature Ejaculation*.
Behavior Therapy, 7 (3) 355-358.
- ZEISS, Robert A.
1977 *Self-Directed Treatment for Premature Eja-
culation: Preliminary Case Reports*.
*Journal of Behavior Therapy and Experimental
Psychiatry*, 8, 87-91.