



---

Artículo de Revisión

Sobre la eyaculación retardada

About Delayed Ejaculation

María del Carmen Vizcaíno Alonso<sup>a</sup>  

*a. Universidad de Ciencias Médicas de La Habana, Instituto de Ciencias Básicas y Preclínicas “Victoria de Girón”,  
Departamento de Salud Pública. La Habana, Cuba.*

**Recibido: 7/11/2019**

**Aceptado: 15/1/2020**

**Resumen**

**Introducción:** La eyaculación retardada es una disfunción sexual masculina poco común, pero hay hombres que piensan que demorar en eyacular no es un trastorno sexual. Se han descrito alteraciones de la eyaculación en pacientes bajo tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina y antipsicóticos.

**Objetivo:** Describir, a partir de una revisión de la literatura, los aspectos clínicos de la eyaculación retardada y los factores asociados.

**Métodos:** Revisión temática de la bibliografía especializada que posee información vigente y relevante, sin importar el año de su publicación. La búsqueda se realizó en las bases de datos PubMed, Google Académico y Medline. Se utilizaron descriptores en español e inglés.



**Resultados:** Se analizaron aspectos anatómicos y fisiológicos de la eyaculación, así como etiológicos, clínicos y de tratamiento. Se hallaron factores que precipitan su aparición, tales como: problemas en la relación de pareja, trastornos de ansiedad, preocupación por el desempeño sexual, depresión, control excesivo de la respuesta eyaculatoria, distracción en cuanto a las sensaciones y hábitos de masturbación, difícilmente reproducibles durante el coito.

**Conclusiones:** Se brindó una actualización acerca de la eyaculación retardada, con énfasis en los factores psicológicos y orgánicos. Se destacaron como instrumentos fundamentales de exploración la historia clínica exhaustiva con énfasis en la exploración psicosexual, el examen neurológico y urológico; así como la evaluación de la relación de pareja. Se consideró trascendental en el tratamiento la educación y la orientación sexual, el empleo de técnicas especializadas como las fantasías eróticas y la desensibilización progresiva.

**Palabras clave:** *alteración eyaculatoria; diagnóstico; eyaculación; eyaculación retardada.*

### Abstract

**Introduction:** Delayed ejaculation is an unusual male sexual dysfunction, but there are men who think that delaying ejaculation is not a sexual disorder. Ejaculation disorders have been described in patients receiving selective serotonin reuptake inhibitors and antipsychotics.

**Objective:** Describe, based on a literature review, the clinical aspects of delayed ejaculation and the associated factors.

**Methods:** Thematic review of the specialized bibliography that has current and relevant information, regardless of the year of its publication. The search was carried out in the PubMed, Google Scholar and Medline databases. Descriptors were used in Spanish and English.

**Results:** Anatomical and physiological aspects of ejaculation, as well as etiological, clinical and treatment aspects were analyzed. Factors that precipitate its appearance, such as problems in the couple's relationship, anxiety disorders, concern about sexual performance, depression, excessive control of the ejaculatory response, distraction in terms of sensations and masturbation habits, which are difficult to reproduce during intercourse were found.

**Conclusions:** An update was provided on delayed ejaculation, placing particular emphasis on psychological and organic factors. An exhaustive medical history with stress on psychosexual exploration



and neurological and urological examination was highlighted as fundamental instruments of exploration, as well as the evaluation of the couple's relationship. Sexual education and orientation, the use of specialized techniques, such as erotic fantasies and progressive desensitization were considered transcendental in the treatment.

**Keywords:** Ejaculatory alteration, diagnosis, ejaculation, delayed ejaculation.

### Introducción

Los trastornos de la eyaculación forman parte de los trastornos sexuales más frecuentes en el varón. Van desde la eyaculación precoz a la eyaculación retardada, cuyo grado extremo es la aneyaculación, pasando por la eyaculación retrógrada.<sup>(1)</sup>

Se ha estimado que la eyaculación retardada es una disfunción sexual masculina poco común.<sup>(2,3)</sup> *Laumann, Paik y Rosen* plantean que solamente se ven afectados del 4-8 % de personas sexualmente activas.<sup>(4)</sup>

En *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (5.<sup>a</sup> Ed.) (DSM-V) se considera que el predominio es incierto debido a la falta de una definición precisa de este síndrome y que menos de un 1 % de hombres se quejará de problemas con alcanzar la eyaculación por más de 6 meses.<sup>(2)</sup> Se han descrito alteraciones de la eyaculación en los pacientes en tratamiento con inhibidores selectivos de la recaptación de serotonina (ISRS) y antipsicóticos.<sup>(3)</sup>

A algunos hombres les puede ser placentero la prolongación del momento de la eyaculación, pero a la pareja le suele ser molesto y doloroso soportar tanto tiempo los movimientos del pene. La prolongación de la eyaculación puede manifestarse con una pareja específica y con otra no.<sup>(5)</sup> Puede suceder con estimulación manual con o sin una pareja. La mayoría de los hombres eyaculan al cabo de unos cuantos minutos después de iniciar la penetración durante la relación sexual, pero los hombres con retraso en la eyaculación pueden ser incapaces de eyacular o pueden eyacular solo haciendo un gran esfuerzo y después de una relación sexual prolongada, que puede llegar a periodos de 30 a 45 minutos.<sup>(6,7)</sup> Por tanto, presenta se dificultad para eyacular aun cuando se produce una erección completa y suficiente excitación y estimulación sexual.<sup>(8)</sup>

El objetivo de la investigación fue describir los aspectos clínicos de la eyaculación retardada y sus factores asociados. Con la actualización de las publicaciones sobre el tema se ofrecerá una guía a profesionales de la salud en su actuar en la asistencia médica.



## Métodos

Se realizó una revisión temática basada en la literatura especializada, que posee información vigente y relevante sin importar el año de su publicación. La búsqueda se realizó en las bases de datos: PubMed, Google Académico y Medline. Se utilizaron descriptores en español e inglés. Fueron incluidas investigaciones de diverso diseño, trabajos originales y artículos de revisión de autores prestigiosos en el tema. Se utilizaron como referencia solamente aquellos artículos en que se pudo revisar el texto completo.

## Resultados

### Conceptualización

La eyaculación retardada es una disfunción sexual masculina, que exhibe de forma persistente o recurrente una eyaculación demorada ante una estimulación sexual, por lo que existe inhibición del reflejo eyaculatorio.<sup>(5)</sup> En el DSM-V se distingue el marcado retraso o incapacidad para lograr la eyaculación, que puede llegar a su ausencia, a pesar de la presencia de un estímulo sexual adecuado y tener deseos.<sup>(2)</sup>

*Master y Johnson* concibieron este trastorno como una «incapacidad eyaculatoria», en el DSM-III-R se denomina «orgasmo masculino inhibido» y, en el DSM-IV, «trastorno orgásmico masculino».<sup>(9)</sup> También ha sido denominado «inhibición eyaculatoria».<sup>(3,9)</sup>

Por último, *Ledón* señala la incompetencia parcial en la eyaculación como una variante de la eyaculación retardada, que en ocasiones se confunde con la eyaculación retrógrada.<sup>(10)</sup>

### Aspectos anatómicos y fisiológicos de la eyaculación

El aparato genital masculino consta, entre otros elementos, de un sistema secretor (testículos, vesículas seminales, próstata y glándulas uretrales) que se encargan de formar el eyaculado, y de un sistema excretor (vía seminal), que se encarga de expulsarlo adecuadamente.<sup>(3)</sup>

El eyaculado suele tener un volumen aproximado de 1,5 a 4 mL, lo cual puede aumentar o disminuir según la frecuencia eyaculatoria. El 90 % proviene de glándulas accesorias, porcentaje del cual aproximadamente entre un 5-10 % es aporte de los testículos y en él se incluyen los espermatozoides. Las vesículas seminales aportan un 40-80 % del volumen del eyaculado y la próstata, entre 10-30 %. Las glándulas de Cowper y de Littré producen una secreción lubricante de la uretra.<sup>(3)</sup>

La eyaculación se puede dividir en varias fases:<sup>(3)</sup>



1. *Emisión*: contracción de los conductos deferentes para impulsar los espermatozoides hacia la uretra prostática, donde se mezclan con la producción de la próstata y las vesículas seminales. El semen se acumula en la uretra prostática y las glándulas uretrales lubrican la uretra. Esta fase depende del sistema nervioso autónomo simpático dorsolumbar (T12-L2).
2. *Cámara de alta presión*: cierre de ambos esfínteres, interno y externo, lo que genera un tapón en la uretra prostática. Se controla por el simpático y el parasimpático.
3. *Expulsión*: se producen contracciones clónicas de los músculos perineales y peristaltismo uretral, produciéndose una salida discontinua y rítmica del eyaculado, tras la apertura del esfínter externo, el interno permanece cerrado. Las contracciones son placenteras y forman parte del orgasmo con unas 10-15 contracciones. Posteriormente viene un periodo refractario desde el punto de vista sexual.
4. *Vías eferentes*: descendiendo a través de las astas anterolaterales hasta el centro simpático (T12-L2) y el parasimpático (S2-S4). El primero viaja a través del nervio hipogástrico para generar la contracción de la musculatura lisa de los órganos genitales y el cierre del esfínter interno, regulando la fase de emisión. A través del nervio pudendo interno el centro parasimpático controla las contracciones clónicas eyaculatorias de los músculos isquio y bulbocavernosos y la apertura del esfínter externo, controlando así la fase de expulsión.<sup>(3)</sup>
5. *Núcleos medulares*: integran la información de las aferencias de los receptores periféricos y eferencias supraespinales a nivel del núcleo lumbar espinotalámico (LST), constituyendo el lugar generador de la eyaculación. Este núcleo se encuentra a nivel de L3-L4 y explica que pacientes con lesión medular sobre T10 tengan eyaculaciones reflejas a la estimulación peneana vibratoria. Por otra parte, las estructuras supraespinales, como las corticales y subcorticales, constituyen circuitos que parecen inhibir la eyaculación. Además, los neurotransmisores median el control neurológico. Por otro lado, el aumento de la serotonina en la sinapsis neuronal retrasa la eyaculación.<sup>(3)</sup>
6. *Variaciones fisiológicas*: la eyaculación se modifica con la edad. El periodo refractario aumenta y la fuerza y frecuencia de eyaculación y su característica bifásica declinan marcadamente después del máximo de la adolescencia.<sup>(10)</sup> Está descrita en la literatura una pérdida progresiva axonal sensorial, que empieza a manifestarse en la tercera década de la vida y que puede llegar a producir alteraciones de la eyaculación.<sup>(3)</sup> También la edad ocasiona que el hombre requiera incrementar la

estimulación para conseguir la excitación y siente una menor necesidad de eyacular, que se suele percibir como una reducción gradual en la sensibilidad, apareciendo una eyaculación más espaciada, que es normal.<sup>(11)</sup>

### Etiología

Entre las causas psicológicas de la eyaculación retardada están los problemas con la **pareja, ansiedad, estrés y fatiga.**<sup>(7)</sup> Asimismo, se ha considerado el contexto religioso, la falta de atracción por la pareja, el condicionamiento provocado por un hábito de masturbación excesiva, eventos traumáticos, como el ser descubierto al masturbarse o teniendo sexo ilícito, o al saber que la pareja tiene un romance fuera de la relación.<sup>(6)</sup> Se han señalado situaciones que facilitan la presentación de la eyaculación retardada.

Factores que predisponen a padecer eyaculación retardada:

- Existencia de un conflicto moral surgido de una educación restrictiva, prohibitiva y sancionadora sexualmente de frecuente origen religioso
- Experiencias sexuales traumáticas

Factores que precipitan su aparición:

- Problemas en la relación
- Rechazo a la pareja
- Temor al embarazo, la infidelidad del cónyuge o el peligro de interrupción del coito en una situación aventurada
- Trastornos de ansiedad
- Preocupación por el desempeño sexual
- Trastornos del estado de ánimo
- Supercontrol o control excesivo de la respuesta eyaculatoria
- Distracción en cuanto a las sensaciones
- Hábitos de masturbación difícilmente reproducibles durante el coito.<sup>(8)</sup>

Los factores físicos principales son los traumas en los **nervios pélvicos**, uso de medicamentos, abuso de **alcohol y drogas**,<sup>(5,8)</sup> **infecciones urinarias** o de la **próstata y diabetes**. Asimismo, es importante asegurarse de que no es un signo de una condición grave como el **cáncer**.<sup>(7)</sup> Otros autores consideran entre las causas orgánicas más frecuentes:

- Efectos secundarios de medicamentos, principalmente asociados a alphetildopa, diuréticos, antidepressivos tricíclicos, ISRS, fenotiazina y alcohol.<sup>(3)</sup>
- Daño neurológico causado por accidentes cerebrovasculares y lesiones de la médula espinal o neuropatías diversas, condiciones tales como la esclerosis múltiple y diabetes, también pueden crear problemas con la consecución de la eyaculación.<sup>(6,8,12)</sup>

Un metaanálisis con 560 hombres describió las causas de eyaculación retardada. El 68,9 % de los casos en la serie correspondió a lesionados medulares, 21,6 % pacientes con linfanelectomía retroperitoneal previa, 2,1 % a diabéticos, 0,4 % esclerosis múltiple, 0,2 % a pacientes con cirugía de cuello vesical y 7,1 % casos idiopáticos.<sup>(3)</sup> Como puede apreciarse la mayoría de las causas estuvieron relacionadas a motivos orgánicos.

El bloqueo de los conductos a través de los cuales pasa el semen, daño en los nervios durante una cirugía en la pelvis, deficiencia de testosterona<sup>(6)</sup> y la hiperprolactinemia,<sup>(12,13)</sup> son otros de los motivos descritos en la literatura.

### Caracterización clínica y evaluación

Según *Kaplan*, los pacientes tienen dificultad para abandonarse a la experiencia sexual y se preocupan por su desempeño. La respuesta eyaculatoria está solo inhibida parcialmente: la fase de emisión está intacta mientras la de eyaculación está ausente.<sup>(14)</sup> Los sujetos perciben la sensación de inevitabilidad de la eyaculación, pero no sienten auténticas sensaciones orgásmicas, porque no ocurren. El semen gotea porque el componente pulsátil, placentero, queda inhibido. El varón en el momento del clímax solo siente la emisión y no percibe el placer orgásmico.<sup>(10,14)</sup>



La Fundación Mayo considera que algunos hombres son incapaces de eyacular y los incluye en eyaculación retardada.<sup>(15)</sup> Otros especialistas catalogan la eyaculación retardada como aneyaculación,<sup>(1,16)</sup> la que es clasificada en adquirida o a lo largo de la vida y en generalizada o situacional.<sup>(15)</sup>

### **Guía para las preguntas a realizar en la entrevista diagnóstica**

A partir de la experiencia clínica de *Vizcaíno Alonso*, se considera que para la correcta evaluación de los hombres es conveniente atender en el interrogatorio a un grupo de preguntas sobre cuestiones siguientes.

1. Definir motivo de consulta y descripción breve del problema.
2. Precisar características del trastorno referido, en cuanto al tiempo, el comienzo, las circunstancias de aparición, con qué lo asocia y su evolución. Identificar la presencia de poluciones nocturnas.
3. Sondar si el hombre establece relación entre la aparición del trastorno con la presencia de otros malestares sexuales y urinarios, especialmente después de intervenciones quirúrgicas genitourinarias.
4. Explorar si ha llegado al orgasmo durante su vida sexual, de qué formas y con cuál frecuencia los alcanza y cómo es el comportamiento de los mismos luego del trastorno.
5. Investigar en los antecedentes: el empleo de medicamentos, de qué tipo y tiempo, la presencia de otras condiciones médicas y consumo de drogas.
6. Averiguar cómo fue su primera experiencia sexual y la ocurrencia de situaciones sexuales traumáticas en su vida.
7. Profundizar en su relación de pareja actual. Si considera que su pareja es la responsable de las dificultades en su funcionamiento sexual.
8. Expectativas de la persona en relación con el trastorno y lo que desea cambiar en su funcionamiento sexual.

Se coincide con *Toquero* y otros<sup>(13)</sup> en que es importante diferenciar estos casos de una aneyaculación, considerar el tiempo eyaculatorio para la masturbación individual y con la pareja y las circunstancias que facilitan la eyaculación. En los cuadros que se presentan luego de una vida sexual activa, la presencia de una alteración estructural debe ser descartada.<sup>(9)</sup>

### **Instrumentos a utilizar**

- Historia clínica completa y exhaustiva, que incluye la historia psicosexual, examen físico, indagar sobre el consumo de drogas y de medicamentos que pueden afectar la eyaculación. Exploración urológica y neurológica.<sup>(6,17)</sup>
- Entrevista médica al paciente y su pareja: hay que constatar antecedentes de intervenciones quirúrgicas, traumas, infecciones genitourinarias y el tiempo de evolución. Ayuda conocer la existencia de factores desencadenantes y si las eyaculaciones son diferentes en distintas situaciones.<sup>(3)</sup>
- Entrevista psicológica: con una anamnesis detallada, estudio de perfil de personalidad, conflictos, motivaciones, inteligencia y síntomas psíquicos. Es provechoso, si tiene pareja, realizar su estudio también, profundizando en la dinámica de la relación dual.<sup>(5,18,19)</sup> Otro aspecto a tener en cuenta es la amplia gama de hombres y mujeres que demandan atención, con diversos modos de vivir su sexualidad, con diferentes orientaciones sexuales y formas de relaciones de pareja.<sup>(17)</sup>
- Cuestionarios (opcional): sobre la calidad de la relación de pareja, mitos sexuales y otros que se consideren.<sup>(19,20)</sup>
- Autorregistros y autoinformes. Exámenes complementarios, de acuerdo con el cuadro clínico. Es conveniente realizar pruebas de hemograma, perfil lipídico, glucemia, enzimas hepáticas, creatinina y valoración hormonal ante la sospecha de alteraciones.<sup>(13)</sup> Puede analizarse la necesidad de una exploración neurofisiológica para la determinación de sensibilidad genital, reflejos anal y bulbocavernoso.<sup>(6)</sup> Otros estudios especializados serían: el estudio ecográfico y radiológico de vías seminales.<sup>(13)</sup>

### **Tratamiento**

#### **Aspectos generales**

El tratamiento de la eyaculación retardada depende en gran medida de las causas del trastorno e implica modificaciones educativas. El tratamiento irá dirigido a eliminar el factor causal en la medida de lo posible. Existen diferentes modelos para afrontar la terapia de los problemas sexuales. Puede ser conveniente el modelo EPITEX (educación, permiso, indicaciones específicas y terapia sexual).<sup>(21)</sup> Este va desde una fase



inicial de abordaje terapéutico educativo, orientación, trabajo de mitos y tabúes, instrucciones específicas eróticas y las de terapia intensiva y profunda para problemas más complejos.

### Psicoterapia sexual

El tratamiento debe ser individualizado, que incluya educación sexual y para la salud general, por la frecuencia que la deficiente información sexual perturba el desempeño sexual de las personas.<sup>(22,23)</sup> A modo general se señalan las técnicas siguientes:

- Desensibilización progresiva: se acerca al paciente, de una manera progresiva, a la meta de eyacular sin dificultad durante el coito.<sup>(4,13,24,25)</sup>
- Estímulo con distracción: consiste en que el paciente reciba estimulación genital por parte de su pareja sexual al mismo tiempo que se zambulle en su propia mente y se deja llevar por la imaginación y sus fantasías eróticas. Esto le permitirá liberarse de las tensiones y del examen excesivo que ejerce sobre su propia conducta sexual, y le llevará a dejar fluir su placer sin preocupaciones.<sup>(4,24)</sup>
- Estructuración de tareas sexuales basándose en técnicas complementarias: se aplicarán ejercicios respiratorios y de *Kegel*.<sup>(4)</sup> Este último diseñado para fortalecer el músculo pubocóxigeo, que durante el orgasmo se contrae y relaja de manera rítmica. Lo ideal es realizar este ejercicio con la vejiga vacía, contrayendo los músculos y manteniendo la contracción por 10 segundos, debiéndose repetir este procedimiento 50 veces, cerca de tres veces al día.<sup>(26)</sup>
- Uso de fantasías eróticas, diálogos eróticos y ejercicios pélvicos.<sup>(5,17)</sup>
- La estimulación precoital intensa del pene y penetración con movimientos progresivos de la mujer, en posición superior.<sup>(27)</sup>
- Maniobra del puente: estimulación concomitante del clítoris con la introducción vaginal.<sup>(28,29,30)</sup> Puede preferirse la mujer encima de su pareja sexual. La fémina debe iniciar los movimientos lentos estando en la posición superior.<sup>(31)</sup>
- Sesiones terapéuticas: se tratará de que el paciente aborde temores irracionales, recuerdos traumáticos e interacciones destructivas con la pareja.<sup>(4)</sup>

Pueden utilizarse terapias que combinen la psicoterapia cognitivo-conductual y medicamentos.



### Tratamientos medicamentosos

La disminución o cese del uso del fármaco culpable de la presencia de eyaculación retardada (ER) es una medida inicial. Se ha visto que la amantadina revierte la ER causada por inhibidores de la recaptación de serotonina (ISRI), porque induce la liberación de dopamina central.<sup>(3)</sup>

La falta de estudios adecuados metodológicamente no permite establecer conclusiones sobre el tratamiento de esta disfunción.<sup>(27)</sup> Existe tratamiento farmacológico que puede asociarse al psicológico, se trata del cloruro de betanecol a dosis de 5-30 mg, dos o tres veces al día<sup>(27)</sup> o la ciproheptadina de 4-16 mg diarios.<sup>(4,13)</sup> También, se han considerado la yohimbina, efedrina y fenilpropanolamina.<sup>(13)</sup>

La ER demanda una atención multidisciplinaria, especialmente de sexólogos clínicos acreditados y las especialidades de psicología, medicina interna, neurología, psiquiatría y urología. También pueden valorarse otras como endocrinología y medicina física y rehabilitación.

### Conclusiones

La eyaculación retardada está directamente relacionada con factores psicológicos y orgánicos. Entre los instrumentos fundamentales de exploración están la historia clínica exhaustiva, con énfasis en la exploración psicosexual, el examen neurológico y urológico, así como la evaluación de la relación de pareja. La educación y la orientación sexual, el empleo de técnicas especializadas, como las fantasías eróticas y la desensibilización progresiva, resultan de importancia vital para el tratamiento de este trastorno.

### Referencias bibliográficas

1. Cuzin B. Eyaculación y sus trastornos. 2014;46(2):1-7. DOI: [10.1016/S1761-3310\(14\)67540-X](https://doi.org/10.1016/S1761-3310(14)67540-X)
2. American Psychiatric Association. Diagnostic and statistical manual of mental disorders. 5<sup>th</sup> ed. (DSMV). Washington D. C.: American Psychiatric Publishing; 2013.
3. Sarquella Geli J, Vilches Roberto P, Palma C. Trastornos de la eyaculación. Revista Médica Clínica Las Condes. 2014;25(1):129-37.
4. Alfonso Bécquer C, Puentes RY. Eyaculación retardada: igual a superhombre o infelicidad. 7.º Congreso Virtual de Psiquiatría. Interpsiquis 2006. [acceso: 10/02/2009]. Disponible en: <http://www.psiquiatria.com/.../eyaculacion-retardada-igual-a-superhombre-o-infelicidad/>



5. Vizcaíno Alonso MC. Una mirada a la sexualidad desde lo social, psicológico y la clínica. La Habana: Editorial Ciencia y Técnica; 2020. [e. p.]
6. Medline Plus. Eyaculación retrasada. New York: Biblioteca Nacional de Medicina de los EE. UU. [actualizado: 02/12/2017; acceso: 15/02/2019]. Disponible en: <https://medlineplus.gov/spanish/ency/article/001954.htm>
7. Janet T. 5 causas de la eyaculación retardada. Salud180. 2012. [actualizado: 16/05/2012; acceso: 10/02/2019]. Disponible en: <https://www.salud180.com/sexualidad/5-causas-de-la-eyaculacion-retardada>
8. Instituto Sexológico Murciano. Eyaculación retardada. Sexología. [acceso: 13/02/2017]. Disponible en: <https://www.isemu.es/guia/E.retardada.pdf>
9. Bianco Colmenares F. Manual diagnóstico de las enfermedades en sexología-IIR. 2.<sup>a</sup> ed. Rev. Caracas: Editorial CIVP; 2010.
10. Ledón Llanes L, Acosta Ballester GL, Castelo Elías-Calle L. Eyaculación y placer sexual en el varón: una relación compleja y multideterminada. Sexología y Sociedad. 2013. [acceso: 12/02/2017]; 19(1):44-63. Disponible en: <http://revsexologiaysociedad.sld.cu/index.php/sexologiaysociedad/article/view/11/16>
11. Borrego P. La eyaculación retardada. Psicodifusión. 2016. [acceso: 24/03/2020]. Disponible en: <https://www.psicodifusion.es/dificultades-para-eyacular-parte-2-la-eyaculacion-retardada/>
12. Díaz Arcaño K. Eyaculación ausente: etiología y tratamiento. Monografías. 2013. [acceso: 10/02/2019]. Disponible en: <https://www.monografias.com/trabajos107/eyaculacion-ausente-etilogia-y-tratamiento/eyaculacion-ausente-etilogia-y-tratamiento.shtml>
13. Toquero de la Torre F, Zarco Rodríguez J. Atención primaria de calidad. Guía de buena práctica clínica en disfunciones sexuales. Organización Médica Colegial. Madrid: Editorial International Marketing & Communications; 2004.
14. Kaplan HS. Eyaculación retardada. Exceso de control eyaculatorio. En: Kaplan HS. Manual ilustrado de terapia sexual. 2.<sup>a</sup> ed. Barcelona: Ediciones Grijalbo; 1978. pp. 163-80.
15. Mayo Clinic. Delayed ejaculation. Drugs. 2017. [acceso: 24/03/2020] Disponible en: <https://www.drugs.com/mcd/delayed-ejaculation>
16. Burgos G. La eyaculación retardada: qué es y qué tratamiento tiene. [blog]. 2019. [acceso: 24/03/2020]. Disponible en: <https://www.georginaburgos.com/single-post/Eyaculacion-retardada>



17. Vizcaíno Alonso MC. Conferencias de disfunciones sexuales masculinas y terapia sexual. Curso-Taller de Terapia Sexual. La Habana: IX Congreso Cubano de Psiquiatría; 2019.
18. Tonatiuh Villanueva Orozco GB, Rivera Aragón S, Díaz Loving R, Reyes-Lagunes I. La comunicación en pareja: desarrollo y validación de escalas. Acta de Investigación Psicológica. 2012;2(2):728-48.
19. Halffter C. Consulta de psicoterapia integral en Madrid. Psicoterapia integral. 2012. [acceso: 12/05/2016]. Disponible en: <https://psicoterapia-integral.es/cuestionario-de-calidad-de-la-relacion-de-pareja/>
20. López VP. Influencia de los mitos y falacias en las prácticas sexuales de la población adolescente madrileña: proyecto de encuesta. Revista Profesional Española de Terapia Cognitivo-Conductual. 2004;2:87-93.
21. Antona A. Disfunciones sexuales. Algunas notas. Programa de Salud Sexual y Reproductiva. Madrid: Instituto de Salud Pública; 2013. p. 1-35.
22. Vizcaíno Alonso MC. Disfunciones sexuales. Bases para una estrategia de prevención. [Tesis doctoral inédita]. La Habana: Centro de Salud Mental CENSAM; 2001.
23. Vizcaíno Alonso MC. Factores psicosociales que influyen en la salud sexual y diabetes mellitus. Textos y contextos. 2016;V:144-55.
24. Corrales Santamaría M. Soluciones a la eyaculación retardada o aneyaculación. MC Psicología. 08/06/2015 [acceso: 15/12/2017]. Disponible en: <http://bilbaopsicologo.com/soluciones-a-la-eyaculacion-retardada-o-aneyaculacion-buscosexologo-com/>
25. Canterla C. Eyaculación retardada. Huelva24. 18/02/2017. [acceso: 24/03/2020]. Disponible en: <http://huelva24.com/art/95937/eyaculacion-retardada>
26. Kegel AH. Ejercicios de Kegel. Técnica psicológica. 2011. [acceso: 12/05/2016]. Disponible en: <http://artpsycho.webnode.es/disfunciones-sexuales/ejercicios-de-kegel/>
27. Trastorno del orgasmo o anorgasmia. Fórum Clínico. [actualizado: 26/04/2011; acceso: 15/10/2016]. Disponible en: <http://www.forumclinic.org/es/cu%C3%ADdate/sexo/noticias/trastorno-del-orgasmo-o-anorgasmia>
28. Gratacós M. Anorgasmia: características, causas y tratamientos. Lifeder. 2016. [actualizado: 13/04/2016; acceso: 15/04/2017]. Disponible en: <http://www.lifeder.com/anorgasmia/>
29. Kaplan HS. The new sex therapy disorders of sexual desire and other new concepts and techniques in sex therapy. New York: Brunner Mazel Publishers; 1979.



30. Mendoza García E. Disfunción orgásmica femenina. Pt II. Salud Mental. 2008. [acceso: 29/03/2016].  
Disponible en: <http://www.saludmental.info/Secciones/sexo/2008/disfuncion-orgasmica-femenina2-feb08.html>
31. Larraburu I. Manual de sexología. Sexología Clínica. 2011 [acceso: 09/05/2017]. Disponible en:  
<https://www.isabel-larraburu.com/manual-de-sexologia/>

### Conflicto de intereses

La autora declara no tener conflicto de intereses.

