

Restricciones eyaculatorias como factor en el tratamiento de parejas judías ultraortodoxas

Ejaculatory restrictions as a factor in the treatment of Haredi (ultraorthodox) jewish couples

Silberstein Davidsohn A¹, Ribner DS²

1- Voluntario en la Comunidad Alianza “Monte Sinaí”. Ciudad de México.

2- Doctorate of Social Work. Director of the Sex Therapy Training Program, School of Social Work, Bar-Ilan University. Israel.

Correspondencia

Arie Silberstein Davidsohn

Calzada de la naranja, 166, 3-A

Col. Industrial alce blanco

Naucalpan

México-53370

Correo electrónico: asilberstein@live.com

Fecha de recepción: 17 de noviembre de 2020. **Fecha de aceptación:** 12 de diciembre de 2020

Resumen

El judaísmo ortodoxo tiene una actitud positiva hacia la intimidad marital y se involucra mínimamente en la actividad sexual conyugal. Una excepción notable, sin embargo, es que, en la mayor medida posible, la eyaculación masculina está contenida en su mayor parte por vía vaginal. Los médicos que trabajan con parejas judías haredi (ultraortodoxas) tendrán dificultades para sugerir intervenciones de tratamiento para ciertas disfunciones sexuales sin una comprensión profunda de esta restricción. Este artículo examina el origen y el alcance de este dicho, su impacto en una serie de disfunciones sexuales e implicaciones para el tratamiento, ilustrado con un ejemplo de caso.

Palabras clave: Terapia sexual. Religión. Haredi. Judaísmo. Eyaculación prematura.

Abstract

Orthodox judaism has a positive attitude toward marital intimacy and minimally involves itself in spousal sexual activity. one notable exception, however, is that, to the greatest possible extent, male ejaculation must be vaginally contained. Clinicians working with haredi (ultraorthodox) jewish couples will be hard pressed to suggest treatment interventions for certain sexual dysfunctions without a thorough understanding of this restriction. This articule examines the origin and extent of this dictum, its impact in a number of sexual dysfunctions and implications for treatment, illustrated with a case example.

Keywords: Sex therapy. Religion. Haredi. Jewish. Premature ejaculation.

Todos los autores aceptan la versión enviada. No se recibió financiación de ninguna fuente. No existen conflictos de intereses.

INTRODUCCIÓN

Simpson y Ramberg (1992) han señalado que "los profesionales en el campo de la terapia sexual deben desarrollar un conjunto de valores personales respetuosos y no juiciosos" (pág. 512). La literatura existente tiende a considerar este punto principalmente con respecto a la etiología de las disfunciones sexuales; por ejemplo, hasta qué punto una educación religiosa conservadora puede conducir a la insatisfacción sexual de un individuo o pareja (Charlton, 1997; Kaplan, 1974; Masters, Johnson, & Kolodny, 1986;). La religión también puede desempeñar un papel completamente diferente en el área de las disfunciones sexuales de los clientes, no como un factor causal, sino como parte del contexto cultural, que definirá la legitimidad de las intervenciones sexuales (Burt & Rudolph, 2000). Por lo tanto, si una técnica terapéutica queda fuera de las actividades religiosamente permitidas, el médico puede verse obligado a sustituir otras intervenciones, tal vez menos efectivas, buscar alternativas innovadoras y/o modificar las expectativas de resultados.

El judaísmo ortodoxo tiene una actitud positiva hacia la intimidad conyugal y se implica mínimamente en la actividad sexual conyugal. Una excepción notable, sin embargo, es que, en la mayor medida posible, la eyaculación masculina debe ser contenida vaginalmente. Al igual que con las restricciones paralelas (por ejemplo, estrictas regulaciones alimentarias kosher), los miembros comprometidos de esta comunidad de fe aceptan esta prohibición como un hecho y viven sus vidas en consecuencia. Los médicos que trabajan con parejas judías ultraortodoxas tendrán dificultades para sugerir intervenciones de tratamiento aceptables para ciertas disfunciones sexuales sin una comprensión completa de esta restricción.

Este artículo examina el origen y la extensión de este dictum, su impacto en una

serie de disfunciones sexuales e implicaciones para el tratamiento, ilustrados con un ejemplo de caso. Un segundo enfoque es el desafío que implica crear una relación de trabajo exitosa terapeuta-rabino en áreas donde la religión y el tratamiento pueden encontrarse en la oposición.

La concentración específica son las parejas judías Haredi (Ultra-Ortodoxas). Se reconoce que lo que se presenta aquí puede ser percibido de manera diferente por aquellos que no están en una relación de pareja, no se identifican como judíos ortodoxos o no aceptan todos los puntos de vista judíos tradicionales de las normas sexuales.

PERSPECTIVAS JUDÍAS TRADICIONALES

Los judíos Haredi viven sus vidas sobre la base de leyes y parámetros dictados por fuentes bíblicas, expuestas por los Talmud y codificadas por varios eruditos rabínicos de la Edad Media a través de nuestros tiempos. La palabra *haredi* significa que Dios teme y se refiere a aquellos dentro de la comunidad judía ortodoxa más grande cuyas vidas se rigen por la observancia escrupulosa de la ley judía (el término "Ultra-Ortodoxo" se ha utilizado para referirse a esta población). Cualquier desviación de los requisitos religiosos es generalmente inaceptable, con énfasis en interpretaciones jurídicas más estrictas que más indulgentes. El enfoque no se centra en el ascetismo, sino más bien en la creencia en la participación activa de Dios con la humanidad y, en consecuencia, en la necesidad de santificar literalmente todos los aspectos de la vida diaria.

Aquellos que llevan a cabo sus vidas como Haredi pueden identificarse con diversas tradiciones relacionadas con la ubicación geográfica, como Europa del Este o el norte de África, o orientación filosófica, como el Hassidismo. Algunas manifestaciones externas, sin embargo, son comunes a todos, incluyendo modos de vestir que son modestos y tienden a ser uniformes, particularmente

para los hombres; expectativas relativamente específicas de género en el papel; valores centrales del matrimonio y las familias numerosas; prohibición estricta del contacto físico hombre-mujer antes del matrimonio, y reglas explícitas que rigen el contacto después del matrimonio; oración y estudio diarios, más comunales para los hombres que para las mujeres; que viven en los barrios de Haredi y, siempre que sea posible, haciendo uso de instituciones comunitarias exclusivamente Haredi.

Como en todas las demás áreas de la vida judía, las normas de las relaciones maritales y la sexualidad están determinadas por fuentes tradicionales. El derecho bíblico y las aplicaciones prácticas subsiguientes enfatizan el valor y la importancia de la sexualidad humana y su función reproductiva, con el deseo y el deseo sexual humano vistos como herramientas divinamente dadas para asegurar la población del mundo y la satisfacción matrimonial (Boyarin, 1993; Rosenheim, 2003; Shlanger, 5751[1991]; Westheimer & Mark, 1995). En consecuencia, algunas discusiones de los eruditos rodean los detalles de la sexualidad, incluyendo referencias, que exhortan a los varones judíos a abstenerse de "destrucción de semilla" basada en interpretaciones de versículos bíblicos. Esta transgresión se ha equiparado con la toma de la vida humana, ya que el potencial de tal ha sido destruido.

La explicación de la "destrucción de semillas" ha generado una considerable discusión desde los primeros tiempos talmúdicos hasta el presente, y las normas contemporáneas tienen sus raíces en las interpretaciones anteriores que marcan precedentes. Diferentes definiciones han engendrado diferentes escuelas de pensamiento y, posteriormente, diferentes resoluciones. A pesar de estas variaciones, la mayoría emplea un lenguaje excepcionalmente fuerte y advertencias de consecuencias nefastas como medio de enfatizar la importancia de esta ley.

Comprender esta prohibición (Feldman, 1968) se basa en la delineación de parámetros para el "uso adecuado de la semilla". El primer y principal objetivo de la eyaculación es lograr

el embarazo. Por lo tanto, las relaciones sexuales vaginales serían la categoría principal de un acto sexual aprobado bíblicamente. Como el objetivo de la eyaculación en este caso es la concepción, cumple claramente con los requisitos de uso adecuado de la semilla. La segunda eyaculación bíblicamente permitida implica relaciones sexuales vaginales en una relación heterosexual en la que la concepción no puede tener lugar, por ejemplo, una mujer post menopáusica, o una que ya está embarazada. Aunque en estas situaciones el resultado no puede ser concebido, se considera un acto reproductivo normativo y, por lo tanto, está permitido.

Una tercera categoría proporciona otra perspectiva contrastante: el concepto de un acto sexual distinto de un acto reproductivo. Cualquier acto sexual prohibido en la Biblia cuando se realiza en una unión prohibida puede constituir un acto sexual permitido dentro de una relación heterosexual sancionada. En consecuencia, se permitiría la eyaculación extra-vaginal en una relación conyugal, siempre que no se elija como una forma de anticoncepción.

Estas diferentes interpretaciones de la construcción "destrucción de semillas" han llevado a normas rabínicas divergentes en lo que a veces parecen ser situaciones idénticas. Las implicaciones de estas escuelas de pensamiento sobre el uso de técnicas médicas modernas en áreas tales como la fertilización in vitro, clonación, tratamientos de infertilidad, y el tratamiento de las disfunciones sexuales se ven claramente en varios escritos rabínicos. Las preguntas religiosas contemporáneas sobre la intervención para la disfunción sexual que implica la eyaculación serán tratadas por rabinos dentro de los parámetros de una de estas escuelas de pensamiento.

CONSIDERACIONES DE TRATAMIENTO

Rabinos y leyes judías

La tradición judía entiende la función del rabino como educativa y adjudicativa, más que sagrada. El estatus y el título de rabino significan, principalmente, la finalización exitosa de un largo curso de estudio y sanción

comunitaria para decidir sobre cuestiones de derecho y tradición judía (Donin, 1972). Cuando los asuntos de práctica sexual se cruzan con el dictado o las expectativas judías, es el rabino quien puede ser llamado a tomar una decisión legal. Como consecuencia, una buena relación de trabajo entre rabino y clínico es a menudo un *sine qua non* cuando se trata a parejas religiosas.

El rabino se guiará por dos consideraciones generales al tratar con cuestiones sexuales conponsales, ambas de igual importancia. El primero consiste en el mandamiento procreador bíblico de "ser fructífero y multiplicarse" (Génesis I, 28), que el judaísmo tradicional ve como una responsabilidad que incumbe a cada pareja. Dos niños, uno de cada género, es el mínimo necesario para cumplir con este requisito y el rabino hará el máximo uso de cualquier flexibilidad legal para ayudar a la pareja a cumplir con esta expectativa. En ese sentido, hay una considerable discusión entre los eruditos judíos contemporáneos en cuanto a la permisibilidad de la eyaculación extra-vaginal para permitir el uso del semen en procedimientos de inseminación artificial donde las relaciones sexuales normales no conducirán al embarazo (Bleich, 1997; Grazi, 1994).

La segunda consideración primaria consiste en promover el éxito de la relación marital en todas sus manifestaciones. La tradición judía da una importancia crucial a la satisfacción sexual de ambos cónyuges (Boteach, 1999; Friedman, 1996; Kanohal, 5763 [2003]) y la desarmonía sexual pueden ser causa legítima para el divorcio. El rabino a menudo sirve como la fuente inicial de guía para las parejas que buscan asesoramiento para problemas de intimidad, y dependiendo de su propio nivel de comodidad y experiencia, puede elegir continuar con ellos o referirlos. La ley judía tiene mucho que decir con respecto a los tiempos legítimos y lugares para las actividades sexuales (Ribner, 2003a), pero sorprendentemente poco aviso se da a los comportamientos íntimos reales. La única excepción importante es, como se señaló anteriormente, la eyaculación extra-vaginal. Aquí el papel del rabino adquiere especial importancia cuando los protocolos de

tratamiento recomendados para condiciones tales como la eyaculación prematura o retardada pueden requerir el uso temporal de la eyaculación extra-vaginal guiada.

En circunstancias en las que la pareja puede sentirse incluso ligeramente incómoda con las implicaciones religiosas de tales sugerencias de tratamiento, es imperativo que el terapeuta converse con un rabino lo antes posible. El clérigo adecuado para consultar es el más aceptable para la pareja en tratamiento. El terapeuta debe estar listo para proporcionar al rabino información pertinente a la formulación del problema, duración y eficacia del tratamiento y posibles alternativas de intervención y sus implicaciones. El terapeuta debe estar preparado para intercambiar un tratamiento posiblemente más eficaz por el bien de los clientes más cooperativos.

Técnicas alternativas

La postura de la comprensión de un rabino en particular de la ley judía con respecto a la eyaculación extra-vaginal puede poner restricciones a los protocolos existentes para el tratamiento de algunas disfunciones sexuales; sin embargo, la solicitud del cliente de alivio de síntomas y resolución de problemas requiere éticamente una respuesta profesional. La terapia sexual culturalmente sensible se basa en la expectativa de que el médico posee una amplia variedad de opciones de intervención y la creatividad para modificar las existentes de acuerdo con las normas y creencias no patológicas de los clientes.

Un ejemplo notable de esta dinámica religioso-profesional involucra casos de eyaculación precoz (PE). La definición misma de este comportamiento como problemático debe verse en el contexto cultural de la comunidad Haredi, un factor central es el fenómeno del "aislamiento sexual" de esta comunidad. Ribner (2003a) señaló que:

Aparte de situaciones poco problemáticas, como el retraso en el embarazo o la disfunción sexual intolerable, una pareja de Haredi puede esperar casi ningunos insumos sexuales de fuentes externas durante todo el curso de su matrimonio. Este grupo de población no tiene, por regla general, televisores, a menudo sin radios, no ve películas y no lee novelas

seculares. Incluso ostensiblemente inocuas fuentes de información tales como una familia o una revista de mujeres pueden estar prohibidos en el hogar Haredi.... Dentro de la propia comunidad Haredi, la literatura disponible se centra en la filosofía y la actitud, no en descripciones anatómicas o actividades sexuales. La literatura escrita originaria fuera de la comunidad siempre presenta el riesgo potencial de contener hechos o valores no consistentes con las perspectivas de Haredi (pp. 59-60).

Una de las consecuencias de esta falta de acceso a la información sexual es una gama restringida de expectativas con respecto al rendimiento sexual y la satisfacción. En el mundo de Haredi, la EP será percibida como un problema digno de intervención principalmente en la medida en que pueda retrasar o prevenir el embarazo. Como protocolo sexual estándar, los asesores prematrimoniales a menudo enseñan a las parejas jóvenes que, mientras que ambos cónyuges tienen derecho a satisfacción sexual, el esposo debe esperar alcanzar el orgasmo a través del coito y la esposa a través de su estimulación manual de su clítoris, suponiendo que cualquiera de las partes conozca su ubicación. En el caso de que la EP ocurra predominantemente antes de la penetración, esto probablemente será percibido como una circunstancia más grave y digno de atención profesional inmediata. Sin embargo, aparte de esta situación, las expectativas de rendimiento serán significativamente menos exigentes que las expuestas a los medios de comunicación en general.

Las dos intervenciones más comúnmente recomendadas (Charlton & Brigel, 1997; Polonsky, 2000; para una presentación exhaustiva de las opciones de tratamiento, véase Metz & Pryor, 2000), las técnicas de "stop/start" y "squeeze", buscan lograr un mejor control eyaculatorio a través de una mayor conciencia de las sensaciones del pene antes de la etapa de la inevitabilidad orgásmica. Esto implica estimular manualmente el pene, en este caso hecho por la esposa, mientras que el marido aprende a reconocer y ser más en control de sus etapas

de excitación. A medida que se acerca a sentir la pérdida de control, el nivel de excitación se reduce ya sea terminando la estimulación o apretando el pene por debajo del glande.

Algunas versiones de estos ejercicios (Kaplan, 1974, 1975) fomentan la continuación de la estimulación manual hasta alcanzar el orgasmo. Incluso cuando esto no es parte del protocolo, es casi inevitable que la eyaculación ocurra como resultado de la estimulación, particularmente durante los intentos iniciales. Las relaciones sexuales reales generalmente se reanudan en una etapa posterior del proceso de tratamiento. Una pareja religiosa y posiblemente su rabino pueden enfrentarse a un dilema doloroso en el que una disfunción sexual puede ser remediada, pero sólo mediante el uso de una práctica prohibida.

Existe una situación similar en los casos de eyaculación retardada, una condición en la que la eyaculación durante la contención vaginal rara vez ocurre o sólo después de relaciones sexuales incómodamente largas. Estos casos son raros y el acuerdo sobre etiología y tratamiento sigue siendo esquivo en la literatura profesional. Sin embargo, la masturbación y / o la estimulación manual de la pareja al orgasmo son aspectos integrales de la mayoría de los protocolos de tratamiento para este estado (Apfelbaum, 2000; Charlton & Brigel, 1997).

En tales circunstancias, el terapeuta sexual se enfrenta al desafío de encontrar una intervención efectiva, que se ajuste a las restricciones eyaculatorias de mandato religioso. Al consultar con un rabino con respecto a las opciones de tratamiento aceptables, el médico debe ser lo más claro y específico posible sobre los siguientes parámetros:

1. ¿Qué tratamiento recomienda el médico como más eficaz, cuáles son las implicaciones de un tratamiento alternativo; y hay posibles consecuencias negativas, incluidas las religiosas, ¿para alguna de las opciones?

2. ¿Cuáles son las implicaciones a largo y corto plazo para la pareja de no tratar el problema de presentación?

3. ¿Cuál es el período de tiempo estimado para cada tipo de intervención; ¿Un curso más

largo de tratamiento corre el riesgo de empeorar la condición o el incumplimiento?

4. ¿El tratamiento recomendado mantiene o empeora el comportamiento problemático actual durante un período de tiempo antes de la mejora esperada?

Incluso aquellos rabinos conocedores de las disfunciones sexuales y las opciones de tratamiento pueden no ser conscientes de todas las alternativas. Masters, Johnson y Kolodny (1995), por ejemplo, describen la "técnica de compresión basilar" como un tratamiento alternativo para la eyaculación precoz. La base del pene se aprieta *durante* la contención vaginal, evitando gran parte del riesgo de que el marido llegue al orgasmo antes de la penetración, suponiendo que la eyaculación puede retrasarse hasta la penetración. En la misma línea, investigaciones recientes han indicado la eficacia de la prescripción de ISRS con o sin sildenafil (Viagra) como tratamiento para el PE (Abdel-Hamid, El Naggar, & El Gilany, 2001; McMahan & Touma, 1999). Otras dos opciones de tratamiento para la EP, la masturbación sin la participación de la pareja y el uso de un condón, serían recomendaciones menos aceptables para esta población, la primera porque aleja el comportamiento sexual de la manada conyugal y la segunda porque es una forma de control de la natalidad prohibida a las parejas religiosas en todas las situaciones menos relacionadas con la salud.

INFORME DEL CASO

Aliza y Yosef, a los 20 años, y los padres de un bebé, habían estado casados durante dos años cuando entraron por primera vez en terapia. Ambos provenían de familias religiosas, se habían convertido en Haredi durante su educación post bachillerato y no reportaron conflictos en el mantenimiento de ese estilo de vida.

Evaluaron su relación marital como fuerte, afectuosa y de apoyo mutuo. Su queja de presentación se centró en la insatisfacción con su relación sexual, comenzando con su noche de bodas. Yosef informó que eyaculó antes de la penetración el noventa por ciento de las veces que la pareja deseaba ser íntima. Aliza declaró que nunca había alcanzado el orgasmo

desde que se casaron. Después de la consulta médica, la pareja se había convertido en rabinos y asesores dentro de la comunidad religiosa, y finalmente a un terapeuta sexual percibido como respetuoso de sus normas y valores.

Sus historias sexuales eran consistentes con sus contextos culturales. Ambos eran vírgenes en su noche de bodas, acordando que su primera experiencia sexual fue provocando ansiedad y no particularmente agradable, pero no había dejado ecos negativos.

Yosef reportó algunos besos y abrazos heterosexuales en su adolescencia, que se había detenido a medida que avanzaba en sus estudios religiosos. Después de terminar la escuela secundaria había luchado para detener su masturbación ocasional debido a los sentimientos de culpa que se producen y afirmó haber cesado por completo una vez que se casó. Como era de esperar, Yosef se había reunido con un asesor religioso prematrimonial varias veces antes de la boda (Ribner, 2003b), donde había escuchado alguna información sexual básica pero incorrecta e incompleta.

Aliza asistió a las escuelas de niñas a partir del séptimo grado y apropiadamente no había comenzado a salir hasta después de la escuela secundaria, con Yosef uno de los pocos hombres con los que había salido. Aliza recordó una preparación positiva para la menstruación de su madre, quien la felicitó calurosamente al alcanzar ese hito. Informó que se masturbaba muy poco durante su adolescencia, diciendo que pensaba que había alcanzado el orgasmo al menos una vez, pero no lo había hecho desde su boda. Ella también se había reunido con un asesor prematrimonial (Petok, 2001), y estas pocas sesiones se habían complementado con conversaciones francas y positivas con su madre sobre los "hechos" de la vida íntima.

Los sentimientos de Yosef como resultado del PE se centraron en su preocupación de que Aliza no estaba satisfecha, la preocupación por lo que le pasaba y las implicaciones religiosas de su casi inevitable eyaculación extra-vaginal. Aliza reconoció una leve frustración, pero no estaba segura de lo que le

faltaba. Parecía genuinamente empática con respecto al dilema de su marido.

El terapeuta animó a la pareja a ponerse en contacto con su rabino con respecto a cualquier aspecto del tratamiento y subrayó su disposición a buscar intervenciones alternativas, en caso de que la pareja o el rabino plantearan objeciones incontestables. El terapeuta también recibió el consentimiento de la pareja, después de pedirle a su rabino, para dejar de hacer todos los intentos de penetración vaginal durante un período de tiempo que determinará el terapeuta.

Después de haber descubierto lagunas significativas en el conocimiento de cada cónyuge de fisiología básica y respuestas sexuales, el terapeuta obtuvo su consentimiento para mostrarles dibujos de línea y los utilizó para aclarar información sobre los genitales masculinos y femeninos y las secuencias de deseo, excitación y respuesta.

Se explicó a la pareja un enfoque de sensación graduado, con cada paso (por ejemplo, un toque suave sólo en la parte posterior sin ropa de cama) que se debe hacer tres veces durante una semana antes de pasar a un toque más íntimo. Después de una de las etapas más avanzadas que involucran masaje genital, Aliza informó que había descubierto que si sus pezones y senos estaban adecuadamente estimulados, ella podría alcanzar el orgasmo con bastante regularidad. Su placer y alivio en la revelación estaban teídos de dudas sobre si esto era normal. El terapeuta felicitó a ambos cónyuges por su trabajo mutuo hacia este descubrimiento y les aseguró que no había ninguna anomalía involucrada.

En este punto, el terapeuta sugirió que era hora de comenzar el tratamiento para la EP. La técnica de parada/inicio fue elegida por tres razones: la pareja había trabajado bien con un enfoque sensato y este aspecto de su relación debe ser alentado; se pensó que la técnica de compresión tenía una implicación agresiva no consistente con la autoimagen de Aliza; y los medicamentos pueden tener una connotación de etiquetado negativa para Yosef y podrían introducirse en una etapa posterior, si es necesario.

Como esta técnica implicaría fomentar la eyaculación extra-vaginal de forma regular durante un número relativamente fijo de semanas, Yosef dijo que necesitaría permiso rabínico y solicitó una consulta telefónica entre el rabino y el terapeuta. El rabino demostró ser conocedor de esta técnica específica y otorgó su sanción en dos condiciones: el terapeuta tenía experiencia exitosa previa con esta intervención y el período de tratamiento era lo más breve posible.

El tratamiento duró cinco semanas. Paralelamente a estimular manualmente el pene de Yosef de Aliza y ayudarlo a aprender a reconocer su umbral orgásmico, se animó a la pareja a continuar con los tipos de tacto que habían encontrado placenteramente durante los ejercicios de enfoque sensato. El uso de un lubricante a base de agua se introdujo durante la tercera semana para simular más de cerca la sensación de relaciones sexuales reales.

Para la cuarta semana, la pareja fue instruida para probar la penetración en la posición superior femenina, con un movimiento mínimo por parte de Aliza y Yosef usando movimientos suaves de lado a lado y hacia adelante y hacia atrás para mantener la excitación y el control, eyaculando internamente cuando lo deseaba. Esto resultó ser una experiencia positiva para Yosef, quien fue capaz de mantener su erección, antes y durante la penetración, mucho más tiempo que en el pasado, pero menos para Aliza, que no pudo encontrar una configuración cómoda para su cuerpo en esta posición.

Después de regresar a la posición de hombre-superior la semana siguiente, la pareja informó tener relaciones sexuales tres veces y no hay eyaculación extra-vaginal. Por sí solos, habían decidido cronometrando en la erección de Yosef en la vagina de Aliza, con empujes de encendido y apagado, antes de alcanzar el orgasmo. Las relaciones sexuales se habían prolongado durante unos cinco minutos, fueron evaluadas por ambos como satisfactorias, pero estaban preocupadas en cuanto a si esta cantidad de tiempo se consideraba normal.

Usando esto como trampolín para las últimas sesiones, el terapeuta trabajó con ellos para colocar esta intimidad física en el contexto de sus fuertes lazos emocionales y en disfrutar del placer de estar juntos sin necesidad de mediciones o establecer objetivos poco realistas, como el orgasmo simultáneo. El terapeuta sugirió que la pareja regresara al ejercicio de parada/inicio una vez al mes, aunque sin eyaculación extra-vaginal.

DISCUSIÓN

En este ejemplo de caso, la exitosa colaboración clínico-rabino creó un ambiente de sanción positiva en el que la pareja se sentía lo suficientemente cómoda como para aceptar recomendaciones de tratamiento. Los terapeutas deben considerar la posibilidad de que el rabino de una pareja pueda fruncir el ceño o prohibir abiertamente una estrategia de tratamiento, que incluye la eyaculación extrapartida. Mi propia experiencia ha sido que cada rabino con el que he consultado dentro de la comunidad Haredi ha tomado una posición indulgente, en parte, creo, porque he explicado claramente mi elección de tratamiento y su justificación, y lo he hecho con el respeto justificado por su posición comunitaria.

Debido a la sensibilidad de los problemas sexuales y la expectativa generalizada de un comportamiento modesto en todas las cosas (Ribner, 2003a), estos precedentes indulgentes no constituyen un cuerpo de conocimiento accesible al público Haredi. No existe ningún volumen que codifique estas resoluciones legales y las presente para su remisión inmediata. Como consecuencia, 1) el rabino escuchará cada caso por separado y tomará una decisión en consideración de los méritos únicos de cada situación; y 2) muchas parejas no buscarán intervenciones profesionales, seguras en sus nociones preconcebidas pero equivocadas de la perspectiva negativamente monolítica de la ley judía sobre la sexualidad.

Si bien las diversas preferencias sexuales son las materias primas comúnmente escuchadas de la terapia sexual, las actividades sexuales prohibidas religiosamente pueden ser un fenómeno mucho más novedoso para la mayoría de los

médicos. En consecuencia, cuanto más familiarizado se familiarice el clínico con esta o restricciones similares, más precisamente se puede hacer una diferenciación entre las normas culturales legítimas y los comportamientos sintomáticos de los estados patológicos (Cunin, Cunin, & Cunin, 1992; Ribner, 2003b).

El terapeuta que no comparte la identificación religiosa de un cliente nunca puede "saber" completamente ese ambiente cultural, pero cierta familiaridad no supera a ninguno, particularmente cuando se combina con la oportunidad de trabajar con confianza con la autoridad espiritual de una pareja. La confrontación directa con tales figuras coloca a los clientes en una posición insostenible, generalmente resultando en un rechazo del terapeuta y la continuación del problema de presentación, por no decir nada de la credibilidad desaparecida del terapeuta a los ojos de esa pareja y/o grupo étnico específico. Las opiniones negativas preconcebidas de los médicos sobre las normas y valores sexuales sólo pueden contribuir al potencial de desastre, agravado por cualquier intento de persuadir a los clientes de la naturaleza problemática de sus creencias actualmente en poder. Para que ninguno de nosotros nos vea por encima de esta refriega, es prudente considerar que incluso los profesionales más experimentados pueden ser víctimas de puntos de vista estigmatizados.

BIBLIOGRAFÍA

Abdel-Hamid, I. A., El Naggar, E. A., & El Gilany, A. H. (2001). Assessment of as needed use of pharmacotherapy and the pause-squeeze technique in premature ejaculation. *International Journal of Impotence Research*, 13, 41-45.

Apfelbaum, B. (2000). Retarded ejaculation: A much misunderstood syndrome. In S. R. Leiblum & R. C. Rosen (Eds.), *Principles and practice of sex therapy* (3rd ed., pp. 205-241). New York: Guilford Press.

Bleich, J. D. (1997). Sperm banking in anticipation of infertility. In E. Feldman & J. B. Wolowelsky (Eds.), *Jewish law and the new reproductive technologies* (pp. 139-154). Hoboken: Ktav Publishing.

- Boteach, S. (1999). *Kosher sex: A recipe for passion and intimacy*. New York: Doubleday.
- Boyarin, D. (1993). *Carnal Israel: Reading sex in Talmudic culture*. Berkeley: University of California Press.
- Burt, V. K. & Rudolph, M. (2000). Treating an Orthodox Jewish woman with obsessive-compulsive disorder: Maintaining reproductive and psychologic stability in the context of normative religious rituals. *American Journal of Psychiatry*, 157, 620-624.
- Charlton, R. S. (1997). Evaluation of sexual disorders. In R. S. Charlton (Ed.), *Treating sexual disorders* (pp. 59-95). San Francisco, CA: Josey-Bass.
- Charlton, R. S. & Brigel, F. W. (1997). Treatment of arousal and orgasmic disorders. In R. S. Charlton (Ed.) *Treating sexual disorders* (pp. 237-280). San Francisco, CA: Josey-Bass.
- Cunin, B., Cunin, B., & Cunin, S. (1992). Psychotherapy with Orthodox Jewish patients: On clarifying distortions and conflicts. *Journal of Psychology and Judaism*, 16, 123-131.
- Donin, H. H. (1972). *To be a Jew*. New York: Basic Books.
- Feldman, D. M. (1968). *Birth control in Jewish law: Marital relations, contraception and abortion as set forth in the classic texts of Jewish law*. New York: New York University Press.
- Friedman, A. P. (1996). *Marital intimacy: A traditional Jewish approach*. Northvale, NJ: Jason Aronson.
- Grazi, R.V. (1994). *Be fruitful and multiply*. Jerusalem: Genesis Jerusalem Press.
- Kanohal, E. (5763 [2003]). *Ish ishah: Zachu Shchinah beineihem – Man, woman: If they so merit, the Holy Spirit is with them* [Hebrew]. Tel Aviv: Tzohar.
- Kaplan, H.S. (1974). *The new sex therapy*. New York: Brunner/Mazel.
- Kaplan, H.S. (1975). *The illustrated manual of sex therapy*. New York: Quadrangle.
- Masters, W. H., Johnson, V. E., & Kolodny, R. C. (1986). *Masters and Johnson on sex and human loving*. Boston: Little, Brown.
- Masters, W. H., Johnson, V. E., & Kolodny, R. C. (1995). *Human sexuality*. New York: HarperCollinsCollegePublishers.
- McMahon, C. G. & Touma, K. (1999). Treatment of premature ejaculation with paroxetine hydrochloride. *International Journal of Impotence Research*, 11, 241-245.
- Metz, M. E. & Pryor, J.L. (2000). Premature ejaculation: A psychophysiological approach for assessment and management. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 26, 293-320.
- Petok, W. D. (2001). Religious observance and sex therapy with an Orthodox Jewish couple. *Journal of Sex Education and Therapy*, 25, 22-27.
- Polonsky, D. C. (2000). Premature ejaculation. In S. R. Leiblum & R. C. Rosen (Eds.), *Principles and practice of sex therapy* (3rd ed., pp. 305-334). New York: Guilford Press.
- Ribner, D. S. (2003a). Determinants of the intimate lives of Haredi (Ultra-Orthodox) Jewish couples. *Sexual and Relationship Therapy*, 18, 53-62.
- Ribner, D. S. (2003b). Modifying sensate focus for use with Haredi (Ultra-Orthodox) Jewish couples. *Journal of Sex and Marital Therapy*, 29, 165-171.
- Rosenheim, E. (2003). *Teitzei nafshi alecha - My heart goes out for you* [Hebrew]. Tel Aviv: Yediot Achronot/Sifrei Hemed.
- Shlanger, R. M. (5751 [1991]). *Mishkan Yisrael – The dwelling place of Israel* [Hebrew]. Jerusalem: (no publisher listed).
- Simpson, W. S. & Ramberg, J. A. (1992). The influence of religion on sexuality: Implications for sex therapy. *Bulletin of the Menninger Clinic*, 56, 511-523.
- Westheimer, R. K. & Mark, J. (1995). *Heavenly sex: Sexuality in the Jewish tradition*. New York: New York University Press.