

tipología y causalidad de la

Masturbación

Dr. C. Lucero Marzano. Montevideo, Uruguay

La masturbación se define como la estimulación de los propios órganos genitales u otra zona erógena para lograr placer sexual. Desde el punto de vista etimológico, el vocablo procede del sustantivo latín *mās* que significa macho, viril y *turbatio* que significa perturbación, desorden. Como se ve, encierra dos errores: por un lado, se ignora la masturbación femenina y, por otra parte, supone un trastorno lo cual no es cierto.

Existe una sinonimia abundante. Se destaca la expresión manusturpación que se deriva de la palabra *manus*, que quiere decir mano y *turpare*, esto es, manchar, ensuciar. De modo que este sinónimo conlleva un juicio moral. Igualmente se denomina manufricción que procede de *manus* y de *fricare* que quiere decir frotar, restregar.

También acá hay una imprecisión errónea, puesto que la masturbación se puede efectuar sin el concurso de la mano. Otro término para designarla es autoerotismo, pero, entendida en el sentido amplio de acuerdo a Havelock Ellis (en ausencia de estímulo externo) y no en el sentido específico.

Además, se conoce con las expresiones ipsación o ipsismo, usadas por Hirschfeld, que vienen del término latino *ipse* que significa mismo, lo cual es correcto, pues lo ejecuta el sujeto solo consigo mismo. Por el mismo concepto Bleuler lo designó autismo que deriva de *auto*, es decir, por sí mismo.

El término mollities, también usado, proviene de la palabra latina *mollis*, esto es, blando, flojo. Este sinónimo, así como las expresiones vicio solitario y pecado solitario implican una connotación moral.

CARACTERÍSTICAS

La masturbación suele acompañarse de fantasías eróticas, vale decir, de un guión imaginario al servicio de la ejecución del deseo. Ese guión expresa la más amplia gama de necesidades, que van desde el regreso al presente de una

experiencia placentera que el sujeto evoca para volver a vivir, el recuerdo de sus experiencias frecuentes que ahora no pueden cumplirse por razones ajenas a su voluntad, hasta la representación de una oportunidad que el sujeto espera que se dé o, incluso, que sabe que no se podrá dar jamás o excepcionalmente.

Las fantasías masturbatorias pueden ser referidas a relaciones genitales (y esto es más frecuente en el varón) o atinentes a situaciones placenteras generalmente vinculadas a todo el contexto en que se vive la relación genital [y esto es más frecuente en la mujer] (1).

Se destaca la expresión manusturpación que se deriva de la palabra *manus*, que quiere decir mano y *turpare*, esto es, manchar, ensuciar. De modo que este sinónimo conlleva un juicio moral.

Puede verse también que el sujeto tenga la necesidad de mostrarse sus propias aptitudes y entonces la fantasía masturbatoria está dirigida a logros intelectuales o profesionales (2).

La ausencia de guión imaginario configura un empobrecimiento lesivo para la maduración psico-sexual.

El orgasmo consecutivo a la manufricción es un factor que reafirma los estímulos erógenos que lo preceden o lo acompañan. Se explica por el condicionamiento clásico tipo L de Pavlov. Se comprende así que las orientaciones sexuales estén sustentadas, en buena medida, en la historia masturbatoria del sujeto (3).

La inexistencia de fantasías durante la masturbación puede ser una forma enmascarada de homosexualidad (4).

Por otra parte, el ipsismo es útil para modificar la orientación sexual mediante el condicionamiento operante o tipo II de Skinner, que consiste en condicionar recompensando la orientación anhelada por el sujeto y bloqueando la estimulación que conduce al acto nocivo o no deseado por él.

Del punto de vista psicodinámico, esto será posible según la plasticidad de la libido que a su vez depende de la capacidad de cambiar la catexis libidinal.

Asimismo, es útil para modificar la respuesta sexual en el caso de las disfunciones sexuales.

TIPOLOGÍA

De acuerdo al sexo que la practica, la manuficción puede ser masculina o femenina, las cuales se diferencian fisiológicamente por distinta variedad de respuesta sexual en cada sexo, aunque la sucesión de etapas es la misma.

De acuerdo a la edad, se reconoce una forma infantil que, por supuesto es diferente de la adolescente y la adulta, pero es igualmente gratificante; una forma adolescente, que responde a una serie de factores neuroendocrinos; una forma adulta, que puede presentarse como única expresión del pragmatismo sexual o como una manifestación más del mismo; y una forma senescente, que en oportunidades corresponde a alteraciones del SNC, particularmente en los casos en que su práctica es altamente frecuente o no cuida su ejecución en la intimidad.

De acuerdo a la frecuencia, se distingue una forma ocasional o fortuita (se trata de la masturbación aislada) y una forma iterativa (se trata de una práctica repetida). Es más frecuente en las generaciones actuales y está más extendida entre los universitarios (5).

De acuerdo a la finalidad, se identifica la *masturbación periférica*—que consiste meramente en la gratificación física sin compromiso de psiquismo y sólo como descarga de una tensión sexual— y la *masturbación expresiva*—que se presenta como manifestación de una circunstancia emocional— tal como se responde frente a una vivencia de soledad, frente a un esfuerzo costoso, frente a una frustración.

De acuerdo a su origen, puede ser exógena (cuando responde a circunstancias exteriores tales como la influencia de amigos o familiares, seducción de mayores, ambientes cerrados) o endógena (cuando responde exclusivamente a la inquietud del sujeto, a su inactividad intelectual y/o corporal).

De acuerdo a la nosología, se reconoce la forma natural —la cual forma parte del desarrollo psicosexual

y del repertorio erótico del sujeto— y la forma parafilica o conflictiva —cuando es impulsiva, exclusiva o consecutiva a una alteración del SNC.

De acuerdo a la modalidad, la masturbación masculina puede ser por excitación penéana, escrotal, perineal, anal o femoral, y cualquiera de ellas se logra mediante mecanismo directo (digital o manual) o indirecto (colchón, almohada, vagina artificial, muñeca) o mixto (generalmente combinando la mano o los dedos a nivel genital y con un objeto de morfología fálica a nivel perineal o anal).

La masturbación femenina puede ser por excitación clitoridiana, vulvar, del monte de Venus, mamaria o vaginal, y cualquiera de ellas puede ser lograda mediante mecanismo directo (digital o manual o fricción interfemorales) o indirecto (con objetos naturales o artificiales — que simulan al pene— y que se conocen desde la antigüedad los confeccionados con barro o con marfil, siendo actualmente de plástico, con motor o sin él, rellenables con líquidos calientes o no), o mixto.

CAUSALIDAD

Los factores determinantes de la masturbación son unos de origen normal y otros de origen patológico.

FACTORES NORMALES

DE ORIGEN PSICOLÓGICO

Autoerotismo

Es el comportamiento sexual en el cual el individuo obtiene satisfacción sin objeto exterior y, por consiguiente, recurriendo sólo a su propio cuerpo (6). La masturbación es uno de los tantos comportamientos autoeróticos.

La sexualidad infantil es fundamentalmente autoerótica en la medida que no hay un otro como objeto de deseo, lo cual no significa que no sea menester el otro para la satisfacción de ese deseo. El autoerotismo no supone necesariamente que no haya presente alguien para la satisfacción, sino que significa que no hay un otro que se tome en cuenta para la misma. De ahí que puede afirmarse que hay relaciones genitales que son tan sólo una masturbación disimulada —no se superó el autoerotismo y se alcanzó el heteroerotismo— y, por el contrario, hay masturbaciones que no son solitarias porque hay presente en la mente la imagen de un otro.

Compensación

El vacío de satisfacción por una realidad frustrante, o bien, angustiante, es colmado por medios improvisados de gratificación, en el cual la forma sexual es uno de ellos. Quizás ello explique porqué es más frecuente en

la ciudad que en el campo, dado que la ciudad tiene más factores ansiógenos que el campo (Ormezzano).

Reacción

La escasez de afecto o la soledad, o mejor, la vivencia de esa carencia genera un sentimiento de incompletud y de subestima y subsidiariamente se esboza una depresión de la cual el individuo escapa mediante el ipsismo. Puede ser el mecanismo de escape de cualquier situación estresante.

Sustitución

Para satisfacer un dinamismo que no se puede expresar, en el caso del niño, o el deseo sexual sin estar presente el objeto correspondiente en el caso del adolescente, del adulto o del anciano, se recurre a la ipsación como fórmula sustitutiva (a *faut mieux*), así como puede recurrirse a otras variantes sexuales.

Comienza hacia los doce a quince años; le sigue un período de máxima actividad masturbatoria, con una duración imprecisa pero que, mayoritariamente, se extiende hasta la adquisición estable de pareja, y puede coexistir con ella

DE ORDEN FISIOLÓGICO

Explica básicamente la masturbación adolescente que responde a un contingente de factores neuroendocrinos. Se desencadena a partir de la corteza cerebral y fundamentalmente del lóbulo prefrontal, donde se procesa un guión imaginario, del sistema límbico, que controla la vida pulsional afectiva y del hipotálamo, donde se ha dado la diferenciación sexual ya en etapa intrauterina y donde reside el comportamiento sexual básico. Desde su sistema de neuronas parvicelulares se libera una neurohormona, la GRH, que por vía del sistema porta hipotálamo-hipofisiario, llega a los trofocitos de la adeohipófisis determinando la liberación de las gonadotrofinas, las cuales abordan a las gónadas promoviendo sus funciones endocrina y exocrina. Los niveles aumentados de sexoesteroides desencadenan el surgimiento de deseos sexuales que se concretan mediante la manuficción, entre otros motivos, porque tiene restringido el pleno ejercicio de las relaciones genitales.

Comienza hacia los doce a quince años; le sigue un período de máxima actividad masturbatoria, con una duración imprecisa pero que, mayoritariamente, se

extiende hasta la adquisición estable de pareja, pudiendo coexistir con ella. La frecuencia es de varias veces por semana; disminuye con la edad y suele mantenerse a lo largo de la vida. Guarda relación inversa con la actividad física.

DE ORDEN MESOLÓGICO

Los factores ambientales son generados en el seno de la familia. Los mayores la pueden promover, por lo general, de modo inconsciente (caricias y besos ingenuos en los genitales de sus hijos). Pocos casos hay en que la masturbación se efectúa deliberadamente (por ejemplo, las madres navajas masturban a sus hijos mientras los amamantan para incrementar la satisfacción y poder orgásmico). Por último, puede suceder a consecuencia de la seducción de mayores, así como también está favorecida por los ambientes cerrados.

FACTORES PATOLÓGICOS

LOCOREGIONALES

Las lesiones pruriginosas a nivel genital —balanitis, balano postitis y procesos inflamatorios escrotales en el varón y vulvitis y vulvovaginitis en la mujer— pueden ser fuente de excitación que encuentra un extintor en la masturbación.

ENDOCRINOLÓGICOS

Los niveles elevados de sexoesteroides pueden ser responsables de un deseo hiperactivo, que puede plasmarse en una elevada frecuencia de relaciones genitales, y eventualmente en una práctica masturbatoria alternativa o exclusiva según las oportunidades del sujeto. Dentro de las endocrinopatías responsables se tendrán en cuenta:

Hipergonadismo

- Masculino*: debido a un adenoma intersticial (o de células de Leydig)
- Femenino*: debido a tumores productores de estrógenos (de la célula granulosa, de la teca y de las células lipoídicas hiliales), o bien, a tumores productores de andrógenos (arreboblastoma, gonadoblastoma y tumores de células lipoídicas hiliales).
- Paraneoplásico*. En el varón es debido a un hematoma productor de ICSH que en el niño puede desencadenar una pseudopubertad precoz.

Hipercorticismo androgénico: síndrome adrenogenital

Es debido a hiperplasia suprarrenal y mucho menos frecuentemente a un tumor.

Tirotoxicosis

Generalmente da deseo sexual hiperactivo en algunas mujeres y en algunos varones al inicio del cuadro (7).

La frecuencia es de varias veces por semana; disminuye con la edad y suele mantenerse a lo largo de la vida. Guarda relación inversa con la actividad física.

NEUROLÓGICOS

Las alteraciones del encéfalo pueden llevar al ipsismo, ya sea, por incremento del deseo, teniendo en cuenta las precisiones hechas para las disendocrinias, o sencillamente por generar la forma parafilica de la masturbación (contraseccualidad). Se destacan:

- a) *Síndrome frontal*: cuando cursa con desinhibición o con hipertimia (8, 9).
- b) *Síndrome temporal bilateral interno* (síndrome de Klüver y Nuey).
- c) *Parálisis general* (neurolúes cerebral parenquimatosa): la exaltación del deseo puede darse durante la forma de comienzo de la enfermedad junto a la simple excitación intelectual (o con un acceso maníaco), o bien, durante el período de estado formando parte del síndrome demencial junto al síndrome cognitivo deficitario (10).
- d) *Encefalitis epidémica de Von Economo*: no en la fase inicial sino en la fase postencefalítica (10).
- e) *Encefalopatías degenerativas*: demencia senil y demencias preseniles (enfermedades de Pick y de Alzheimer).
- f) *Demencia multifarcto*.
- g) *Demencia mixta*
- h) *Síndrome de Arnold Chiari* (por presión de estructuras cerebrales) (11).

PSIQUIÁTRICOS

Teniendo en cuenta las mismas precisiones formuladas para las causas neurológicas se recuerda:

- a) *Esquizofrenia*: por el desencadenamiento pulsional (12).
- b) *Hipomanía y acceso maníaco*: el ipsismo es un modo de expresión del D.S. hiperactivo que está formando parte de la exaltación del humor y de la afectividad.
- c) *Síndrome de Kleine-Levin*: los períodos de hipersomnia se acompañan de aumento del apetito y del deseo sexual. Es más frecuente en el varón y se inicia hacia el final de la adolescencia (13).
- d) *Estados de ansiedad*: la masturbación es una descarga tensional.
- e) *Oligofrenias*: en el subnormal profundo es la única modalidad de pragmatismo sexual y se debe a la restringida oportunidad de encuentro con otros. En los subnormales moderados y leves la práctica

masturbatoria es transicional como en el resto de la población adolescente. Cuando se brindan las posibilidades de ligue transitan hacia el aloerotismo. De todos modos, la frecuencia de ipsación es menor aunque con respecto a la población llamada normal (14). Así mismo, las fantasías durante su práctica son menos frecuentes (15).

FARMACOLÓGICOS

Las drogas operan mediante el incremento del deseo sexual. La administración de andrógenos conduce a un aumento del deseo, tanto en el varón como en la mujer, que cuando no puede vehiculizarse en una relación genital se plasma en una masturbación.

La tiroxina incrementa el deseo sexual tal como ocurre en las tirotoxicosis y puede manifestarse por conducta sexuales que no sean las frecuentes (16).

La L-DOPA restablece el pragmatismo sexual en los parkinsonianos al mejorarles la salud (17). La p-CPA estimula el deseo sexual (18). Es un fármaco antiserotonérgico que inhibe a la triptofano 5-hidroxilasa impidiendo la formación de 5-hidroxitriptofano (precursor de la 5-hidroxitriptamina o serotonina). Se usa en el síndrome carcinoide para eliminar los síntomas digestivos (diarrea con dolores cólicos) que constituyen manifestaciones hiperserotonínicas, debidas a la gran producción de enteramina o serotonina por los argentafinomas o carcinoides.

Las anfetaminas a dosis bajas (19) y la cocaína (20) también generan un incremento del deseo sexual que puede ser satisfecho con conductas atípicas y eventualmente con la masturbación exclusiva o alternadamente ●

Bibliografía consultada

1. HAASS, A.: *Sexualidad y adolescencia*. Barcelona, Grijalbo, 1981.
2. SARNOFF, S. Y SARNOFF, I.: *Onanismo*. Barcelona, Grijalbo S.A., 1980.
3. MCGUIRE, R., CARLISLE, J.M. Y YOUNG, B.: *Sexual deviations as conditioned*. Behav. Research and Ther., 2:185-190, 1965.
4. KAPLAN, B.: *Incesto y homosexualidad*. Buenos Aires, Edit. Hormes, S.A. 1974.
5. EDICIONES DON BOSCO (Central Catequística Salesiana). *Hacia una sexualidad auténtica*. Madrid, 1977.
6. LABLANCHE, J. Y PONTALIS, J.B.: *Diccionario de psicoanálisis*. Tercera edición. Barcelona, Labor S.A., 1968.
7. FARRERAS, P. Y ROZMAN, C.: *Medicina Interna*. Octava edición. Barcelona, Marín S.A., 1973. Tomo II.
8. FARRERAS, P. Y ROZMAN, C.: Op. cit.
9. KAYLAN, H.S.: *Trastornos del deseo sexual*. Barcelona, Grijalbo S.A., 1982.
10. EY, H.; BERNARD, P. Y BRISSET, CHL.: *Tratado de psiquiatria*. Octava edición. Barcelona, Toray-Masson, S.A., 1980.
11. KAPLAN, H.S.: Op. cit.
12. EY, H.; BERNARD, P. Y BRISSET, CHL.: Op. cit.
13. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: DSM-III-R. Barcelona, editorial Masson S.A., 1990.
14. ABRAHAM, G. Y PASINI, W.: *Introducción a la sexología medica*. Barcelona, edición Crítica, 1980.
15. ABRAHAM, G. Y PASINI, W.: Op. cit.
16. FARRERAS, P. Y ROZMAN, C.: Op. cit.
17. GINDIN, L.R.: *La nueva sexualidad del varón*. Buenos Aires, Haidos, 1987.
18. Kaylan, H.S.: Op. cit.
19. Kaylan, H.S.: Op. cit.
20. GOODMAN Y GILMAN: *Las bases farmacológicas de la terapéutica*. Octava edición. México, Edición Panamericana, 1991.