

La clomipramina en el tratamiento de la Eyaculación Precoz

Donald S. Strassberg, Carlos A. De Gouveia Brazao, David L. Rowland, Peter Tan y A. Koos Slob

Se suministraron 25 mg de clomipramina a 23 eyaculadores precoces (EPs) y a 11 sujetos control, en un estudio cruzado, doble ciego controlado con placebo. Durante las dos semanas del estudio, los sujetos recibieron el fármaco o el placebo entre 4 y 6 horas antes de la actividad sexual. Las anotaciones de los cuadernos de recogida de datos diarios revelaron que, para ambos grupos, la latencia hasta el orgasmo se incrementaba significativamente al tomar la clomipramina. Para los EPs, el incremento del periodo de latencia hasta el orgasmo durante las relaciones sexuales estaba entre menos de 1 minuto y más de 3,5 minutos. Los sujetos incluidos en el estudio también participaron en dos sesiones de laboratorio tanto cuando tomaban el fármaco como cuando recibían el placebo. Durante estas sesiones de laboratorio, se les proyectaron videos eróticos con y sin estimulación vibrotáctil adicional en el pene. Los resultados de los datos del laboratorio corroboran los de los cuadernos de recogida de datos. Concretamente, los EPs tenían una probabilidad significativamente menor de alcanzar el orgasmo durante las sesiones de laboratorio cuando tomaban clomipramina que cuando recibían placebo. Además, notificaron tener una sensación de control del orgasmo significativamente mayor cuando tomaban el fármaco. Los resultados de este estudio, junto con investigaciones anteriores, confirman contundentemente el valor de dosis bajas de clomipramina en el tratamiento de la eyaculación precoz, especialmente cuando se toma en un régimen de 4 horas antes de la actividad sexual. Debemos destacar, sin embargo, que los efectos beneficiosos de este fármaco, no se reprodujeron de forma uniforme en todos los sujetos del estudio. En este estudio, aquellos EPs con periodos más cortos de latencia hasta el orgasmo cuando tomaban placebo, eran los que tenían substancialmente una menor probabilidad de mejorar cuando tomaban el fármaco. Son necesarios más estudios para determinar si cambios en la pauta de administración y en la dosis de clomipramina pueden extender los beneficios de este fármaco a aquellos con los periodos de latencia más cortos.

La eyaculación prematura o precoz se encuentra entre las disfunciones sexuales más frecuentes del hombre y produce que se tenga el orgasmo bastante antes de lo deseado durante una relación sexual (Madakasira & St. Lawrence, 1997; Metz, Pryor, Nesvacil, Abuzzah & Koznar, 1997; Rowland & Slob, 1997). Mientras las primeras terapias y tratamientos de esta disfunción se centraron en mecanismos psicológicos (Kaplan, 1974; Masters & Johnson, 1970), ha aumentado la atención dedicada a la identificación de los mecanismos fisiológicos involucrados en la etiología (Metz y col.; Rowland, Haensel, Blom, & Slob, 1993; Strassberg, Kelly Carroll, & Kircher, 1987; Strassberg, Mahoney, Schaugaard, & Hale, 1990) y tratamiento (Althof, 1995a, 1995b; Haensel, Klem, Hop, & Slob, 1998; Haensel Rowland, Kallan, &

Slob, 1996; Riley & Riley, 1993) de esta manifestación sexual tan frecuente.

Se han desarrollado diversos principios farmacológicos capaces de incrementar la latencia eyaculatoria, de los cuales uno de los más prometedores es la clomipramina; un antidepresivo tricíclico e inhibidor de la recaptación de serotonina (Althof, 1995b; Assalian, 1988; Girgis, El-Hagggar, & El-Hermouzy, 1992; Segraves, Saran, Segraves, & Maguire, 1993).

Recientemente, Haensel y sus colaboradores (1996) realizaron en este área un estudio muy bien diseñado, el cual incluía procedimientos de valoración tanto de laboratorio como "de hogar". Este estudio prospectivo, doble

Este artículo ha sido publicado en *Journal of sex* (1999)

ciego, controlado con placebo, demostró que una única dosis baja (esto es, 25 mg de clomipramina), tomada entre 12 y 24 horas antes de la actividad sexual, incrementaban significativamente la latencia eyaculatoria desde aproximadamente 2 minutos hasta 8 minutos en hombres con eyaculación prematura primaria.

El Estudio Actual

El presente estudio es una continuación y elaboración del estudio de Haensel y col (1996). Es probable que, lejos del entorno controlado del experimento, muchos hombres sean incapaces de anticipar con precisión por periodos tan largos de 12 a 24 horas, como los utilizados en el estudio de Haensel y col, si van a mantener relaciones sexuales. Así pues, este estudio evalúa la eficacia de clomipramina en el tratamiento de la eyaculación precoz cuando se consume el fármaco, según las necesidades personales, entre 4 y 6 horas antes de la actividad sexual o de las visitas al laboratorio.

MÉTODO

Sujetos

Tras obtener la aprobación del protocolo del estudio por parte de un comité ético universitario, se reclutaron hombres con eyaculación precoz (EPs) a través de una entrevista periodística con uno de los autores (A.K. Slob), en la que se describía la naturaleza general del estudio. Los sujetos de control se reclutaron de palabra. Los EPs no recibieron ninguna compensación por su participación, mientras que los sujetos control recibieron aproximadamente 35 dólares para gastos de desplazamiento.

A todos los individuos que manifestaron interés en participar se les dio el estudio detallado y fueron interrogados por teléfono para determinar si cumplían los siguientes requisitos: (a) mantener una relación heterosexual estable; (b) tener por lo menos 18 años de edad; (c) estar dispuestos a mantener relaciones sexuales por lo menos una vez por semana; (d) no tener antecedentes psiquiátricos; (e) no abusar actualmente de ninguna sustancia (alcohol o drogas); (f) no padecer, actualmente, ninguna enfermedad somática relevante (por ejemplo diabetes); (g) no estar tomando actualmente ninguna medicación rele-

vante (por ejemplo, antidepresivos); (h) no haber sido sometido a ninguna intervención quirúrgica o al consumo de fármacos que se sepa que afectan la actividad sexual, y (i) hablar con fluidez el holandés. Además, los EPs debían haber entregado (a) un historial de por lo menos 6 meses con casos repetidos de actividad sexual en las que alcanzaron el orgasmo en dos minutos o menos y (b) la experiencia de tener poco (o ningún) control sobre su orgasmo. Para ser elegido en el grupo control, los sujetos también debían aportar un historial sexual libre de síntomas de eyaculación precoz.

Según la preselección telefónica, 53 hombres (38 EPs y 15 sujetos control) parecían cumplir con estos criterios de inclusión y exclusión y se organizaron para empezar el estudio. De estos, 28 EPs y 13 sujetos control completaron subsecuentemente las dos sesiones de laboratorio. El motivo más frecuente de abandono fueron cambios en las relaciones iniciales de los voluntarios. Dos de los (13) hombres que cumplían los criterios de preselección (basados en el autoinforme) para ser incluidos en el grupo control y que completaron las sesiones de laboratorio fueron descartados del análisis puesto que sus datos diarios revelaron que, bajo el efecto del placebo, alcanzaban el orgasmo durante una relación sexual con una media de 150 segundos o menos. Igualmente, 5 de los (28) hombres que completaron las sesiones de laboratorio y que cumplieron con los requisitos de preselección para la condición de eyaculación prematura fueron finalmente descartados para el análisis por que sus datos diarios revelaron que, bajo el efecto placebo, demoraban la relación sexual durante 3 minutos o más antes de alcanzar el orgasmo. Estos criterios de inclusión y exclusión bastante estrictos dieron como resultado 23 EPs y 11 sujetos control que proporcionaron datos para analizar en este estudio. Los sujetos tenían ente 21 y 73 años. La media de edad en ambos grupos era casi idéntica; para los EPs, $M = 46,3$, $DE = 11,7$, para lo sujetos control $M = 45,6$, $DE = 7,3$.

Diseño

El estudio utilizó un diseño cruzado, prospectivo, randomizado, doble-ciego, controlado con placebo. Las fases de tratamiento consistieron en periodos de administración

de clomipramina o de placebo de dos semanas de duración. Las cápsulas de placebo y de clomipramina eran idénticas. El orden del tratamiento (clomipramina contra placebo) lo determinaba el departamento de farmacia del hospital universitario. Al finalizar el estudio, los códigos revelaron que de los 23 EPs, 12 empezaron con clomipramina y 11 con placebo. De los 11 sujetos control, 6 empezaron con clomipramina y 5 con placebo.

Estímulos

Se utilizaron dos estímulos en cada sesión de laboratorio: una cinta de vídeo (VÍDEO) erótica y una cinta de vídeo erótica en combinación con una estimulación vibrotáctil del pene (VÍDEO+VIBRO). Debido a que la estimulación vibrotáctil del pene tiene en sí misma una eficacia limitada para inducir excitación sexual (Rowland & Slob, 1992), no se incluyó como una de las condiciones de estímulo. La estimulación vibrotáctil se proporcionaba con un minivibrador colocado en la superficie inferior de la punta del pene (a través del erecciónmetro descrito a continuación). Este vibrador (Rowland & Slob, 1995) genera un desplazamiento vertical de hasta 1,5 mm, con una frecuencia de salida que va desde 10 hasta 60 Hz según el voltaje de entrada.

Se utilizaron dos videocasetes diferentes en cada una de las sesiones de laboratorio, de unos 9 o 10 minutos cada una y mostrando actividades heterosexuales similares (felación, cunnilingus y relación sexual).

Medida de las respuestas

Valoración psicológica. La respuesta eréctil se midió con un erecciónmetro (Slob, Blom, & Van Werff ten Bosch, 1990); un aparato que consiste en una banda calibradora de fieltro (19 x 2 cm.) con un collar deslizante de plástico que se expande con la tumefacción, requiriendo una fuerza mínima de 250 g para iniciar la expansión. El erecciónmetro (al que se le unía el minivibrador), se colocó aproximadamente en la mitad inferior del eje longitudinal del pene. Adicionalmente, se tomaron medidas de la circunferencia y de la rigidez utilizando un aparato Rigiscan, que consiste en dos anillas, una colocada en la base del pene y la otra delante del erecciónmetro, justo detrás del

glande (en adelante nos referimos a estos emplazamiento como la "base" y la "punta"). Para terminar, se monitorizó el ritmo cardíaco a través de 3 electrodos, uno en el brazo derecho y dos en el brazo izquierdo.

Medida de la autoinformación. Antes de su primera sesión de laboratorios, los sujetos rellenaron un amplio cuestionario en el que se solicitaba información personal acerca del historial médico y sexual y sobre su comportamiento sexual actual (VSD). Los datos de estos cuestionarios no fueron analizados como parte de este estudio. Al inicio de cada una de las dos visitas al laboratorio, los sujetos también rellenaron un cuestionario en el que se les pedía que describieran su actividad sexual durante las dos semanas anteriores. Después de cada uno de los dos episodios de estimulación, realizados durante cada visita al laboratorio, los sujetos respondieron a una serie de puntos del cuestionario valorando la respuesta sexual, genital y eyaculatoria durante el periodo. Se incluyeron dos puntos, redactados con una ligera diferencia y separados uno de otros por varias preguntas, valorando el grado de control de la eyaculación que el sujeto había experimentado. El primer punto decía "Durante el vídeo, tuve la impresión de que podía controlar fácilmente mi eyaculación/orgasmo", puntuando desde (1) "en absoluto" hasta (7) "completamente". El segundo punto decía "¿Cuanto control ha sentido sobre si ibas o no a eyacular?" puntuando desde (1) "ningún control en absoluto" hasta (7) "mucho control". En otro punto, los encuestados también indicaban si habían eyaculado durante el periodo de estímulo.

También se pidió a los sujetos que mantuviesen una tabla diaria, durante las dos semanas del estudio, sobre la que indicaron (a) si habían mantenido alguna actividad sexual aquel día; (b) la naturaleza de la actividad sexual; (c) si habían tomado el fármaco del estudio ese día y, en caso afirmativo, cuanto rato antes de la actividad sexual; (d) si habían experimentado una eyaculación u orgasmo como resultado de la actividad y, en caso afirmativo, el periodo de tiempo transcurrido desde el inicio de la actividad hasta la eyaculación u orgasmo; (e) cuanto control habían experimentado/sentido sobre su orgasmo; y (f) si no experimentaron una eyaculación u orgasmo, el tiempo que estuvieron manteniendo la relación sexual hasta que

pararon. Estos datos diarios se le facilitaban al investigador antes de cada sesión de laboratorio.¹

Procedimiento

Durante las fases de tratamiento del estudio, se pidió a los sujetos que tomaran dos cápsulas de 12,5 mg cada una del 'fármaco' (ya fuera placebo o clomipramina) 4 horas antes de la relación sexual prevista y 4 horas antes de la visita planificada al laboratorio. Se les pedía que intentasen mantener relaciones sexuales por lo menos una vez a la semana. Antes de su primera sesión de laboratorio, se envió a cada sujeto un paquete que incluía un formulario de Consentimiento Informado, un cuestionario sobre su historial sexual (VSD), cápsulas (que contenían clomipramina o placebo), confirmación de la fecha de la primera sesión de laboratorio, cuaderno en blanco para los datos diarios y una breve explicación de todo el proceso.

A la llegada del sujeto a la primera sesión de laboratorio, se le volvía a explicar el proceso detalladamente y se obtenía su consentimiento escrito. Se informaba a los participantes que podían retirarse del estudio en cualquier momento.

Las sesiones experimentales se llevaron a cabo en una habitación privada, con luz tenue y constaban de dos segmentos de estímulos de 9 minutos: VÍDEO y VÍDEO+VIBRO. Al principio, el varón investigador explicaba al participante la colocación del erecciónmetro y de los aros Rigiscan, el sujeto entonces se quedaba a solas para colocarse el instrumento. La comunicación entre el sujeto y el investigador (que estaban en la habitación contigua) se mantenía a través de un sistema de intercomunicadores. Tras una señal del sujeto indicando que se había colocado el aparato, el investigador volvía a entrar en la habitación, inspeccionaba la colocación y tomaba la lectura del erecciónmetro. Durante el resto de la sesión se cubría esa zona de los sujetos para evitar el feedback visual.

El orden de la presentación del estímulo para todos los hombres fue VÍDEO y luego VÍDEO+VIBRO, con un intervalo entre los estímulos de aproximadamente 10 minutos (o más largo en caso necesario) para asegurar una relajación total. Se escogió este orden de presentación de estímulos porque investigaciones anteriores en nuestro

laboratorio han indicado que VÍDEO+VIBRO proporcionan una respuesta más fuerte del pene que el VÍDEO solo y por lo tanto la posibilidad de eyaculación u orgasmo durante el primer estímulo (VÍDEO) se minimizaba.

Inmediatamente antes de cada periodo de estimulación, aparecían unas instrucciones en la pantalla de vídeo que proporcionaban un ambiente permisivo, aunque no exigente, que favorecía la excitación sexual y normalizaban la eyaculación o el orgasmo, si ocurrían. Tras cada periodo de estimulación, el investigador volvía a la habitación para proceder a la lectura del erecciónmetro. Después, el sujeto contestaba a los puntos descritos anteriormente, que intentan medir las reacciones afectivas y cognitivas a la estimulación.

RESULTADOS

Medidas diarias

Los datos de la actividad sexual mantenida por los sujetos obtenidos de los cuadernos diarios (ver Tabla 1) se analizaron en primer lugar mediante un procedimiento ANOVA, 2 (Meds; placebo comparado con clomipramina) x 2 (Grupo; EPs comparados con Controles) en el que la variable dependiente era la media de latencia hasta el orgasmo autoinformada durante las relaciones mantenidas en las dos semanas previas. Mientras 22 (de 23) EPs tuvieron relaciones al menos una vez tanto durante las semanas con placebo como durante las semanas con clomipramina, solo 4 (de 11) controles hizo lo mismo. Este análisis se basa en los datos obtenidos de esos 26 pacientes. Los resultados revelaron un efecto significativamente mayor para Grupo ($F [1,24] = 20.41, p < .001$) y Meds ($F [1,24] = 7.18, p < .02$), y una no significativa interacción Meds para Grupo $F [1,24] = 0.0, ns$). Se notificaron latencias al orgasmo significativamente más cortas por (a) EPs ($M = 140.4$ segundos) que por los controles ($M = 578.0$ segundos) y (b) por todos los sujetos cuando tomaban placebo (no ponderado $M = 271.6$ segundos) comparados con el periodo en que tomaban clomipramina ($M = 447$ segundos). Cuando se analizaban los EPs solos (ver figura 1) la media de tiempo autoinformado en las relaciones se incrementó de menos de un minuto (51.9 segundos) cuando tomaban el placebo a más de 3,5 minutos (228.9 segundos) cuando tomaban clomipramina.

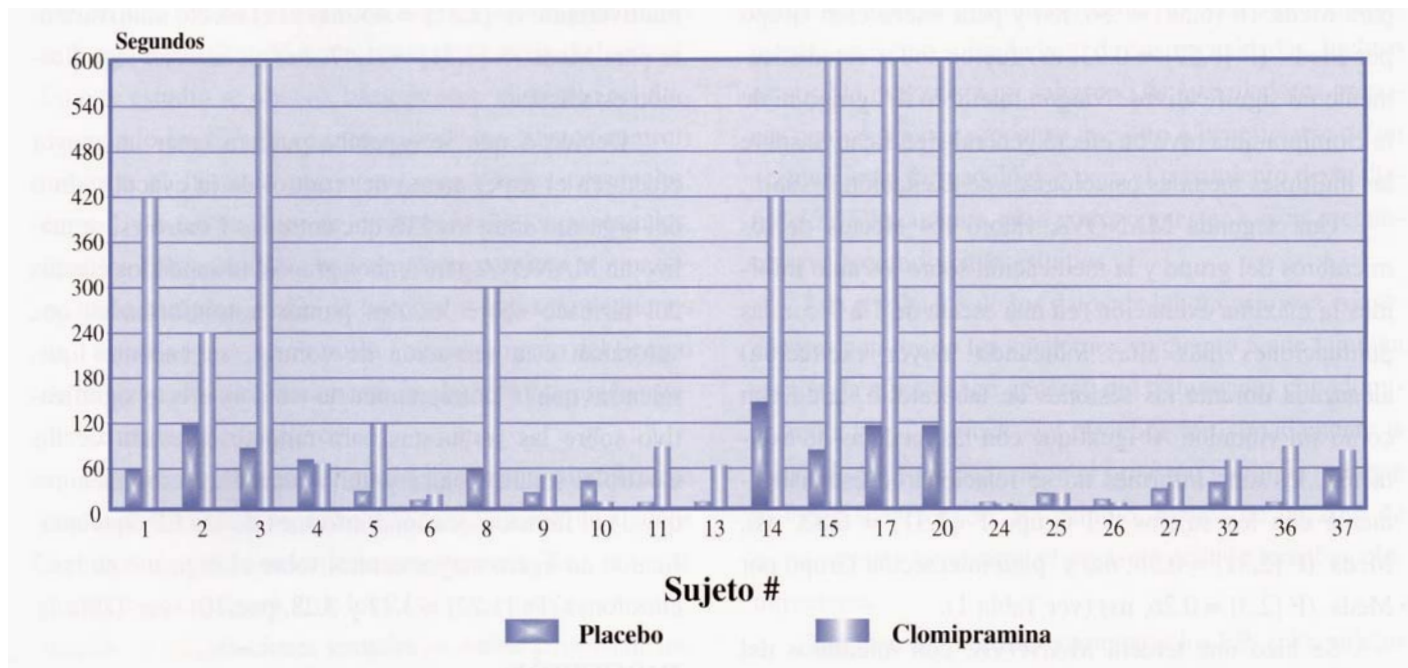


FIGURA 1. Latencia al orgasmo (relación): EPs tomando clomipramina y placebo

Se realizó también un procedimiento ANOVA, 2 (Meds; placebo comparado con clomipramina) x 2 (Grupo; EPs comparados con Controles) en el que la variable dependiente era la media autoinformada de "sensación de control sobre la eyacuación" durante las relaciones en las 2 semanas precedentes. Los resultados revelaron un significativo efecto mayor para Grupo ($F [1,36] = 30.78, p < .001$), y un efecto no significativo para Meds ($F [1,36] = 2.63, ns$) y una no significativa interacción Meds. por Grupo ($F [1,36] = 1.72, ns$). Los EPs notificaron una sensación significativamente menor de control ($M = 3.89$) que los controles ($M = 8.38$). Una ANOVA separada reveló un efecto significativo de los Meds para los EPs ($F [1,30] = 9.59, p < .005$) pero no para los controles ($F [1,6] = <1, ns$). Los EPs notificaron una mayor sensación de control sobre la eyacuación durante las relaciones cuando estaban tomando clomipramina que cuando tomaban placebo. (ver Tabla 1).

Medidas de laboratorio

Las múltiples medidas psicológicas y auto-informadas tomadas durante las 2 sesiones de laboratorio (ver Tabla 1) se evaluaron por medio de diversos análisis.

Primero el número de sujetos de ambos grupos que alcanzaron y que no alcanzaron una eyacuación u orgasmo durante las sesiones de laboratorio, mientras tomaban placebo y mientras tomaban clomipramina, se compararon mediante procedimientos de chi cuadrado. Entre los controles, solo un sujeto alcanzó una eyacuación u orgasmo, y fue durante el periodo de placebo $X^2 (1, N = 22) = 1.05, ns$. Entre los EPs 10 de los 22 sujetos tuvieron eyacuación u orgasmo cuando tomaban placebo, mientras que solo a 4 de 22 les ocurrió cuando tomaban clomipramina. $X^2 (1, N = 22) = 3.86, p < .05$. La medicación redujo de forma significativa la posibilidad de tener una eyacuación u orgasmo durante las sesiones de laboratorio.

Se empleó el procedimiento de MANOVA para analizar los efectos en los miembros del grupo (EPs vs. Controles) y medicación (placebo vs. Clomipramina) en los seis índices de cambio en la circunferencia del pene durante las dos sesiones de laboratorio. Las seis variables dependientes incluían las diferencias entre las medidas basales y la fases de VÍDEO y VÍDEO+VIBRO de cada sesión por (a) Erecciónmetro, (b) Rigiscan en la base y (c) índices de excitación mediante Rigiscan en la punta. Los efectos multivariantes para Grupo ($F [6,57] = 1.22, ns$),

para Meds. ($F [6,57] = .86$, ns) y para interacción Grupo por Meds. ($F [6,57] = 0.93$, ns) fueron todos estadísticamente no significativos. Ningún miembro del grupo ni de la clomipramina tuvo un efecto general significativo sobre las múltiples medidas psicológicas de excitación sexual.

Una segunda MANOVA valoró los efectos de los miembros del grupo y la medicación sobre los autoinformes la máxima excitación (en una escala de 1 a 7 con las puntuaciones más altas indicando mayor excitación) alcanzada durante las sesiones de laboratorio, tanto con como sin vibrador. Al igual que con las medidas de excitación, los auto-informes no se relacionaron estadísticamente con los sujetos del Grupo ($F [2,31] = 0.82$, ns), Meds. ($F [2,31] = 0.56$, ns) y para interacción Grupo por Meds. ($F [2,3] = 0.26$, ns) (ver Tabla 1).

Se hizo una tercera MANOVA, con miembros del grupo y medicación como variables independientes con cuatro medidas de rigidez mediante Rigiscan (es decir, uno en la punta, y uno en la base por cada sesión de VÍDEO y VÍDEO+VIBRO). Los problemas técnicos solo permitieron la obtención de medidas en 7 Controles y 12 EPs. De nuevo, los efectos multivariantes para Grupo ($F [4,27] = .66$, ns), para Meds ($F [4,27] = .59$, ns) y para interacción Grupo por Meds. ($F [4,27] = 1.97$, ns) fueron todos estadísticamente no significativos. La rigidez del pene así como la tumefacción, no se afectaron estadísticamente para miembros del grupo o clomipramina.

Finalmente, se analizaron los autoinformes de las respuestas de los sujetos a las pruebas de laboratorio mediante un MANOVA 2 (grupo x 2 (Meds), donde las variables dependientes eran dos cuestiones, preguntando cada una acerca de la cantidad de control experimentado por el sujeto sobre su eyaculación u orgasmo durante la sesión VÍDEO+VIBRO. Los resultados revelaron un significativo efecto multivariante sobre Grupo ($F [2,31] = 11.8$, $p < .001$). Un ANOVA univariante mostró, como era de esperar, que los sujetos Control notificaron sentir un control significativamente mayor ($F_s = 13.24$ y 24.35 , $dfs = 1/32$, $ps < .01$) sobre la obtención de una eyaculación o de orgasmo que los EPs, en el cuestionario de 7 puntos realizado a ambos (ver Tabla 1). Mientras el patrón de medias sugería una interacción Grupo por Meds, ni este efecto

multivariante ($F [2,31] = .45$, ns) ni el efecto multivariante para Meds ($F [2,31] = .147$, ns) alcanzaron significación estadística.

Debido a que se esperaba pudiera tener un mayor efecto en el experimento del control de la eyaculación o del orgasmo entre los EPs que entre los Controles, se realizó un MANOVA para ambos grupos, testando los efectos del fármaco sobre los dos puntos autoinformados que valoraban esta sensación de control. Se encontró que, mientras que la clomipramina no tenía un efecto significativo sobre las respuestas para ninguna cuestión de los Controles (multivariante y univariante F_s fueron menores que 1) el fármaco ocasionó informes de los EPs que notificaron un ligero mayor control sobre el orgasmo en las 7 cuestiones ($F_s [1,22] = 3.47$ y 3.28 , $ps < .10$) (ver Tabla 1).

DISCUSIÓN

Los resultados de los escasos estudios a largo plazo realizados sobre el comportamiento de los tratamientos para la eyaculación precoz sugieren un efecto positivo tan solo para una minoría de los varones que sufren este trastorno (Metz y col., 1997). Por tanto, es importante el hallazgo de tratamientos alternativos a este problema tan común.

Cuando se administra clomipramina como tratamiento antidepresivo, al igual que tantos otros fármacos de esta clase, puede provocar unos efectos secundarios no deseados. Varios de los sujetos de nuestro estudio notificaron alguno de estos efectos secundarios, leves o moderados. Uno de los efectos secundarios más destacado causado por este fármaco en la población general es el retraso, o incluso la interferencia total con el orgasmo o la eyaculación en los varones durante la relación sexual (Labbate, Grimes, Hines, Oleshansky, & Arana, 1998). Mientras que este retraso o incluso la interferencia con el orgasmo o la eyaculación puede representar un efecto del fármaco muy mal aceptado por los varones sin trastornos de funcionalidad sexual, para un eyaculador precoz puede suponer un resultado muy deseado del tratamiento. Este parece ser el caso de la clomipramina.

El trabajo previo realizado en nuestro laboratorio demostró la eficacia de dosis bajas (25 mg) de esta medi-

cación para retrasar el orgasmo a eyaculadores precoces si se toma entre 12 y 24 horas antes de la actividad sexual. En este estudio se obtuvo, básicamente, el mismo resultado cuando los EPs (y en menor grado los sujetos control) tomaron el fármaco según sus necesidades personales, entre 4 y 6 horas antes de mantener relaciones sexuales. Para los EPs, esta dosis baja de clomipramina proporcionó un incremento medio de latencia al orgasmo de menos de 1 minuto hasta 3,5 minutos - un incremento del tiempo de relación sexual clínicamente importante y también estadísticamente significativo.

Es importante resaltar que el incremento significativo medio de latencia al orgasmo debido al fármaco, en algunos aspectos, no refleja su impacto con precisión. Tal y como se puede ver en la figura 1, de los 22 EPs que facilitaron información de sus relaciones sexuales en ambas circunstancias, solo 9 tuvieron latencias de al menos 2 minutos mientras tomaban clomipramina. En 7 de estos 9 casos, la latencia fue de al menos 5 minutos. En contraposición, para los 13 EPs restantes, el incremento de latencia al orgasmo fue mínimo o inexistente. Es interesante destacar que en 12 de estos 13 casos, la latencia al orgasmo bajo el efecto del placebo fue de 60 segundos o menos. De los 7 casos en que el periodo de latencia fue de 5 minutos o mayor bajo el efecto del fármaco, solo 2 de estos EPs tuvieron una latencia de 60 segundos o menor cuando tomaron placebo.

Basándonos en los auto-informes realizados sobre las relaciones sexuales, parecería que menos de la mitad de los EPs se sorprendieron suficientemente del incremento de sus latencias al orgasmo por el efecto de la clomipramina hasta el punto de que ya no se les clasificase como eyaculadores precoces (según la definición del estudio). Además, aquellos con menor probabilidad de obtener una mejora substancial con el fármaco eran aquellos que empezaron con un prematuridad más severa.

Puede ser que los EPs cuyas latencias eyaculatorias son particularmente cortas (de no más de 1 minuto), requieran dosis mayores (que los 25 mg utilizados en este estudio) de un fármaco como la clomipramina para obtener una mejoría substancial de su problema. O quizás necesiten tomar la medicación con más de 4 horas de antelación a su actividad sexual o se beneficien únicamente si

toman la medicación regularmente (por ejemplo, diariamente), más que sobre la base de sus necesidades. Incluso es posible que exista un subgrupo de eyaculadores precoces que sea menos propenso que otro a beneficiarse de un acercamiento farmacológico para el tratamiento de su disfunción. Obviamente, para poder contestar a estas preguntas son necesarios más estudios.

Los resultados de los datos de laboratorio son consecuentes con los de los cuadernos en cuanto a que también apoyan la eficacia, en general, del tratamiento con clomipramina. Bajo el efecto del placebo, aproximadamente la mitad de los EPs alcanzaron el orgasmo mientras miraban el vídeo mencionado. En cambio, menos de un 20% de estos varones alcanzaron el orgasmo cuando tomaban clomipramina.

También es interesante comparar los EPs y los sujetos control según su tendencia a alcanzar el orgasmo durante las sesiones de laboratorio. Solo 1 sujeto control (de los 11) alcanzó el orgasmo durante las sesiones de laboratorio, contra 12 (de 23) EPs. La desproporcionada eficacia del vibrador más el vídeo en disparar el reflejo del orgasmo en los EPs (comparados con los sujetos control) es consistente con un modelo psicofisiológico explicativo (Strassberg y col., 1990) de la eyaculación precoz primaria. De acuerdo con este modelo, la eyaculación precoz, para la mayoría de los hombres con esta disfunción, no es, principalmente, el resultado de asuntos intrapsíquicos o psicológicos interpersonales. Mas bien, hay una hipótesis que dice:

"El umbral orgánico de los eyaculadores precoces puede ser simplemente inferior al de los hombres con latencias normales, requiriéndose menos estimulación física para que los eyaculadores precoces alcancen el orgasmo (Strassberg y col, 1987, p 344)".

Recientemente se ha hecho sentir la preocupación por lo que se ha dado en llamar la "medicalización" de la sexualidad (Tiefer, 1994), incluyendo el uso de fármacos en tratamientos como la eyaculación precoz. El temor a que la disponibilidad de tratamientos farmacológicos para los problemas sexuales pudiera llevar a los médicos a evitar adentrarse en los problemas intrafísicos e interpersonales imperantes es comprensible y apropiado (Strassberg, 1994; Tiefer, 1995). No obstante, por muchos e importan-

Tabla 1. Autovaloración y dedias psicológicas de la actividad sexual

	GRUPO					
	Controles			EPs		
	<i>N</i>	<i>Placebo</i>	<i>Clomipramina</i>	<i>N</i>	<i>Placebo</i>	<i>Clomipramina</i>
En casa: Cuaderno						
Tiempo hasta el orgasmo en la relación sexual (segs.)	4	491 (245)	665 (307)	22	52(45)	229 (286)
Control sobre la eyacuación durante la relación sexual ¹	4	8,25 (1,5)	8,50 (1,0)	16	2,70 (1,84)	5,08 (2,45)
Laboratorio: Psicológico						
Erecciónmetro ² - diferencia con basal (sin vibrador)	11	1,84 (0,71)	2,18 (1,50)	22	1,62 (1,23)	1,44 (1,28)
Erecciónmetro - diferencia con basal (con vibrador)	11	1,85 (0,96)	2,80 (1,82)	22	1,97 (1,42)	1,60 (1,34)
Rigiscan (base) - diferencia con basal (sin vibrador)	11	2,56 (1,02)	2,34 (1,12)	22	2,29 (1,18)	2,11 (1,21)
Rigiscan (base) - diferencia con basal (con vibrador)	11	2,91 (1,15)	3,00 (0,97)	22	2,45 (1,07)	2,34 (1,12)
Rigiscan (punta) - diferencia con basal (sin vibrador)	11	2,96 (1,26)	2,36 (1,50)	22	2,69 (1,27)	2,37 (1,74)
Rigiscan (punta) - diferencia con basal (con vibrador)	11	2,92 (0,91)	3,14 (1,10)	22	2,7 (1,43)	2,60 (1,57)
Laboratorio: Autoevaluación 3						
Excitación máxima experimentada (sin vibrador)	11	4,91 (0,83)	4,46 (1,13)	23	4,35 (1,34)	4,26 (1,66)
Excitación máxima experimentada (con vibrador)	11	5,46 (0,82)	5,46 (0,93)	23	4,83 (1,99)	4,83 (1,53)
"Podía controlar mi eyacuación/orgasmo con facilidad" (sin vibrador)	11	6,54 (0,82)	6,64 (0,92)	23	5,22 (2,13)	5,0 (1,64)
"Podía controlar mi eyacuación/orgasmo con facilidad" (con vibrador)	11	5,45 (2,02)	6,18 (1,33)	23	3,65 (2,17)	4,7 (1,58)
"El control que sintió sobre su eyacuación" (sin vibrador)	11	6,82 (0,40)	6,09 (1,92)	23	4,57 (2,31)	4,78 (1,86)
"El control que sintió sobre su eyacuación" (con vibrador)	11	6,09 (1,04)	6,18 (1,94)	23	2,87 (2,15)	3,74 (2,03)
¹ En una escala de 1-10; a mayor puntuación, mayor control ² Medias en centímetros ³ Todos medidos en una escala del 1 al 7; a mayor puntuación, mayor excitación o mayor control.						

tes motivos, sería inapropiado que esta preocupación desanimara la evaluación y el uso de tratamientos médicos para la eyacuación precoz. En primer lugar, numerosos datos sugieren que esta disfunción tan común puede, en muchos casos, ser de en gran parte de naturaleza psicológica (Rowland y col., 1993; Stassberg y col., 1990). En segundo lugar, las aproximaciones psicológicas para el

tratamiento están muy lejos de tener una eficacia uniforme en el choque contra la eyacuación precoz (Metz y col., 1997). Finalmente, los resultados de este estudio y de otros (Althof y col., 1995; Assalian, 1998; Haensel y col., 1996; Segraves y col., 1993) demuestran, contundentemente, la eficacia del tratamiento médico en muchos varones con este trastorno.

RESUMEN

En este estudio cruzado, doble ciego, controlado con placebo, hemos demostrado la eficacia de una dosis baja (de 25 mg) de clomipramina, tomadas solo 4 horas antes de mantener relaciones sexuales, para incrementar substancial y significativamente la latencia al orgasmo de los eyaculadores precoces. Estos efectos se demostraron a través de varias mediciones y valoraciones psicológicas y de autovaloración, tanto en el laboratorio como en los domicilios de los sujetos. La eficacia global de este tratamiento está claramente definida. No obstante, dado que aproximadamente la mitad de nuestros eyaculadores precoces no se vieron substancialmente afectados por nuestro protocolo de tratamiento, quedan por identificar aquellos parámetros del protocolo (por ejemplo dosis y tiempo) que, si se cambiasen, podrían ayudar a esos EPs que no han quedado satisfechos.

BIBLIOGRAFIA

- Althof, S E (1995a) Pharmacological treatment for rapid ejaculation: Preliminary strategies, concerns, and questions, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 10,247
- Althof, S E (1995b) Pharmacologic treatment of rapid ejaculation, *Psychiatric Clinics of North America*, 18,85
- Althof, S E, Levine, S B, Corty E W, Risen C B, Stem E B, & Kurit D M (1995) A double-blind crossover trial of clomipramine for rapid ejaculation in 15 couples, *Journal of Clinical Psychiatry*, 56, 402
- Assalian P (1988) Clomipramine in the treatment of premature ejaculation, *Journal of Sex Research*, 24,213
- Girgis S M, El-Haggar S, & El-Hermouzy S (1992) A double-blind trial of clomipramine in premature ejaculation, *Andrologia*, 14,364
- Haensel S M, Klem T M A L, Hop W J C, & Slob, A K (1998) Fluoxetine and premature ejaculation: A double-blind, crossover, placebo-controlled study, *Clinical Psychopharmacology*, 18, 1-6
- Haensel, S M, Rowland D L, Kallan K T H K, & Slob A K (1996) Clomipramine and sexual function in men with premature ejaculation and controls, *Journal of Urology*, 156,1310-1315
- Kaplan H S (1974) *The new sex therapy*, New York: Brunner/Mazel
- Labbate L A, Grimes J, Hines A, Oleshansky M A & Arana, G W (1998) Sexual dysfunction induced by serotonin reuptake antidepressants, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 24,3-12
- Madakasira, S & St Lawrence, J S (1997) Premature ejaculation: Assessment and treatment, *Ballier's Clinical Psychiatry*, 3, 91-112
- Masters, W H, & Johnson V E (1970) *Human sexual inadequacy*, Boston: Little, Brown
- Metz M E, Pryor J L, Nesvacil, L J, Abuzzah F, & Koznar J (1997), Premature ejaculation: A psychophysiological review, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 23,3-23
- Riley, A J, & Riley E J (1993), Pharmacotherapy for sexual dysfunction: Current status, In A J Riley, M Peet & C Wilson (Eds) *Sexual pharmacology* (pp 211-226) Oxford: Clarendon Press
- Rowland, D L, Haensel, S M, Bloom J H, & Slob, A K (1993), Penile sensitivity in men with premature ejaculation and erectile dysfunction, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 19,189-197
- Rowland, D L, & Slob, A K (1992) Vibrotactile stimulation enhances sexual response in sexually functional men: A study using concomitant measures of erection, *Archives of Sexual Behavior*, 21,387-400
- Rowland, D L, & Slob, A K (1995) Understanding and diagnostic sexual dysfunction: Recent progress through psychophysiological and psychophysiological methods, *Neuroscience Biobehavior Review*, 19,201
- Rowland D L, & Slob A k (1997) Premature ejaculation: Psychophysiological considerations in theory, research, and treatment, *Annual Review of Sex Research*, 8,224-253
- Segraves, R T, Saran A, Segraves, K, & Maguire B (1993) Clomipramine versus placebo in the treatment of premature ejaculation: A pilot study, *Journal of Sex and Marital Therapy*, 19,198
- Slob, A K, Bloom, J J M, & van der Werff ten Bosch J J (1990), Erection problems in medical practice: Differential diagnosis with relatively simple method, *Journal of Urology*, 143,46
- Strassberg, D S (1994) A physiologically based model of early ejaculation: A solution or a problem, *Journal of Sex Education and Therapy*, 20,215-217
- Strassberg, D S, Kelly, M P, Carroll, C, & Kircher, J C (1987) The psychophysiological nature of premature ejaculation, *Archives of Sexual Behavior*, 16,327-336
- Strassberg, D S, Mahoney, J M, Schaugaard, M, & Hale, V E (1990) The role of anxiety in premature ejaculation: A psychophysiological model, *Archives of Sexual Behavior*, 19,251-257
- Tiefer, L (1994) Might premature ejaculation be organic, The perfect penis takes a giant step forward, *Journal of Sex Education and Therapy*, 20,7-8
- Tiefer, L (1995) Resisting medicalization requires more than balance, *Journal of Sex Education and Therapy*, 21,62-63