



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
FACULTAD DE ESTUDIOS SUPERIORES IZTACALA
PSICOLOGÍA A DISTANCIA

MASTURBACIÓN FEMENINA Y SU POSIBLES APLICACIONES TERAPEÚTICAS

ANA KAREN CASTILLO MOSQUEDA
308317903
SEMINARIO DE TITULACIÓN
TUTORA MTRA. ROXANA GONZALEZ SOTOMAYOR
LOS REYES IZTACALA, TLALNEPANTLA,
ESTADO DE MÉXICO, 2023.



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

Índice

Introducción	4
Resumen.....	5
Marco teórico.....	6
1. Sexualidad femenina.....	6
1.1 Expresiones de la sexualidad femenina a través de la historia	8
1.2 Educación Sexual en México.....	15
1.3 Órganos sexuales femeninos.....	16
1.4 Orgasmo Femenino.....	21
1.5 Disfunciones	30
2. Masturbación femenina.....	32
2.1 Masturbación femenina durante la niñez, adolescencia, juventud y vejez	35
2.2 Estadísticas de masturbación entre hombres y mujeres	37
2.3 Mitos sobre la masturbación femenina	39
2.4 Formas de masturbación femenina	43
2.5 Beneficios de la masturbación	46
2.6 Problemas asociados	48
3. El proceso terapéutico.....	49
3.1. Terapia Cognitivo Conductual.....	49

3.1 Aplicaciones terapéuticas actuales de las técnicas masturbatorias	61
3.2 Trastornos psicológicos en los que se emplean técnicas de relajación	63
4. Propuesta de inclusión de la masturbación como técnica de relajación	64
4.1 Criterios de inclusión.....	67
4.2 Diseño de sesiones de psicoeducación.....	68
4.3 Seguimiento y evaluación de la eficacia de la intervención.....	70
Conclusiones	72
Referencias	74
Referencias.....	74

Introducción

Gracias a diversos movimientos sociales hoy en día tanto hombres como mujeres pueden expresar más libremente su sexualidad a diferencia de siglos pasados, donde la represión y castigo al hacerlo era muy común.

Sin embargo, y pese a lo anteriormente mencionado, aun hoy en día hay temáticas sobre las expresiones sexuales que aún se encuentran rodeadas de tabúes, como lo es el caso de la masturbación, tema que encontramos únicamente referido en muchos documentos que hablan sobre sexualidad, pero pocas veces encontramos información relevante sobre a qué se refiere dicha práctica, cuáles son sus beneficios o implicaciones, y mucho menos encontramos información sobre cómo y cuándo se debería llevar a cabo, por lo que en el presente trabajo se aborda esta temática exponiendo de forma certera que es, de que se trata y como es que se ha practicado a lo largo de la historia.

Así mismo, se abordan temas directamente relacionados con la masturbación y las mujeres, como lo es el orgasmo, las disfunciones y órganos sexuales, entre otros.

Por último, se elabora una propuesta para incluir la masturbación como técnica de relajación en los procedimientos de intervención en el afrontamiento de estrés laboral como una actividad para realizar de forma personal fuera de las sesiones terapéuticas con la finalidad de disminuir los niveles de estrés laboral de las mujeres.

Resumen

La masturbación femenina es un tema tabú en nuestra sociedad, tanto el hablar de que es, cómo se realiza o sus beneficios, lo que desencadena connotaciones negativas respecto de lo que implica dentro de la sexualidad femenina, por lo que en el presente trabajo se realiza un abordaje teórico que tiene como finalidad dar a conocer a qué es la masturbación femenina, datos históricos sobre la sexualidad femenina, la educación sexual en México, los beneficios de experimentar orgasmos a través de la masturbación y sus actuales y posibles aplicaciones terapéuticas.

Asimismo, en el presente trabajo se elabora una propuesta en la que se pretende incluir a la masturbación como técnica de relajación dentro de procedimientos de intervención para el afrontamiento de estrés laboral en mujeres.

Marco teórico

1. Sexualidad femenina

Todo lo referente a la sexualidad ha presentado una serie de tabús y creencias dentro de cada sociedad, lo que ha determinado la forma en la que esta es tratada y expuesta.

Por lo anterior y para iniciar resaltaremos algunas definiciones de sexualidad:

De acuerdo con Arango (2012) el término sexualidad se refiere a una “dimensión fundamental de ser un humano: basada en el sexo, incluye al género, las identidades de sexo y género, la orientación sexual, el erotismo, la vinculación afectiva y el amor, y la reproducción. Se experimenta y expresa en forma de pensamientos, fantasías, deseos, creencias, actitudes, valores, actividades, prácticas, roles y relaciones, La sexualidad es el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos, socioeconómicos, culturales, éticos y religiosos o espirituales.” (p. 5)

Para Jara & Molina (1993, como se citó en Vega 2014), “es el conjunto de manifestaciones comportamentales, propias de la especie humana influidas por factores biológicos como psicológicos y socioculturales, por medio de las cuales los individuos se manifiestan conforme a su identidad sus roles y su orientación a lo largo de toda su vida.” (p. 11)

Formenti (2005, como se citó en Vega 2014), manifiesta: “entendemos la sexualidad como una función de relación con los demás caracterizada por la búsqueda de comunicación, afectividad y placer, que implica complementariamente la reproducción.” (p. 11)

Por otro lado, Goldstein & Fletcher, (2006, como se citó en Vega 2014) consideran la sexualidad “al conjunto de procesos emocionales y comportamentales en relación con el sexo que intervienen en todas las etapas del ciclo de vida de un individuo, a lo largo de su desarrollo.” (p. 11)

Vega (2014) señala que en síntesis las definiciones de sexualidad permiten pensar que esta:

- Es una energía, que, al ser una parte integral de toda la personalidad, se va a expresar en todo lo que una persona hace, dice, siente y piensa.
- Está presente desde antes del nacimiento y a lo largo de toda la vida, por lo tanto, no surge espontáneamente en la adolescencia ni desaparece en la vejez.
- Se relaciona como lo biológico del ser humano, a la vez que necesita de la interacción social, ya que se construye en la relación con otros seres humanos.
- La sexualidad no se limita a la al acto sexual, sino que es el motor de la vida afectiva.
- Puede estar relacionada con la posibilidad de dar origen a una nueva vida, si bien cumple otras funciones además de las reproductivas.
- Puede ser sinónimo de disfrute y placer, pero en ocasiones algunas de sus prácticas pueden generar rechazo, miedo o repulsión. (p. 12)

En esta tesis, y considerando las definiciones antes descritas, tenemos que la sexualidad abarca distintos aspectos del ser humano, que se ven reflejados en su comportamiento, en cómo se percibe y la imagen que proyecta de sí mismo y como es percibido ante la sociedad en función de sí mismo, las costumbres y cultura que lo envuelven, abarcando así la sexualidad no solo un aspecto reproductivo, si no características inherentes a la personalidad del propio individuo.

De la Torre (2009) señala que una de las principales características de la sexualidad humana es la libertad que surge de la liberación de las cadenas de lo biológico, de la programación instintiva para tener la capacidad de decidir e interpretar, hombres y mujeres no dependen para su emparejamiento o rechazo de la aparición de ciclos como “el celo” que empuja a otras especies a buscar parejas, por el contrario, la sexualidad humana es capaz de tomar decisiones sobre las conductas a emitir e interpretar los contextos y situaciones en los que se desenvuelve el ser humano

al momento de ejercer su sexualidad, y sin embargo, hombres y mujeres tienen distintas oportunidades y formas de ejercer su sexualidad.

Lo apuntado por De la Torre Diaz cobra vital importancia al hablar de sexualidad humana dado que pone de manifiesto el hecho de que los seres humanos al expresar nuestra sexualidad no solo lo hacemos en función de nuestros instintos primarios, sino que además lo hacemos con conciencia, utilizando las herramientas que nuestro contexto nos proporciona para poder interpretarla y ejecutarla, de ahí lo que nos diferencia de otras especies, es decir, el poder ejercer nuestra sexualidad de forma consciente y no solamente instintiva.

Sumando al punto anterior, Lafaurie & Sanchez (2018) señalan que los hombres y mujeres tienen cuerpos con diferencias biológicas evidentes, inscritos en un mundo social con reglas y normas propias de la cultura en la que se habita y que definen la feminidad y masculinidad. La salud y la enfermedad se ven afectadas no solo por estas diferencias sino por la manera en la que el sistema de salud atiende las necesidades de hombres y mujeres.

Lo apuntado en el párrafo que antecede es fundamental para comprender la forma en la que se expresa la sexualidad tanto de hombres como mujeres, dado que al ser ambos seres humanos y tener la capacidad de expresar su sexualidad de forma consciente, como ya se ha mencionado, esta capacidad se ha visto restringida a lo largo de la historia por los límites impuestos por los diferentes entornos socioculturales, lo que ha derivado en expresiones distintas entre ambos géneros.

1.1 Expresiones de la sexualidad femenina a través de la historia

La sexualidad femenina es un tema que ha sido relegado e ignorado hasta épocas muy recientes, dado que durante siglos la mujeres han sido consideradas seres asexuados que cedían a las demandas de sus cónyuges por deseos de maternidad y que lograban su libertad hasta el fin de

su capacidad reproductora, de esta forma la sexualidad femenina solo podía explicarse para situaciones de prostitución o enfermedad mental, así las mujeres intentaron ajustarse a un estereotipo rígido y asfixiante que las encorsetaba en un rol pasivo y sumiso al servicio del varón en que se desvaneció cualquier indicio de individualidad, autonomía e iniciativa (De la Torre, 2009).

1.1.1 Sexualidad femenina en diferentes culturas

1.1.1.1 Babilonia y Asiria

En los 300 años antes de cristo las leyes sumerias al intentar asegurar la solidez del matrimonio refieran que si una esposa se separaba de su esposo y le decía “tú no eres mi marido” habría que arrojarla al rio, mientras que si un esposo dice a su esposa “tú no eres mi mujer” era condenado a pagar media mina de plata Hornstein, Faller & Streng (1972).

El Código de Hamurabi, escrito en el año 2000 antes de cristo, también favorecía la monogamia, sin embargo, permitía el divorcio. Si la mujer tenía la enfermedad de la 'bum (incapacidad de ejercer las relaciones sexuales), esterilidad y faltas de la mujer, el hombre podía deshacerse de ella y tomar otra mujer, la mujer también podía separarse del marido si este la trataba mal, pero era condenada a morir ahogada la culpable de que el matrimonio quedara deshecho.

1.1.1.2 Griegos y Romanos

Arkins (1994, como se citó en Lopez, 2002) señala que en la antigua Grecia las mujeres no tenían control o libre ejercicio de su sexualidad, dado que su rol se fijaba dentro del matrimonio y se les asignaban espacios del hogar con actividades como reproducción, cuidado de los hijos, la preparación de alimentos, lavar ropa, supervisar esclavas, en general tareas relacionadas con el hogar, en el caso de los griegos el adulterio de las mujeres era considerado un crimen más serio

que una violación, mientras que para los romanos no se les castigaba pero se les dotaba de mala reputación.

Por otro lado, Girarldo (1985) señala que la mujer romana gozó de cierta igualdad con el hombre en el campo sexual y en sus derechos civiles, podía acudir al aborto, su divorcio era legal.

Lewinsohn (1958, como se citó en Girarldo, 1985) señala que Sócrates y Platón abogaron por la igualdad de sexos y Paltón defendió la libertad sexual para hombres y mujeres.

De acuerdo con Arango (2008), la creencia aristotélica referente a que el factor masculino era el principal para que ocurriera la reproducción, sirvió como precedente para que los griegos establecieran otras contribuciones, como las de Hipócrates, quien en su tratado “sobre la generación” sostenía que la reproducción requería de “dos semillas”, la masculina y femenina, idea que fue retomada Galeno (siglo II), Avicena (siglo XI), S. Alberto Magno (siglo XIII) y su pupilo Santo Tomás de Aquino, este último, afirmaba que el poder generativo de la mujer era imperfecto cuando se comparaba con el del hombre.

Mines (1999, como se citó en Arango 2008) señala que la prescripción del orgasmo en la mujer se ha documentado en los textos hipocráticos, en los trabajos de Celso en el siglo I, a. C, en los de Aretaeus, Soranus, Galeno, en el siglo II, en los de Aetius y Moschion en el siglo VI, en el Liber de Muliebria, anónimo del siglo VIII o IX, en los de Avicena, en el XI, en los de Paracelso del XVI, en los de Burton, Claudini, Harvey y otros en el XVII, de Boerhaave y Cullen en el XVIII, en los de Pinel, Gall, Triper y Briquet en el XIX, Rachel Mines menciona cómo la mirada androcéntrica de la sexualidad y las implicaciones que ésta ha tenido para las mujeres y para los médicos que las han tratado a lo largo de la historia, modelaron no sólo el concepto de la patología

sexual femenina, sino también el desarrollo de instrumentos y aparatos diseñados para tratarlos, y coloca el desarrollo histórico del vibrador en este contexto.

1.1.1.3 Bizantinos

Perez (como se citó en Lopez, 2002) refiere que los bizantinos el peor pecado del que acusaban a las mujeres, era su sexualidad, legado directo de Eva y origen de todo sufrimiento humano que amenazaba al desamparado varón. La virginidad era valorada al punto que se elaboró un manual para determinar a través de una exploración si una mujer había sido “desflorada” o no. Así mismo, toda expresión abierta de la excitación de los instintos sexuales y actividades aledañas eran producidas por las artes del demonio y solían interpretarse como síntoma de posesión o una locura provocada.

1.1.1.4 Islam

Perez (1996, como se citó en Lopez, 2002) señala que, en el islam, la mujer se consideraba un símbolo de rebelión social ya que se consideraba que encarnaba el desorden con su poder sexual y seductor por lo que era un peligro potencial para el hombre y la sociedad y su sexualidad se redujo a ser un objeto y posesión de los hombres. De esta forma para limitar el alcance que las mujeres podrían tener, se crea la institución del matrimonio y el concubinato como las únicas marcas legales para su sexualidad, y toda relación sexual fuera de estas era considerada fornicación y prohibida por el Corán.

1.1.1.5 Edad Media

Perez (1996 como se citó en Lopez, 2002) refieren que ara la Edad Media, con la tradición cristiana, el terreno de lo sexual fue repudiado salvo con objetivos de procreación. Al igual que los bizantinos y judíos se consideraban a la mujer como una tentadora y perversa, los cuerpos femeninos debían ser tapados, cubiertos y apenas mencionados porque “la carne” era la causa del

pecado y la perdición. Conductas como las relaciones premaritales, escarceo y masturbación eran consideradas pecado.

1.1.1.6 Renacimiento

Lopez (2002) señala que, durante La Reforma, que fue un movimiento religioso iniciado a principios del reinado de Isabel de Inglaterra en el siglo XVI, en esta época se consideró que la práctica de la sexualidad podría darse dentro de las normas establecidas por Dios y la sociedad, por lo que se impusieron códigos rígidos en cuanto al vestido y la conducta para ambos sexos.

Si bien el periodo de la Ilustración dio paso al uso de la razón como herramienta transformadora de la naturaleza a la libertad espiritual y la tolerancia religiosa, la expresión sexual de las mujeres siguió manejándose con rigidez y bajo los intereses del control social.

1.1.1.7 Judaísmo

La concepción de la sexualidad en el judaísmo deriva tanto de la biblia hebrea como del Talmud, en los cuales el criterio básico es que la sexualidad constituye una fuerza positiva, enseña que la relación sexual, al margen de sus fines de reproducción constituye una actividad buena y placentera, sin embargo, solo se considera aceptable en el matrimonio, por lo que en dicha religión se concede mayor importancia a la compañía y mutuo apoyo de con cónyuges, que a la procreación en sí.

En cuanto al rol que juega la mujer Gordis (1978, como se citó en Masters, Johnson & Kolodny, 1995), en el Talmud se expresa que la mujer tiene el derecho de rechazar las insinuaciones sexuales del marido, y en tal caso este no puede forzarla a cambiar de opinión. Así también se ha incitado a la mujer a desempeñar una parte activa en el acto amoroso, lo que incluye la oportunidad de iniciar los escarceos sexuales si ese él su gusto.

1.1.1.8 Victorianos

En esta época el ideal era reprimir la sexualidad, las mujeres en particular no debían tener deseos sexuales. En esta época la Dra. Celia Mosher realizó una encuesta sexual a 47 mujeres victorianas, en la que a pesar de la idea de que las mujeres no tenían deseos sexuales, se obtuvieron los siguientes resultados de la encuesta: 80% de las mujeres dijeron que sentían deseo de realizar el coito; 72% indicaron que experimentaban orgasmo; cuando menos 64% utilizaba alguna forma de control natal. Dicha encuesta demuestra que, a pesar de las represiones de la época victoriana, algunas mujeres se las arreglaban para disfrutar del sexo. (Shibley & DeLamater, 2006)

1.1.1.9 Época Moderna

Retomando Master y Johnson (1966, como se citó en De la Torre Diaz, 2009) no es sino hasta después de la Segunda Guerra Mundial que se altera el rol que las mujeres habían venido desempeñando al incluirlas en ámbitos laborales que comenzó a desarrollarse una mayor libertad sexual, dado que los movimientos sociales se caracterizaron por un discurso de liberación que potencializó la cristalización de los movimientos feministas que se centraban en la demanda de derechos básicos para las mujeres.

En la década de los 60's William Masters y Virginia Johnsons estudiaron durante diez años las expresiones y reacciones sexuales humanas en un laboratorio por primera vez en la historia, observaron, midieron y estudiaron la fisiología de la respuesta sexual, sexualidad en la vejez, masturbación, sexualidad de homosexuales, entre otras, demostrando que ambos sexos tienen la capacidad para elegir y gozar de todas las manifestaciones de su sexualidad.

Girardo (1985) refiere que fueron los siguientes cambios en las creencias los que permitieron a la sexualidad occidental una transformación:

1. La entrada al campo laboral de las mujeres en las guerras mundiales lo que permitió cambiar sus funciones y rol sexual.
2. La popularización de los anticonceptivos, los fenómenos demográficos, así como la economía doméstica obligaron a la reducción de la familia desligando la sexualidad de la procreación y abrieron nuevas pautas para ejercer su expresión sexual.
3. Los movimientos liberacionistas y las organizaciones sexuales han impactado el pensamiento y cuestionado muchos mitos que antes se tuvieron como verdades y han demandado una libertad sexual de acuerdo con la autorrealización personal y no impuesta desde afuera. Los movimientos de liberación femenina y de liberación homosexual han destacado el papel de autorrealización personal a través de la sexualidad y de los derechos humanos sexuales.
4. El alargamiento de la adolescencia y el aumento de la longevidad junto con otros fenómenos socioeconómicos han dejado a disposición de los hombres casi la mitad de la vida para gozar de la sexualidad no procreativa,

La rebelión de los jóvenes de la segunda mitad de la década de los 60 y de la primera parte de los 70 que cuestiono la rigidez e hipocresía de las generaciones anteriores con una firmeza social que nunca antes tuvo la rebelión de los jóvenes, debido, en parte a su predominio numérico sobre la gente de las edad media y avanzada.

Como podemos observar a lo largo de la historia, en primer lugar el papel que se le ha permitido desempeñar a la mujer ha sido mayoritariamente como cuidadora de los hijos y del hogar, limitando en todo momento las expresiones de su sexualidad, castigándola incluso al realizar la mínima expresión de la misma, así también podemos observar que esto ha ido cambiando a lo largo de la historia, dado que se han ido otorgando mayores derechos a las mujeres

en distintos ámbitos, como el laboral, social, político y sexual, sin embargo, como veremos en el desarrollo del presente trabajo, aún existen sesgos entre las expresiones que puede tener una mujer y las que se le permiten a los hombres.

1.2 Educación Sexual en México

De acuerdo con la Agenda Sectorial para la Educación Integral en Sexualidad con énfasis en la Prevención del Embarazo en Adolescentes en el marco de la ENAPEA, en México se introdujo la Educación sexual a partir de la Reforma Educativa de 1972 y la década de 1980; en 1972 se introdujeron contenidos de sexualidad humana en los programas de educación básica, en 1974 se incluyó en el programa de Biología y en el de Ciencia Naturales temas de educación sexual en los tres grados de secundaria y para 1983 se completó la incorporación de educación para la salud en todos los grados de Primaria.

Posteriormente con el Acuerdo Nacional para la Modernización de la Educación Básica de 1992 y la década de 1990 al 2000 se reformaron los planes y programas de estudio de educación primaria y secundaria con la producción de materiales educativos complementarios y se introdujeron nuevos contenidos como el de Educación Sexual y Desarrollo Humano.

Más adelante con la Reforma Integral en Educación Básica (RIEB), en 2006 se formuló un nuevo programa de Educación Sexual que tuvo como sustento el enfoque de los cuatro ejes de la sexualidad, tema que se impartía en el área de ciencias naturales y cívica y ética.

A partir de 2011 se incluyen en el Plan de Estudios de Educación Básica el tema de Educación Sexual, con contenidos impartidos de manera gradual a lo largo de toda la educación básica con un enfoque preventivo y de derechos humanos, asumiendo una visión amplia que integra los vínculos afectivos, el género, la reproductividad y el erotismo.

Ahora bien, considerando que en México el embarazo adolescente es un problema poblacional con la intención de enfrentar este problema se ha diseñado la Estrategia Nacional para la Prevención del Embarazo en Adolescentes (ENAPEA) que, mediante acciones interinstitucionales coordinadas con políticas y planes nacionales, estatales y municipales, enfrenta tanto las condiciones que lo motivan, sus determinantes económicos, sociales y culturales, como sus causas subyacentes. (ENAPEA)

Como podemos observar en México el principal enfoque a la hora de diseñar e impartir clases de Educación Sexual Integral en los diferentes niveles educativos es la prevención de embarazos adolescentes, dado que esto representa un problema poblacional grave que requiere atención, sin embargo en dichos programas, si bien se tocas puntos referentes al erotismo lo cierto es que se hace de forma superflua, mencionando que la masturbación forma parte de las conductas sexuales, sin embargo no se adentran en la temática, lo que continua generando sesgos en cuanto a la información que se presenta, toda vez que pareciere que se da por hecho el conocimiento que se debe o debería tener sobre la misma, lo cual continua limitando la exploración que pueden hacer los individuos, particularmente las mujeres, esto al continuar siendo un tema tabú del que poco se habla tanto en las escuelas como en la familia.

1.3 Órganos sexuales femeninos

Para comenzar a adentrarnos en el tema de la masturbación femenina resulta primordial tener conocimiento sobre el nombre correcto y funcionalidad que tiene el aparato reproductor femenino, el cual se divide en órganos genitales externos e internos, para este punto tomaremos como referencia lo descrito por Arango (2008):

Órganos genitales externos. A la parte visible se le conoce como vulva, la cual se localiza de adelante hacia atrás, en la parte inferior de la pelvis entre el borde inferior del pubis hasta el

periné, hacia los lados se relaciona con las caras superiores e internas de ambos muslos y comprende 11 estructuras:

- 1. Pubis o monte pubiano.** Es una prominencia localizada delante de la articulación de ambos huesos ilíacos, durante la pubertad el pubis se cubre de vello, el cual se distribuye dando una apariencia triangular con base superior, el tejido celular subcutáneo es rico en grasa.
- 2. Labios mayores.** Son estructuras prominentes localizadas en ambas caras externas de la vulva, se originan en el monte pubiano y terminan en el periné; en el adulto se caracterizan por su pigmentación, mayor cantidad de tejido celular subcutáneo, tejido conjuntivo, glándulas sebáceas y vello. Debido a que están recubiertos por piel resistente, dan protección efectiva a todos los órganos sexuales externos.
- 3. Labios menores.** Se trata de dos pliegues de la piel, delgados, sin pelo, con gran cantidad de glándulas sudoríparas y sebáceas y que se hallan localizados por debajo de los labios mayores. Hacia arriba forman el frenillo y prepucio del clítoris, y hacia el centro cubren la entrada vaginal.
- 4. Clítoris.** Es un órgano eréctil homólogo del pene, mide de 1 a 2 cm de longitud, está formado por dos cuerpos cavernosos, un glande y dos pilares que lo fijan al periostio del pubis. Se localiza por arriba del meato urinario y su innervación proviene del nervio pudendo. Al igual que el pene, es un órgano de gran sensibilidad.
- 5. Meato urinario.** Es un orificio parte terminal de la uretra, el cual se encuentra recubierto por un epitelio transicional.

6. **Introito vaginal o vestíbulo.** Es el espacio comprendido entre los dos labios menores, forma la entrada a la vagina y se encuentra recubierto por epitelio escamoso estratificado.
7. **Himen.** Es una membrana anular de diferente grosor y forma, que cubre de manera parcial la entrada vaginal. Está formado por dos capas de tejido fibroso.
8. **Glándulas de Bartholin.** Se trata de dos glándulas accesorias, derecha e izquierda, localizadas entre los labios menores y la entrada vaginal, las cuales producen moco en pequeñas cantidades. Cuando se tapan e infectan producen absceso
9. **Glándulas de Skene.** Son dos glándulas que se encuentran a los lados de la parte posterolateral del meato urinario y producen moco que lubrica parte del vestíbulo.
10. **Horquilla.** Es la zona donde se unen hacia abajo los labios mayores con los labios menores.
11. **Periné o rafe medio.** Es la región comprendida entre la horquilla vulvar y el ano, en esta zona se encuentran los músculos transversos del periné, elevador del ano y bulbocavernoso, mismos que con frecuencia son afectados durante el parto.

Órganos genitales internos. Ocupan la porción interna del aparato reproductor, están conformados por la vagina, el útero y sus anexos.

1. **Vagina.** Es un conducto virtual músculo-membranoso que se localiza entre la vulva y el útero; hacia adelante se relaciona con la vejiga y hacia atrás con el recto, mide alrededor de 10 cm de longitud y hacia el fondo se relaciona con el cérvix del útero, formando los fondos de saco anterior, posterior y laterales. La vagina está forrada por un tejido pavimentoso llamado mucosa, que presenta numerosas arrugas transversales que le otorgan una gran capacidad de distensión a tal grado que

permite, por ejemplo, el paso del feto durante el parto. La vagina es además el conducto excretor del útero, ya que permite la salida del flujo menstrual y otras secreciones; se sostiene en su sitio mediante los ligamentos de Mackenrodt y el músculo elevador del ano. Además, y no menos importante, es el órgano copulador femenino.

- 2. Útero.** Es un órgano muscular, hueco, que tiene forma piriforme de base superior y vértice inferior, mide unos 8 cm de largo por 5 cm de ancho. Hacia adelante se relaciona con la vejiga y hacia atrás con el recto; para su estudio se divide en tres porciones: el cuerpo, que mide alrededor de 5 cm, el istmo de 1 cm promedio y el cérvix. La parte superior del cuerpo uterino es redondeada y es conocida como fondo uterino, a cada uno de sus lados se abre un conducto conocido como trompa, tuba uterina, oviducto o trompa de Falopio.

El útero se conforma de tres capas: la más externa, llamada serosa (o peritoneo visceral), cubre todo el cuerpo uterino a excepción de la cara anteroinferior que se relaciona con la vejiga; el miometrio (o capa media) es la más resistente y está constituida por músculo liso, cuyas fibras circulares longitudinales y arciformes se entrelazan y mezclan con tejido elástico; por último, el endometrio (o capa interna), constituido a su vez por dos capas, una superficial y gruesa llamada funcional — que durante el ciclo menstrual sufre cambios inducidos por hormonas que le permiten prepararse para un posible embarazo, si éste no se produce se descama y produce el sangrado menstrual y la otra, más profunda y estrecha llamada basal en donde proliferan glándulas y elementos de tejido conjuntivo, que permiten la regeneración de la capa funcional después de la menstruación.

3. Cérvix. Porción inferior del útero con forma cilíndrica, con una longitud aproximada de 3 cm, posee dos orificios: uno interno y otro externo, entre ambos se encuentra el canal cervical. La parte externa del cérvix es visible desde la vagina y está revestida de epitelio pavimentoso estratificado, esa es la zona más susceptible a producir tumores e infecciones —como la del virus del papiloma humano (VPH).

4. Trompas de Falopio. Es un órgano par (conocido también como trompas, oviductos o tubas uterinas) conformado por dos tubas, cada una de ellas se localizan en la parte superior y lateral del útero, tienen una longitud de 10 a 12 cm por 1 cm de diámetro exterior y de 1 a 2 mm de diámetro interior.

Las tubas uterinas están, así como el útero, formadas por tres capas de tejido: la más externa es la capa serosa (o peritoneal), es muy lisa y permite el deslizamiento sobre los órganos pélvicos vecinos; la capa media, llamada muscular, tiene fibras circulares y longitudinales; por último, la capa interna, llamada mucosa (o endosálpinx), está constituida por células ciliares que facilitan el transporte tanto de los espermatozoides como del ovocito o, después, del huevo fertilizado.

Las trompas de Falopio poseen tres porciones anatómicas: intersticial (o intramural), que es la parte más próxima al útero y hace contacto con la cavidad uterina; ístmica, la que corresponde al tercio medio de la trompa y tiene un grosor constante; la tercera es la ampolla, que corresponde al tercio externo de la trompa (también se le conoce como fimbria).

5. Ovarios. Órgano par, también conocidos como gónadas femeninas. Tienen forma de almendra, su color es blanquecino y miden en promedio 4 3 2 cm; se localizan en la porción lateral e inferior de la pelvis, en la zona conocida como fosa ovárica.

Los ovarios están en íntimo contacto con las trompas de Falopio a través de la fimbria, se sostienen en su lugar por un engrosamiento del ligamento ancho conocido como mesovario. Desde el punto de vista anatómico, presentan dos capas: una externa (llamada corteza) y otra interna (la médula); en la corteza se producen las células reproductoras conocidas como óvulos, u ovocitos, así como las hormonas sexuales femeninas: estrógenos y progesterona.

1.4 Orgasmo Femenino

Para iniciar en este punto revisaremos las definiciones que algunos autores han formulado sobre lo que es o se entiende por orgasmo:

Fischman (2002) refiere que “el orgasmo es percibido como el punto culminante o clímax de la excitación sexual y consiste en la descarga de la tensión neuromuscular generada durante la primera etapa de excitación.” (p. 40)

Shibley & DeLamater (2006) señala que en el proceso de orgasmo en las mujeres hay una serie de contracciones musculares rítmicas, en general estas contracciones suceden en intervalos de 0.8 segundos, puede haber 3 o 4 en un orgasmo leve, y tantas como una docena en un orgasmo muy intenso y prolongado. Se trata de una sensación que se extiende desde el clítoris y después se difunde en toda la pelvis, puede haber sentimientos de caerse o abrirse, incluso es posible que la mujer sea capaz de percibir la contracción de los músculos que rodea la entrada vaginal, la sensación es más intensa que un simple sentimiento de calidez o un cosquilleo placentero.

Masters & Johnson (1976) refiere que, “desde el punto de vista fisiológico, constituye un breve proceso de liberación física del aumento del flujo sanguíneo y de la miotomía, que se producen como respuesta al estímulo sexual. Desde el punto de vista psicológico se trata de la

percepción subjetiva del pico de la reacción física al estímulo sexual. Se cree que el ciclo de la respuesta sexual, con el orgasmo como último punto en progresión, está profundamente integrado en la condición de la existencia humana”. (p. 116)

Arango (2008) señala que “al margen de la forma o tipo de estímulo, consiste en contracciones rítmicas reflejas, a intervalos de 0.8 segundo, de los músculos perinatales, bulbocavernosos y pubococcígeos, así como de los tejidos dilatados de la “plataforma orgásmica”, la vagina y el útero.” (p. 105)

Ahora bien, en concordancia con las definiciones anteriores, tenemos que el orgasmo este compuesto por una serie de contracciones musculares que provocan placer y el mismo puede ser producto de una relación sexual con otra persona o bien puede conseguirse de forma individual a través de un proceso de masturbación.

1.4.1 Orgasmo vaginal

De acuerdo con Arango (2008) el hallazgo de mujeres que no encajaban con las descripciones clásicas de la respuesta sexual femenina, es decir que experimentaban placer sexual, orgasmos y en algunos casos la expulsión de un fluido por medio de la estimulación vaginal y no solo por medio de la estimulación del clítoris, llevo a investigadores al redescubrimiento de un área sexualmente sensitiva que ya había sido descrita en el siglo XVII por el ginecólogo danés Regnier y Graaf, descrita nuevamente por Ernest Greenberg en 1950, el bien conocido en la actualidad como punto G.

Huffman (1948, como se citó en Arango 2008) advierte que el punto G forma parte de la uretra y no de la vagina.

Arango (2008) apunta que este tejido, llamado punto G puede ser estimulado por los movimientos del pene, de forma manual o con algún objeto, al estimularse se percibe el aumento del volumen de una zona de pocos centímetros en la pared interior de la vagina.

1.4.2 Orgasmo clitoriano

Se define como aquel alcanzado a través de la excitación del clítoris.

Shibley & DeLamater (2006) señala que las investigaciones de Master y Johnson descubrieron que a diferencia de los hombres las mujeres no entran en un periodo refractario después de tener un orgasmo, por lo contrario, pueden tener orgasmos múltiples dentro de un periodo corto.

Así mismo Shibley & DeLamater (2006) cita las investigaciones realizadas por Master y Johnson y refiere que no tiene sentido hacer distinciones de si un orgasmo es clitorídeo o vaginal, derivado de los siguiente puntos, primero, fisiológicamente los orgasmos son iguales sin tomas en cuenta el sitio de estimulación, dado que el orgasmo en sí siempre consiste de las contracciones de la plataforma orgásmica y los músculos alrededor de la vagina, y segundo, señala que la estimulación clitorídea casi siempre está implicada en la producción de un orgasmo, incluso durante el coito vaginal, esto dado que la profunda estructura de clítoris garantiza que los pilares del clítoris se estimulen a medida que el pene se introduce en la entrada vaginal, de esta forma incluso el orgasmo puramente vaginal es el resultado de bastante estimulación clitorídea.

De acuerdo con (Fracoise, 2001) después del orgasmo la mujer experimenta una distención corporal general, que trae consigo un periodo de sueño más o menos profundo.

1.4.5 Manifestaciones físicas, biológicas y químicas durante el orgasmo

Como hemos referido el orgasmo se manifiesta gracias a la estimulación que puede tener una mujer gracias a la autoestimulación o contacto sexual con su pareja, este proceso no es solamente físico, sino que también representa un proceso químico y biológico dentro de la mujer, por ejemplo, Shibley (2006) señala que hay aumentos marcados en el pulso, presión arterial y tasas de respiración durante el orgasmo.

Durante el orgasmo como refiere Shibley (2006), hay aumentos marcados en el pulso, presión arterial y tasas de respiración.

Así mismo Arango (2008) describe los cambios que se observan durante la respuesta sexual de la mujer, en este caso señalaremos los cambios que suceden durante y después del orgasmo:

Orgasmo:

- a) Contracciones del tercio externo de la vagina.
- b) Contracciones del útero y trompas de Falopio.
- c) Contracciones del esfínter anal.
- d) El clítoris permanece retraído y oculto.
- e) Máximo desarrollo del rubor sexual.
- f) Contracciones musculares involuntarias.
- g) Aumento de la frecuencia cardíaca hasta 180 latidos por minuto.
- h) Incremento de la presión arterial.
- i) Aumento de la frecuencia respiratoria.

Resolución

- a) Desaparición de la lubricación y la distensión vaginal

- b) Normalización de la coloración de los labios menores y regreso a su tamaño normal
- c) El clítoris vuelve a su posición
- d) Disminución del tamaño y descenso del útero
- e) Rápida desaparición del rubor sexual
- f) Pronta disminución de la hinchazón de las areolas y reducción de la erección de los pezones
- g) Progresiva normalización del tamaño de los pechos
- h) Rápida desaparición de la tensión muscular
- i) Normalización de la frecuencia cardíaca
- j) Disminución de la presión arterial
- k) Disminución de la frecuencia respiratoria
- l) Sudoración

Así mismo posterior al orgasmo se produce relajación muscular la cual como menciona Arango (2008) tiene efectos ansiolíticos y es útil para reducir los niveles de angustia presentes en muchos casos de disfunción sexual, como el vaginismo, la fobia sexual y algunos casos en los que la angustia de desempeño es muy intensa.

En el orgasmo femenino como refiere Espitia (2019) se tienen sensaciones de humedad genital o chorreo (squirting) en el momento del orgasmo, dichas mujeres se dividen en tres grupos: las que presentan la eyaculación (emisión de un líquido de aspecto traslucido blanquecino, en cantidad variable, durante el orgasmo), las que presentan el “squirting” (expulsión a chorro de una gran cantidad de líquido eyaculatorio durante el orgasmo) y las que presentan incontinencia urinaria (salida de orina durante el orgasmo, en cantidad variable).

De acuerdo con Fischman (2000) en la fase orgásmica se experimenta el momento culminante de la excitación sexual, después del cual tiene lugar el orgasmo propiamente hablando, que es la respuesta refleja que produce una descarga de tensión neuromuscular y sexual. Al producirse el orgasmo las contracciones musculares involuntarias de la zona pélvica bloquean la continuación del paso de sangre arterial a la pelvis, y contribuyen a activar los vasos sanguíneos de dicha área, al dispararse las contracciones vaginales causadas por el orgasmo, comienza la fase de resolución que al igual que Gotwald (1983), esta fase continua hasta que desaparece la congestión pélvica y todos los órganos de la pelvis recuperan sus tamaños y posiciones originales.

Actualmente se han realizado pocos estudios en los que se ha presentado información referente al contenido bioquímico del líquido eyaculatorio que expulsan las mujeres durante el orgasmo, uno de los estudios actuales que ha contribuido en tal conocimiento es el de Espitia (2019) en el cual se estudió el contenido bioquímico del líquido eyaculatorio de las mujeres que participaron en su investigación y señala: “En el análisis bioquímico del líquido uretral se encontró que el color varió entre nacarado y gris opalescente, con una osmolaridad promedio de 269,31+3,57 mOsm/Kg, un rango de pH de 5,4, densidad promedio de 1.032 g/L, el rango de la viscosidad fue de 12,75 mm para el filamento y un volumen promedio de 29,73 cc; las sustancias más comunes fueron antígeno prostático específico (PSA) con una concentración promedio de 0,75 ng/ml, la concentración promedio de fructosa fue de 12 mmol/L, la fosfatasa ácida prostática arrojó un promedio 7.762,35 U/L, y de ácido cítrico de 729 mg/L”b.” (p- 57)

Como refiere Sayin (2012, como se cita en Sayin 2019) el orgasmo femenino tiene los siguientes patrones que contribuyen a los cambios corporales:

“Cambios en todo el cuerpo: taquicardia, presión arterial elevada, hiperventilación, sudoración, extensión de algunos grupos musculares –Ej., piernas y pies–, tensión muscular,

enrojecimiento sexual, vasodilatación en las arteriolas cutáneas y aumento de golpes en la sangre venosa.

Cambios genito-pélvicos: erección del complejo del clítoris y el glande del clítoris, agrandamiento del área del punto G y esponja uretral, lubricación, contracción involuntaria de la vagina, útero y cuello uterino, contracción voluntaria e involuntaria de los músculos del piso pélvico –músculos PC–, contracción involuntaria del esfínter anal.

Cambios psicológicos: alivio de la tensión, sensación de descarga, disminución de la ansiedad, felicidad, euforia, relajación, satisfacción, sensación subjetiva de deshacerse de la tensión eléctrica y muscular, estados alterados de conciencia –ASC–.”

Por otro lado, es importante destacar algunos de los químicos que la mujer genera durante el orgasmo:

Oxido Nitrico (NO)

Acuña (208) Juega un papel importante en la regulación del tono vaginal del músculo liso, también influye en el flujo sanguíneo y puede, además, tener funciones sensoriales.

Testosterona (T)

Acuña (2008) De acuerdo con los estudios realizados por S.Kattering de N. York se demostró que la testosterona es la hormona responsable del deseo sexual.

Los andrógenos en la mujer no solo son esenciales para la homeostasis hormonal y el desarrollo de la función reproductiva, sino que también son los precursores inmediatos de la biosíntesis de los estrógenos, tienen acción en el deseo sexual, la densidad ósea, la distribución del tejido adiposo, los estados de ánimo y humor, energía y bienestar. E

Dopamina (Do)

Acuña (2008) señala que la dopamina actúa sobre el Núcleo Paraventricular, Jeaneu (2004, como se citó en Acuña 2008) refiere que en el deseo sexual el cerebro libera dopamina, lo que incrementa el placer.

Oxitocina (Oc)

Acuña (2008) refiere que además de la acción sobre la contracción uterina, la Oc facilita la atracción, la sensación táctil, las caricias y aumenta la sensibilidad genital, al tiempo que hace decrecer la función cognitiva.

Barera (2023) señala que al final del orgasmo se libera oxitocina, la hormona de la carma, amor y sanación.

Norepinefrina central (NEc) y Feniletilamina (FEA)

NEc y FEA tienen acción coordinada en el momento de la atracción erótica. Ha sido motivo de profusas publicaciones en diversos medios de comunicación que la FEA ha sido denominada por el famoso neurólogo newyorkino el Profesor Lewowitz y por la antropóloga Helen Fisher como “La hormona del amor”. (Acuña 2008)

Serotonina (St)

Los receptores de St se han clasificado en 7 familias 5-HT del 1 al 7 que a su vez con los subtipos resultan en 17. Las investigaciones indican que el receptor 5-HT1-A tiene efecto inhibitorio de la conducta sexual. La St es un regulador del humor, el apetito, el sueño, la sed y la memoria. (Acuña, 2008)

Ahora bien, por otro lado, de acuerdo a la literatura, para muchas mujeres llegar al orgasmo puede ser complicado, en este sentido, autores como Lonnie (1976, como se citó en Gotwald 1983) describe como preorgásmicas a todas las mujeres que no han llegado al orgasmo, lo que quiere decir que toda mujer puede aprender a ser orgásmica con una serie de ejercicios que tiene por objeto desaprender las inhibiciones y formas antiguas de pensar que impiden a las mujeres ser orgásmicas, dichos ejercicios pueden consultarse en el libro *For Yourself: The Fulfillment of female sexuality*, así mismo el propio Gotwald (1983) refiere que las mujeres que tienen dificultad para llegar al orgasmo con su pareja, el aprender la forma de masturbarse hasta el orgasmo es probablemente el primer paso para vencer tal dificultad.

Como se abordó en el apartado correspondiente a Expresiones de la sexualidad femenina a través de la historia, del presente trabajo, se tiene que las mujeres han sido mayormente reprimidas que los hombres al momento de expresar su sexualidad, lo cual puede ser uno de los grandes motivos que las llevan a tener dificultades para lograr tener orgasmos ya sea en pareja o de forma individual a través de la masturbación, esto dado a los múltiples prejuicios que han sufrido a lo largo de la historia.

Lo anterior resulta conflictuante atendiendo que por un lado muchas mujeres tienen dificultades para alcanzar el orgasmo, siendo que como refiere Arango (2008) a diferencia de los hombres las mujeres pueden experimentar orgasmos continuos siempre que no se encuentre inhibida por alguna razón o que su aparato genital se mantenga en fase de meseta, si recibe estímulo erótico puede, en segundos después del primer orgasmo alcanzar otros, hasta que físicamente este exhausta y no desee más estimulación.

Lo señalado si bien pareciera una ventaja sobre los hombres, como se ha mencionado y a causa de los prejuicios de las distintas sociedades ha podido ser, incluso, algo problemático, dado

que la libertad de las mujeres para expresar su sexualidad se ha visto siempre inhibida por los dogmas que se le han impuesto en diferentes culturas.

Shibley & DeLamater (2006) refieren que las mujeres pueden tener dos tipos de orgasmos: el orgasmo clitorídeo y vaginal, el nombre dado a dichos tipos de orgasmos no implica que el clítoris experimenta un orgasmo y que la vagina experimenta otro, se refiere más bien a la región que se debe estimular para alcanzar el orgasmo. Asimismo, señala que hay pocas investigaciones acerca de los mecanismos eyaculatorios femeninos, se tiene conocimiento sobre la entrada sensorial, como el tacto, sobre el clítoris viaja por el nervio dorsal del mismo y continua por el nervio pudendo a un centro de reflejo en la región sacra de la medula espinal, el clítoris recibe fibras nerviosas tanto simpáticas como parasimpáticas, también la vagina esta provista de fibras nerviosas tanto simpáticas como parasimpáticas, el sistema límbico el cerebro es esencial en la excitación sexual femenina de igual forma que para la estimulación sexual masculina.

Shibley & DeLamater (2006) citan diversos autores señalando que la eyaculación femenina ocurre en algunas mujeres, apuntando que la región responsable es el punto G, también conocido como próstata femenina, este se localiza en el lado superior de la vagina, sus conductos se abren hacia la uretra, al frotarlo se produce una necesidad de orinar, sin embargo, si el frotamiento continuo durante algunos segundos más empieza a producir placer sexual.

1.5 Disfunciones

A continuación, señalaremos las disfunciones que se encuentran previstas en el DSM-V-TR:

- **Trastorno del interés/excitación sexual femenino.** Se refiere a la ausencia o reducción significativa del interés/excitación sexual femenina, que se manifiesta por lo menos por una de las tres siguientes:

1. Interés ausente o reducido en la actividad sexual.
 2. Fantasías o pensamientos sexuales o eróticos ausentes o reducidos.
 3. Inicio reducido o ausente de la actividad sexual habitualmente no receptiva al intento de la pareja por iniciarla.
 4. Excitación o placer sexual ausente o reducido durante la actividad sexual en casi todas o todas las ocasiones (aproximadamente 75%-100%) de la actividad sexual en pareja. (en situaciones y contextos o, si es generalizada, en todos los contextos).
- **Trastorno orgásmico Femenino.** Se tiene que experimentar uno de los síntomas siguiente en casi todas o todas las ocasiones (Aproximadamente 75%-100% de la actividad sexual (en situaciones y contextos concretos o, si es generalizada, en todos los contextos):
1. Se refiere al retraso marcado, infrecuencia marcada o ausencia de orgasmo
 2. Reducción marcada de la intensidad de las sensaciones orgásmicas.
- **Trastorno de dolor genito-pélvico/penetración.** Dificultades persistentes o recurrentes con una (o más) de las siguientes:
1. Penetración vaginal durante las relaciones.
 2. Marcado dolor vulvovaginal o pélvico durante las relaciones vaginales o los intentos de penetración.
 3. Marcado dolor o ansiedad de sentir dolor vulvovaginal o pélvico antes, durante o como resultado de la penetración vaginal.
 4. Tensión o contracción marcada de los músculos del suelo pélvico durante el intento de penetración vaginal.

2. Masturbación femenina

Para iniciar a abordar esta temática señalaremos algunas de las definiciones que se han dado respecto de esta actividad.

Gotwald (1983) refiere que la palabra masturbación proviene del término latino *manu-stuprare*, es decir, corromper con la mano, en esta actividad se producen frotamiento y estimulación de los genitales no solo con la mano, si no con diversos objetos como almohadas, agua y vibradores.

Según Arango (2008) “La masturbación se refiere a cuando una persona toca sus propios órganos sexuales para procurarse placer.” (p. 51)

Por otro lado, Shibley & DeLamater (2006) señala que la masturbación es “autoestimulación de los genitales para producir excitación sexual.” (p. 11)

Para Fischman (2000) “La masturbación es una forma de autoestimulación sexual en la que la mujer se proporciona placer sexual a sí misma, en forma independiente de otra persona.” (p. 37)

Así mismo, Fischman (2000) apunta que hay varios términos que se usan para referirse a esta actividad, como onanismo, autoerotismo, hacerse la paja, frotarse y juego solitario, este último nombre hace alusión a que la masturbación es generalmente una actividad privada y solitaria.

Espitia & Torres (2017, como se citó en Vilet & Galán, 2021) refiere “la masturbación como una forma de sexualidad segura que proporciona una liberación sexual y reduce el riesgo de embarazos no deseados e incluso enfermedades de transmisión sexual.” (p. 345)

En resumen y atendiendo a lo expuesto por los autores citados, la masturbación hace referencia a la autoestimulación realizada por una persona de forma manual o con ayuda de algún

objeto a sus genitales u otras partes de su cuerpo con la intención de obtener placer y alcanzar el orgasmo.

Ahora bien, dicha actividad a lo largo de la historia ha sido mayormente asociada a los hombres como señala Gotwald (1983) y en menor medida por las mujeres, actividad que ha sido considerada inmoral y como enfermedad, por lo que se le han asociado tanto castigos como supuestas curas entre las que se mencionan la vasectomía o la castración en el caso de los hombres, mientras que para las mujeres entre los regímenes terapéuticos radicales usados se encuentra la clitoridectomia.

Así mismo, Shibley & DeLamater (2006) refiere que en muchas sociedades se expresa desaprobación de algún tipo por la masturbación adulta, la cual puede ir desde el escarnio leve hasta el castigo severo, mientras que algunas sociedades toleran o incluso alientan la masturbación durante la niñez y adolescencia.

La postura hacia la masturbación es diversa en distintas sociedades y culturas, tanto en lo referente a la practica en si como a quien la práctica, por ejemplo, Gotwald (1983) refiere que los Kgtala-Tswana de África del sur no toleran la masturbación en hombres de cualquier edad, pero aceptan la masturbación en mujeres, en especial en aquellas separadas de sus esposos durante largo tiempo, otro ejemplo, son los hindúes quienes también desaprueban la masturbación masculina dado que consideran que la pérdida del semen produce debilidad corporal.

Una idea generalizada en concordancia con Arango (2008) es que el erotismo y sexualidad de la mujer no se construye en la misma temporalidad ni de manera oportuna, si no que esta se encuentra condicionada a retrasarlo en función de otro, dado que a menudo se llega a la vida adulta idealizando que el erotismo se encuentra en espera de desarrollarse, despertarse o descubrirse en

función del compañero de vida, en lugar de que la propia mujer cree el placer que espera. Aunado a lo anterior, el mismo Arango (2018) advierte que se tiene la idea de que la mujer no se siente con el derecho de desear a alguien, tampoco con el derecho a la autoestimulación para provocar su propio placer, ya sea porque desconoce muchos aspectos de su cuerpo y de sus genitales.

De acuerdo con Rubio (1994) y Aldana (2000), la teoría de los holones y la teoría de la conformación del psicoerotismo femenino, la mayoría de las veces la mujer no logra conformar su psicoerotismo en general y, en particular, su sexualidad, sino todo lo contrario, dado que en muchas ocasiones la mujer no consigue introyectar su cuerpo y deseo de una manera positiva y erótica, como un ser capaz de erotizar y desear a otros y no solo que puede ser erotizado y deseado por los otros.

Master & Jhonson (1966, como se citó en Gotwald, 1983) descubrieron que la estimulación del clítoris casi invariablemente conduce a las mujeres al orgasmo, pero que estas en general se estimulan los labios vulvares y la zona del monte de venus para evitar una concentración demasiado intensa y rápida de las tensiones sexuales, así mismo observaron que, en las mujeres que estudiaron en el laboratorio, las que eran diestras tendieron a estimular el lado derecho del tallo del clítoris, mientras que las zurdas el lado izquierdo.

En acuerdo con Gotwald (1983) si la mujer es capaz de masturbarse por su propio placer, sabrá con exactitud los tipos de estimulación que prefiere y requiere. Este señalamiento es crucial para el estudio de la sexualidad femenina, dado que como bien se menciona el autoestimularse además de procurar placer permite a las mujeres conocerse a ellas mismas y las partes que le proporcionar o inducen al placer, lo que en futuro podría ayudarle en sus relaciones de pareja, o bien en su desahogo individual.

Hyde (1981, como se citó en Echeverría-Lozano, 2017) comenta que “siendo esta una forma de experimentar libremente el placer, y de decidir sobre él como algo propio, no es culturalmente esperado para las mujeres”, este precepto deja ver el arraigo que aún se tiene respecto de cómo es que las mujeres deben de expresar su sexualidad, dado que desde tiempos atrás se ha juzgado a las mujeres por experimentar con su sexualidad en pareja, máxime al hacerlo de forma individual como si de relegar el papel del hombre se tratara, cuando por el contrario, las prácticas masturbatorias pueden resultar beneficiosas tanto para la vida en soledad de una mujer como su vida en pareja.

Gotwald (1983) señala que tradicionalmente la masturbación se ha considerado una técnica para mujeres que viven solas y un sustituto de la relación sexual, sin embargo, esta quizá no pueda sustituir la intimidad que se puede compartir en pareja para llegar al placer sexual, por lo que no necesariamente debe considerarse que la masturbación es un sustituto defectuoso de la copula, en este sentido se tienen que dejar de promover ideas como esta, la masturbación no es un sustituto de la práctica sexual en pareja, es una práctica sexual que tiene sus propias características y connotaciones, por lo que su práctica no sustituye otras prácticas sexuales, sino que por el contrario puede complementar las mismas con la intención de buscar que se alcance siempre el mayor placer.

2.1 Masturbación femenina durante la niñez, adolescencia, juventud y vejez

Infancia (0 a 7 años). Los lactantes juegan con sus propios genitales, sin embargo, no se tiene certeza de que tan conscientes están de lo que hacen, aun cuando pareciera que están realizando algún tipo de autoestimulación placentera. Así, la manipulación rítmica de los genitales asociada a la masturbación adulta no ocurre sino hasta los 2 años y medio a 3 años de edad, como refiere Martinson (1994, como se citó en Shibley & DeLamater, 2006).

Durante niñez Shibley & DeLamater (2006). señalan que los niños van adquiriendo experiencia con la masturbación y aprenden que es una actividad que se debe realizar en privado.

Preadolescencia (8 a 12 años). Durante esta etapa se obtiene mayor experiencia con la masturbación. En esta etapa Langfeldt (1981, como se citó en Shibley & DeLamater, 2006) las mujeres a diferencia de los hombres se enteran de la masturbación a través de un autodescubrimiento accidental.

Adolescencia (13 a 19 años). La masturbación en esta etapa tiene una función primordial para el desarrollo adecuado del erotismo, considerando el acelerado crecimiento del cuerpo, la imagen inconsciente erótica del cuerpo, hasta entonces idealizada, debe transformarse para adquirir una imagen más acorde con la realidad y culminar en la imagen sexual del adulto.

Adulthood (20 años en adelante). Como refiere Fischman (2000) q partir de la adultez la masturbación se convierte en un medio natural para desahogar la tensión sexual.

Vejez (60 años en adelante) Star y Weiner (como se citó en Bardi, Leyton & Martinez) señalan los siguientes porcentajes de masturbación durante la vejez:

Edad	Hombres	Mujeres
60-69	92.6%	47.1%
70-79	29.5%	49.1%
80-89	45.8%	34.5%

Lo anterior muestra que la conducta masturbatoria es una constante en las diferentes etapas de vida del desarrollo humano de cada persona, por lo que resulta indispensable que se comience

a tratar el tema con mayor importancia tanto en los diferentes niveles educativos como en el núcleo familiar, esto claro, siempre de una forma consciente e informada.

2.2 Estadísticas de masturbación entre hombres y mujeres

Como refiere Londoño, Tabares & Álvarez (2023) cuenta con un campo de investigación reciente donde se ha estudiado la relación de la masturbación con diversas variables, por lo que a continuación enunciaremos algunos estudios y los resultados que consideramos relevantes para el presente trabajo.

Guarín Serrano et al. (2019) encontraron que la masturbación femenina se relaciona inversamente con la disfunción orgásmica y que la satisfacción a partir de esta práctica sexual se relaciona de manera directa con el desarrollo integral de la mujer y su calidad de vida.

En el estudio de Moral & Ortega (2008), cuyo objetivo fue estudiar las diferencias de género, entre universitarios, entre otras se llegó a las siguientes conclusiones:

Frecuencia en la masturbación	Hombres	Mujeres
No se han masturbado	9%	50.8%
Se han masturbado una vez	3%	11.9%
Varias veces	41.8%	26.3%
Una vez al mes	13.3%	7.3%
Una vez a la semana	23.9%	3.4%
Casi todos los días	9%	0.3%

Por otro Lado, Moral (2011) en un estudio obtuvo los siguientes resultados:

- 91% de los hombres y 49% de las mujeres se han masturbado al menos una vez.
- En general 48% siempre experimenta placer al masturbarse y 34% con frecuencia. }
- 32% siempre siente satisfacción y 32% con frecuencia.
- 60% nunca sufre angustia y 35% algunas veces.
- 61% nunca experimenta culpa y 31% algunas ocasiones.
- 65% nunca siente vergüenza y 30% algunas veces.

Así mismo Moral (2011), señala en el mismo estudio, que la baja frecuencia de placer-satisfacción al masturbarse esta pronosticada por una baja frecuencia de masturbación y una actitud de rechazo hacia la masturbación.

Echeverria-Lozano (2017) elaboró un estudio en el que realizó encuestas mujeres reconstruyendo sus relatos, y señala que en la mayoría de los mismos se puede percibir una mayor conciencia de la masturbación femenina; sin embargo, también hay una resistencia a vivir la experiencia como algo propio derivado de los juicios externos son muy fuertes, y se asume en primera instancia la masturbación como una práctica predominantemente masculina y no como una opción para conocer el cuerpo y experimentar placer en las mujeres.

En el estudio de Carpenter, Jenssen, Gram, Vorts & Wicherts (2008, como se citó en Pulido, Gayoso, Perez & Ruiz, 2015), entre sus resultados encontraron que los hombres reportaron mayor frecuencia de masturbación que las mujeres, mismo resultado se obtuvo en el estudio realizado por Pulido, Gayoso, Perez & Ruiz (2015) estudio realizado entre estudiantes universitarios de la Ciudad de México.

2.3 Mitos sobre la masturbación femenina

Como refiere Gotwald (1983) la masturbación se ha relacionado con la perversión y enfermedad mental, siendo no obstante una actividad sexual que practican gran cantidad de seres humanos en algún momento de su vida, así mismo con independencia de las creencias negativas que se tienen respecto a la masturbación, no se ha demostrado que la misma sea debilitante en aspectos psicológicos o fisiológicos.

Autores como Fischman (2000) señalan que el tema de la masturbación está rodeado de mitos, prohibiciones, ignorancia, culpas y vergüenza. A las personas se les ha advertido que mirar y tocar sus órganos genitales es indecente o pecaminoso y que la masturbación es un acto que produce daño físico y moral.

A continuación, se señalan algunos de los mitos más frecuentemente expuestos en la literatura referentes a la masturbación femenina citados por los siguientes autores: Bardi & Martínez (2003) Kinsey (1953, como se citó en Shibley & DeLamater) y Vega (2014):

1. Es un acto que se realiza sólo en la adolescencia.

Como ya se ha abordado a lo largo del presente trabajo, esta actividad se presenta desde la niñez, y si bien es cierto se encuentra mayor frecuencia de su práctica durante la adolescencia, este hecho no limita la misma a dicha etapa de la vida, por el contrario, se encuentra presente en todas las etapas del desarrollo humano, pues forma parte inherente del mismo.

2. Las mujeres no se masturban.

Si bien es cierto a lo largo de la historia la frecuencia registrada de masturbación femenina ha sido menor que en los hombres, esto no quiere decir que dicha práctica sea exclusiva de

estos, por el contrario, es una práctica efectuada por ambos sexos, calificada de forma distinta en función de la sociedad y cultura.

3. Si se tiene pareja estable, es anormal masturbarse.

Contrario a esta creencia, las practica masturbatoria puede generar grandes beneficios a las relaciones de pareja toda vez que puede generar una visión más amplia sobre las zonas erógenas de quien la practican, generando mayor conocimiento sobre el propio cuerpo, lo que reeditaría en experiencias sexuales en parejas más satisfactorias siempre y cuando los resultados obtenidos de la masturbación sean compartidos con la pareja de forma asertiva.

4. Produce daño mental y debilidad física.

No existen datos científicos que prueben que esta práctica cause daño físico o mental, incluso, algunos autores refieren lo contrario.

5. La persona que se masturba es perversa.

Este mito este asociado a las creencias que se tenían en tiempos antiguos en los que se asociaban prácticas sexuales a desórdenes mentales o en su caso a la perversión para instar al pecado, sin embargo, hoy sabemos que quien realice estas prácticas no necesariamente es una persona perversa.

6. Hace salir pelos en la palma de la mano.

Al igual que el anterior este mito era muy común en la antigüedad, sin embargo, no tiene ningún sustento científico.

7. Causa malformaciones físicas en la zona genital (se caen los testículos, crece el clítoris)

No existen sustento científico que pruebe que al practicar la masturbación de forma ocasional o frecuente se puedan generar malformaciones en la zona genital.

8. Causa disfunciones sexuales (eyaculación retardada, frigidez)

Por el contrario, la masturbación es usada en algunas terapias de carácter sexual con la intención de disminuir o eliminar las disfunciones sexuales tanto en hombres como mujeres.

9. Los hombres piensan que las mujeres se masturban insertando un dedo, plátano u objetos similares en las profundidades de la vagina, cuando el método más común es la estimulación del clítoris, lo cual no implica introducir objetos en la vagina.

Existen diversos tabúes y creencias falsas respecto de la forma en la que las mujeres se masturban, dichas ideas están basadas en la ignorancia y la falta de apertura para abordar el tema de una forma más libre y certera, lo que propicia que, en este caso los hombres, creen fantasías acerca de cómo es que las mujeres se masturban.

10. La mujer es frígida por naturaleza.

La frigidez se refiere a la falta de goce sexual en la mujer, hoy no existe como estado natural e inmodificable; no hay ningún tipo de mujer incapaz de placer. En este punto la sociedad no estimulada un conocimiento de la anatomía femenina por lo que se han dado pautas represoras y esto ha dificultado que las mujeres lleguen a gozar, no se atrevan a mirar, ni tocar sus genitales.

11. Las mujeres que se masturban son anormales.

Anteriormente aquella mujer que encontraba placer por sí misma se le denominaba ninfómana, nuevamente un mito basado en la ignorancia y falta de apertura sobre el tema, dado que la masturbación es una conducta completamente normal, que como ya se ha discutido, se practica durante todas las etapas del desarrollo humano.

12. La mujer normal alcanza el orgasmo solamente con el coito.

Para alcanzar el orgasmo se tienen diferentes métodos, si bien uno de ellos puede ser el coito, lo cierto es que no es la única forma de alcanzarlo, incluso, de acuerdo a los estudios revisados se tiene que es más probable que la mujer alcance el orgasmo a través de la masturbación, antes que del propio coito.

13. La masturbación produce cáncer, locura, cansancio, idiotez, raquitismo, debilidad.

Como ya se ha mencionado, no existen datos científicos que sustenten hipótesis referentes a esto.

Como bien señala Bardi, Leyton & Martínez (2003) durante años, han existido mitos y fantasías acerca de la masturbación, sin embargo, estos al no contar con un sustento científico real, no dejan de ser mitos diseñados y abordados desde la ignorancia y creencias falsas sobre esta práctica o bien han sido infundidos por las distintas creencias o interpretaciones en las distintas culturas y religiones.

Así mismo los mitos señalados con anterioridad, como bien refiere Fischman (2000) provoca que el tema de masturbación sea prohibido o ignorado, por lo que las mujeres evitan discutirlo y examinarlo, situación que lejos de provocar beneficios, genera prejuicios y desinformación, así mismo induce a que los mismos se sigan replicando y evitan que los beneficios

y buenas prácticas de la masturbación se difundan con la finalidad de crear un mejor desenvolvimiento sexual en las mujeres.

Ahora bien, Hite (1976, como se citó en Gotwald, 1983) en su estudio *The Hite Report*, refiere que “La masturbación al parecer tiene mucho de recomendable, esto es, orgasmos intensos y fáciles y una fuente sin fin de placer, pero por desgracia aun sufrimos en cierta medida, de una cultura que dice que las personas no deberían masturbarse”. (p. 351)

Ahora bien, en concordancia con Fischman (2000) desde un punto de vista estrictamente médico o psicológico no hay motivos que indiquen que la actividad masturbatoria debe impedirse o tratarse en forma diferente de otras actividades corporales, sin embargo, es conveniente educar a niños adolescentes y adultos para que aprendan que la masturbación debe de ser una actividad privada que si bien es normal, el hecho de hacerlo en público, puede no sólo no ser bien visto por la sociedad, sino que además puede tener repercusiones incluso legales. Por otro lado, el único daño que sí puede producir la masturbación es la sensación de culpa el cual es provocado frecuentemente debido a los mitos y castigos tanto de la familia como de la sociedad que pueden imponer a este tipo de conducta.

2.4 Formas de masturbación femenina

Powdermaker (1933, como se cita en Shibley Hyde & DeLamater, 2006) refiere que las mujeres en Lezu del Pacífico Sur se masturban así, se sienta y dobla la pierna derecha de modo que su talón presione sus genitales, dicha acción es replicada por niñas de aproximadamente seis años, y se habla libremente del tema sin que exista culpa asociada a ello.

Shibley Hyde & DeLamater (2006) hace alusión a que en Azande de África la mujer utiliza un falo hecho de la raíz de un árbol para masturbarse, sin embargo, si es descubierta por su esposo

este puede golpearla gravemente, mientras que Lesu del Pacífico Sur, es una de las sociedades que no expresa ninguna desaprobación hacia la masturbación femenina adulta.

Ford y Beach (1951, como se citó en Gotwald, 1983) refiere que, en Siberia, las mujeres Chukchee se masturban con el muslo de la pantorrilla de algún venado, así como que en Tikopia, isla del Pacífico se masturban al introducir una raíz de manioca o un plátano en la vagina.

En concordancia con Gotwald (1983) la masturbación puede ser una fuerza positiva que ayude a los seres humanos a descubrirse sexualmente, un preludio para comunicar a la pareja sexual una valoración exacta de sus deseos y necesidades sexuales y probablemente sirve para proporcionar más placer sano al repertorio sexual.

Shibley & DeLamater (2006) señala que “es posible que las mujeres froten de arriba hacia abajo o en un movimiento circular, en ocasiones de manera ligera y a veces aplicando mayor presión sobre el clítoris. Algunas prefieren frotar el costado del clítoris, mientras que otras pocas estimulan el glande del clítoris de manera directa.” (231)

Otra técnica como refiere Shibley & DeLamater (2006) que las mujeres utilizan durante la masturbación es incluir la estimulación de los senos, presión de los muslos ejercida al cruzar las piernas y presionarlas juntas de manera rítmica para estimular el clítoris, y presionar los genitales contra algún objeto, como una almohada, o masajearlos con un chorro de agua al estar en la ducha.

Hite (1976, como se citó en Gotwald, 1983) documentó seis formas básicas mediante las cuales las mujeres se masturban:

1. 73% de las mujeres estimulaban la zona del clítoris y vulva con las manos, al estar acostadas de espaldas, e introduciendo o no un objeto en la vagina.
2. 5.5.% estimulaban la zona del clítoris y vulva al estar acostadas sobre el abdomen.

3. 4% oprimían la zona del clítoris y vulva contra un objeto blando, y a veces introducían algún objeto en la vagina.
4. 3% Oprimían sus muslos uno contra otro en forma rítmicas, en ocasiones al introducir un objeto en la vagina.
5. 2% usaban agua corriente para darle masaje al clítoris, y algunas combinaban esto con la introducción de algún objeto en la vagina.
6. 1.5% usaban algún tipo de objeto en la vagina.

A la técnica que se adopte para masturbarse se pueden incluir las fantasías, que como refiere Shibley & DeLamater (2006) “son pensamientos o imágenes sexuales que alteran las emociones o el estado fisiológico de la persona”. (231)

Adicional a las formas ya mencionadas como refiere Fischman (2000) las mujeres pueden apoyarse por fantasías o en sueños de carácter erótico durante la masturbación.

Complementando lo anterior es importante destacar que la forma en la que cada mujer decida masturbarse dependerá de su forma de ser, de sentir e incluso del espacio y materiales que cuente para ello, recalcando que esta actividad es completamente personal y que las técnicas que se usen o adopten para practicar la masturbación con mayor frecuencia podrán ser elegidas dependiendo de los beneficios que de cada una se obtengan.

También es importante mencionar que hoy en día existen diversos objetos auxiliares en esta actividad en el mercado, tales como vibradores, dilos y juguetes varios que pueden ser usados de forma individual en la práctica masturbatoria o inclusive en pareja.

2.5 Beneficios de la masturbación

Espada, Morales & Orguiles (2014, como se citó en Espitia & Torres, 2014) advierte que la masturbación es la forma más común de disfrutar del sexo, puede favorecer la salud física y mental, aumentando el propio conocimiento sobre las preferencias sexuales, las posibilidades y limitaciones personales, además de preparar a las personas para realizar prácticas sexuales más convenientes y responsables.

Arango (2008) fundado en el Mastubation-From Stigma to Sexual Healt 2002, señala que la masturbación ha sido asociada a efectos beneficiosos tanto físicos como mentales:

- Alivia la tensión premenstrual en mujeres.
- Procura a las personas una descarga sexual saludable para las personas que se abstiene de tener relaciones coitales con pareja o que no tienen pareja disponible.
- Es una actividad sexual segura que sirve para la prevención de embarazos no deseados y enfermedades de transmisión sexual.
- Permite la experiencia de placer sexual a las mujeres que no se encuentran listas para la penetración vaginal, anal o sexo oral.
- Aumenta el flujo sanguíneo a la región genital, proceso fisiológico que favorece la integración a la respuesta sexual.
- Induce al sueño.
- Sirve como tratamiento de disfunciones sexuales.
- Es un proceso autoeducativo en el que las mujeres aprenden como tener un orgasmo.
- Alivia el estrés.

La relajación muscular como refiere Arango (2008) tiene un efecto ansiolítico que es útil para reducir los niveles de angustia presentes en muchos casos de disfunción sexual, como el vaginismo, la fobia sexual y algunos casos en que la angustia de desempeño es muy intensa

Otro beneficio que se puede encontrar en la práctica masturbatoria femenina como señala Master & Johnson (Como se citó en Shibley & DeLamater es que las mujeres que se masturban podían tener de 5 a 20 orgasmos en un solo evento

Fischman (2000) señala que mujeres que descubren el potencial sexual de la autoestimulación y la ven como un proceso natural que constituye una fuente de aprendizaje sobre el propio cuerpo. Estas mujeres que consideran la masturbación como un proceder natural, que constituye una fuente de placer, de descarga de tensión sexual, y un medio para aprender más de su sexualidad, dado que al permitirse la libertad de explorar su cuerpo, descubren las formas de las formas de estimulación que la satisfacen, en qué edad como el placer que a veces surge con la estimulación del clítoris y las zonas adyacentes punto y seguido así pueden determinar cuál es la modalidad de estimulación que prefiere y el ritmo y lapso que le produce mayor satisfacción sexual.

Fischman (2000) también refiere que las mujeres experimentan orgasmos más fácilmente a través de la masturbación que del propio coito asimismo señala que diversos estudios refieren que dicha actividad produce un tipo de orgasmo más intenso y con el mayor número de contracciones pélvicas.

Godoy (2019) la masturbación es reconocida por la ciencia y parte de la sociedad más informada, como una práctica que ayuda a las mujeres a conocer y valorar sus cuerpos, a identificar sus límites y puntos más sensibles, a tener más autonomía y empoderamiento en el ámbito sexual, poder conocer sus puntos erógenos.

Hurlbert & Whittaker (1991, como se citó en Londoño, Tabares & Álvarez 2023), realizaron una investigación que examinó los efectos de la masturbación femenina y la satisfacción sexual en el matrimonio, encontrando lo siguiente respecto de las mujeres que practicaban la masturbación: presentaron una autoestima mas alta, un rango más amplio de variación orgásmica (variedad de prácticas para alcanzar el orgasmo), evidencian mayor constancia en el orgasmo (frecuencia con que se alcanza el orgasmo) y mayor satisfacción sexual y conyugal.

Así mismo, como señala World Association for Sexual Health (1999, citado por Sierra, Perla & Gutierrez, 2010) en la actualidad se plantea el derecho al placer sexual, incluido el autoerotismo, como fuente de bienestar físico, psicológico, intelectual y espiritual.

Recientemente, Londoño, Tabares & Alvarez (2023), encontraron el combate en la reducción del estrés es el tercer motivo por el cual las mujeres de su estudio se masturban, dado que el objetivo que se quiere alcanzar con la masturbación es encontrar un bienestar (relajarse, satisfacer un deseo sexual) o disminuir un malestar (dolores físicos, ansiedad o estrés).

Las prácticas masturbatorias tienen como finalidad dotar de placer a las mujeres, el orgasmo en este sentido la que suscribe considera el mayor placer el alcanzar el orgasmo, ya sea este vaginal o clitoriano, o en el mejor de los casos ser capaz de experimentar multiorgasmos, lo cual, sin embargo, también hemos abordado que la experimentación del orgasmo trae consigo otro tipo de beneficios, como la generación y expulsión de químicos que favorecen el combate al estrés, ansiedad o depresión, lo que provoca relajación física y mental.

2.6 Problemas asociados

Kaplan (1981) refiere que existen personas que se masturban de manera compulsiva y excesiva, dichas personas sufren ansiedad, y utilizan la masturbación como un tranquilizante, en

estos casos no es la masturbación lo que les causa daño, sino la ansiedad, la cual se debe tratar con ayuda especializada. El mismo autor refiere que algunas personas se masturban porque tienen miedo de mantener relaciones sexuales con otra persona, en este caso el temor a la otra persona es lo que constituye un problema, no la masturbación.

Otro peligro asociado a la masturbación reflejado en el desarrollo de la historia y como refiere Kaplan (1981) es la culpabilidad y vergüenza que sienten algunas personas debido a ella. Si un individuo se siente culpable por el hecho de masturbarse, si ello le provoca un conflicto, si se preocupa por las fantasías que acompañan este acto, estos sentimientos negativos pueden quedar asociados con todas sus ideas y emociones sexuales, y esto no puede ser bueno para su vida sexual.

3. El proceso terapéutico

3.1. Terapia Cognitivo Conductual

En psicología existen diversas posturas para el abordaje del tratamiento psicológico, en el presente trabajo hablaremos en específico de la Terapia Cognitivo Conductual (TCC), ya que como refiere Chiclana & Paniagua (2021) es el que hasta la fecha ha mostrado eficacia en ensayos aleatorizados, y en la que se trabaje con objetivos claros, reducción de las conductas problema, cambio de patrones de pensamiento no adaptativos, promoción de estrategias adaptativas sanas, atención al ambiente social y relacional, abordaje del estilo de apego y de la identidad personal, potenciar la educación sexual.

Ahora bien, es pertinente señalar las que la autora del presente trabajo considera las características principales de la TCC en relación con lo apuntado por Ruiz, Díaz & Villalobos (2009):

1. Es una actividad terapéutica de carácter psicológico basada, sobre en la psicología del aprendizaje.
2. Las técnicas y procedimientos utilizados cuentan en buena parte con base científica o experimental, así como también en la experiencia clínica.
3. El objeto del tratamiento es la conducta, y sus procesos subyacentes, en sus distintos niveles (conductual, cognitivo, fisiológico y emocional), considerada como actividad susceptible de medición y evaluación, en esta se incluyen tanto aspectos manifiestos como los encubiertos.
4. La conducta se conceptualiza como básicamente aprendida, es decir, fruto de los diversos factores que han operado en la historia del sujeto, sin ignorar la influencia de factores biológicos o sociales.
5. El objetivo de la intervención es el cambio conductual, cognitivo y emocional modificando o eliminando la conducta desadaptada y enseñando conductas adaptadas cuando éstas no se producen. Para ello, la intervención también puede dirigirse a modificar los procesos cognitivos que están en la base del comportamiento.
6. Pone énfasis en los determinantes actuales del comportamiento, no obstante, tiene en cuenta factores históricos que explican el porqué se está dando la situación actual.
7. Desde el punto de vista metodológico se considera característica fundamental la utilización de la metodología experimental, o de forma más precisa, de un enfoque empírico que se aplica a lo largo de todo el proceso, en la evaluación y valoración de sus resultados.
8. Hay una estrecha relación entre evaluación y tratamiento, que se extiende a lo largo de toda la intervención dándose entre ambas una constante y mutua interdependencia, que hace difícil su distinción como fases diferentes. No obstante, son numerosas las intervenciones

que se plantean en la actualidad a partir de criterios diagnósticos tradicionales y mediante protocolos estandarizados de actuación. Este proceder es fruto del conocimiento que ha ido adquiriendo acerca de los factores implicados en la génesis y mantenimiento de algunos problemas de comportamiento, y en la eficacia que ciertas intervenciones estandarizadas han mostrado en el tratamiento de determinados cuadros psicopatológicos.

9. Tiene especial interés en la evaluación de la eficacia de las intervenciones, aspecto que procede del enfoque empírico que tiñe todo lo referente a la evaluación y tratamiento. Dicha eficacia se establece experimentalmente valorando los cambios producidos en la conducta tratada, considerando los cambios a corto y largo plazo, así como su generalización al ambiente habitual del sujeto.
10. Es y ha sido eminente activo. Implicando la realización de actividades por parte del interesado en su medio ambiente natural.

Ahora bien, hablando del proceso terapéutico en resumen este puede dividirse de la siguiente forma: evaluación conductual, análisis funcional, intervención conductual, psicoeducación y seguimiento.

3.1.1 Evaluación conductual

Heiby & Haynes (2004, como se cita en Ruiz, Díaz & Villalobos, 2009), definen la evaluación conductual como se cita a continuación:

“Es un enfoque científico de evaluación psicológica que enfatiza el uso de medidas mínimamente interferenciales o interpretativas, la utilización de medidas sujetas previas a un proceso previo de validación, la identificación de relaciones funcionales, y el

establecimiento de conclusiones a partir de los datos obtenidos en distintas situaciones, con distintos procedimientos y a lo largo de diferentes momentos temporales.” (p. 109)

En concordancia con Ruiz, Díaz & Villalobos, (2009), los tres principales elementos de la evaluación conductual son:

- a) La medida del cambio.
- b) La identificación y medida de las relaciones funcionales.
- c) La medida de los aspectos a) y b) en individuos o grupos concretos.

Algunos métodos para realizar una evaluación conductual, de acuerdo con Ruiz, Díaz & Villalobos, (2009) son los siguientes:

- a) **Entrevistas conductuales.** Algunos de sus objetivos principales es la identificación de las conductas objetivo y la selección de los métodos de evaluación más adecuados. De igual manera tiene los siguientes objetivos:
 1. Ofrecer al paciente una explicación inicial de lo que pretende la entrevista y el porque se necesitará información detallada y específica sobre el problema.
 2. Identificar y definir las conductas problema.
 3. Identificar los parámetros de la conducta problema (frecuencia, intensidad, duración)
 4. Identificas los antecedentes de la ocurrencia y no ocurrencia del problema.
 5. Identificar las consecuencias de la conducta problema.
 6. Identificar los recursos y fortalezas del paciente.
 7. Establecer la medida de las conductas relevantes.
 8. Resumir y valorar si el entrevistado a entendido todo y esta de acuerdo en continuar.
- b) **Observación conductual.**

Como refiere Ruiz, Díaz & Villalobos, (2009), la observación conductual tiene como objetivo obtener información más detallada acerca de las conductas problema identificadas, esta puede ser realizada por evaluadores entrenados, personas del entorno o por el propio paciente mediante técnicas de auto-observación, asimismo los contextos de evaluación pueden ir desde el entorno natural a contextos muy estructurados y su elección variará en función de la accesibilidad.

Como refiere Hynes & O'Brien, 2004 como se cito en Ruiz, Díaz & Villalobos, 200) las estrategias de observación más frecuentes son los registros narrativos, el registro por intervalos, el registro de sucesos y los registros de evaluación auto o heteroinformados.

c) **Evaluación cognitiva conductual.**

Los procedimientos utilizados con mayor frecuencia para la evaluación de los contenidos cognitivos son los auto-registros y los inventarios cognitivos auto-informados.

d) **Evaluación psicofisiológica**

Como refiere Ruiz, Díaz & Villalobos, (2009), esta evaluación de respuestas psicofisiológica ha sido relegada en favor de pseudoevaluaciones que pretenden inferir la respuesta de un nivel del sistema a partir de otro, sin embargo. Así mismo este tipo de evaluación tiene un papel central en los siguientes ámbitos: El proceso de evaluación y tratamiento de los trastornos psicofisiológicos, en la evaluación y tratamiento de psicopatologías frecuentes que cursan con síntomas somáticos, por ejemplo, en el trastorno de estrés post-traumático, el trastorno de angustia, trastornos de ansiedad en general y depresión, así como en la identificación de sujetos vulnerables a determinados trastornos.

3.1.2 Análisis Funcional

Haynes & colaboradores (1993, como se citó en González & Juárez, 2016) lo definen como “la identificación de relaciones relevantes, controlables, causal-funcionales y no causales que aplican a conductas particulares de un individuo.” (p.1030)

Así mismo González & Juárez (2016) señalan que “el análisis funcional busca identificar las variables que muestran una covarianza con la variable de interés, en este caso la situación, queja o motivo de consulta, que se trabajaría en terapia, más allá de eso, se detectan los antecedentes y consecuentes que al ser modificados provocarán variaciones en los comportamientos que se trabajarán en terapia.” (p.1031)

Por otro lado, Ruiz, Díaz & Villalobos (2016) lo definen como “el conjunto de métodos que organizan la información recogida en hipótesis sobre los antecedentes, conductas problema y consecuencias, considerando también otras variables que pueden afectar a este esquema básico, con el objetivo de determinar la razón (función) de la conducta.” (p. 120)

Beaber y et.al. (2013 como se citó en González & Juárez, 2016) refieren que “los beneficios del uso del análisis funcional para la ciencia y la práctica se reconocen por la extensión de su aplicación a una gran variedad problemáticas y análisis de tratamientos, incluyendo las ventajas de hablar desde una aproximación funcional para entender y tratar conductas de importancia, de cualquier tipo de problemática y cualquier población estudiada.” (p.1034)

Considerando lo apuntado anteriormente, tenemos que el análisis funcional al recopilar la información obtenida durante el o los procedimientos de evaluación que haya seleccionado, es capaz de formular hipótesis sobre la o las conductas problemas presentadas en el paciente y con ello diseñar las estrategias de intervención que se consideren oportunas en relación al tipo de paciente, conductas problema, contexto, disponibilidad y accesibilidad.

3.1.3. Implementación de técnicas de intervención

Una vez realizado el Análisis Funcional en conjunto con la información obtenida a través del proceso de evaluación, el terapeuta cuenta ya con las herramientas necesarias para diseñar un programa de intervención para tratar la o las conductas problema del paciente.

A continuación, señalaremos brevemente algunas de las técnicas de intervención mayormente usadas en la TCC.

Reforzamiento Positivo

Ruiz, Diaz & Villalobos (2011), señalan que el reforzamiento positivo se da cuando una conducta se incrementa ante la presentación de un estímulo agradable o gratificante como consecuencia de la realización de esta, en este sentido para hablar de reforzamiento es necesario que se incremente la conducta que le precede.

Reforzamiento Negativo

Ruiz, Diaz & Villalobos (2011), señalan que el reforzamiento negativo se refiere al aumento de la probabilidad de que se repita una conducta al retirar un estímulo aversivo inmediatamente después de que se ha realizado la conducta.

Moldeamiento

Holland & Skinner (1961, como se citó en Ruiz, Diaz & Villalobos, 2011), refiere que el moldeamiento se refiere al reforzamiento de los pequeños pasos o aproximaciones que conducen hacia una conducta meta.

Esta técnica puede ser usada tanto para instaurar conductas simples como conductas o acciones complejas.

Para que dicha técnica sea efectiva es necesario:

- a) Seleccionar la conducta meta y definirla de forma objetiva, clara y completa, incluyendo todos los elementos que forman parte de ella.
- b) Evaluar el nivel de ejecución real.
- c) Seleccionar la conducta inicial que servirá de punto de partida.
- d) Seleccionar los reforzadores que se utilizarán.
- e) Reforzar diferencialmente las aproximaciones sucesivas.

Extinción

La extinción consiste en dejar de reforzar una conducta previamente reforzada, los procedimientos de extinción se suelen llevar a cabo con conductas que se mantienen por reforzamiento positivo, aunque también se utiliza para la reducción de conductas mantenidas por reforzamiento negativos, Ruiz, Diaz & Villalobos (2011).

Desensibilización sistemática

Se trata como refiere Oliveres & Mendez (2014), es una técnica utilizada principalmente en el tratamiento de fobias y ansiedad.

Ruiz, Diaz & Villalobos (2011), menciona que “la idea básica de la Desensibilización Sistemática es que la respuesta de ansiedad o miedo puede ser reducida o inhibida mediante la generación de una respuesta incompatible con la ansiedad (inhibición recíproca) tradicionalmente la respuesta de relajación. La relajación debe mantenerse a medida que se van presentando

gradualmente en imaginación estímulos de intensidad ansiógena creciente, y de esta forma se va produciendo el debilitamiento de la conexión entre el estímulo y la respuesta de ansiedad que provoca (contra-condicionamiento).” (p. 243)

Técnicas de relajación

Ruiz, Diaz & Villalobos (2011) la relajación tiene como objetivo reducir el estado de activación fisiológica, facilitando la recuperación de la calma, el equilibrio mental y la sensación de paz interior, por ello sus efectos son pertenecen solo a una dimensión fisiológica, sino que también afectan a procesos emocionales, cognitivos y conductuales.

De igual forma, Ruiz, Diaz & Villalobos (2011) señala los siguientes cambios fisiológicos durante los estados de relajación:

- Cambios en el patrón electrónencefalográfico.
- Incremento en la circulación sanguínea cerebral.
- Descenso del consumo metabólico de oxígeno.
- Disminución del metabolismo basal.
- Relajación muscular.
- Vasodilatación arterial periférica.
- Regulación del gasto cardiaco.
- Disminución de la intensidad y frecuencia del latido cardiaco.
- Disminución de la presión arterial.
- Cambios respiratorios: disminución en frecuencia, aumento en profundidad y regulación del ritmo respiratorio.
- Aumento de la amplitud y capacidad inspiratoria.
- Aumento de la serotonina

- Disminución de la secreción de adrenalina y noradrenalina.
- Disminución de los índices de colesterol y ácidos grasos en plasma.

En la literatura se menciona que existen diferentes técnicas de relajación en función del objetivo que se busque, ya sea reducir aspectos fisiológicos, cognitivos o conductuales, en esta tesitura la elección del método de relajación a elegir dependerá tanto de la experiencia y conocimiento del terapeuta como de la accesibilidad y acuerdo del paciente.

Por otro lado, Olivares & Mendez (2014), “las técnicas de relajación son procedimientos cuyo objetivo principal es enseñar a la persona a controlar su propio nivel de activación a través de la modificación directa de las condiciones fisiológicas sin ayuda de recursos externos.” (p. 26)

Según Vera y Vila (1991, citado por Olivares & Mendez, 2014) los mecanismos de aprendizaje que subyacen a cada una de las técnicas de relajación son:

- Entrenamiento autógeno. El mecanismo estaría relacionado con la representación mental de las consecuencias motoras de la respuesta de sensación de peso y calor, que activarían las referencias somáticas y viscerales correspondientes.
- Relajación progresiva. El mecanismo de aprendizaje sería la discriminación perceptiva de los niveles de tensión y relajación de cada grupo muscular a través de los ejercicios de tensión/ distensión.
- Respiración. Las técnicas de respiración operan mediante las interacciones cardiorrespiratorias del control vagal, puesto que tasas inspiratorias bajas, amplitudes amplias en cada inspiración y respiraciones predominantemente abdominales aumentan el control parasimpático del funcionamiento cardiovascular.

- Biofeedback. La respuesta de relajación puede ser explicada mediante procesos de condicionamiento instrumental u operante como el reforzamiento positivo, las instrucciones y el feedback.

Por otro lado, Edmund Jacobson (1939, como se citó en Ruiz, Diaz & Villalobos, 2014) comprobó en su laboratorio de fisiología clínica de Chicago que tensando y distendiendo una serie de músculos y percibiendo las sensaciones corporales que se producían, se eliminaban casi por completo las tensiones y contracciones musculares, induciéndose un estado de relajación profunda, situación que ocurre de igual forma al experimentar un orgasmo a través de la masturbación, por lo que esta última tiene la capacidad de ser incluida dentro del repertorio de técnicas de relajación para el afrontamiento de trastornos psicológicos.

Terapia Racional Emotiva Conductual (TREC)

Como refiere Ruiz, Diaz & Villalobos (2011) la Terapia Racional Emotiva Conductual diseñada por diseñada por Albert Ellis enfatiza el papel de las creencias en el desarrollo de los trastornos emocionales, defendiendo activamente que el cambio de creencia irracionales puede conducir a un cambio emocional y conductual.

En esta técnica, como señala Olivares & Mendez (2015) se trabaja con un modelo ABC, donde A es Acontecimiento activador, un suceso real y externo que se le presenta al sujeto. B (Belief= creencia) es la cadena de pensamientos (autoverbalizaciones) que la persona utiliza como respuesta a A; es la valoración que hace el sujeto del evento acontecido. C representa la Consecuencia emocional o conductual del sujeto, para Ellis C no es consecuencia directa de A, sino de B, ya que dependiendo de la interpretación B) que haga el sujeto del evento acaecido A) experimentará unas consecuencias emocionales u otras C).

3.1.3. Psicoeducación

Tena (2020) define la psicoeducación como “el proceso por el que la persona tiene la posibilidad de desarrollar potencialidades propias en base al descubrimiento de sus fortalezas. Este proceso le lleva a ser capaz de analizar y enfrentarse a las situaciones cotidianas de una forma más adaptativa a como lo venía haciendo.” (p. 38)

Asimismo, (M. Nezu, Maguth & Lombardo (2006) refiere “el objetivo principal de la psicoeducación es ofrecer información respecto de la naturaleza multifacética del trastorno y razones para su tratamiento. Es un proceso educativo que puede extenderse a parejas y familias.” (p.232)

Tena (2020) delimita los objetivos de la psicoeducación como se describe a continuación:

- Informar a la persona sobre el proceso que está viviendo (ya sea de trastornos psicopatológico o de crisis vital) para que sea capaz de manejar lo que le ocurre.
- Eliminar prejuicios, que generan pensamientos anticipatorios.
- Mejorar el cumplimiento del tratamiento.
- Reducir el riesgo de recaídas.
- Aliviar la sobrecarga emocional que puede haber llevado al cortocircuito cognitivo, emocional o conductual.

En esta tesitura, tenemos que durante toda intervención psicológica los procesos de psicoeducación se ven presentes en todas las etapas del mismo, dado que es vital incluirlo al inicio de la intervención como estarlo reforzando durante el tiempo que la misma dure, con la intención de que el paciente este informado en todo momento de los pros y contras del tratamiento.

3.1.4 Seguimiento

Dentro de la TCC se establecen objetivos a alcanzar ya sea para eliminar, modificar o aumentar conductas en los pacientes, por lo que es importante que durante todo el proceso terapéutico se lleve un correcto registro de los avances o retrocesos que pueda tener el paciente con la finalidad de evaluar si el proceso de intervención diseñado es el adecuado, o si en su caso es necesario modificarlo en parte o en su totalidad con la finalidad de alcanzar los objetivos previamente establecidos.

3.1 Aplicaciones terapéuticas actuales de las técnicas masturbatorias

Como ya se ha mencionado a lo largo del presente trabajo las practicas masturbatorias tienen muchos beneficios como el autoconocimiento y la obtención de orgasmos, los cuales, a su vez, representan diferentes beneficios para el cuerpo, como la relajación y la emoción de químicos, ahora bien, a continuación, mencionaremos algunas de las aplicaciones actuales de la masturbación como técnica terapéutica, en este rubro hablaremos principalmente de disfunciones sexuales.

Sierra & Gutierrez (2009) señala que “En las últimas décadas, las posturas científicas hacia la masturbación cambiaron radicalmente y así, por ejemplo, desde los años setenta del pasado siglo se viene considerando su práctica como una herramienta útil en la terapia sexual de algunas disfunciones sexuales, como la inhibición del deseo sexual o la anorgasmia”. (p. 532)

Arango (2008) señala que el uso de técnicas de masturbación en la psicoterapia sexual en el tratamiento de disfunciones femeninas que están acompañadas de dificultades en la excitación, de complicaciones en el logro del orgasmo, resultan beneficiosas en distintas formas de implementación para promover el aprendizaje, familiarización y aceptación del autoerotismo como

medio de autoconocimiento, forma de desarrollo de las capacidades eróticas y la adquisición del conocimiento personal necesario para alcanzar una comunicación erótica eficiente con la pareja.

Alcantara & Herrera (2009, como se citó en Espitia & Torres, 2014) señalando que médicos y sexólogos a través de sus múltiples publicaciones como “El sexo individual” de Litten en 1993, “El sexo para uno”, “El auto amor” de Dodson en 1996 y “El auto placer” de Rowan en 2000, han afirmado que la masturbación puede traer beneficios para la salud física, emocional y sexual, así como también para el bienestar de las relaciones con las demás personas, así mismo han demostrado que la excitación y el orgasmo producido por la masturbación pueden: aliviar el estrés, la tensión sexual, proporcionar placer sexual e intimidad antes de que la pareja esté lista para las relaciones vaginales, anales u orales, así mismo señala que la masturbación puede funcionar como una forma de relaciones seguras o relaciones sin penetración para reducir el riesgo de enfermedades de transmisión sexual o embarazos no deseados, proporcionar placer sexual a las personas que no tienen pareja, incluyendo las personas mayores, proporcionar una liberación de la energía sexual a las personas que desean abstenerse del coito por embarazo, menstruación o enfermedad de la pareja, proporcionar a las personas la oportunidad de aprender cómo desean ser tocadas y estimuladas, aliviar la tensión premenstrual en muchas mujeres, inducir el sueño, prevenir en forma indirecta las enfermedades y desarrollar defensas para las infecciones aumentando la cantidad de glóbulos blancos y renovando la circulación de las hormonas, fortalecer el tono muscular en la zona pélvica y anal, reduciendo las posibilidades de pérdida involuntaria de orina y prolapso uterino, aumentar la irrigación sanguínea en la región genital.

Bardi, Leyton & Martínez (2003) refieren que la masturbación se ha utilizado como técnica terapéutica en disfunciones sexuales tanto femeninas como masculinas. Por ejemplo, se ha

utilizado para la recuperación de la capacidad orgásmica en víctimas de un trauma sexual, en el vaginismo, en disfunciones de la excitación sexual o en la anorgasmia en el coito.

De acuerdo con Gotwald (1983) las mujeres que tienen dificultad para llegar al orgasmo con su pareja, aprender la forma de masturbarse hasta llegar al orgasmo podría ser el primer paso para vencer dicha dificultad.

Edmund Jacobson (1939, como se citó en Ruiz, Diaz & Villalobos) comprobó en su laboratorio de fisiología clínica de Chicago que tensando y distendiendo una serie de músculos y percibiendo las sensaciones corporales que se producían, se eliminaban casi por completo las tensiones y contracciones musculares, induciéndose un estado de relajación profunda, situación que se presenta de igual forma al masturbarse y experimentar un orgasmos, se presenta una tensión muscular previa al orgasmo que se libera una vez que se produce esta, por lo que la masturbación puede aplicarse como técnica de relajación en otros ámbitos.

En esta tesitura, actualmente las técnicas masturbatorias han sido empleadas mayormente en psicoterapia para abordar principalmente temas relacionados directamente a la sexualidad, sin embargo como ya se ha mencionado la obtención de orgasmos durante la masturbación trae consigo veneficios como la relajación, liberación de estrés, conciliación del sueño, entre otros, por lo que ampliar el uso de esta técnica dentro de procesos de intervención en contra del estrés, ansiedad, conciliación del sueño podría resultar beneficioso.

3.2 Trastornos psicológicos en los que se emplean técnicas de relajación

Estrés

Olivares & Mendez (2014) señalan que el estrés se puede definir como “el patrón de respuestas emitidas por el sujeto en situaciones que la persona considera que le plantean demandas

excesivas y los recursos de los que dispone son evaluados como insuficientes para enfrentar con éxito esas situaciones.” (p. 36-37)

En este sentido la relajación se considera una respuesta biológicamente antagónica a la respuesta de estrés, que puede ser aprendida y convertirse en un importante recurso personal para contrarrestar los efectos negativos del estrés, por lo que el implementar técnicas de relajación para combatir el estrés resulta ser un recurso valioso para los pacientes.

Ansiedad

M. Nezu, Maguth & Lombardo (2006), señala que “el trastorno de ansiedad generalizada (TAG) se caracteriza por una preocupación patológica que va de un tema a otro. La gente con TAG atiende de forma selectiva los estímulos personalmente amenazadores y, por lo general, anticipa resultados negativos a pesar de que exista una escasa probabilidad de que eso ocurra. La intensidad, duración o frecuencia de la ansiedad y preocupación.” (p. 130)

4. Propuesta de inclusión de la masturbación como técnica de relajación

Hoy en día gracias diversos eventos se puede hablar de la sexualidad con mayor amplitud y menor temor a ser juzgado, sin embargo, dentro de las prácticas que se abordan en este tema, la masturbación es una de la que aun encontramos muchos tabúes dentro de la sociedad, si bien se reconoce y asume que su práctica que encuentra activa a lo largo de la vida de los individuos, lo cierto es que dicha práctica y su dialogo es menor por cuanto hace a su práctica entre mujeres, que en hombres.

Lo que se describe con anterioridad es el reflejo de los sesgos que aun conservamos de las sociedades machistas, sin embargo, nos encontramos en un punto histórico en el que tenemos la capacidad y oportunidad de comenzar a hablar mayormente de este tema y comenzar a encausar investigaciones científicas serias sobre los beneficios y perjuicios que esta práctica podría

conllevar en las mujeres de nuestra sociedad, con la intención de tener en el futuro un mayor acervo de información confiable que se pueda compartir tanto con mujeres y hombres con la intención de promover una sexualidad positiva y sana que permita experimentar a las mujeres de forma individual para conocer mejor su cuerpo y las sensaciones que se producen al autoestimularse.

Ahora bien en el desarrollo del presente documento observamos que actualmente la práctica masturbatoria en mujeres es utilizada como técnica en el tratamiento de diferentes disfunciones sexuales, y su práctica ha sido exitosa, dado que al efectuar la masturbación la mujer es capaz de experimentar orgasmos, los cuales producen respuestas fisiológicas y químicas que concluyen en un estado de profunda relajación, por lo que el extender dicha práctica en el tratamiento de diversos trastornos psicológicos en los que se utilicen técnicas de relajación como el estrés, ansiedad, trastornos del sueño, etc., podría resultar útil en el tratamiento de dichos trastornos.

Bravo, Melendez, Ramirez & Lopez (2005 como se citó en Perez, Ruiz, Soto & Castro, 2020) refiere respecto al tratamiento de la temática de masturbación femenina que “el abordaje directo y la promoción masiva, promueven la generación y preservación de una buena salud sexual, aportan al desarrollo sexual saludable, el autoconocimiento y aceptación del cuerpo femenino, instauran conciencia del placer individual y contribuyen a la superación de aspectos culturales de tendencia negativa”

Actualmente una de las grandes problemáticas de salud en México es el estrés laboral, el Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS) lo define como “tipo de estrés donde la creciente presión en el entorno laboral puede provocar la saturación física y/o mental del trabajador, generando diversas consecuencias que no sólo afectan la salud, sino también su entorno más

próximo ya que genera un desequilibrio entre lo laboral y lo personal”, asimismo, señala que actualmente el 75% de los mexicanos lo padecen, superando a países como Estados Unidos y China. Este tipo de estrés tiene consecuencias a largo plazo tales como el descenso en la calidad de vida, problemas de salud física y/o mental, trastornos de depresión y ansiedad, problemas familiares y riesgos de adicciones, por lo que considerando los datos aportados por el Comunicado de Prensa número 149/23 emitido por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) 46 de cada 100 mujeres de quince años y más fueron económicamente activas en el último trimestre del año 2022, resulta fundamental la implementación de nuevas técnicas de afrontamiento de este tipo de estrés.

Por lo anterior se propone incluir la implementación de prácticas masturbatorias como técnica de relajación para realizarse por las pacientes como actividad fuera del espacio terapéutico y de forma individual dentro del proceso de intervención respecto del afrontamiento contra el estrés laboral en mujeres, esto conforme a un modelo A-B-A, el cual como menciona Núñez (s.f.) e trata de un diseño de reversión con tres fases: línea base, tratamiento y reversión, el cual se implementará conforme a lo siguiente:

- A. Línea base. Se tomará como línea base los resultados obtenidos durante la intervención inicial de estrés laboral con la implementación de técnicas comunes de afrontamiento de estrés.
- B. Intervención. Implementación de técnicas de masturbación para ser realizadas por la paciente fuera de su espacio de trabajo y el terapéutico.
- A. Retiro de intervención. Delimitar un lapso en el que se volverá evaluar el nivel de estrés laboral de la paciente vs su nivel inicial con la intención de determinar si la implementación de practicas masturbatorias influyo en la disminución o eliminación del estrés laboral.

4.1 Criterios de inclusión

Sabemos que hoy en día el tema de la masturbación continúa siendo un tabú en cuanto a su práctica de forma aleatoria, máxime poco se habla de esta actividad dentro de los procesos terapéuticos salvo aquellos que tienen que ver con disfunciones sexuales, tal como ya se abordó con anterioridad, por lo que su implementación en intervenciones respecto de otro tipo de trastornos es casi nula.

Recordemos también que la masturbación como tal trae consigo estados de relajación al obtener orgasmos en quien la práctica, por lo que la que escribe el presente trabajo clasifica a la masturbación como una técnica de relajación, y considerando que dentro de las intervenciones de afrontamiento de estrés se utilizan técnicas de relajación es posible incorporar la práctica de la masturbación en los procesos de intervención de afrontamiento del estrés como técnica para llevarse a cabo por las pacientes como actividad fuera del espacio terapéutico y de forma individual.

Ahora bien, siendo conscientes del tabú que aun representa la masturbación dentro de nuestra sociedad y su casi nula implementación en procesos terapéuticos distintos a aquellos en los que se abordan las disfunciones sexuales, es que se proponen los siguientes criterios de inclusión para implementar dicha técnica en intervenciones de afrontamiento de estrés en mujeres:

1. Ser mujer mayor de edad.
2. Haber sido diagnosticada con Estrés Laboral por medio de alguna escala de alta confiabilidad.
3. Estar dentro de un proceso terapéutico de afrontamiento de estrés laboral y haber implementado técnicas para combatir el mismo sin haber disminuido o eliminado sus

niveles de estrés actuales de acuerdo con los objetivos planteados dentro de la intervención.

4. Tener una actitud positiva hacia la masturbación, para lo que se recomienda aplicar la Versión española del Inventario de Actitudes Negativas hacia la Masturbación de Abramson y Mosher (IANM), en 1975 en el cual como refiere Sierra, Santos & Monge (2013) a mayor puntuación mayor actitud negativa hacia la masturbación, Originalmente, sus 30 ítems fueron agrupados en tres subescalas: Actitudes positivas hacia la masturbación, Falsas creencias acerca de la naturaleza nociva de la masturbación y Afectos negativos en experiencias personales con la masturbación.

Es importante recalcar que para poder implementar la masturbación como técnica de relajación en el afrontamiento de estrés laboral la paciente con la que se trabaje lo que se describe en esta propuesta, debe estar inmersa previamente en un proceso de intervención, dado que lo que se busca con esta propuesta es ofrecer una alternativa de técnica de relajación que ayude a la paciente a disminuir sus niveles de estrés laboral siempre que esta haya implementado previamente otras técnicas de intervención más comunes y aceptadas en la actualidad, esto con la intención de que la masturbación sea una alternativa que permita a la paciente experimentar esta nueva técnica de relajación.

4.2 Diseño de sesiones de psicoeducación

Al incluir en los procesos terapéuticos técnicas de afrontamiento que deban ser ejecutadas por los pacientes fuera del consultorio, es necesario llevar a cabo sesiones de psicoeducación en las que se explique detalladamente al paciente el tipo de técnicas que se utilizarán, la forma en las que se ejecutarán, así como los beneficios que se pretende obtener de las mismas.

Como hemos señalado anteriormente, el tema de la masturbación femenina ha sido poco abordado dentro de los programas de educación sexual pública, así como tampoco es un tema que se discuta con regularidad dentro de muchos núcleos familiares, por lo que es indispensable que el terapeuta implemente dentro de su intervención sesiones de psicoeducación en las que la temática referente a la masturbación como técnica de relajación para combatir el estrés laboral, y se aborde lo siguiente:

- Técnicas de relajación. Se le explicará a la paciente cuales son las técnicas de relajación más comunes y sus aplicaciones.
- ¿Qué es la masturbación? En este apartado se le expondrá a la paciente a que se refiere la masturbación, sus antecedentes y tratamiento en diferentes culturas de forma breve.
- Beneficios de la masturbación. Se expondrán los beneficios fisiológicos y biológicos que tiene la masturbación al favorecer la experimentación de orgasmos en la mujer.
- Técnicas de masturbación. Se explicará a la paciente las formas y los medios que puede utilizar para masturbarse cuando se encuentre en un espacio adecuado.
- Recomendaciones al efectuar la masturbación.

Es importante que el terapeuta explique detalladamente cada uno de los puntos mencionados, y que se asegure de que el paciente ha comprendido la finalidad de la implementación de esta técnica de relajación.

Para llevar a cabo la masturbación como actividad fuera del espacio terapéutico se les pedirá a las pacientes lo siguiente:

- Implementar las prácticas masturbatorias al final de su jornada laboral, en aquellos días en los que experimente estrés a causa de su trabajo.

- Estar solas en un espacio privado y fuera de su lugar de trabajo en el cual se encuentre libre de interrupciones abruptas.
- Procurar que su persona y espacio se encuentren limpios y libres de bacterias, incluyendo, en su caso, el o los objetos que se vayan a utilizar durante la masturbación, como juguetes sexuales u otros accesorios.
- Recostarse en un sillón o cama en una posición en la que se encuentre cómoda.
- Además de juguetes o artefactos podrá auxiliarse de fantasías sexuales, si así lo desea.

Asimismo, se le solicitará a la paciente que por cada sesión individual que tenga de masturbación, elabore un registro en el que señale lo siguiente:

- Número de sesión de masturbación
- Puntuación dada a su estado de estrés previo a la masturbación
- Puntuación dada a su estado de estrés posterior a la masturbación

Lo anterior permitirá al terapeuta poder realizar una evaluación sobre la eficacia de la implementación de la masturbación como técnica de relajación en el afrontamiento de estrés laboral.

4.3 Seguimiento y evaluación de la eficacia de la intervención

Como se mencionó previamente, se determinará un lapso en la que la paciente deberá de implementar la masturbación como técnica de relajación los días en los que experimente estrés laboral y realizará un registro autoevaluativo en el que puntuará su nivel de estrés antes y después de masturbarse, asimismo el terapeuta deberá realizar una nueva evaluación sobre el nivel de estrés laboral de la paciente, con ambos elementos se determinará si la implementación de la

masturbación como técnica de relajación es capaz de disminuir o eliminar el estrés laboral de la paciente.

Conclusiones

La masturbación femenina es una práctica que forma parte de la sexualidad tanto de hombre como mujeres, sin embargo, como se ha mencionado reiteradamente en el presente trabajo, su ejecución es mayormente realizada por hombres que por mujeres, la razón de esto puede inferirse que es por el papel de sumisión que se ha obligado a asumir a las mujeres a lo largo de la historia, papel que gracias a diferentes movimientos sociales se ha ido deconstruyendo, lo que ha permitido que la mujer pueda expresar de forma más abierta su sexualidad, sin embargo, sabemos que dentro de estas expresiones aún existen tabúes, como en este caso, la masturbación femenina, práctica a la que se han asociado diversos mitos negativos que poco se han desmentido tanto en la educación familiar como en la educación escolar.

Por lo anterior, la finalidad de este trabajo ha sido exponer información certera sobre la masturbación femenina con la intención de generar interés en hombres y sobre todo en mujeres para su libre práctica y apertura al diálogo respecto de esta, considerando que dicha práctica puede traer consigo diferentes beneficios como el conocimiento de su propio cuerpo, lo que producirá un empoderamiento respecto de la satisfacción sexual que se puede llegar a tener con o sin pareja.

Asimismo, también se pretende crear conciencia sobre la importancia que tiene el abordar esta temática desde diferentes perspectivas que tengan como objetivo empoderar a las mujeres en cuanto a vivir una sexualidad sana y segura, pues recordemos que dentro de las diversas prácticas que se suelen usar para expresar la sexualidad, la masturbación es una de las más seguras dado que involucra solo autoestimulación en quien la práctica, esto siempre que se realice en un lugar adecuado, considerando que es una práctica que implica autoestimulación en los genitales, así como su realización de forma higiénica, es decir que las manos y objetos que se utilicen deben de

estar limpios, dado que de lo contrario esta práctica podría representar riesgos sanitarios, así mismo en el caso de usar objetos también se debe verificar que los mismos sean seguros y adecuados.

Por otra parte se propone se pretende que con la implementación de la masturbación como técnica de masturbación en el afrontamiento del estrés laboral, las mujeres sean capaces de disminuir su nivel de estrés, el cual como ya se ha mencionado tiene consecuencias perjudiciales a largo plazo no solo de carácter fisiológico, sino también físico y mental, dado que el padecer este tipo de estrés afecta la forma en la que se desarrollan las mujeres tanto en su entornos laboral como familiar y social, asimismo aumenta el riesgo de padecer diversas enfermedades a casusa de dicho estrés, por lo que su afrontamiento con este tipo de técnica puede derivar en la disminución o eliminación del estrés laboral, adicionando la experimentación de placer y autoconocimiento con la implementación de dicha técnica.

Ahora bien por último se espera que el presente trabajo sirva como línea base para expandir el tratamiento del tema de la masturbación femenina en la intervención de otros tipos de trastornos psicológicos en los que se apliquen técnicas de relajación, dado que como ya se ha expuesto, uno de los principales beneficios de la masturbación es tener relajación posterior a la experimentación del placer que inducen los orgasmos.

Referencias

Referencias

- Acuña Casas, A. (2008). La cascada de neurotransmisores en la función sexual. -Esquema original. *Revista Urología Colombiana*, XVII(2), 107-120.
<https://www.redalyc.org/pdf/1491/149120372016.pdf>
- Arango de Montis, I. (2008). *Sexualidad Humana*. Ciudad de México: Manual Moderno. R
<https://biblioteca.unipac.edu.mx/wp-content/uploads/2017/06/Sexualidad-Humana.pdf>
- Bardi, A., Leyton, C., & Martínez, V. (2003). *Masturbación: mitos y realidades*. Centro de Medicina Reproductiva y Desarrollo Integral del Adolescente:
<https://www.cemera.cl/sogia/pdf/2003/X1masturbacion.pdf>
- Bardi, A., Leyton, C., & Martínez, V. (s.f.). Masturbación: Mitos y realidades. *Geishad*.
<https://www.geishad.org.mx/wp-content/uploads/2020/07/MASTURBACION.pdf>
- Barrera Mendez, J. A. (2023). ¿Qué pasa en nuestro cerebro durante el orgasmo? *PsicoActiva*.
<https://www.psicoactiva.com/blog/pasa-cerebro-orgasmo/>
- Chiclana actis, C., & Paniagua, N. (2021). *Tratamiento de la conducta sexual compulsiva: Nuevos horizontes*. <https://psiquiatria.com/congresos/pdf/1-8-2021-162-pon2.pdf>
- De la Torre Díaz, J. (2009). *Sexo, sexualidad y bioética*. ProQuest Ebook Central.
<https://ebookcentral.proquest.com/lib/unam/detail.action?docID=3196167>.
- De la Torre Díaz, J. (2009). *Sexo, sexualidad y bioética*. ProQuest Ebook Central.
<https://ebookcentral.proquest.com/lib/unam/detail.action?docID=3196167>.

- Echeverria-Lozano, A. (2017). Deseo sexual en jóvenes de la Ciudad de México: amor vs. placer. *Journal of Behavior, Health & Social Issues*, v, 9(2), 45-53. <https://www.redalyc.org/pdf/2822/282255144003.pdf>
- ENAPEA. (s.f.). *ENAPEA*. <https://enapea.segob.gob.mx/es/ENAPEA>
- Espitia de la Hoz, F. (2019). Prevalencia y caracterización de la eyaculación femenina. Estudio de corte transversal en mujeres colombiana del Quindío, 2012 a 2016. *Biociencias*, 14(1), 51-64. <https://revistas.unilibre.edu.co/index.php/biociencias/article/view/5323/4574>
- Espitia Rozo, J., & Torres Monsalve, Y. V. (2017). *La masturbación, una práctica comun entre adolescentes*. Bogota: Universidad Católica de Colombia. <https://repository.ucatolica.edu.co/server/api/core/bitstreams/588195af-b589-4fd3-9dfd-d8f487b23a39/content>
- Fischman, Y. (2000). *Mujer, sexualidad y trauma. Desde emociones, erotismo y problemas médicos, hasta maltrato, violencia sexual y política*. Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Fracoise, D. (2001). *Sexualidad Femenina*. España: Daimon.
- Girardo Neira, O. (1985). *Explorando las sexualidades humanas*. México: Editorial Trillas.
- Godoy Peña, P. S. (2019). *Percepciones de la masturbación y el uso de vibradores en mujeres sexualmente activas*. Universidad de Concepción. <http://repositorio.udec.cl/jspui/bitstream/11594/1004/1/Tesis%20persepciones%20de%20la%20masturbacion.pdf>

- Godoy-Peña, P., & Contreras-García, Y. (2020). Percepción de la masturbación y el uso de vibradores en mujeres sexualmente activas. *Revista Sexología y Sociedad*.
<https://www.medigraphic.com/pdfs/revsexsoc/rss-2020/rss201e.pdf>
- González Ramírez, M. T., & Juárez Carrillo, L. L. (2016). Análisis funcional en terapia breve cognitivo-conductual centrada en soluciones. *Revista electrónica de Psicología Iztacala*, 19(3), 1027-1047.
<https://www.iztacala.unam.mx/carreras/psicologia/psicclin/vol19num3/Vol19No3Art10.pdf>
- Gotwald, W. (1983). *Sexualidad La experiencia humana*. (A. Thalheimer Garst, Trad.) México: Manual Moderno.
- Guarín-Serrano, R., Mujica-Rodríguez, A. A., Cadena-Afanador, L., & Useche-Aldana, B. I. (2019). Una mirada a la masturbación femenina: estudio descriptivo. *Revista de la Facultad de Medicina*. <http://www.scielo.org.co/pdf/rfmun/v67n1/0120-0011-rfmun-67-01-63.pdf>
- Hornstein, X., Faller, A., & Streng, F. (1972). *Vida sexual sana* (Tercera ed.). Daimon.
- IMSS. (2022). *Instituto Mexicano del Seguro Social*. <http://www.imss.gob.mx/salud-en-linea/estres-laboral>
- INEGI. (INEGI). Estadísticas a propósito del día internacional de la mujer.
https://www.inegi.org.mx/contenidos/saladeprensa/aproposito/2023/EAP_8M2023.pdf

- Lafaurie Villamil, M. M., & Sánchez Cárdenas, M. A. (2018). *Sexualidad y reproducción en clave de equidad*. Bogotá: Universidad El Bosque. <https://www-digitaliapublishing-com.pbidi.unam.mx:2443/a/60541>
- Londoño Orozco, M., Tabares Bravo, M. T., & Álvarez Cifuentes, V. (2023). *Satisfacción sexual en la masturbación de mujeres cisgenero universitarias de la Universidad de Antioquia, seccional oriente*. Universidad de Antioquia. https://bibliotecadigital.udea.edu.co/bitstream/10495/34602/6/Londo%C3%B1oManuela_2023_Satisfacci%C3%B3nMasturbaci%C3%B3nMujeres.pdf
- Lopez Sanchez, M. (2002). *Estudio exploratorio sobre masturbación femenina*. Estado de México: Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- M. Nezu, A., Maguth Nezu, C., & Lombardo, E. (2006). *Formulación de casos y diseño de tratamientos cognitivo-conductuales. Un enfoque basado en problemas*. Manual Moderno.
- Masters, H., & Johnson, E. (1976). *Respuesta sexual humana*. Buenos Aires: Inter-Medica Editorial.
- Masters, W., Johnson, V., & Kolodny, R. (1995). *La sexualidad Humana* (Vol. III). Grijalbo.
- Moral de la Rubia, J., & Ortega Rubí, M. E. (2008). Diferencias de género en significados, actitudes y conductas asociados a la sexualidad en estudiantes universitarios. (119, Ed.) *Estudios sobre las Culturas Contemporáneas*, XIV(28), 97. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=31602805>

- Moral, d. J. (2011). Predicción de los afectos asociados con la masturbación en estudiantes universitarios. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*, 13(2), 31-50.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80220774003>
- Núñez Peña, M. I. (s.f.). Diseños de investigación en psicología. Universidad de Barcelona.
https://diposit.ub.edu/dspace/bitstream/2445/20322/1/Dise%C3%B1o_de_investigaciones.pdf
- Olivares Rodríguez, J., & Mendez Carrillo, F. X. (2014). *Técnicas de modificación de conducta*. Biblioteca Nueva.
- Pérez Bulla, D., Ruiz Bocanegra, Y. C., Soto, L. A., & Castro Fraile, J. S. (2020). *-masturbación femenina en mujeres universitarias: Diseño e implementación de una aplicación móvil*. Universidad Católica de Colombia.
<https://repository.ucatolica.edu.co/server/api/core/bitstreams/d26e6318-cd47-4e78-899c-68ea5422ffa6/content>
- Pérez Bulla, D., Ruiz Bocanegra, Y. C., Soto, L. A., & Castro Fraile, J. S. (2020). *MASTURBACIÓN FEMENINA EN MUJERES UNIVERSITARIAS: DISEÑO E IMPLEMENTACIÓN DE UNA APLICACIÓN MÓVIL*. Bogotá: Universidad Católica de Colombia.
<https://repository.ucatolica.edu.co/bitstream/10983/24774/1/Masturbacion%20femenina%20en%20mujeres%20universitarias%20dise%C3%B1o%20e%20implementa.pdf>
- Publica, S. d. (2018). *Agenda Sectorial para la Educación Integral en Sexualidad con énfasis en la Prevención del Embarazo en Adolescentes en el marco de la ENEPA*.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/321436/SEP_ENAPEA_190318_3.pdf

- Pulido Rull, M. A., Gayoso Lozano, J. L., Pérez Cuoto, C. V., & Ruiz Rojano, M. (2015). Algunas dimensiones de la experimentación sexual: Una comparación por sexos. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 18(4), 1690-1705. <https://www.medigraphic.com/pdfs/epsicologia/epi-2015/epi154s.pdf>
- Ruiz, M., Díaz, M. I., & Villalobos, A. (2011). *Manual de técnicas de intervención cognitivo conductuales*. Biblioteca de Psicología.
- Sayin, H. Ü. (2019). Tantra y los límites del potencial femenino en la respuesta sexual. *Revista Científica Arbitrada de la Fundación MenteClara*, 203-243. <https://fundacionmenteclara.org.ar/revista/index.php/RCA/article/view/104/203>
- Shibley Hyde, J., & DeLamater, J. (2006). *Sexualidad Humana* (Novena ed.). (S. M. Olivares Bari, & G. E. Padilla Sierra, Trads.) México: McGrawHill.
- Sierra, J. C., Perla, F., & Gutierrez Quintanilla, R. (2010). Actitud hacia la masturbación en adolescentes: propiedades psicométricas de la versión española del Attitudes Toward Masturbation Inventory. *Univ. Psychol*, 9(2), 531-542. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672010000200019
- Sierra, J. C., Perla, F., & Gutierrez-Quintanilla, R. (2009). Actitud hacia la masturbación en adolescentes: propiedades psicométricas de la versión española del Attitudes Toward Masturbation Inventory. *Universitas Psychology*, 9(2), 531-542. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-92672009000200019
- Sierra, J. C., Santos Iglesias, P., & Monge, F. S. (2013). Inventario de actitudes negativas hacia la masturbación: validez, fiabilidad y propuesta de una versión reducida para población

adolescente. *Revista Argentina de Clínica Psicológica*, XXII(1), 57-85.

<https://www.redalyc.org/pdf/2819/281930494007.pdf>

Tena Hernández, F. J. (2020). Psicoeducación y salud mental. *SANUM*, 4(3), 36-45.

https://www.revistacientificasanum.com/pdf/sanum_v4_n3_a5.pdf

Vega, A. M. (2014). *Sexualidades. Guía de conceptos y herramientas para aprender, vivir y compartir*. Buenos Aires: Lugar Editorial.

Vilet Carvajal, M. G., & F Galán Jiménez, J. S. (2021). Apropiación del cuerpo: autoerotismo y machismo sexual. 6(53), 342-373. Recuperado el 31 de Enero de 2023, de

<https://www.redalyc.org/journal/884/88464968013/88464968013.pdf>