



REPÚBLICA DE CUBA  
UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
"JOSÉ ASSEF YARA"  
CIEGO DE ÁVILA  
FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS  
MORÓN

**TÍTULO:** EFECTIVIDAD DE LA AURICULOTERAPIA Y  
FISIOTERAPIA PARA EL TRATAMIENTO DE LA  
EYACULACIÓN PRECOZ.

EN OPCIÓN AL TÍTULO DE MASTER EN MEDICINA NATURAL Y  
TRADICIONAL Y BIOENERGÉTICA

**AUTOR:** Dra. Greter Trujillo Isaac.

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

**TUTOR:** Ms C María del Carmen Batista.

MORÓN

2010



**REPÚBLICA DE CUBA**  
**UNIVERSIDAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**“JOSÉ ASSEFYARA”**  
**CIEGO DE ÁVILA**  
**FACULTAD DE CIENCIAS MÉDICAS**  
**MORÓN**

**E F E C T I V I D A D D E L A A U R I C U L O T E R A P I A Y F I S I O T E R A P I A P A R A**  
**E L T R A T A M I E N T O D E L A E Y A C U L A C I Ó N P R E C O Z .**

**A U T O R : D r G r e t e r T r u j i l l o I s a a c .**

Especialista de Primer Grado en Medicina General Integral.

**T U T O R : M s c . D r a . M a r í a d e l C a r m e n B a t i s t a .**

Especialista de Primer Grado en Anatomía .

Master en Medicina Bioenergética y Natural.

**I N F O R M E F I N A L E N O P C I Ó N A L T Í T U L O D E M Á S T E R E N E N**  
**M E D I C I N A N A T U R A L Y T R A D I C I O N A L Y B I O E N E R G É T I C A**

**C I E G O D E Á V I L A 2 0 1 0**

**DECLARACIÓN JURADA DEL AUTOR.**

Por medio de la presente declaro ante el Consejo Científico Provincial de la Facultad de Ciencias Médicas de Ciego de Ávila, que la Tesis presentada es de mi propia autoría, no contiene material escrito por otra persona al no ser el referenciado debidamente en el texto; parte de ella o en su totalidad no ha sido aceptada para el otorgamiento de cualquier otro diploma de una institución nacional o extranjera.

Ciego de Ávila, \_\_\_\_ de diciembre del 2010.

-----

(Firma del autor)

**CERTIFICACIÓN DEL TUTOR.**

Por medio de la presente apruebo que la Tesis titulada "Efectividad de la auriculoterapia y la Fisioterapia del suelo pélvico en la eyaculación precoz en los trabajadores de la Escuela de Preparación de Ciego de Ávila, en el período comprendido entre el 1 de Abril al 1º de Septiembre del 2010, del autor Dra. Greter Trujillo Isaac, en opción al título de Master en Medicina Natural y Tradicional y Bioenergética sea presentada al Acto de Defensa.

Para que así conste firmo la presente en Ciego de Ávila, el 8 de diciembre del 2010.

-----

M Sc. Dra. Maria del Carmen Batista.

## PENSAMIENTO

*“La vida debe ser diaria, movable, útil: y el primer deber de un hombre de estos días, es ser un hombre de su tiempo. No aplicar teorías ajenas, sino descubrir las propias”*

*José Martí*

## AGRADECIMIENTOS

*A mi tutor la Dra. María del Carmen Batista quien me supo guiar  
sabiamente.*

*A mi padre mi fuente de inspiración y ejemplo a seguir.*

*A mi esposo por su apoyo incondicional.*

**DEDICATORIA**

*A mi hijito querido a quien amo con todas las fuerzas de mi corazón.*

*A mis padres por inculcarme el amor por el estudio.*

*A mi esposo.*

## **RESUMEN:**

Se realizó un estudio prospectivo longitudinal en el período comprendido entre abril del 2010 a septiembre del 2010. La muestra incluyó las pacientes, con edades entre los 25 y 45 años. Se conformaron dos grupos. El control que fue tratado con clordiasepóxido y el experimental al cual se le aplicó la Auriculoterapia utilizando semillas de cardosanto en los diferentes puntos auriculares seleccionados y la fisioterapia para fortalecer el suelo pélvico. Se analizó cada grupo antes y después de recibir el tratamiento y tres meses después. Los resultados mostraron que el grupo experimental al cual se le aplicó la intervención terapéutica con la cual se logró el control de la eyaculación en el 100% de los pacientes, no siendo así el grupo control en el cual el 85,4% no logró control de la eyaculación tratada en un periodo de seis meses. Las manifestaciones psíquicas que más se presentaron en la eyaculación precoz fueron la ansiedad y la depresión, para un 100% en los dos grupos la ansiedad se mantuvo al final del tratamiento aunque en un nivel bajo con respecto a la depresión en el grupo experimental el 100% de los pacientes pasó a ser ligera y en el control el 97,2% respectivamente. Después de aplicado el tratamiento pudimos constatar que la ansiedad fue el síntoma que mejor evolucionó. Con respecto a la pareja el grupo experimental mostró satisfacción en sus relaciones sexuales al concluir el tratamiento no siendo así el control en el cual solo lo logró el 7%. Se concluyó que los pacientes tratados con auriculo y fisioterapia tuvieron mejor evolución.

**Palabras Claves:** eyaculación precoz, auriculoterapia, fisioterapia.

## ÍNDICE DE CONTENIDOS.

INTRODUCCIÓN.....	1
CAPÍTULO I.....	11
CAPÍTULO II.....	37
CAPÍTULO III.....	48
CONCLUSIONES.....	56
RECOMENDACIONES.....	57
ANEXOS.....	58
CITAS Y REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
BIBLIOGRAFÍA.....	67

**INDICE**

Introducción .....	1
<b>CAPÍTULO 1: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE UNA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA SOBRE LA FISIOTERAPIA DEL SUELO PÉLVICO EN LA EYACULACIÓN PRECOZ .....</b>	<b>12</b>
Fundamentación gnoseológica de la eyaculación precoz .....	14
Etiología: .....	18
<b>CAPITULO 2: ASPECTOS METODOLÓGICOS DEL DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y DE LA METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN TERAPEÚTICA EMPLEADA EN LOS ALUMNOS DE LA ESCUELA DE PREPARACIÓN .....</b>	<b>38</b>
2.1- Aspectos metodológicos de la investigación .....	38
<b>PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO .....</b>	<b>41</b>
<b>CAPITULO 3: RESULTADOS Y DISCUSIÓN .....</b>	<b>49</b>
CONCLUSIONES: .....	56
RECOMENDACIONES .....	57
ANEXOS .....	58
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	63
BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA .....	67

### **Introducción**

Las disfunciones sexuales masculinas son alteraciones sexuales que aparecen cuando los factores orgánicos y/o psicológicos bloquean la relación sexual satisfactoria, entre ellas encontramos, los trastornos de erección, trastorno de la eyaculación, trastorno del orgasmo, trastorno de la sensibilidad y trastorno de la libido.

La disfunción sexual es un problema enfrentado por varias personas desde los orígenes mismos de la humanidad, por tanto no es algo nuevo en los textos de medicina o en la experiencia humana, en la actualidad se plantea que aproximadamente entre en el caso de los hombres alrededor de un 40 % presenta algún tipo de disfunción sexual y las más frecuentes son la de eyaculación precoz o falta de erección.

La eyaculación prematura (EP) es considerada la disfunción sexual más frecuente en el varón, caracterizada por que la eyaculación ocurre siempre o casi siempre antes de o en aproximadamente un minuto después de la penetración vaginal; y la incapacidad de retrasar la eyaculación en todas o casi todas las penetraciones vaginales; y consecuencias personales negativas, tales como malestar, incomodidad, angustia, frustración y/o evitación de la intimidad sexual. (1)

En la literatura médica el primer caso conocido de esta disfunción eyaculatoria es el publicado por Gross en 1887(2). Sin embargo, la (EP) no siempre a sido considerada una disfunción, en la época victoriana llegó incluso a considerarse como un signo de la superioridad biológica masculina. No se tenía en cuenta si la mujer disfrutaba o no de la relación sexual (3), ya que la única finalidad lícita de

## Introducción

---

esta era la reproducción. Posteriormente, en 1901, un informe de von Krafft Ebing hacia referencia a la eyaculación anormalmente rápida pero sin utilizar todavía los términos precoz o prematura (4). No fue hasta 1917 cuando Abraham describió el síndrome de eyaculación rápida que denominó ejaculatio praecox (5).

La mayoría de los aspectos aceptan que alrededor de un 25-40% de todos los hombres padecen de esta condición en algún momento de su vida. Una de las investigaciones más amplias y con mayor fuerza estadística es el Estudio Global de Actitudes y Conductas Sexuales (GSSAB), que escrutó en 29 países los datos de participantes entre 40 y 80 años de edad (13.618 hombres y 13.882 mujeres) vía telefónica, cara a cara y con cuestionarios complementarios por correos surgiere que la prevalencia global de la EP es aproximadamente del 30% (6).

En diciembre del 2009, se dieron a conocer los resultados del primer Estudio Demográfico Español sobre Eyaculación Precoz (DEEP). Según los datos de este estudio, realizado en 1 000 hombres de entre 18 y 59 años, elaborado por la Asociación Española de Andrología, Medicina Sexual y Reproductiva (ASESA) y con la colaboración de Janssen – Cilag, el 43% de los Españoles sufren de EP en algún momento de su vida. El 90% de los encuestados identificaron la EP más como la pérdida del control sobre la eyaculación que por la breve duración de la misma. Solo el 38% de los hombres con EP consideraron que debían consultar al médico (8).

A pesar de esta disparidad, la mayoría de los autores consideran que es la disfunción sexual más frecuente en el varón y que esta infradiagnosticada e infratratada.

## Introducción

---

Las posibles causas de la **eyaculación precoz** son de origen variado y han evolucionado con el tiempo, sin embargo en la actualidad se asegura que un 90% de los casos de **eyaculación rápida** responden a factores psicológicas o ambientales; mientras que el 10% restante encuentra su origen en desordenes anatómicos o fisiológicos (8).

La importancia de estos problemas y la preocupación, tanto de hombres como de mujeres, por alcanzar unas relaciones sexuales satisfactorias, ha hecho que surja un especial interés en nosotros por lo que nos proponemos realizar un estudio de intervención terapéutica con el objetivo de determinar la efectividad de la auriculoterapia y la fisioterapia del suelo pélvico en el tratamiento de la eyaculación precoz en los adultos jóvenes de la Escuela de preparación de Ciego de Ávila.

Los elementos analizados anteriormente permiten plantearnos el siguiente **Problema científico**: ¿Es efectiva la **auriculoterapia y fisioterapia del suelo pélvico** en los adultos jóvenes que presentan **eyaculación precoz** en la escuela de preparación?

De esta forma el **objeto** de la investigación está en el **proceso de auriculoterapia y fisioterapia** del suelo pélvico. El **campo** de la investigación se concreta en la eyaculación precoz.

## Introducción

---

Para dar solución al problema se trazó como **OBJETIVO GENERAL** :

Determinar la efectividad de la **auriculoterapia y la fisioterapia del suelo pélvico** en **adultos jóvenes** con **eyaculación prematura** de **causa psicológica**.

y como **OBJETIVOS ESPECÍFICOS** :

1. Comparar el resultado del tratamiento antes y después de la auriculoterapia y la fisioterapia y a los tres meses en cuanto a:
  - 1.1 Control del reflejo eyaculatorio.
  - 1.2 Periodo de latencia eyaculatoria intravaginal.
2. Valorar el comportamiento de la ansiedad y la depresión como los síntomas psicológicos más importantes asociados a la eyaculación precoz en los casos estudiados antes y después de la intervención terapéutica y a los tres meses.
3. Identificar los síntomas psicológicos asociados a la EP que aparecen en la pareja antes y después de la fisioterapia del suelo pélvico.

El tema lo definimos en los siguientes términos:

**“Efectividad de la auriculoterapia y fisioterapia para el tratamiento de la eyaculación precoz”.**

En correspondencia con el objetivo y el campo de acción:

La **Hipótesis** que defendemos se expresa en que si se aplica una **intervención** de **auriculoterapia y fisioterapia del suelo pélvico** se logrará comprobar su efectividad en la **eyaculación precoz**, que se dinamice a través de la

## Introducción

---

contradicción entre los objetivos del proceso terapéutico y su personalización en los adultos jóvenes de la Escuela de Preparación de Ciego de Ávila.

Se plantea como **Variable independiente**: la auriculoterapia y fisioterapia del suelo pélvico.

**La Auriculoterapia** es la técnica por medio de la cual pueden ser diagnosticadas y tratadas diversas enfermedades funcionales y orgánicas, utilizando los puntos de reacción localizados en las orejas, que suman alrededor de 200 biológicamente activos. Se halla basada en la Medicina Tradicional China y en los fundamentos que diera Paul Nogier en Francia en 1950. Sus ventajas son varias: se aprende fácilmente, es de amplio uso, su respuesta no se hace esperar y genera muy pocas reacciones adversas.(9)

**Fisioterapia**: Reeducar el suelo pélvico, los músculos pubo-coccígeos y fortalecer el control de los esfínteres vesico-uretrales mediante el ejercicio físico, es imprescindible para que el varón consiga el verdadero y definitivo control voluntario sobre su reflejo eyaculatorio. (10,11)

**Variable dependiente: La eyaculación precoz**. La eyaculación prematura es una disfunción sexual masculina caracterizada por que la eyaculación ocurre siempre o casi siempre antes de o en aproximadamente un minuto después de la penetración vaginal; y la incapacidad de retrasar la eyaculación en todas o casi todas las penetraciones vaginales; y consecuencias personales negativas, tales como malestar, incomodidad, angustia, frustración y/o evitación de la intimidad sexual. Esta definición está limitada a la EP desde siempre y a la penetración intravaginal.(1)

## Introducción

VARIABLE	DIMENSIÓN	CLASIFICACIÓN	ESCALA	EVALUACIÓN
Eyacuación Precoz.	Control del reflejo eyaculatorio.	Cualitativa politémica	Ocurre en el juego amoroso sin penetrar Ocurre a las puertas de la vagina sin penetrar	Antes y después del tratamiento y a los 3 meses.
	Periodo de latencia eyaculatoria intravaginal	Cualitativa politémica	Ocurre al penetrar sin haber realizado ningún movimiento Ocurre en los primeros movimientos, de 2 a 3 En los primeros movimientos, de 4 a 5	Antes y después del tratamiento fisioterapéutico y a los 3 meses
auriculo terapia y Fisioterapia	Síntomas psicológicos presentes en el paciente.	Cualitativa politémica	Ansiedad Depresión	Antes y después del tratamiento fisioterapéutico y a los 3 meses.
	Síntomas psicológicos presentes en la pareja.	Cualitativa politémica	ansiedad insatisfacción	Antes y después del tratamiento fisioterapéutico y a los 3 meses.
	Satisfacción Sexual Actual	Cualitativa politémica	-Satisfecho -Poco satisfecho -Insatisfecho	Antes y después del tratamiento fisioterapéutico y a los 3 meses.

**Unidad de observación:** Adultos jóvenes

### **Tareas de Investigación**

#### **Tareas de Investigación**

1. Sistematización de los fundamentos teóricos y prácticos en que se sustenta la eyaculación precoz.
2. Caracterización de las causas de la eyaculación precoz en los trabajadores de la escuela de preparación de 25 a 45 años de edad de la escuela de preparación.
3. Determinación de los métodos psicológicos, de la Medicina Natural y Tradicional que se puedan combinar en el tratamiento de la eyaculación precoz con beneficios permanentes en hombres de 25 a 45 años de edad de la escuela de preparación.
4. Aplicación de un tratamiento combinado de métodos de carácter psicológico, de la Medicina y de la Medicina Natural y Tradicional en el tratamiento de la eyaculación precoz con beneficios permanentes en hombres de 25 a 45 años de edad de la escuela de preparación.
5. Elaboración de una metodología de uso combinado de métodos de carácter psicológico, de la Medicina Homeopática y de la Medicina Natural y Tradicional en el tratamiento de la eyaculación precoz con beneficios permanentes en hombres de 25 a 45 años de edad de la escuela de preparación.

### **Población y Muestra.**

El trabajo que se presenta se desarrolló en el período comprendido entre abril 2010 septiembre del 2010 en la escuela de preparación del Municipio Morón (Provincia de Ciego de Ávila, Cuba), tomando como población a un total de 132 individuos con eyaculación precoz, se realiza una selección intencional de aquellos con causa psicógena quedando constituida la muestra por un total de 96 pacientes, de edades comprendidos entre los 25 y 45 años, la cual constituye el 72% siendo válida para el tipo de investigación.

Las tareas no se podían materializar sin la utilización de un conjunto de **MÉTODOS DE NIVEL TEÓRICO Y EMPÍRICO**, entre los primeros podemos mencionar los siguientes:

### **Métodos del nivel teórico:**

- **Análisis - síntesis:** El cual permitió penetrar en lo fundamental de lo observado, separar lo esencial de lo secundario, determinar lo importante a partir de la bibliografía revisada y extraer lo necesario para la solución del problema.
- **Análisis histórico -lógico:** Se seleccionó con el objetivo de poder estudiar la trayectoria real de los fenómenos y acontecimientos en el decursar de su historia, por lo que se empleo para indagar sobre el tema de las Disfunciones sexuales específicamente la eyaculación precoz de causa psicológica.
- **Inducción - deducción:** Porque en la investigación se estableció generalizaciones que confirman empíricamente la hipótesis.
- **Hipotético -deductivo:** Por deducir la hipótesis como respuesta al problema de la investigación trazado en la investigación.

### **Métodos empíricos:**

## Introducción

---

**\_La observación:** Mediante la misma se conoció la realidad del proceso, para así diagnosticar y poder aplicar un programa de intervención terapéutica que logre resolver el objetivo general de la investigación.

**\_Entrevista (anexo 2):** La entrevista psicosexual se utilizó como técnica básica para la obtención de la información. Esta entrevista constituye un complemento de la historia clínica la cual se aplicó como pre test y post test a los trabajadores de la Escuela de Preparación de Ciego de Ávila, para determinar la presencia de la eyaculación precoz.

**-TEST (anexo 3 y 4):** La ansiedad y la depresión como síntomas psicológicos presentes en el paciente con EP serán evaluados mediante el test de autoevaluación de IDARE e inventario de Beck antes, después del tratamiento y a los tres meses. Finalmente determinar la eficacia del tratamiento con fisioterapia del suelo pélvico en la EP de causa psicológica.

### **Población y Muestra.**

El trabajo que se presenta se desarrolló en el período comprendido entre abril 2010 septiembre del 2010 en la escuela de preparación del Municipio Morón (Provincia de Ciego de Ávila, Cuba), tomando como población a un total de 132 individuos con eyaculación precoz, se realiza una selección intencional de aquellos con causa psicógena quedando constituida la muestra por un total de 96 pacientes, de edades comprendidos entre los 25 y 45 años, la cual constituye el 72% siendo válida para el tipo de investigación.

**APORTE TEÓRICO:** Se recoge un resumen de las principales causas que determinan la eyaculación precoz en el plano psicológico.

## Introducción

---

**APORTE PRÁCTICO:** Presentación de una intervención terapéutica de aplicación práctica a niveles de APS para el tratamiento de la eyaculación precoz.

**ESTRUCTURA DE LA TESIS:**

La tesis consta de introducción, tres capítulos, conclusiones, recomendaciones, bibliografía y anexos.

En el capítulo 1 se parte de los antecedentes históricos teóricos de las terapias aplicadas así como de la eyaculación precoz, se analizan los actuales problemas de esta como parte de la salud y satisfacción de la población, se fundamenta la eyaculación precoz desde las distintas teorías, el enfoque de las terapias para el desarrollo de la satisfacción de los trabajadores de la escuela de preparación.

En el capítulo 2 se presenta "una propuesta metodológica para el tratamiento de la eyaculación precoz mediante el empleo de la auriculoterapia y la fisioterapia del suelo pélvico.

En el capítulo 3: Resultados del tratamiento antes y después de la fisioterapia y a los tres meses.

# CAPITULO I

**CAPÍTULO 1: FUNDAMENTACIÓN TEÓRICA DE UNA INTERVENCIÓN TERAPÉUTICA SOBRE LA FISIOTERAPIA DEL SUELO PÉLVICO EN LA EYACULACIÓN PRECOZ.**

La eyaculación prematura (EP) es considerada la disfunción sexual más frecuente en el varón. En la literatura médica el primer caso conocido de esta disfunción eyaculatoria es el publicado por Gross en 1887 (2). Sin embargo, la EP no siempre a sido considerada una disfunción, verbigracia, en la época victoriana llegó incluso a considerarse como un signo de la superioridad biológica masculina. No se tenía en cuenta si la mujer disfrutaba o no de la relación sexual (3), ya que la única finalidad lícita de ésta era la reproducción. Posteriormente, en 1901, un informe de von Krafft Ebing hacia referencia a la eyaculación anormalmente rápida pero sin utilizar todavía los términos de precoz o prematura (4). No fue hasta 1917 cuando Abraham descubrió el síndrome de eyaculación rápida que denominó ejaculatio praecox (5). En las primeras décadas del siglo XX la EP era vista como una neurosis relacionada con conflictos inconscientes, especialmente en la teoría psicoanalítica, fundamentando su tratamiento en el psicoanálisis. El acercamiento somático urológico se enfocaba principalmente a causas anatómicas locales como la hiperestesia del glande, el frenillo demasiado corto y en cambios en la uretra posterior, especialmente en el verumontanum, proponiéndose tratamientos como ungüentos anestésicos, incisión del frenillo o electrocauterización del verumontanum. En 1943, el psiquiatra letón Bernard Schapiro defendió que la EP era una perturbación psicossomática causada por la combinación hiperansiosa y un aparato eyaculador inferior con un punto de menor resistencia a la presión emocional (12). Schapiro describió dos tipos de EP: tipo A, producida tras años de

disfunción eréctil (DE), y tipo B, representada por la presencia de una continuada tendencia a la eyaculación rápida desde el inicio de las relaciones sexuales. Años después se denominaron respectivamente secundaria (adquirida) y primaria (desde siempre) (13). Posteriormente, hasta inicios de 1990, la EP era abordada como un problema psicológico más que fisiológico, por lo que las terapias psicosexuales conductuales fueron consideradas de elección. Aunque la falta de una definición de EP globalmente aceptada suponga una dificultad para el conocimiento de su prevalencia real y permita cuestionar los resultados de determinados estudios, como consecuencia de unos criterios de inclusión inadecuados, el interés por la EP entre los profesionales de la salud no solo se ha mantenido latente a lo largo del tiempo sino que parece haber aumentado en los últimos años; prueba de ello, son las numerosas publicaciones de EP que pueden encontrarse. Una búsqueda reciente en Medline (febrero de 2010) para artículos relacionados con la EP hasta el presente, mostró un total de 632 referencias, de las que más de la mitad (368 artículos) correspondieron a los últimos 5 años (8).

### **Fundamentación gnoseológica de la eyaculación precoz.**

Este epígrafe comenzará con una aclaración referente a la terminología indistintamente usada en la bibliografía.

El complejo mecanismo de la sexualidad presenta alteraciones de mayor o menor grado, nos introducimos en el mundo de las disfunciones sexuales, considerándose la sexualidad como una vivencia compartida con otra persona y ésta, la pareja, es de suma importancia en el tratamiento de cualquier disfunción sexual.

La sexualidad es un juego espontáneo y, como tal, constituye un fruto natural de la salud psicológica del individuo y de su relación de pareja. Por tanto, cualquier problema en estos ámbitos puede motivar una dificultad sexual (14).

Pero hay también dos factores perturbadores del juego sexual (15).

1) el mito social de que el sexo "produce felicidad", cuando es justamente al revés. Esto empuja a algunas personas a forzar su sexualidad o desviar su atención de sus verdaderos problemas íntimos.

2) el mito social de la sexualidad "normal" (respecto a tipo de prácticas, frecuencia, etc.), lo que también produce indeseables complejos y ansiedades.

La terapia de las disfunciones sexuales debe explorar y resolver sus causas específicas, modificar las posibles actitudes erróneas del sujeto y, por supuesto,

## CAPITULO 1

---

fomentar una vida sexual basada en el amor y las auténticas necesidades del individuo y de su pareja.

La disfunción sexual es un problema enfrentado por varias personas desde los orígenes mismos de la humanidad, por tanto no es algo nuevo en los textos de medicina o en la experiencia humana, en la actualidad se plantea que en el caso de los hombres alrededor de un 40 % presenta algún tipo de disfunción sexual y las más frecuentes son la de eyaculación precoz o falta de erección. (16)

La eyaculación prematura es una disfunción sexual masculina caracterizada por que la eyaculación ocurre siempre o casi siempre antes de o en aproximadamente un minuto después de la penetración vaginal; y la incapacidad de retrasar la eyaculación en todas o casi todas las penetraciones vaginales; y consecuencias personales negativas, tales como malestar, incomodidad, angustia, frustración y/o evitación de la intimidad sexual. Esta definición está limitada a la EP desde siempre y a la penetración intravaginal. (1)

La eyaculación es un reflejo mediado principalmente por el sistema nervioso simpático, en el que están involucrados receptores y áreas sensoriales, vías aferentes, áreas sensoriales y centros motores cerebrales, centros motores espinales y vías eferentes. La vía eferente conduce los estímulos captados por los receptores sensoriales peneanos (corpúsculos de Krause-Finger) dependientes de nervio dorsal y por las terminaciones sensoriales genitales o extragenitales, transmitiéndolos por vías aferentes del nervio pudiendo hasta S4 y a los ganglios simpáticos del plexo hipogástrico a nivel D10-L2.(17)

## CAPITULO 1

---

La información sensorial se integra principalmente por tres centros cerebrales. Dos a nivel del hipotálamo: el área medial preóptica (MPOA) y el núcleo paraventricular (PVN), que envían proyecciones al núcleo serotoninérgico paragigantocelular (nPGi) en el tallo cerebral. El tercero, la sustancia gris periacueductal (PGA), se localiza en el mesencéfalo. El reflejo eyaculatorio está controlado fundamentalmente por una compleja interacción entre centros neuronales serotoninérgicos y dopaminérgicos, con la participación secundaria de neuronas colinérgicas, adrenérgicas, nitrérgicas, oxitocinérgicas, galaninérgicas y Gabaérgicas.(17)

La interacción de los estímulos sensoriales en los centros cerebrales incrementa la liberación de dopamina en la MPOA. Las vías descendentes serotoninérgicas del nPGi producen una inhibición tónica de la eyaculación a través del núcleo motor lumbosacro de la médula, de manera que el nPGi actúa como pivote central en el control de la eyaculación. La desinhibición del nPGi por MPOA facilita la eyaculación. Se han caracterizado 5 tipos de receptores dopaminérgicos, siendo los subtipos D1 y D2 los implicados en la función sexual. Niveles bajos de dopamina estimularían los receptores D1, facilitando la erección (mediante estimulación parasimpática) e inhibiendo la eyaculación (por inhibición de la actividad simpática). El incremento de los niveles de dopamina estimularía los receptores D2, inhibiendo la erección y facilitando la eyaculación.(18)

En cuanto a la serotonina (5HT), si bien sus mecanismos de acción no son conocidos con exactitud, se han descubierto 16 receptores, siendo los 5HT1a y los 5HT2c los moduladores más importantes de la función eyaculatoria junto con el

## CAPITULO 1

---

transportador de la serotonina (5HTT), proteína transportadora específica localizada en la membrana celular que facilita la recaptación de la serotonina en la sinapsis. La activación de los receptores 5HT<sub>1</sub><sup>a</sup> acelera la eyaculación, mientras que la activación de los 5HT<sub>2c</sub> la retrasan. El bloqueo del 5HTT produce el incremento de los niveles 5HT lo que ocasiona una desensibilización del receptor 5HT<sub>1a</sub> retrasando la eyaculación.(19,20)

La vía eferente de la eyaculación está formada por el simpático en la fase de emisión y el somático en la fase de eyaculación propiamente dicha. En la fase de emisión el estímulo es transmitido hacia los ganglios simpáticos medulares a nivel de D<sub>10</sub>-L<sub>2</sub> que constituye el plexo hipogástrico, alcanzando los órganos terminales a través del nervio hipogástrico produce la contracción de la musculatura lisa del epidídimo, deferente, ampolla vesículas seminales y próstata e incrementa el volumen del líquido seminal que se introduce en la uretra posterior, lo que da lugar a la sensación de inminencia eyaculatoria. Esta contracción está mediada por fibras adrenérgicas, cuyo principal transmisor es la adrenalina. Al mismo tiempo, también por acción del simpático, se produce la contracción y el cierre del cuello vesical. La fase de eyaculación, propiamente dicha, está facilitado por fibras del parasimpático que procedente de los segmentos S<sub>2</sub>-S<sub>4</sub> inervan la musculatura lisa del esfínter externo y por fibras somáticas procedentes también de los segmentos sacros, que por medio del nervio pudendo inervan los músculos bulbocavernoso, isquiocavernoso y la musculatura estriada del esfínter externo. Tras el cierre vecinal se produce la relajación del esfínter urinario externo, la expulsión del semen por la uretra (acción somática del simpático) y de 6-10 contracciones

clónicas de los músculos bulbo e isquiocavernoso de aproximadamente 0.8 segundos de duración cada una de ellas.(20)

### **Etiología:**

Aunque la etiología de la EP primaria no a sido aclarada, los intentos por hacerlo han incluido una amplia gama de teorías biogénicas y psicogénicas las teorías psicogénicas serán las de interés en nuestro trabajo las cuales incluyen el efecto y acondicionamiento de las primeras experiencias sexuales, la ansiedad de desempeño sexual, la frecuencia de la actividad sexual y las teorías evolutivas psicodinámicas. Se ha sugerido que la ansiedad activaría el sistema nervioso simpático reduciendo el umbral eyaculatorio. Sin embargo, para algunos investigadores, la relación de causalidad entre ansiedad y EP es especulativa y contraria ala evidencia empírica.(21)

#### Factores psicológicos y ambientales:

El eyacular sin intención abre la puerta a la zozobra emocional. Ciertos factores no físicos comúnmente contribuyen a un eyaculación precoz. Aún cuando los hombres ocasionalmente subestiman la relación que existe entre su bienestar emocional y un acto sexual satisfactorio, la eyaculación precoz puede ser causada, temporalmente, por [depresión](#), [estrés](#) relacionado con asuntos económicos, expectativas poco realistas sobre su capacidad sexual, una historia clínica de [represión](#) sexual o una falta generalizada de auto-confianza. Las dinámicas interpersonales y de grupos contribuyen a mejoras en la función sexual, de modo que la eyaculación precoz puede ser causada por una falla de comunicación entre las parejas y sus círculos sociales, por heridas emocionales o

## CAPITULO 1

---

por conflictos no resueltos que interfieran con la habilidad de lograr una [intimidad](#) emocional. La eyaculación prematura neurológica puede también conllevar a otras formas de [disfunción sexual](#), o bien, intensificar el problema subyacente, especialmente al crear ansiedad y zozobra relacionada con su rendimiento sexual. En otro contexto menos [patológico](#), la eyaculación precoz puede deberse simplemente a un estado de extremo deseo y excitación sexual. (22)

Algunas de las más recientes investigaciones se han enfocado en el papel que puede jugar la pareja femenina. Un estudio de parejas recién casadas reportó que el IELT del marido parecía verse afectado por las fases del [ciclo menstrual](#) de su [cónyuge](#), siendo de menor duración durante la fase de [fertilidad \(ovulación\)](#). Otros estudios sugieren que los hombres jóvenes con parejas femeninas mayores en edad, llegan al umbral eyaculatorio con más rapidez promedio que aquellos con parejas de la misma edad o más jóvenes. (22)

En general las causas psicológicas de las disfunciones sexuales engloban algunos de los siguientes factores predisponentes, precipitantes o de mantenimiento:

---

<b>Factores</b>	Educación restringida
<b>predisponentes:</b>	Malas relaciones familiares
	Información sexual inadecuada
	Primeras experiencias sexuales traumáticas

---

Inseguridad temprana en el papel sexual

<b>Factores</b>	Nacimiento de un hijo
<b>precipitantes:</b>	Alteración general en la relación
	Infidelidad
	Expectativas no razonables
	Disfunción en el compañero
	Fracaso fortuito previo
	Reacción a factores orgánicos
	Edad
	Depresión y ansiedad
	Experiencia sexual traumática

---

**Factores de Ansiedad por el rendimiento**

<b>Mantenimiento:</b>	Anticipación del fracaso
	Culpabilidad
	Pérdida de la atracción en la pareja
	Pobre comunicación en la pareja
	Desavenencias en la relación general
	Miedo a la intimidad
	Alteración de la propia imagen

Información sexual inadecuada

Juego erótico restringido

Trastorno psiquiátrico (22)

Otras causas

Eyacuación prematura primaria: psicogénicas

- Ansiedad.
- Efecto de las primeras experiencias sexuales.
- Frecuencia de la actividad sexual.
- Técnicas del control eyaculatorio.
- Teorías evolutivas.
- Teorías psicodinámicas.

Biogénicas:

- Hipersensibilidad peneana o del glande.
- Eyacuación hiperexcitable.
- Predisposición genética
- Disfunción de los receptores centrales de la serotonina.(8)

Clasificación de la eyacuación precoz:

**La EP puede clasificarse atendiendo diversos criterios:**

**Según el inicio:**

- > Primaria (desde siempre)
- > Secundaria (adquirida).

Según el contexto:

- General (en todas las situaciones y con todas las parejas).
- Situacional (en todas las situaciones y no con todas las parejas).

### **Según la etiología:**

- Biogénica
- Psicogénica.

### **Según la intensidad:**

- Ligera: la eyaculación tiene lugar después de la penetración y al sujeto le da tiempo de realizar algunos movimientos o empujes.
- Moderada: la eyaculación ocurre inmediatamente después de eyaculación.
- Severa: la eyaculación se produce inmediatamente después de la penetración.

### **Asociada a otra disfunción sexual:**

- Disfunción eréctil.
- Deseo sexual hipoactivo.

.Waldinger y Schewitzer basándose en el uso apropiado de los criterios para el diagnóstico de EP, como el tiempo de latencia eyaculatoria, la capacidad de control sobre la eyaculación, la frecuencia de aparición y su presentación a lo largo de la vida, proponen una nueva clasificación dividida en cuatro síndromes:

#### **EP desde siempre (primaria)**

Caracterizada por:

- 1-Presentación muy temprana y prácticamente en cada relación sexual.
- 2-Con cualquier mujer.

3-Desde la primera relación sexual en adelante.

4-En la mayoría de los casos de los 30 segundos (70%), 60 segundos (90%) o entre uno 1-2 minutos (10%).

5-Permanece así durante la vida (70%) o puede agravarse al envejecer (30%).

6-La capacidad para retardar la eyaculación en el momento de la inminencia eyaculatoria puede estar disminuida o ausente.

#### **EP adquirida (secundaria)**

Cuyas molestias cambian con relación a cual sea el problema somático o psicológico subyacente.

1- La EP se presenta en algún momento de la vida del paciente.

2- La persona por lo general a tenido experiencias eyaculatorias normales antes de la presentación de las molestias.

3- El comienzo puede ser brusco o gradual.

4- La disfunción puede deberse a:

-Disfunciones urológicas, como disfunción eréctil o prostatitis.

-Disfunción tiroidea.

-Problemas psicológicos o de relación en pareja.

5-La capacidad para retardar la eyaculación en el momento de la inminencia eyaculatoria puede estar disminuida o ausente.

#### **EP como variación natural de la eyaculación.**

En estos casos los hombres solo por conciencia y dependiendo de la situación presentan una EP; no debe ser considerada como un síntoma manifestación de verdadera patología.

Se caracteriza por:

- 1-La EP es inconsistente e irregular.
- 2-La capacidad para retardar la eyaculación en el momento de la inminencia eyaculatoria puede estar disminuida o ausente.
- 3-Las experiencias de capacidad disminuida para la eyaculación se presentan junto con una eyaculación precoz o normal.

### **Disfunción parecida a la EP**

Se trata de personas que piensan que presentan EP aunque el tiempo de la eyaculación se mantiene con rangos normales, entre 3-6 minutos y aún más prolongado, entre 5-25 minutos. No debe ser considerada un síntoma o manifestación de verdadera patología médica. Su origen puede estar en problemas psicológicos o de relación de pareja.

Se caracteriza por:

- 1- Percepción subjetiva, consistente o inconsciente de EP durante las relaciones sexuales.
- 2- Preocupaciones por una supuesta EP o la falta de habilidad para retardar la eyaculación.
- 3- El tiempo de latencia eyaculatoria intravaginal está en el rango normal o puede ser incluso de larga duración (esto es, entre 3-25 minutos).
- 4- La capacidad para retardar la eyaculación en el momento de la inminencia eyaculatoria puede estar disminuida o ausente.

5- Preocupación por la eyaculación no se puede explicar por un desorden mental. (23)

Las nociones básicas para abordar el tema de la eyaculación precoz o prematura es centrar la causa esencialmente en el origen psicológico comportamental:

1. Malas costumbres de masturbación durante la adolescencia teniendo como único objetivo el de crear rápidamente una tensión sexual, sin hacer durar ni apreciar el placer que precede el reflejo eyaculatorio.
2. Fuerte tensión emocional incontrolable durante el acto sexual.
3. El estrés, la ansiedad, el cansancio pueden también ser responsables de la eyaculación precoz, rápida o prematura.
4. Para terminar, un conflicto relacional con la pareja puede también ser responsable del problema. (24)

Algo para no olvidar, es que la eyaculación precoz viene primero periódicamente, puede volver más a menudo y después repetirse en cada acto sexual. En efecto, en cuanto la eyaculación precoz se repite varias veces, el miedo al fracaso y el estrés serán los responsables de causar problemas de forma repetitiva y durable.

De este modo la ansiedad, el miedo al fracaso, el miedo a no llegar a su pequeña hazaña, una fuerte tensión emocional incontrolable, son las causas más comunes del origen de la eyaculación precoz o rápida. Para los hombres este problema es muy frecuentemente responsable de una falta de motivación para los actos sexuales, una desvalorización de su propia imagen y

## CAPITULO 1

---

la evolución puede llegar a una impotencia psicológica.

En la mujer provoca la falta de motivación para hacer el amor, ausencia del orgasmo y puede evolucionar hasta en frigidez secundaria.(24)

Complejidad y tratabilidad | GRADOS

### GRADO 1

Muy común en adolescentes y directamente relacionado con malos hábitos en la masturbación. Es el más leve y de ser tratado oportunamente es el grado más fácil y rápido de corregir.

Reversible y tratable.

### GRADO 2

Se asocia con personas que tuvieron el control sobre la eyaculación en un momento dado. A menudo causado por el estrés, responsabilidades, problemas en el trabajo o personales.

Reversible y tratable.

### GRADO 3

Aquellos que no superaron la EP en el grado 2, desarrollan el grado 3. Considerado crítico, debido a que se corre el riesgo de transformar a la eyaculación precoz en un trastorno sexual. Es bastante complejo, pero totalmente tratable y reversible.

Reversible y tratable.

### GRADO 4

Es el grado más severo y cuando la eyaculación precoz se transforma en trastorno. Anteriormente era necesaria la intervención de un especialista para tratar el problema desde su raíz; hoy en día se puede acceder a portales on-line de forma segura y discreta pero no todos garantizan la recuperación.

Reversible y tratable. (24)

Las investigaciones epidemiológicas han mostrado repetidamente una prevalencia de eyaculación precoz que oscila entre el 20 y el 30% de los varones. Es el problema más frecuente en sexualidad masculina, más incluso que la disfunción eréctil y se presenta de forma constante y uniforme en todos los grupos de edad. Para ellos y para sus parejas, mantener relaciones sexuales puede convertirse en un proceso insatisfactorio y traumático. (8,24)

Es un problema muy común, y lo padecen hasta 3 de cada 10 hombres sexualmente activos.

En el Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto" para el diagnóstico y tratamiento de la disfunción sexual masculina, se presenta el estudio de 369 pacientes que acudieron a la consulta de sexología durante los años 1992 a 1995. Se clasificaron como predominantemente psicógenos 285 pacientes y 84 como predominantemente orgánicos del total de pacientes estudiados 112 presentaron EP para un 30,3% con respecto al total lo cual está relacionado con los porcentos

de casos con EP publicados en otros países como España por poner un ejemplo.(25)

Ante esta situación la Medicina Natural y Tradicional se convierte en una alternativa para la comunidad científica en el tratamiento de múltiples enfermedades, ésta constituye una vía para evadir los efectos adversos de la síntesis química, en el plano médico busca mayor acceso y aceptabilidad social, rescata la práctica popular tradicional, recoge la valiosa experiencia clínica-social y fundamentalmente garantiza un mayor ahorro económico en la sustitución de los medicamentos convencionales por técnicas sencillas, inocuas y eficaces para enfermedades psicosomáticas o funcionales.

Se distinguen además "microsistemas" que no son más que representaciones holográficas generalmente incompletas del organismo, como un gran sistema energético que lo reproduce en lo fundamental. De ellos uno de los más antiguos, más practicado y más completo es el Microsistema de Oreja o Microsistema Auricular. En las diferentes partes de la oreja encontramos la representación de todos los órganos de nuestro cuerpo, correspondiendo cada uno de ellos con un área exacta. Toda vez que ocurren alteraciones patológicas encontramos puntos de hipersensibilidad en el área correspondiente al órgano lesionado, la cual es conocida como zona auricular. (68,69).A pesar de que la Auriculoterapia se asocia en la actualidad con las modalidades terapéuticas vinculadas a la Medicina Tradicional China, existen evidencias históricas de que otras civilizaciones más vinculadas a la cultura occidental moderna conocen la utilidad de las

estimulaciones de la oreja y el tratamiento de diversas afecciones. La obra más antigua de medicina del mundo conocida como el NEIKING, no hace referencia a la Auriculoterapia, sin embargo explica la confluencia de los meridianos corporales de energía en la oreja. En la misma se reflejan todos los órganos, tanto sólidos (Zang) como huecos (Fu), de ahí que muchos de los trastornos que se derivan de las energías patógenas que los afectan puedan ser tratados total o parcialmente a nivel de ella. (26,27).

**Auriculoterapia:** es la técnica por medio de la cual pueden ser diagnosticadas y tratadas diversas enfermedades funcionales y orgánicas, entre ellas el Climaterio, utilizando los puntos de reacción localizados en las orejas, que suman alrededor de 200 biológicamente activos. Se halla basada en la Medicina Tradicional China y en los fundamentos que diera Paul Nogier en Francia en 1950. Sus ventajas son varias: se aprende fácilmente, es de amplio uso, su respuesta no se hace esperar y genera muy pocas reacciones adversas. (28)

Esta práctica comienza su historia en la antigua China cuando Hoang Ti Nei Kug comenzó a describirla en el tratado de Medicina del Emperador Amarillo, haciendo su relación a través de los meridianos entre los años 1698 y 2598 a.c.(27)

Desde la antigua China 475 años a.c. se dice que los 6 meridianos Yang están directamente conectados con la aurícula y los 6 Yin en forma indirecta. Estos antiguos puntos se hallaban dispersos en la oreja sin una verdadera organización somatotópica. En el libro Brocado de Seda ya se hablaba de los canales auriculares. (26,27)

## CAPITULO 1

---

En Egipto, Grecia y Roma 400 años a.c., Hipócrates y Galeno recomendaban el uso de anillos, aretes y otras formas de estimulación para tratar los desórdenes sexuales y menstruales. Explicaban que el sangrado tras la oreja alteraba el líquido seminal y que podía ser probable causa de esterilidad. En Persia (200 años a.c.) después de la caída de Roma y China (200 años d.c.) se aplicaba y trataban enfermedades del SOMA mediante esta técnica. (29)

No fue hasta la década del 50 (1951) en que el francés Dr. Paul Nogier propiciara el florecimiento de la Auriculoterapia después de un profundo estudio, en el que logró relacionar diferentes partes del cuerpo con zonas auriculares y realizó numerosas experiencias clínicas para confeccionar la primera cartografía de las zonas y puntos de la oreja donde el organismo aparece representado en posición fetal; la cabeza hacia abajo, las vísceras en la concha, los miembros y columna vertebral en el hélix y canal del hélix. Esta cartografía sirvió de guía a los acupuntores de diferentes países, incluyendo a los médicos tradicionales de China, Vietnam, Corea y Japón, entre otros; al verificarse en China la exactitud del mapa de Nogier, por un equipo de médicos del ejército en Nanking (1960). (28)

Por la oreja podemos también realizar diagnósticos presuntivos que luego confirmaremos con la clínica, con los síntomas y signos que presenta nuestro paciente y con la historia biopatográfica del mismo, sin perder jamás la idea de que el ser humano que recurre a nosotros, no es solamente una oreja, sino que debemos tener en cuenta todo lo que nos relata, no únicamente en el aspecto

clínico, sino y muy especialmente todo lo que lo afecta en el plano espiritual, psíquico y en sus diversos cuerpos mental, astral, etérico y físico. (27,28)

La aurícula u oreja es un lugar exquisitamente innervado por varios pares de nervios craneales: el V par o Trigémico, X par o Vago y el Plexo Cervical Superficial. Los tres núcleos de estos nervios están situados en el Cerebro, cerca de la oreja, de ahí que las vías de reflejo sean cortas y rápidas, ya que provienen del Tronco Encefálico y del Bulbo Raquídeo y se hallan entretrejidas con la formación reticular de la protuberancia. Esta formación reticular nace en el Bulbo Raquídeo, se ensancha y se prolonga hacia arriba introduciéndose en el Mesencéfalo, que es la porción terminal de vinculación entre el Cerebro y el cuerpo. (27)

Cuando estimulamos un punto en la oreja con una aguja, energía eléctrica, masajes, semillas, moxas o cualquier otro método, la excitación así provocada recorre un trayecto extremadamente corto de pocos centímetros, hacia la formación reticular y desde allí asciende hacia el Cerebro o desciende al órgano examinado, motivo del procedimiento. La oreja es un órgano que llega casi sin relevo al Cerebro, ya que apenas pasa por el Hipotálamo. Esta trayectoria descrita (oreja-formación reticular-cuerpo), explica por qué la acupuntura auricular surte efectos particularmente rápidos y eficientes. (28)

En el mecanismo de acción de la auriculoterapia y de la acupuntura en general se segregan varias sustancias a nivel de la sinapsis: (30)

1) **5 hidroxitriptamina o Serotonina**, con efecto analgésico, acción sobre el sueño, regulación con los mecanismos que participan en el estado de ánimo, apetito, estados de agresión y depresivos.

2) **Acetilcolina**: importante mediador en la acción analgésica-acupuntural.

3) **Péptidos endógenos**: derivan de precursores que se sintetizan en la Hipófisis, Hipotálamo, Placenta y Tracto Gastrointestinal, se forman de esta manera las  $\beta$ -endorfinas y las encefalinas. Estos péptidos endógenos realizan su acción por medio de:

- a) Neurotransmisión.
- b) Neuromodulación.
- c) Control sobre los estados emocionales.
- d) Memoria y aprendizaje.
- e) Stress.
- f) Regulación del dolor.
- g) Modulación del sistema neurovegetativo.
- h) Modulación de las funciones neuroendocrinas.

Son varias las razones que justifican la alta efectividad tanto en la Acupuntura como en la Auriculoterapia:

- Ofrece zonas de baja resistencia eléctrica y mayor conductancia.
- Posee líneas de buena conductividad, a través de los meridianos.

- La cúpula del punto acupuntural se halla frente a un tramo conjuntivo de la hipodermis que conduce elementos vasculo - nerviosos con destino cutáneo.
- El área receptiva específica es de 2 mm<sup>2</sup> aproximadamente con los beneficios propios de actuar casi directamente sobre el órgano a tratar.
- Se encuentran puntos de baja resistencia eléctrica cutánea cuando existen cambios patológicos en las vísceras correspondientes, todo punto a estimular doloroso indica patología.
- En estas zonas existe una mayor cantidad de mastocitos ubicados con cierto ordenamiento en los vasos subyacentes de los puntos cuyas particularidades funcionales son:
  - Bajo umbral de sensibilidad dolorosa.
  - Alta temperatura local relacionada con un gran flujo sanguíneo.
  - Incremento de la respiración cutánea con una gran tasa de recambio de CO<sub>2</sub> a nivel de los puntos.
  - Baja resistencia y alta capacidad eléctrica.
  - Microscópicamente, debajo del punto de acupuntura se encuentran componentes nerviosos cerebrospinales (42 %), arteriales y sus plexos nerviosos periarteriales (18 %), y venosos con sus plexos nerviosos perivenosos (40 %).
  - El punto reflexoterápico posee una doble inervación: local (inervación específica dermoepidérmica) y troncular (a través del eje cerebroespinal, autónomo o neurovascular).

- Se observan áreas calientes en el dolor agudo y áreas frías en el dolor crónico. La piel por la melanina (pigmento) copia todo lo que le presentamos, y la oreja actúa como monitor. (27)

### Ventajas del uso de la Auriculoterapia:

- La Auriculoterapia se puede acompañar en el mismo momento de ser necesario de somatopuntura, craneopuntura o de cualquier otro tipo de tratamiento homeopático o alopático.
- Nunca se le pide al paciente que abandone su sistema terapéutico, si no lo desea, pues esta técnica es un complemento más en el arsenal terapéutico actual.
- Es de fácil manejo.
- Se obtienen buenos y rápidos resultados.
- Tiene pocas contraindicaciones.
- Es económica.
- Es valiosa para el diagnóstico de las enfermedades y se puede aplicar como medida terapéutica y preventiva. (26,27)

Hoy se puede afirmar que, en manos del médico, la Auriculoterapia es una "nueva" arma para actuar sobre numerosas afecciones, se puede emplear en cualquier entidad nosológica y en cualquier tipo de paciente, exceptuando las contraindicaciones. (26,27)

Como toda ciencia, existen ciertas contraindicaciones para el uso de esta terapéutica:

1- Mujeres embarazadas y pacientes graves o en casos serios de anemia: Debido a los fenómenos de redistribución de flujo pueden generarse alteraciones que interfieren con el embarazo, adelantando el mismo o produciendo un daño importante en el feto. Se ha visto que colocando semillas en el último trimestre del embarazo se observan amenazas de parto prematuro o adelantamiento del parto. En los pacientes anémicos o graves, la redistribución de flujo puede empeorar el cuadro preexistente.

2- Pacientes fatigados o con hambre. La Auriculoterapia no debe efectuarse en: pacientes asténicos, en ayuno prolongado, luego de ingerir comidas abundantes, después de la realización de un ejercicio demasiado violento o posterior a una hemorragia importante, debido a que estos pacientes tienen alterada su fuente energética lo que determina que no están aptos para el tratamiento.

En situaciones en que sea indispensable utilizarla, debemos crear las condiciones necesarias con el fin de evitar reacciones generales de tipo vagal. (28)

3- En caso de excoriaciones, inflamaciones u otra lesión en la oreja. Al ser una zona de somatotopía, se generan campos energéticos en discordantes, no hallándose el objetivo. El punto no es aplicable si además el paciente presenta *piercing*, ya que se produce una múltiple estimulación que redundará en alteraciones de la personalidad del mismo. (28)

Entre las entidades que pueden ser tratadas mediante la Auriculoterapia con excelentes resultados, se encuentra la eyaculación precoz. (27,28,29)

Es por eso que teniendo en cuenta las ventajas que nos proporciona la Auriculoterapia como terapéutica alternativa con gastos ínfimos en la economía y efectos colaterales mínimos, se convierte en una opción sencilla, inocua y eficaz en el tratamiento de la eyaculación precoz.

**Fisioterapia:** Reeducar el suelo pélvico, los músculos pubo-coccígeos y fortalecer el control de los esfínteres vesico-uretrales mediante el ejercicio físico, es imprescindible para que el varón consiga el verdadero y definitivo control voluntario sobre su reflejo eyaculatorio.(10,11)

## C A P Í T U L O II

**CAPITULO 2: ASPECTOS METODOLÓGICOS DEL DISEÑO DE INVESTIGACIÓN Y DE LA METODOLOGÍA DE INTERVENCIÓN TERAPEÚTICA EMPLEADA EN LOS ALUMNOS DE LA ESCUELA DE PREPARACIÓN**

**2.1- Aspectos metodológicos de la investigación.**

Se realizó un estudio pre-experimental (antes-después) mediante una intervención terapéutica con el fin de determinar la efectividad de la fisioterapia del suelo pélvico en adultos jóvenes con eyaculación prematura de causa psicológica en los trabajadores de la Escuela de Preparación de Ciego de Ávila Paz Borroto en el período comprendido de abril del 2010 a octubre del 2010.

El universo estuvo integrado por 132 trabajadores, después de aplicados los criterios de inclusión y exclusión obtuvimos una muestra de 96 trabajadores. Los cuales fueron distribuidos según los siguientes estratos.

<b>Grupos de Edades</b>	<b>Total</b>	
	<b>N<sup>ro</sup></b>	<b>%</b>
<b>25-35</b>	50	52
<b>36-45</b>	46	47,9
<b>Total</b>	96	100

## CAPITULO 2

---

Finalmente, fueron separados para su tratamiento, de tal manera que el Grupo 1 control fue tratado con ansiolíticos, mientras que al segundo denominado experimental o de estudio, le fue asignado el tratamiento con auriculoterapia y fisioterapia del suelo pélvico.

La composición por grupos de edades aparece recogida en la tabla siguiente:

<b>Grupos de edades</b>	<b>Control</b>	<b>Experimental</b>
<b>25-35</b>	25	25
<b>36-45</b>	23	23
<b>Total</b>	48	48

### **Criterios de Inclusión:**

- Trabajador de la Escuela de Preparación de Ciego de Ávila Paz Borroto.
- Disposición a participar en el estudio previa firma del modelo de consentimiento informado (anexo1).
- Tenedad comprendida entre 25-45 años.
- Ser del sexo masculino.

### **Criterios de Exclusión:**

- No cumplir con los criterios anteriores
- Eyaculaciones precoces primarias.

Los métodos que se aplicaron en el estudio fueron:

Todos los pacientes fueron consultadas por la diplomada en Medicina Bioenergética y Natural, del Hospital del municipio de Morón, que luego del análisis de los síntomas y signos de cada una indicó el tratamiento con puntos del microsistema de Aurículo.

Se les realizó previamente una valoración individual por la Psicóloga que analizó la sintomatología y aplicó una serie de test para conocer la presencia de síntomas de la esfera Psíquica, así como su evolución a los tres y a los seis meses de tratamiento, estableciendo un antes y un después en cada una.

### **Test aplicados por el Psicólogo:**

#### **Para medir Irritabilidad:**

**BECK:** Es un test que se utiliza para medir la depresión en el sujeto. Además nos permite avizorar la presencia de irritabilidad e insomnio en el mismo. (anexo N 3)

#### **Para medir Ansiedad:**

**IDARE:** Técnica psicológica que nos propicia obtener el nivel de ansiedad del paciente en estudio. El inventario de ansiedad nos facilita determinar si esta se manifiesta como estado o como rasgo. (anexo N 4)

**PROCESAMIENTO ESTADÍSTICO**

Para el procesamiento de los datos se utilizó una computadora Pentium 4 empleando el sistema operativo Windows XP.

Los resultados se presentaron en tablas y gráficos para facilitar su comprensión.

El desarrollo de la investigación se implementó en tres etapas esenciales: diagnóstico, intervención y evaluación.

### **Diagnóstico**

Desde el punto de vista de la medicina tradicional la eyaculación precoz tiene como etiología y patogenia más frecuente la debilidad del fuego del ming men y el consumo de la mar de las médulas como consecuencia de excesivas eyaculaciones, la deficiente nutrición del pene por el vacío de energía y sangre, y por el temor o el excesivo esfuerzo mental, en general es frecuentemente debida a la lesión del polo yang del riñón.(31)

Debemos ser audaces con los pacientes que llegan al servicio de medicina natural y tradicional ya que generalmente llegan después de rodar por varios médicos y especialidades y éstos suelen presentar una mezcla de varios síndromes o enfermedades cuando se presentan a nuestra consulta.

En el caso del diagnóstico tradicional de la afección en cuestión, el paciente llega con trastornos del equilibrio energético de su condición, afectando se equilibrio emocional, pues solo le preocupa por su situación y recuperación, sin prestarle atención a las causas que lo llevaron a enfermarse por ello valoramos todo su entorno, donde incluimos su pareja, sus condiciones económicas, sociológicas, fisiológicas, aspiraciones, motivaciones y preocupaciones dado a que del enfoque integral que se haga depende la respuesta al tratamiento.

En el mundo occidental la medicina tradicional y natural constituye hoy unos de los primeros lugares en la atención de pacientes, no solo por la carencia de efectos adversos que tiene sino por los resultados satisfactorios en el mejoramiento de la calidad de vida de los enfermos y lograr estilos de vida mas saludables.

## CAPITULO 2

---

En la auriculoterapia después del correcto diagnóstico tradicional que se tenga del caso podemos seleccionar un esquema de tratamiento en dependencia de su causa y principio a tratar.

En la afección que tratamos es de vital importancia trabajar en este aspecto, ya que mejorando el estilo de vida que afecten a la salud de las arterias y venas, no fumar, moderar el consumo de alcohol de grasas, hacer algo de ejercicio y aprender a relajarse conjuntamente con terapia conductual asistido por su pareja es un pilar que ayudaría desde la atención primaria de salud con estos pacientes.

Otro aspecto que no podemos olvidar a la hora abordar al enfermo es su estado mental, como enfrenta su enfermedad, las preocupaciones, los estados emocionales que muchas veces nos olvidamos de ello y forman parte de los antecedentes y causas que provocaron la enfermedad y otras veces consecuencia de la misma por la demora a la hora de iniciarlo, esto hace que se manifiesten estados negativos en los enfermos que lejos de ayudarlo ,entorpecen la respuesta al tratamiento , pues en este caso hay componentes de ansiedad situacional.

Para la ejecución del estudio en una primera etapa se estableció la comunicación con la dirección del centro antes mencionado con el objetivo de lograr la participación de los trabajadores. Se les informó a todos los trabajadores los objetivos del estudio y sus beneficios, de estar de acuerdo firmaron un modelo de consentimiento informado (anexo1), para participar, luego de aplicados los criterios de inclusión y exclusión a los trabajadores que conformaron la muestra se les realizó la entrevista psicosexual y el pre test y pos test para diagnosticar ansiedad y depresión.

### **INTERVENCIÓN**

Para dar cumplimiento a la segunda etapa de la investigación dividimos la muestra en dos grupos, el grupo control y el grupo experimental integrados cada uno por 48 pacientes.

El grupo control lo tratamos con ansiolíticos específicamente el clordiazepóxido una tableta cada doce horas.

Al grupo experimental le aplicamos auriculoterapia y desarrollaremos, tonificaremos el músculo puvocoxígeo (PC) mediante un programa de ejercicios.

El músculo PC juega un papel crucial en la eyaculación, al igual que en la sexualidad, tanto del hombre como de la mujer.

La técnica de stop-start para controlar la eyaculación precoz consiste en intentos de masturbación como estadio previo y transitorio para tener sexo con penetración.

El hombre inicialmente debe masturbarse, sin la participación de la pareja, e intentar llegar lo más cercano posible del orgasmo. Entonces debe parar los movimientos, relajarse y recomenzar.

Con el tiempo aprende a identificar aquellas sensaciones que preceden la inevitabilidad eyaculatoria. Cuando el haya identificado esto, entonces deberá incorporar a la pareja en su proceso de tratamiento, inclusive en la fase masturbatoria. La pareja masturba al individuo y este le dice el momento exacto en que ella debe parar.

Después que la pareja este familiarizada con el ejercicio y haya logrado éxito se pasa entonces a la penetración intravaginal, inicialmente con la pareja encima, después en posición lateral y finalmente el individuo por encima. En todas estas posiciones debe detenerse y/o pedir a la pareja que detenga los movimientos en el momento en que

perciba el inicio de las sensaciones premonitorias al reflejo orgásmico. Enseguida se relaja y se repite el procedimiento varias veces.

Con el objetivo eliminar la ansiedad y el estrés relativo al Sexo y a la eyaculación precoz. En los ejercicios de Kegel se aprende a controlar los músculos bulboocavernosos e isquiocavernosos. Este ejercicio fue inicialmente propuesto, en 1948, por Arnold Kegel para el tratamiento de la incontinencia urinaria. En este sentido se busca identificar la musculatura a ser contraída, o sea ir al baño e intentar detener bruscamente el flujo de la orina, procurando orinar en chorros intermitentes. La identificación correcta de los músculos involucrados es importante para que el ejercicio sea efectivo.

Varios autores no solo confirmarán que el acto de iniciar e interrumpir el flujo urinario durante la micción lleva realmente al fortalecimiento esfinteriano, sino también que el ejercicio de Kegel era muy efectivo para el tratamiento del "estres incontinence" y de la eyaculación precoz, con la ventaja de virtualmente no tener ningún efecto colateral.





Los ejercicios de Kegel deben ser hechos con la vejiga vacía, contrayendo los músculos y manteniendo la contracción por 10 segundos, debiéndose repetir este procedimiento 50. Durante todo el programa desarrollaremos y tonificaremos el músculo PC mediante un programa de ejercicios. Dichos ejercicios le ayudarán con el tratamiento y le proporcionarán una erección fuerte y segura.

A cada paciente se le realizó el tratamiento sentado, luego de haber desayunado.

El acupunturista realizó un masaje previo del pabellón auricular, con sus manos, una limpieza con un algodón embebido en alcohol al 75% y un secado con algodón. En la colocación de las semillas se siguieron los siguientes pasos:

- Exploración de las orejas para delimitar cambios de coloración, depresiones, elevaciones, rugosidades, si existe dolor, u otra sensación en correspondencia con los puntos y/o el órgano afectado.
- Localización de los puntos seleccionados para el tratamiento.
- Colocación de las semillas de Cardosanto en los puntos de elección según los síntomas referidos por las pacientes y teniendo en cuenta un enfoque tradicional.
- Orientación de presionar cada punto con semilla 3 veces al día, por un minuto cada uno y rotando el dedo en dirección de las manecillas del reloj.
- Se les ordenó retirar las semillas a los 7 días de ser colocadas, en el horario de la mañana, y también ante la presencia de dolor, edema local o enrojecimiento del área en tratamiento.
- Colocar nuevamente las semillas en la otra oreja, con los mismos puntos.
- Se mantuvieron con las semillas colocadas durante 21 días, descansando una semana, para posteriormente continuar el ciclo de tratamiento.

Puntos del microsistema de Auriculo empleados en el tratamiento:

-  El Punto Shenmen (58): equilibra la mente de la parte espiritual. Se utiliza en la ansiedad.
-  El punto Ansiolítico (108): para los casos con ansiedad.
-  El punto Hígado (58): para la depresión y melancolía.
-  El punto Riñón (58).

**EVALUACIÓN**

Cada paciente fue valorado en la consulta en la que participó, la master en Medicina Bioenergética y Natural del Hospital de Morón, la especialista en Medicina General Integral responsable del estudio, y la Psicóloga, donde se valoró el resultado del tratamiento aplicado, al mes, a los tres y a los seis meses, según la etapa en que se encontraban.

## CAPÍTULO III

**Capítulo 3: RESULTADOS Y DISCUSIÓN****CUADRO N° 1****RESULTADOS DEL TRATAMIENTO ANTES Y DESPUÉS DE LA FISOTERAPIA Y A LOS TRES MESES.****Control del reflejo eyaculatorio:**

GRUPO DE EDAD	GRUPO CONTROL						GRUPO EXPERIMENTAL					
	antes del tratamiento		después del tratamiento		a los tres meses		antes del tratamiento		después del tratamiento		a los tres meses	
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO	SI	NO
25-35		<u>25</u>	<u>15</u>	<u>10</u>	<u>5</u>	<u>20</u>		<u>25</u>	<u>25</u>	<u>-</u>	<u>25</u>	
36-45		<u>23</u>	<u>10</u>	<u>13</u>	<u>2</u>	<u>21</u>		<u>23</u>	<u>11</u>	<u>12</u>	<u>23</u>	
Total		<u>48</u>	<u>25</u>	<u>23</u>	<u>7</u>	<u>41</u>		<u>48</u>	<u>36</u>	<u>12</u>	<u>48</u>	
%		<u>100</u>	<u>52</u>	<u>47,9</u>	<u>14,5</u>	<u>85,4</u>		<u>100</u>	<u>75</u>	<u>25</u>	<u>100</u>	

**Fuente: Entrevista psicosexual.**

Luego del tratamiento aplicado a los 48 pacientes considerados como grupo experimental, según la intervención descrita se obtuvieron los siguientes resultados:

Un total de 36 pacientes lograron control de su reflejo eyaculatorio después de la auriculoterapia y la fisioterapia lo cual representa el 75% del total de los pacientes representados en el grupo. El grupo de edad que mejor respondió al tratamiento fue el comprendido entre 25 y 35 años en el cual los 25 pacientes que fueron escogidos para el

### CAPITULO 3

grupo experimental respondieron satisfactoriamente representando el 52%. El grupo etario comprendido entre 36 y 45 años de un total de 23 pacientes escogidos en el grupo solo 11 recuperaron el control de la eyaculación después del tratamiento, pero cuando fueron entrevistados a los tres meses todos se habían recuperado satisfactoriamente. Estos resultados cuando son comparados con el grupo control no son tan alentadores ya que solo 23 pacientes lograron controlar la eyaculación después del tratamiento lo cual representa un 47,9% y cuando fueron evaluados a los tres meses del tratamiento solo 7 pacientes habían mantenido el control del reflejo representando el 14,5% con respecto al total de individuos incluidos en ese grupo.

**CUADRO No 2:**

**Periodo de latencia eyaculatoria intravaginal en el grupo control.**

GRUPO DE EDAD	GRUPO CONTROL								
	ANTES			DESPUÉS			A LOS 3 MESES		
	AL PENETRAR	DE 3-5 MOV	DE 4-5 MOV	AL PENETRAR	DE 3-5 MOV	DE 4-5 MOV	AL PENETRAR	DE 3-5 MOV	DE 4-5 MOV
25-35		15	10		15	10			20
36-45		10	13		10	13			21
Total		25	23		25	23			41
%		52	47,9		52	47,9			85,4

M O V : m o v i m i e n t o s .

### CAPITULO 3

En este cuadro podemos observar como el período de latencia eyaculatoria intravaginal en el grupo control antes del tratamiento se presentó en 25 pacientes entre 3-5 movimientos para un 52% . Después del tratamiento se mantuvieron los períodos latencia eyaculatoria y al entrevistar a los pacientes a los 3 meses de haber estado tomando el clordiazepóxido pudimos constatar que se prolongó el período de latencia eyaculatoria aunque no lograron el control de la eyaculación, solo 7 pacientes refirieron recuperar el control del reflejo lo que significa un 14,5% del total de casos incluidos en el grupo control.

**CUADRO No 3:**

**Periodo de latencia eyaculatoria intravaginal en el grupo experimental.**

GRUPO DE EDAD	GRUPO EXPERIMENTAL								
	ANTES			DESPUÉS			A LOS 3 MESES		
	AL PENETRAR	DE 3-5 MOV	DE 4-5 MOV	AL PENETRAR	DE 3-5 MOV	DE 4-5 MOV	AL PENETRAR	DE 3-5 MOV	DE 4-5 MOV
25-35			25						
36-45			23			12			
TOTAL			48			12			
%			100			25			

### CAPITULO 3

En este cuadro reflejamos el grupo experimental, vemos que de los 48 pacientes incluidos en el tratamiento con auriculoterapia y fisioterapéutico solamente 12 que corresponden al grupo etario entre 36-45 años mantuvieron el período de latencia eyaculatoria intravaginal representando el 25% con respecto al total de individuos incluidos en este grupo. Al ser entrevistados a los tres meses todos habían prolongado el período de latencia eyaculatoria logrando controlar su eyaculación.

**CUADRO No 4:**

**Síntomas psicológicos en el paciente en el grupo control.**

GRUPO DE EDAD	GRUPO CONTROL																	
	ANSIEDAD									DEPRESIÓN								
	ANTES			DESPUES			A LOS TRES MESES			ANTES			DESPUES			A LOS TRES MESES		
	A	M	B	A	M	B	A	M	B	L	M	S	L	M	S	L	M	S
25-35	15	7	3		22	3			25	12	7	5	19	5	1	24	1	
36-45	13	6	4		19	4			23	15	6	2	21	2		23		
TOTAL	28	13	7		41	7			48	27	13	7	40	7	1	47	1	
%	58.3	27	14.5		84.4	14.5			100	56.3	27	14.5	83	14.5	2	97.9	2	

Ansiedad: Alta, Media, Baja

Depresión: Ligera, Moderada, Severa

Con respecto a la ansiedad y la depresión como los síntomas psicológicos predominantes en los pacientes con eyaculación precoz el 58.3% del grupo control presentaba antes del

### CAPITULO 3

tratamiento con ansiolítico altos niveles según el test IDARE de autovaloración de ansiedad. A los tres meses después de terminado el tratamiento los niveles de ansiedad eran bajos en el 100% del grupo no comportándose así la depresión ya que el 56.3% presentaba depresión ligera asociada, no mejorando la misma como síntoma en este grupo pues el 97.9% del grupo mantuvo el síntoma, En comparación con un estudio realizado en el Instituto Superior de Medicina Militar Dr Luis Días Soto mostró que de 369 pacientes en estudio en el año 1995, 260 presentaron ansiedad para un 70.46% y 90 depresión par un 24.39%. Esto demuestra que la ansiedad y la depresión son dos síntomas a tener en cuenta en el tratamiento de la eyaculación precoz.

**CUADRO No 5:**

**Síntomas psicológicos en el paciente en el grupo experimental.**

GRUPO DE EDAD	GRUPO EXPERIMENTAL																	
	ANSIEDAD									DEPRESIÓN								
	ANTES			DESPUES			A LOS TRES MESES			ANTES			DESPUES			A LOS TRES MESES		
	A	M	B	A	M	B	A	M	B	L	M	S	L	M	S	L	M	S
25-35		16	9			25			25	18	7		23	2		25		
36-45		20	3			23			23	23			23			23		
total		36	12			48			48	41			46	2		48		
%		75	25			100			100	85,4			95,8	4,1		100		

En el grupo experimental pudimos observar que la ansiedad y la depresión no desaparecieron porque el 100% de los pacientes permanecieron con niveles bajos de

CAPITULO 3

ansiedad y ligeros de depresión los cuales fueron detectados al aplicárseles los test de IDARE para la ansiedad y de Beck para la depresión antes del tratamiento, después y a los tres meses.

**CUADRO No 6:**

**Síntomas psicológicos en la pareja del grupo control.**

GRUPO DE EDAD	GRUPO CONTROL																	
	ANSIEDAD									INSATISFACCIÓN								
	ANTES			DESPUES			A LOS TRES MESES			ANTES			DESPUES			A LOS TRES MESES		
	A	M	B	A	M	B	A	M	B	S	PS	I	S	PS	I	S	PS	I
25-35	15	7	3		22	3			25		20	5		25			25	
36-45	13	6	4		19	4			23		21	2		23			23	
<i>total</i>	28	13	7		41	7			48		41	7		48			48	
%	58.3	27	14.5		84.4	14.5			100		84,4	14,5		100			100	

S: Satisfecho

PS: Poco satisfecho

I: insatisfecho.

Con respecto a los síntomas psicológicos en la pareja se le aplicó el mismo test sobre ansiedad y la entrevista psicosexual antes, después del tratamiento y a los 3 meses .Esto nos permitió constatar que los mismos síntomas psicológicos presentes en el paciente se encontraban en su pareja. Que a pesar del tratamiento indicado con ansiolítico no desaparecieron y el nivel de poca satisfacción sexual se mantuvo en el 100% de las parejas.

**CUADRO No 7:**

**Síntomas psicológicos en la pareja del grupo experimental.**

GRUPO DE EDAD	GRUPO Experimental																	
	ANSIEDAD									INSATISFACCIÓN								
	ANTES			DESPUES			A LOS TRES MESES			ANTES			DESPUES			A LOS TRES MESES		
	A	M	B	A	M	B	A	M	B	S	PS	I	S	PS	I	S	PS	I
25-35		16	9			25			25		25		25			25		
36-45		20	3			23			23		23		11	12		23		
total		36	12			48			48		48		36	12		48		
%		75	25			100			100		100		75	25		100		

Las parejas de los pacientes tratados con auriculoterapia y fisioterapia del suelo pélvico mostraron permanencia de la ansiedad aunque en niveles bajos para un 100% de las parejas. Con respecto a la satisfacción sexual a los 6 meses de concluido el tratamiento se mostraban satisfechas sexualmente.

Los resultados de este trabajo se compararon con un estudio realizado en el Instituto de Medicina Militar Dr Luis Días Soto en el año 1995 donde se estudiaron 369 pacientes de los cuales 111 presentaban EP representando el 30,7% lo cual se corresponde con estudios internacionales y demostró la ansiedad con un 70,4% y la depresión con un 24.3%. En nuestra investigación de los 132 trabajadores que conformaron el universo 96 presentaron eyaculación precoz de causa psicológica lo cual representa un 70% asociada la misma a la depresión la cual se presentó en el 100% de los pacientes en sus distintas formas.

**CONCLUSIONES:**

El abordaje basado en la auriculoterapia y la fisioterapia del suelo pélvico comparando los dos grupos, el control tratado con ansiolítico y el experimental al cual se le aplicó la intervención terapéutica con la cual se logró el control de la eyaculación en el 100% de los pacientes, no siendo así el grupo control en el cual el 85,4% no logró control de la eyaculación tratada en un periodo de seis meses.

La ansiedad y la depresión fueron los síntomas psicológicos que prevalecieron en los pacientes, tanto así que a pesar de los tratamientos empleados no se logró eliminar ninguno de los dos, solo logramos disminuir su influencia sobre el paciente.

La insatisfacción y la ansiedad son síntomas presentes en la pareja y en el paciente, en el grupo control solo logramos modificar el nivel de insatisfacción de insatisfecho a poco satisfecho y en el caso del grupo experimental logramos la satisfacción sexual de la pareja y el paciente al concluir el tratamiento.

**RECOMENDACIONES**

- Diseñar un protocolo de tratamiento de la eyaculación precoz basada en la fisioterapia del suelo pélvico en la atención primaria de salud y en los centros integrales de rehabilitación

**A N E X O S**

**A n e x o 1**

Modelo de consentimiento informado

Título: Intervención Educativa sobre Infección de Transmisión Sexual en los alumnos de la Escuela de Preparación de Ciego de Ávila.

Yo \_\_\_\_\_ en calidad de participante.

- 1- He leído y comprendido la hoja de información que me ha sido entregado sobre el estudio.
- 2- He podido hacer todas las preguntas que me preocupan sobre el estudio.
- 3- He recibido respuestas satisfactorias a mis preguntas.
- 4- He recibido suficiente información sobre el estudio.
- 5- Comprendo que mi participación en el estudio es voluntaria.
- 6- Comprendo que me puedo retirar del estudio:
  - Cuando lo desee.
  - Sin tener que dar explicación.
  - Sin que repercuta en mis cuidados médicos.

He tenido contacto con: \_\_\_\_\_

Nombre y apellidos del investigador

**A N E X O 2**

**ENTREVISTA PSICOSEXUAL:**

**(Esta entrevista constituye un complemento de la historia clínica)**

N O M B R E Y A P E L L I D O S :

F E C H A :

E D A D :

T R A S T O R N O S E N L A E Y A C U L A C I O N :

**EYACULACION PRECOZ:**

Cuan precoz o rápida es la Eyaculación marque con una x la respuesta que le corresponda.

¿O curre en el juego amoroso sin penetrar?  SI  NO

¿O curre a las puertas de la vagina sin penetrar?  SI  NO

¿O curre al penetrar sin haber realizado ningún movimiento?  SI  NO

¿O curre en los primeros movimientos, de 2 a 3?  SI  NO

¿En los primeros movimientos, de 4 a 5?  SI  NO

¿Logra controlar la eyaculación en el juego amoroso o en la masturbación?

**RELACIÓN DE PAREJA:**

Satisfacción Sexual Actual:\_\_\_ (1.- Satisfecho, 2.- Poco Satisfecho, 3.- Insatisfecho).

Su dificultad sexual la percibe como un problema? \_\_: (1.- Muy grande 2.- Grande 3.- Regular 4.-Pequeño 5.- Ninguno)

Que espera de esta consulta: \_\_\_ (1.- Mejorar el problema sexual 2.- Mejorar la relación de pareja 3.- Otros).

**ANEXO 3**

**Inventario IDARE de autovaloración**

**Instrucciones:** Algunas descripciones que la gente usa para describirse aparecen abajo. Lea cada frase y llene el círculo del número que indique como *se siente generalmente*. No hay contestaciones buenas o malas. No emplee mucho tiempo en cada frase pero trate de darle la respuesta que mejor describa como se siente.

	CASI NUNCA	ALGUNAS VECES	FRECUENTEMENTE	CASI SIEMPRE
1- Me siento bien.	1	2	3	4
2- Me canso rápidamente.	1	2	3	4
3- Siento ganas de llorar.	1	2	3	4
4- Quisiera ser tan feliz.	1	2	3	4
5- Me pierdo cosas por no poder decidirme rápidamente.	1	2	3	4
6- Me siento descansado.	1	2	3	4
7- Soy una persona "tranquila, serena y sosegada".	1	2	3	4
8- Siento que las dificultades se amontonan al punto de no poder soportarlas.	1	2	3	4
9- Me preocupo demasiado por cosas sin importancia.	1	2	3	4
10- Soy feliz.	1	2	3	4
11- Me inclino a tomar las cosas muy a pecho.	1	2	3	4
12- Me falta confianza en mí mismo.	1	2	3	4
13- Me siento seguro.	1	2	3	4
14- Trato de evitar enfrentar una crisis o dificultad.	1	2	3	4
15- Me siento melancólico.	1	2	3	4
16- Estoy satisfecho.	1	2	3	4
17- Algunas ideas poco importantes pasan por mí mente.	1	2	3	4
18- Me afectan tanto los desengaños que no me los puedo quitar de la cabeza	1	2	3	4
19- Soy una persona estable.	1	2	3	4
20- Cuando pienso en los asuntos que tengo entre manos me pongo tenso y alterado.	1	2	3	4

**CALIFICACIÓN:**

**Ansiedad como estado:**

----- B a j o (< 3 0)

---- M e d i o (3 0 - 4 4)

----- A l t o (> 4 5)

**Ansiedad como rasgo:**

----- B a j o (< 3 0)

---- M e d i o (3 0 - 4 4)

----- A l t o (> 4 5)



**REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. ISSM:ISSM announces new definition of premature ejaculation. International Society of Sexual Medicine Newsbulletin 2007; 24:6.(revista electrónica) Disponible en : <http://www.Issm.info/prod/data/bulletins/issm-24.pdf>
2. Gross S. Practical treatise on impotence and sterility. Edinburgh: Y. J. Pentland; 1887.
3. Alfonso CF, Puentes Y. eyaculación precoz: ¿a qué nos enfrentamos? Sexología Integral. 2006;3:217-22.
4. von Krafft-Ebing RF. Psicopatía sexualis, 11th ed. Stuttgart: Hause Enke;1901.
5. Abraham K. UeberEjaculation Praecox. Zeitschr Aerztl Psychoanal. 1917;4:171.
6. Carson C, Gunn K. Premature ejaculation: definition and prevalence. Int J Impot Res. 2006;18 Suppl. 1:s5-13.
8. Revista Internacional de Andrología Salud sexual y reproductiva Disponible en : <http://www.Issm.info/prod/data/bulletins/issm-24.pdf>.
9. Whittman O. Introducción a la Auriculoterapia. Definición de la Auriculoterapia y conceptos de las Somatotopías. [artículo en línea]. Infomed 2005. Disponible en : <http://www.mailxmail.com/curso/vida/auriculoterapia/capitulo11.htm> - 20k> [consulta fecha de acceso: 12 feb 2008]

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

---

10. Lue TF, Broderick GA. Evaluation and nonsurgical management of erectile dysfunction and premature ejaculation. In: Wein AJ, ed. *Campbell-Walsh Urology*. 9th ed. Philadelphia, Pa: Saunders Elsevier; 2007:chap 22.
11. Shafer LC. Sexual disorders and sexual dysfunction. In: Stern TA, Rosenbaum JF, Fava M, Biederman J, Rauch SL, eds. *Massachusetts General Hospital Comprehensive Clinical Psychiatry*. 1st ed. Philadelphia, Pa: Mosby Elsevier; 2008:chap 36.
12. Schapiro B. Premature ejaculation, a review of 1130 cases. *J Urol*. 1943;50:374-79.
13. Godpodinoff ML. Premature ejaculation: clinical subgroups and etiology. *J Sex Marital Ther*. 1989;15:30.
14. Vannier, L. *Materia médica homeopática*. Editorial Grijalbo, México 2000
15. Kaladny, R.C., W.H Masters, V.E. Johnson. *Tratado de medicina sexual*. 2da ed. Editorial Científico Técnicas. Ciudad de la Habana, 1998.
16. Rojas E. *La Ansiedad: Como diagnosticar y superar el estrés, las fobias y las obsesiones*. Madrid: Temas de Hoy; 1994.
17. McMahon CG. Premature ejaculation. *Indian J Urol*. 2007; 23:97-108.
18. Bitran D, Thompson JT, Hull EM, Sachs BD. Quinelorane (LY163502), a D2 dopamine receptor agonist, facilitates seminal emission, but inhibits penile erection in the rat. *Pharmacol Biochem Behav*. 1989;34:453-58.
19. Peroutka SJ, Snyder SH. Multiple serotonin receptors: differential binding of [3H]

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

---

5-hydroxytryptamine, [3H]1ysergic acid diethylamide and [3H] spiroperidol. Mol Pharmacol. 1979;16:687-99.

20. Ahlenius S, Larsson K, Svensson L, Hjorth S, Carlsson A, Lindberg P, et al. Effects of a new type of 5HT receptor agonist on male Rat sexual behaviour. Pharmacol Biochem Behav. 1981;15:785-92.

21. Strassberg DS, Mahoney JM, Schaugaard M, Hale VE. The role of anxiety in premature ejaculation: A psychophysiological model. Arch Sex Behav. 1990;19:251-7.

22. Eyaculación precoz

<http://www.nlm.nih.gov/medlineplus/spanish/ency/article/001524.htm>.

23. Waldinger MD, Schweitzer DH. The use of old and recent DSM definitions of premature ejaculation in observational studies: a contribution to the present debate for a new classification of PE in the DSM-V J Sex Med. 2008;5:1079-87.

24. Mark Muse y Glòria Frigola i Mussons, "Manual didactic per al tractament de disfuncions sexuals", Publicacions Mensana, 2004.

25. My. Neida Méndez Gómez,<sup>1</sup> Dra. Míriam Trápaga Ortega,<sup>2</sup> Lic. Teresita Valdivia Rodríguez,<sup>3</sup> Tte. Cor. Osvaldo Miranda Arencibia,<sup>4</sup> Dra. C. Esther E. Medina Herrera,<sup>5</sup> y My. José E. Saurí Chávez<sup>6</sup>. Experiencia en el enfoque multidisciplinario de la disfunción sexual masculina. Rev Cubana Med Milit 1999;28(2):102-7 Instituto Superior de Medicina Militar "Dr. Luis Díaz Soto

26. Álvarez Díaz TA. Acupuntura: medicina tradicional asiática. La Habana Editorial "Capitán San Luís", 1998:5-15.

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

---

27.Mir Peña N, Ledwoch J, González González A, Arceo Espinosa M, Mulet Pérez A, Rivas Rodríguez R. Auriculoterapia. Texto de Aprendizaje.3ra Ed.2000.

28.Diener E, Suh EM, Lucas RE, Smith HL. Subjective well-being: three decades of progress. Psychol Bull 1999; 125 (2) 276-302.

39.Osario Pérez Ma, Álvarez Díaz TA. Medicina Natural y Tradicional. En temas de Medicina General Integral. Vol. I. La Habana. Ed. Ecimed. Ciencias Médica 2001:373

30.Rodríguez Rodríguez, B., L.Y. Peña Galbán, O.E. Sánchez Valdeolla, M. Mena Fernández. Eficacia del método acupuntural en la disfunción sexual eréctil psicógena. Hospital Militar Docente Clínico Quirúrgico "Octavio de la Concepción y la Pedraja". Archivo Médico de Camagüey 2006; 10(3).

**BIBLIOGRAFÍA CONSULTADA**

1-Arcas M. A, Morales J.M., Gálvez D.M., León J.C., Paniagua S.L., Pellicer M. Manual de Fisioterapia, módulo III. Sevilla. Editorial MAD, noviembre 2004

2-Bemelmans BL, Meuleman EJ, Doesburg WH, Notermans SL, Debruyne FM. Erectile dysfunction in diabetic men. The neurological factor revisited. *J Urol* 1994;151(4):884-9.

3-Biamonti M. La incontinencia, todo lo que siempre has querido saber. París. Notes Health Care. Octubre 2005.

4-Carmen Eugenia Bravo (29 Ago 2006). ¿Es la eyaculación precoz hereditaria? (en español). *Eyaculación Precoz Ayuda*. Consultado el 19 de diciembre, 2007.

Master VA, Turek PJ (2001). "Ejaculatory physiology and dysfunction". *Urol. Clin. North Am.* **28** (2): 363-75, x.

5-Coolen LM, Olivier B, Peters HJ, Veening JG (1997). "Demonstration of ejaculation-induced neural activity in the male rat brain using 5-HT1A agonist 8-OH-DPAT". *Physiol. Behav.* **62** (4): 881-91.

6-Cannon-Smith, T. W., Kaufman, J.H.: Improved Ejaculatory Control And Sexual Satisfaction In Pilot Study Of Men Taking Hypericum Perforatum Extract . The Internet Journal of Nutrition and Wellness. 2007. Volume 3 Number 2. [link](#)

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

---

7-Citron JT, Ettinger B, Rubinoff H, Ettinger VM, Minkoff J, Hom F, et al. Prevalence of hypothalamic pituitary imaging abnormalities in impotent men with secondary hypogonadism. *J Urol* 1996;155:529-33.

8-Casabe AR, Bechara AJ, Fernández H, Rovegno A. Fisiología de la erección. *Arch Esp Urol* 1995;48(5):516-25.

9-Cremniter D, Guelfi JD, Fourestie V, Fermanian J. Analysis of the terms used by general practitioners to characterize patient considered by them as depressed. A prospective study on 682 patient. *J Affect Disord* 1995;34:311-8.

10-Clinica y valoración funcional del suelo pélvico. *Fisioterapia* 2004; 26(5):266-80

Ragué J.M. Trastornos del suelo pélvico. *Cir Esp.*2005; 77(5):254-7

11-Cervera Deval J., Serralta Davia I., Macia Pareja C., Moreno Alzuyet J. y Mayoral Azofra E. Incontinencia urinaria: ¿Un problema oculto? *Rehabilitación (Madr)* 2004; 38(1):1-6

12-De Urología y Andrología de Madrid. EYACULACIÓN PRECOZ (en español). Consultado el 19 de diciembre, 2007.

13-De Carufel F, Trudel G (2006). "Effects of a new functional-sexological treatment for premature ejaculation". *Journal of sex & marital therapy* 32 (2): 97-114.

DOI:10.1080/00926230500442292.

14-Día mundial de la Fisioterapia .Col·legi de Fisioterapeutes de Catalunya. Septiembre 2005.

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

---

15-Falcón M , Luna A. Fisioterapia y ocio. La presencia del fisioterapeuta en el llamado turismo saludable. Fisioterapia 2006; 28(4):190-4

16- Ferri A., Amostegui J.M. Prevención de la disfunción del suelo pélvico de origen obstétrico. Fisioterapia 2004; 26(5): 249-65

17-Fisioterapia en la reeducación del suelo pélvico Page 10 of 11

<http://www.efisioterapia.net/articulos/imprimir.php?id=209&p=FISIOTERAPIA-EN-...>  
03/09/2009.

18-Fernández Váldez F, Silveira Páez U, García Lizame M, Hernández Carrazana H. Impotencia sexual masculina. Nuevo enfoque. Rev Cubana Med 1988;27(9):7-16.

19-Goldman A, Carroll JL. Educational intervention as an adjunct to treatment of erectile dysfunction in older couples. J Sex Marital Ther 1990;16:3.

20-Grupo Cordobés para el Estudio de la Incontinencia Urinaria. Implantación de un programa en incontinencia urinaria en un centro de salud. Aten Primaria 2003; 31(7):446-52.

21-González Rebollo A., Blázquez Sánchez E., Romo Monje M., Rioja Toro J. Tratamiento rehabilitador de la incontinencia urinaria femenina. Rehabilitación (Madr) 2003; 37(2):79-85.

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

---

22-Hirshkowitz M y Schmidt MH (2005). "Erecciones Relacionadas con el Sueño: Perspectivas Clínicas y Mecanismos Neurales - [Sleep-Related Erections: Clinical Perspectives and Neural Mechanisms]". *Sleep Medicine Reviews* 9 (4): 311-329. [1]

Última revisión 19 de diciembre, 2007 .

23-Luis Itzcovich (16 de septiembre, 2007). Otras posiciones sexuales (en español).

*Técnicas sexuales*. Consultado el 25 de diciembre, 2007.

24-Martínez Bustelo S., Ferri Morales A, Patiño Núñez S., Viñas Diz S., Martínez Rodríguez A. Entrevista

25-MedlinePlus - Medicinas. American Society of Health-System Pharmacists. Paroxetina; Fluoxetina y Sertralina Último acceso 18 de diciembre, 2007.

26-Mendez Gomez, Neida, TRAPAGA ORTEGA, M íriam, VALDIVIA RODRIGUEZ, Teresita et al. Experiencia en el enfoque multidisciplinario de la disfunción sexual masculina. *Rev Cub Med Mil*. [online]. jun.-ago. 1999, vol.28, no.2 [citado 19 Diciembre 2007], p.102-107. Disponible en la World Wide Web: [4]. ISSN 0138-6557.

27-Méndez Gómez N, Valdivia Rodríguez T, Martínez Pérez MT, Miranda Arencibia O, Gil González P, Beauballet Fernández P, et al. Estudio multidisciplinario del paciente con disfunción sexual. *Rev Med Milit* 1990;4(2):51-3.

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

---

28-Méndez Gómez N, Silva Hernández D, Saurí Chávez JE, Valdivia Rodríguez T, Miranda Arencibia O. Pacientes con disfunción sexual. Una clasificación útil para un efectivo diagnóstico y tratamiento. *Sexol Soc* 1995;3:39.

29-Maña González M., Mesas A. Incontinencia urinaria en la mujer: plan de cuidados de enfermería. *Enfermería clínica* 2002; 12(5):244-8 <http://www.fisterra.com>.

30-Morales A, Barada J, Wylie MG (2007). "A review of the current status of topical treatments for premature ejaculation". *BJU Int.* **100** (3): 493-501. [DOI:10.1111/j.1464-410X.2007.07051.x](https://doi.org/10.1111/j.1464-410X.2007.07051.x).

31-Neil D. Sherman, MD, Urologist, Essex County, NJ. Review provided by VeriMed Healthcare Network. Traducción y localización realizada por: DrTango, Inc.. [Enciclopedia médica en español: Eyaculación precoz](#). Consultado el 27 de diciembre, 2007

32-Safarinejad MR (2007). "Safety and Efficacy of Dapoxetine in the Treatment of Premature Ejaculation: A Double-Blind, Placebo-Controlled, Fixed-Dose, Randomized Study". [DOI:10.1038/sj.npp.1301500](https://doi.org/10.1038/sj.npp.1301500).

33-Sexuality and Health Institute. [Tratamiento para la eyaculación precoz - etapas y pasos](#). (en español). Consultado el 19 de diciembre, 2007.

34-Schiavio RC. Psychometric characteristics of individuals with sexual dysfunction and their partners. *J Sex Marital Ther* 1992;18(3):219-20.

35-Postgrado de Fisioterapia Obstétrica y reeducación de suelo pélvico. Universidad Internacional de Cataluña. Octubre 2005- Junio 2006.

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

---

36- Putz R., Pabst R. Atlas de anatomía humana. Tomo 2 tronco, vísceras y miembro inferior. Madrid. Panamericana, 21 edición 2º reimpresión, Mayo 2002.

<http://profesional.medicinatv.com>.

37-Rigol Ricardo O. Manual de acupuntura y digitopuntura para médicos de la familia. La Habana: Editorial Ciencias Médicas, 1999:10-1.

38-RIVERA, G. Pedro, GONZALEZ, I. Rodrigo, GONZALEZ, I. Felipe et al. Uso de paroxetina a demanda en eyaculación precoz. Actas Urol Esp. [online]. 2005, vol. 29, no. 4 [citado 2007-12-18], pp. 387-391. Disponible en: [\[3\]](#). ISSN 0210-4806.

39-Rosen RC, Lane RM, Menza M (1999). "Effects of SSRIs on sexual function: a critical review". *Journal of clinical psychopharmacology* **19** (1): 67-85.

40- Rouvière H. Anatomía humana. Masson 2002

<http://www.inper.edu.mx/revista/http://www.efisioterapia.net> - portal de fisioterapia y rehabilitación.

41-Thibodeau G., Patton K. Anatomía y fisiología. Harcourt. 4ª edición.

Xhardez, Y. Vademécum de Kinesioterapia y de reeducación funcional. Barcelona. El Ateneo, 2002. 4ª edición.

42-Vila Coll M.A., Gallardo Guerra M.J. Incontinencia urinaria, una visión desde la Atención Primaria. *Semergen* 2005; 31(6):270-83

## BIBLIOGRAFIA CONSULTADA

---

43-Valdivia Rodríguez T, Real Becerra ME, Roig Rosabal M, Méndez Gómez N. Disfunciones sexuales masculinas. Caracterización psicosexual de las parejas. *Sexol Soc* 1996;5:30-1.

44-Yudofsky, Stuart C.; Hales, Robert E.. *The American Psychiatric Publishing Textbook of Clinical Psychiatry*. Washington, DC: American Psychiatric Association, 756.