



EYACULACIÓN PRECOZ: CONOCERLA, DIAGNOSTICARLA Y CORREGIRLA

Intervención sexológica en eyaculación precoz

C. San Martín Blanco

Centro Interdisciplinar de Psicología y Salud CIPSA, Santander, España

PALABRAS CLAVE

Terapia combinada;
Terapia sexual;
Eyaculación precoz;
Dapoxetina

Resumen

Las estrategias, recomendaciones y técnicas propuestas por la terapia sexual para la intervención en la eyaculación precoz han representado, desde hace casi 4 décadas, el modelo más eficaz de intervención en esta disfunción sexual, que actualmente se ve complementado por la eficacia del tratamiento farmacológico con dapoxetina. Tanto los últimos estudios como la experiencia clínica sustentan que la intervención combinada ofrece los mejores resultados terapéuticos.

Además hay que tener en cuenta que en la terapia sexual, el diagnóstico etiológico se obtiene del análisis de la interrelación de la pareja. La intervención, tanto diagnóstica como terapéutica, tiene que estar centrada siempre en la relación, por lo que las técnicas y recursos que se apliquen indistintamente a uno u otro miembro de la pareja, lo serán en el contexto de dicha relación o con la expectativa de ser implementadas en la interacción sexual.

Será, por tanto, la relación la que reciba el tratamiento, incluso si se utilizase medicación para uno de los miembros de la pareja.

Por otro lado, este modelo de intervención puede ser implementado por un profesional con formación, aunque no sea necesariamente un especialista.

© 2014 SEMERGEN. Publicado por Elsevier España, S.L. Todos los derechos reservados.

KEYWORDS

Combined therapy;
Sexual Therapy;
Premature
ejaculation;
Dapoxetine

Sexological intervention on premature ejaculation

Abstract

Strategies, recommendations and techniques proposed by sex therapy for intervention on premature ejaculation, have represented for nearly four decades the most effective model of intervention in this sexual dysfunction, which currently is complemented by the efficacy of dapoxetine drug treatment. Clinical experience and recent studies support that combined intervention offers the best therapeutic results. In addition in sex therapy, etiologic diagnosis is obtained from the analysis of the interrelationship of the couple. Diagnostic and therapeutic intervention has to be always centered in the relationship, so the techniques and resources must be applied with the expectation of being

implemented in the sexual interaction. It will therefore be the relationship that receive treatment, even if medication is used for one of the members of the couple. On the other hand, this model of intervention can be implemented by a professional with training, although not necessarily a specialist.

© 2014 SEMERGEN. Published by Elsevier España, S.L. All rights reserved.

Consideraciones sobre la terapia sexual

Desde hace más de 30 años, el tratamiento más empleado y eficaz para el abordaje clínico de la eyaculación precoz (EP) es la terapia sexual. Pese a esta afirmación, no es raro encontrar en la literatura médica algunas referencias que hablan de la escasa eficacia de las técnicas sexológicas en el tratamiento de la EP, sobre todo, poniendo en duda su validez a largo plazo¹.

La explicación a estas afirmaciones hay que encontrarla en que el corte de la evidencia científica basada en los metaanálisis falla a la hora de determinar un elevado nivel de eficacia para las técnicas de intervención². Esto se debe, en primer lugar, a que los parámetros que se han establecido como los adecuados para estimar la curación de la EP han sido determinados con posterioridad a la gran mayoría de estudios analizados, por lo cual no pueden estar incluidos en ellos; en segundo lugar, hay que tener en cuenta la gran variedad de diseños que aparecen en los estudios (incluyendo los criterios diagnósticos para la inclusión), lo cual, a su vez, deriva de la gran cantidad de variables que han de ser tenidas en cuenta en la intervención sexológica.

Aunque es necesario el diseño de nuevos estudios, siempre habrá que considerar que hay variables difícilmente determinables desde el punto de vista estadístico, así como el carácter individualizado de cualquier intervención en el campo de la sexología³.

Pese a ello, hay referencias y estudios muy cercanos a nuestro medio, con muestras significativas de pacientes y duración adecuada, que confirman la eficacia en el tiempo de la terapia sexual como tratamiento de la EP. Así como seguimientos realizados a los 3 años de terminado el tratamiento, que aportan una alta tasa de mantenimiento de la mejoría clínica obtenida^{1,3,4}.

La terapia sexual es, por tanto, una estrategia clínica eficaz, pero hay que saber aplicarla y además la aparición de la dapoxetina como primer recurso específico desde el punto de vista farmacológico aporta, combinado con la intervención sexológica, los mejores resultados clínicos⁴.

El objetivo de este apartado es aproximar al clínico a las técnicas de terapia sexológica para facilitarle la intervención con los pacientes que presentan EP, así como ayudarle a sincronizarla con el tratamiento farmacológico para obtener los mejores resultados.

La terapia sexual se puede definir como un tratamiento sexológico que, basado en la creación de interacciones de conducta entre los miembros de la pareja, propone distintas estrategias clínicas como la prohibición de la cópula, la focalización sensorial y la exploración y búsqueda de deseos. Sugiere a los pacientes distintos juegos y técnicas clínicas con el objetivo promover que los miembros de la pa-

reja detecten la causa y origen de su problemática erótica, cultivando la búsqueda y satisfacción de los verdaderos deseos¹.

No se debe olvidar que en la terapia sexual la intervención, tanto diagnóstica como terapéutica, tiene que estar centrada en la relación, por lo que las técnicas y recursos que se apliquen indistintamente a uno u otro miembro de la pareja, lo serán en el contexto de dicha relación o con la expectativa de ser implementadas en la interacción sexual.

Será, por tanto, la relación la que reciba el tratamiento, incluso si se utilizase medicación para uno de los miembros de la pareja.

En el caso de tener que intervenir en varones sin pareja estable, la intervención irá, asimismo, encaminada a mejorar su control y su confianza sexual en futuras relaciones sexuales.

El objetivo fundamental del tratamiento será conseguir que el paciente con EP consiga una adecuada percepción de control en su respuesta eyaculatoria durante toda su interacción sexual con su pareja, por lo que el apoyo de esta, a través de su acompañamiento en los ejercicios terapéuticos, resulta esencial⁵.

Se trabajará con el paciente, y siempre que sea posible con su pareja, aspectos educativos, informativos y actitudinales, como su pérdida de autoestima, el control de su ansiedad ante la relación, sus habilidades sexuales y de comunicación o la reestructuración de las ideas irracionales que tenga sobre la sexualidad, en general, y la eyaculación rápida, en particular^{1,4}.

Es recomendable comenzar la intervención trabajando de forma individual con el varón, con el objetivo de mejorar el conocimiento, la detección y control de sus sensaciones perieyaculatorias y la modificación de pensamientos generadores de ansiedad³.

Intervención sexológica en eyaculación precoz

Como ya se ha comentado, la implementación de las diferentes técnicas orientadas a la mejoría del control eyaculatorio y el nivel de satisfacción se realizará de forma simultánea a través de estrategias individuales y en pareja.

Estrategias individuales en terapia sexual

Técnicas de control de ansiedad

Esta disfunción sexual genera en el paciente y en su pareja un elevado nivel de ansiedad, tanto ante la posibilidad de tener una interacción sexual como durante esta. El hecho

de que conozcan algunos de los factores que están induciendo o manteniendo su problema (entre los cuales pueda estar la propia presión o influencia de los entornos social y clínico), les ayudará a racionalizar y entender mejor su problema y el proceso eyaculatorio del varón y, por lo tanto, a disminuir su nivel de ansiedad⁴.

Además se le sugiere que intente aplicar el control de sus pensamientos irracionales antes y durante la relación a través de autoinstrucciones racionales que, asociadas a la reeducación de sus expectativas sexuales, rebajan su nivel de ansiedad, con lo que mejorará por sí mismo el control eyaculatorio al disminuir el tono vegetativo.

Si el paciente está especialmente ansioso pueden recomendarse, además, algunas técnicas de entrenamiento en relajación fisiológica, con el objetivo de que aprenda a relajarse concentrándose en sus sensaciones físicas.

Reestructuración cognitiva

Muchas de las ideas que los varones mantienen sobre las relaciones sexuales y su rol en ellas son generadoras de un nivel de ansiedad y tensión que facilitan un deficitario control eyaculatorio. Creencias del tipo “el hombre es el responsable de la satisfacción erótica de la mujer”, “si el hombre no maneja su control eyaculatorio, la pareja no va a ser capaz de alcanzar el orgasmo”, “todos los demás hombres deben controlar su eyaculación”, “es necesaria la penetración para alcanzar el orgasmo”, generan una expectativa irracional favorecedora de la inseguridad y el miedo al fracaso⁴.

Esta dinámica de funcionamiento sexual ansiógeno necesita una modificación de las ideas que retroalimentan negativamente la eyaculación rápida y, por ello, puede ser conveniente la utilización de recursos de la terapia cognitiva o de la terapia racional emotiva.

Con el objetivo de modificar algunas de las creencias irracionales es necesario transmitir al paciente ideas realistas como:

- La eyaculación es un reflejo que puede ser controlado voluntariamente.
- El reflejo eyaculatorio se activa cuando la excitación alcanza un nivel suficiente de intensidad.
- El reflejo no ocurre cuando la excitación se mantiene por debajo del nivel a partir del cual se activa.
- La evolución de la excitación puede controlarse voluntariamente a través del aprendizaje de las sensaciones excitatorias que lo activan.

Autosensibilización corporal

Uno de los objetivos esenciales es que el varón aprenda a centrar su atención en sus sensaciones placenteras, ya que de ninguna manera aprenderá a controlar algo que no es capaz de detectar. La mejora de su capacidad en centrarse en sus distintas sensaciones corporales y sexuales, le permitirá detectar las que identifica con el inicio y puesta en marcha del reflejo eyaculatorio.

Se recomienda, en principio, practicar la autosensibilización corporal acariciándose por todo el cuerpo, insistiendo en la necesidad de estar muy atento a qué se siente en las distintas zonas estimuladas⁶.

En la masturbación debe buscar qué señal les avisa de que están próximos a la sensación preeyaculatoria para, en el momento en que sienta que viene, detenga las caricias sobre el pene y se relajen, permitiendo de esta forma que la excitación disminuya⁴.

Personalmente utilizo una sencilla metáfora para explicar al paciente su dificultad de control. Comparo su eyaculación con el ascenso por una escalera. En este momento inicial, el paciente solo es consciente de sus sensaciones en el primer y en el último peldaño (cuando ya ha llegado al punto de inevitabilidad eyaculatoria). El objetivo es que aprenda a detectar sus sensaciones en cada “peldaño” de esa escalera de la excitación, deteniéndose en cada uno y ascendiendo al ritmo que decida hacerlo, siendo consciente de que el dejarse llevar por sus sensaciones supone llegar al último peldaño de forma brusca³.

Este es el objetivo de las técnicas de parada-arranque y del apretón que, en su fase individual, sugerimos a continuación.

Técnica del apretón

Introducida por Masters y Johnson en 1970, consiste, como su nombre indica, en realizar un apretón en el pene, concretamente en la base del glande, colocando la yema del dedo pulgar sobre el frenillo y, al mismo tiempo, los dedos corazón e índice de la misma mano sobre el lado opuesto del pene, con el dedo índice situado sobre la corona del glande⁶.

El apretón debe aplicarse cuando el paciente perciba la más mínima sensación genital que identifique con la eyaculación. La presión debe realizarse proporcionalmente al grado de erección, de delante a atrás y durante unos segundos (entre 10 y 15 segundos), soltando los dedos de golpe¹.

Masters y Johnson sugieren realizar 3 apretones y a la tercera vez que vuelva a estimularse el pene, eyacular⁵.

Hay otra variante que es el apretón basilar, que se realiza en la base del pene, en la zona de unión con los testículos. Este segundo, es una adaptación del primero que permite no retirar el pene de la vagina si se efectúa durante la penetración.

El objetivo de la técnica es mejorar la capacidad del paciente para concentrarse en sus sensaciones previas a la eyaculación, apretando el pene cada vez que aparece la sensación que asocia con la eyaculación —con lo que esta sensación revierte—, y decidiendo al tercer o cuarto apretón continuar con la estimulación manteniéndose centrado en las sensaciones que van siendo cada vez más intensas hasta el momento de la eyaculación⁷.

A partir de la implementación de esta técnica, el paciente comienza a eyacular además de forma voluntaria o, al menos, sabiendo y permitiéndose hacerlo. Por ello, un primer resultado frecuente es que definen sus sensaciones orgásmicas como más intensas al dejarse llevar por ellas y no intentar reprimirlas como hasta ese momento³.

Técnica de parada-arranque

Fue propuesta por primera vez por Semans en 1956 y su objetivo es el mismo que el del apretón: mejorar el aprendizaje o reaprendizaje del paciente en la detección y control consciente de sus sensaciones perieyaculatorias⁴.

Inicialmente recomendamos al paciente que se masturbe entre 3-4 veces por semana utilizando fantasías sexuales que le resulten excitantes. Cuando a través de su autoestimulación consiga obtener la mínima sensación que le recuerde a la eyaculación, le pedimos que deje de estimularse durante unos segundos hasta que esa sensación desaparezca. Será entonces cuando se vuelva a estimular, volviendo a parar al notar que la sensación eyaculatoria reaparece (esta vez posiblemente más rápido que en la primera ocasión)³.

Pedimos que vuelva a estimularse por tercera o cuarta vez y que entonces decida que no va a parar y se deje llevar por el incremento de la excitación y de sus sensaciones placenteras hasta que se active el reflejo eyaculatorio, que en ese momento lo habrá hecho bajo la voluntariedad del paciente.

Ambas técnicas permiten al paciente, como vemos, ascender por esa supuesta “escalera” de la excitación de forma más consciente y voluntaria.

Una vez que el paciente ha experimentado la parada-arranque durante 5-6 ocasiones refiriendo mejoría en su detección y control de sensaciones, le pedimos que comience a aplicarse en el pene un lubricante o gel hidratante. Con ello buscamos aumentar el nivel de estimulación que recibe y asemejarlo más a las sensaciones coitales, que se van a producir “en húmedo”.

Cuando el paciente ha aplicado en varias ocasiones su autoestimulación húmeda con una buena percepción de control, le sugerimos un nuevo paso consistente en la inclusión de material erótico como fuente de excitación al masturbarse, ya que de esta forma le dificultamos su capacidad de concentración, como va a ocurrirle en la interacción en pareja.

Gracias a la mejoría en la detección y control de sensaciones que obtenemos con las técnicas del apretón y la parada-arranque, el paciente mejora su percepción de control, se siente más capaz de afrontar una interacción en pareja y comienza a tener eyaculaciones controladas y razonablemente voluntarias³.

Kaplan⁶ y Masters et al⁵ afirmaban que la clave del éxito de las técnicas de parada-arranque y del apretón residía en permitir al varón el espacio y tiempo necesarios para que focalizase y centrase su atención en las sensaciones genitales que acontecen antes de la inevitabilidad eyaculatoria. Semans sugería, por su parte, que su técnica cambiaba el mecanismo reflejo neuromuscular de la eyaculación.

Lo que sí nos aportan a la práctica clínica es que estas técnicas permiten a los varones con EP desarrollar unos recursos para adquirir un control que otros, los que no tienen EP, han descubierto de manera natural o autodidacta a través de un aprendizaje de control al inicio de su actividad sexual masturbatoria y relacional⁴.

Aprendizaje del control del músculo pubococcígeo (ejercicios de Kegel)

Como variante de la técnica de Kegel para mujeres, persigue que el varón aprenda a contraer sus músculos bulbocavernosos e isquiocavernosos durante la excitación sexual, lo cual facilita un notable efecto inhibitorio sobre la eyaculación⁸.

Pedimos al paciente que durante su autoestimulación contraiga el ano durante unos segundos y que luego lo vaya relajando progresivamente, repitiendo el ejercicio 3-4 ve-

ces durante la masturbación⁹. Este ejercicio nos permite ayudar al varón a fortificar la musculatura pubococcígea, a ser consciente de su propia respuesta física y sexual y a poder tener un control voluntario sobre ella¹⁰.

Estrategias en pareja

Simultáneamente a las estrategias individuales se plantean a ambos algunas sugerencias para la mejoría de su interacción sexual.

Prohibición del coito en la relación

Masters y Johnson propusieron, en su esquema de terapia sexual en pareja, la prohibición del coito durante los juegos eróticos que prescribían, como fórmula que generaba una reducción de los niveles de ansiedad ante la relación y un alivio por la disminución de los sentimientos de culpa, así como el descubrimiento de que una serie de problemas previos a la consulta con el experto no eran tales.

La prohibición de la penetración es una estrategia que va a acompañar durante buena parte de la terapia a las otras estrategias. Es decir, sobre la base de la prohibición del coito iremos añadiendo los diversos juegos sexuales que convivirán durante buena parte del proceso terapéutico⁷.

El que la pareja afronte su relación sexual sin la obligación de “cumplir” con la penetración es el principio del camino que les va a ayudar a disminuir la ansiedad ejecutoria del encuentro erótico y a modificar la dinámica destructiva de su relación, que hace de esta una experiencia frustrante.

Una posible fórmula para prescribir a la pareja esta estrategia puede ser: “De aquí a la próxima cita que tengamos podéis tener todo tipo de contacto que deseéis, pero en todos ellos estará prohibida la penetración. Es decir, podréis sexualmente hacer lo que queráis, salvo introducir el pene en la vagina”¹.

Ejercicios de focalización sensorial

Fue denominada por Masters y Johnson como “*sensate focus*”⁷ y posteriormente rebautizada por H. S. Kaplan como “placereado”⁶.

Consiste en sugerir a la pareja un juego corporal de caricias, sensaciones, masaje erótico, besos, atracción y, en suma, deseo entre los amantes, con el objetivo de promover el intercambio de todo tipo de sensaciones, emociones, sentimientos, afectos, creencias e ideas, que pasarán a constituir el material terapéutico a analizar por el experto.

Es importante matizar que no conviene presentarlo como deberes, trabajos o tareas, ya que fundamentalmente son juegos, y un juego, todos lo sabemos, en su esencia es algo totalmente incompatible con un deber¹.

En realidad son recursos disfrazados de juegos que servirán para poner en práctica estrategias que van a servirnos a los terapeutas para la producción de reacciones y experiencias.

Debemos diferenciar 2 fases de la focalización sensorial: la fase I y la fase II.

La diferencia entre ambas viene marcada, fundamentalmente, porque en la I existe la prohibición de acariciar los genitales, lo cual sí está permitido en la II.

A la hora de proponer estos juegos partimos de la evidencia de que tanto la penetración como incluso el contacto genital, sobre todo si durante este también puede llegar a producirse la eyaculación inesperada, resultan ser situaciones incómodas y ansiógenas para la pareja, y el primer objetivo de la terapia debe ser el de recuperar la sexualidad como una vivencia positiva, placentera y relajada³.

El número, duración y frecuencia de repetición de cada focalización vendrá dado por circunstancias como la biografía sexual de cada pareja, así como por el tiempo de que dispongan para su realización, pero debe insistirse en que intenten reservarse al menos 3 momentos durante la semana en que experimentar la propuesta.

Hay que insistir en que no es un juego de preámbulo erótico sino un juego en sí de concentración sensorial, de vivencia compartida, de sensaciones.

Técnica de parada-arranque en pareja

Se trata de seguir las premisas planteadas en la técnica que el paciente ha realizado durante la fase individual, pero en este caso incluyendo ejercicios de entrenamiento en masturbación progresiva en pareja, para familiarizar al varón con sus sensaciones perieyaculatorias.

Se incluirá la masturbación por la pareja dentro de la fase II de la focalización sensorial aplicando la parada-arranque.

Técnica del apretón en pareja

Siguiendo el mismo patrón que con la técnica de parada-arranque, se le pide al paciente o a su pareja que cuando perciba la primera sensación que identifique con la eyaculación presione la región balanoprepucial hasta que desaparezca esa sensación, para después reanudar la estimulación, repitiendo este ciclo en 3-4 ocasiones⁵.

Técnica cognitiva del continuum de la excitación

Su objetivo es que el paciente reconozca los pensamientos, fantasías, escenarios y secuencias sexuales que le suponen un mayor nivel de excitación en la interacción con su pareja. Esto le permite manejar su excitación de forma consciente para aumentarla o disminuirla⁶.

Técnica de aclimatación al coito

Una vez que se han obtenido objetivos como la mejoría en el paciente de la percepción de control a través de los ejercicios propuestos hasta ahora, tanto a nivel individual como en pareja, y que se ha reducido el nivel de ansiedad con el que ambos afrontan su relación, es momento de recuperar la penetración de entre sus juegos sexuales y proponer a la pareja que la reincorporen de forma progresiva⁴.

Sin embargo debemos seguir un patrón progresivo que facilite tanto una desensibilización sistemática ante el miedo a la penetración como la detección y control de sus sensaciones perieyaculatorias³. La aclimatación al coito nos permite afrontar la penetración sin demanda y comenzar a asociarla a una situación controlable.

Para ello se propone a la pareja que, después de acariciarse mutuamente y de sentir el contacto de los genita-

les, se introduzca el pene en la vagina durante 2 o 3 min permaneciendo ambos inmóviles, de tal manera que ninguno de los 2 puede mover sus cuerpos, ni caderas, ni piernas, solamente brazos y manos, así como besarse, hablar de cualquier tema e incluso reírse para desdramatizar el momento. Pero nunca hacer movimientos intravaginales¹.

Una vez transcurridos los 2 o 3 min se retira el pene de la vagina otros 2 o 3 min, luego se repetirá en varias ocasiones el mismo ejercicio.

Penetración con la pareja en posición superior empleando el movimiento coital pendular

Tradicionalmente, el movimiento coital que tenemos asociado a la penetración es el movimiento rítmico de entrada y salida rápida del pene de la vagina. Sin embargo, este movimiento supone para el paciente un nivel de estimulación muy importante que, con frecuencia, activa la excitación sin demasiado control, en especial si el ritmo de penetración es rápido³.

El llamado movimiento pendular o de seguridad⁴ es una variante muy empleada en la práctica clínica, en la que se sugiere al paciente que una vez que ha introducido el pene en la vagina, y tras esperar unos segundos para aclimatarse a las sensaciones vaginales antes de comenzar a moverse, se mueva sin sacar el pene de la vagina y desplazando su pubis hacia adelante y hacia atrás en una especie de movimiento de balanceo, manteniendo su pubis pegado al de su pareja. De esta forma, el varón recibirá una menor estimulación que aumentará su capacidad de control eyaculatorio, mientras que la mujer verá aumentada la estimulación clitoridiana. El movimiento pendular podrá utilizarse tanto en la posición superior femenina como en la superior masculina.

Penetración con la pareja en posición superior recurriendo al apretón basilar (en la base del pene) o a la parada-arranque

En este momento de la intervención terapéutica se pide a la pareja que comience la penetración con ligeros movimientos, hasta llegar a detectar el varón la primera sensación que en otras etapas le ha hecho parar o apretar el pene. En este caso, el apretón basilar es una simple variante de la técnica del apretón que ofrece la ventaja de que no hay que retirar el pene de la vagina, simplemente se introduciría la mano por debajo de las nalgas de la pareja, quien las elevaría ligeramente para favorecer la maniobra.

Pueden realizarlo ambos miembros de la pareja, aunque es el paciente quien mejor puede maniobrar.

No hay que olvidar que seguimos con la misma actitud clave de todo el tratamiento, seguir concentrándose, sobre todo el paciente, en sus sensaciones, sin pretender llegar a ningún objetivo en concreto, salvo disfrutar de las estas.

Maniobra puente

Este paso está basado en la maniobra-puente propuesta por Kaplan⁶, que es un recurso técnico encaminado a facilitar el orgasmo con la penetración vaginal. Se trata de excitar el clítoris estando el pene dentro de la vagina. Su

objetivo es ayudar a los miembros de la pareja a que sean capaces de llegar al orgasmo mediante la penetración.

Se propone a la pareja que, en posición inclinada o lateral y con el pene dentro de la vagina, el varón acaricie el clítoris de su pareja. Cuando ha alcanzado un buen nivel de excitación interrumpa la estimulación clitoridiana y continúe con movimientos intravaginales hasta llegar al orgasmo. También puede ser la propia mujer quien se autoestímule el clítoris⁶.

Coito en otras posiciones

Es el último paso de los ejercicios que proponemos a la pareja y tratará de confirmar el control eyaculatorio en otras posiciones de la penetración. Podemos proponer posiciones como la lateral (ambos de lado en la cama). Se trataría de realizar la penetración recurriendo inicialmente al movimiento pendular de penetración y después aplicar la técnica de parada-arranque.

También incorporaremos la posición superior del paciente. Se trataría igualmente de realizar la penetración recurriendo también inicialmente al movimiento pendular y después a la técnica de parada- arranque.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener ningún conflicto de intereses.

Bibliografía

1. Seco Vélez K. La eyaculación precoz: manual de diagnóstico y tratamiento. Madrid: Ed. Fundamentos; 2009.
2. Melnik T, Althof S, Atallah AN, Puga ME, Glina S, Riera R. Psychosocial interventions for premature ejaculation. *Cochrane Database Syst Rev.* 2011;(8): CD008195. Abstract disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21833964>
3. San Martín Blanco C. Abordaje de la eyaculación precoz en atención primaria. Capítulo 10. Profármaco. Barcelona; 2013.
4. San Martín Blanco C. Actualización en el abordaje de los trastornos de la eyaculación y el orgasmo desde una perspectiva integradora: ¿qué podemos hacer? *Rev Int Androl.* 2007;5:63-72.
5. Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. La sexualidad humana. Barcelona: Grijalbo; 1987.
6. Kaplan HS. The new sex therapy. New York: Brunner/Mazel; 1974.
7. Masters WH, Johnson VE, Kolodny RC. Eros, los mundos de la sexualidad. Barcelona: Grijalbo; 1996.
8. Althof SE, Abdo CH, Dean J, Hackett G, McCabe M, McMahon CG, et al; International Society for Sexual Medicine. International Society for Sexual Medicine's guidelines for the diagnosis and treatment of premature ejaculation. *J Sex Med.* 2010;7:2947-69.
9. La Pera G, Nicastro A. A new treatment for premature ejaculation: the rehabilitation of the pelvic floor. *J Sex Marital Ther.* 1996;22:22-6.
10. La Pera G. Awareness of the role of the pelvic floor muscles in controlling the ejaculatory reflex: preliminary results. *Arch Ital Urol Androl.* 2012;84:74-8.
11. San Martín C. Taller práctico: Comunicación y actitudes en la entrevista sexológica. 17th World Congress of Sexology. Montreal; 2005.

