

Rachel P. Maines

La tecnología del orgasmo

La *histeria*, los vibradores y la satisfacción sexual de las mujeres

Lectulandia

A Rachel P. Maines siempre le gustó hacer «lo que no estaba haciendo nadie más». Por esta razón se puso a investigar la historia de la costura. En las revistas femeninas que trataban de punto, ganchillo, encaje, bordado... de principios del siglo xx había muchos anuncios de un pequeño electrodoméstico, el vibrador, que se anunciaba como relajante muscular. Al final, comenzó una nueva investigación, desde Hipócrates y Galeno hasta nuestros días, con resultados fascinantes: la enfermedad que durante 25 siglos se conoció como histeria era básicamente la expresión de la sexualidad femenina insatisfecha, y el tratamiento médico aplicado era sencillamente proporcionar esta satisfacción. La visión androcéntrica de la sexualidad, que no comprende esta sin penetración, hizo que todo este boyante negocio médico pasara completamente inadvertido.

«Los grupos de mujeres solas se ríen y preguntan. Los hombres se dividen entre la risa y las caras de póker. A unos mi investigación les confirma que las mujeres son tan sexuales como siempre han deseado. A otros, que las mujeres son tan sexuales como siempre han temido».

Llevado al cine en 2007 como *Passion and Power: The Technology of Orgasm*, este libro pone patas arriba las convicciones sobre la sexualidad femenina de dos mil quinientos años, explicando cómo el vibrador «puso en las manos de las mujeres el trabajo que nadie más quería hacer».

Lectulandia

Rachel P. Maines

La tecnología del orgasmo

La historia, los vibradores y la satisfacción sexual de las mujeres

ePub r1.0

casc 20.11.16

Título original: *The technology of orgasm*
Rachel P. Maines, 1999
Traducción: Jesús Ortiz Pérez del Molino
Retoque de cubierta: casc

Editor digital: casc
ePub base r1.2

más libros en lectulandia.com

PRÓLOGO

Cuando era adolescente, un amigo de la familia decía que yo era la clase de chica que al volver de la escuela pediría permiso para hacer cualquier cosa arriesgada diciendo: ¡por favor, mamá! ¡Tienes que dejarme! ¡Nadie más lo está haciendo! Desde entonces decidí que esa es la definición de mi carácter que deseo por epitafio. Quizás el ejemplo más destacado de un tema que no hace nadie más sea la investigación que cuenta este libro.

La primera vez que encontré anuncios de vibradores en revistas femeninas de finales del siglo XIX, en 1977, supuse que era una malpensada al leer la prosa ampulosa. Al fin y al cabo tenía 27 años, había salido de un matrimonio y aún no me había metido en el siguiente, era una feminista muy exaltada y dada a interpretar todo lo que veía u oía como una manifestación de la guerra de los sexos. Pocos años antes, en medio de los últimos coletazos de mi primer matrimonio, había recibido el cuestionario original de Shere Hite acerca de la sexualidad de las mujeres: la idea de responderlo era demasiado deprimente para considerarla. El mismo año que vi los anuncios de los vibradores, leí *El informe Hite*, que arrojó una luz nueva no solo sobre mis propias experiencias, sino también sobre las de mis amigas.

Cuando presento artículos en algún congreso, me preguntan con frecuencia cómo me las arreglé para encontrar un tema tan esotérico. Mi respuesta habitual es que no lo encontré, fue él quien me encontró a mí. Los anuncios que encontré cayeron en una mente predispuesta, o al menos, en unas hormonas predispuestas.

Desde que me gradué (en clásicas, con especialidad en la ciencia y tecnología antiguas), me he interesado por las artes textiles, y me pasé dos años preguntándome ingenuamente por qué era tan difícil encontrar historias de este tema serias, bien investigadas. En 1973 caí en la cuenta de que era porque eran las mujeres quienes lo practicaban. Esa fue mi experiencia «click» de la que hablan muchas feministas de los primeros setenta. De repente me puse a trabajar como loca, decidida a escribir una historia seria de la costura, así se hundieran los cielos o cayera el diluvio. Al fin y al cabo, nadie más lo estaba haciendo.

La costura resultó un tema de investigación excitante y revelador. Tenía una literatura primaria riquísima, además de un patrimonio en artilugios que no podría examinarse en una vida, pero entonces había muy pocas fuentes secundarias y prácticamente ningún acceso a la bibliografía. Mis primeros intereses habían sido el ganchillo, el encaje, el punto y el bordado de finales del XIX y principios del XX, y como no estaban bien representados en los catálogos de los museos grandes, no tuve más remedio que lanzarme de cabeza al enorme y no indexado mar de las publicaciones populares, por el simple aunque laborioso método de sentarme con las pilas de ellas que hubiera conseguido e ir pasando página por página. En 1976 me invitaron a presentar un artículo sobre la historia de la costura en un congreso sobre

historia de las mujeres organizado por Louise Tilly en la University of Michigan, que más tarde se publicó como «American Needlework in Transition, 1880-1930». Mientras iba pasando obstinadamente las páginas de *Modern Priscilla* y *Womans Home Companion* buscando tendencias en los patrones de costura, mi atención se desviaba con frecuencia a los anuncios de los márgenes. Solo un historiador muy voluntarioso puede resistir el atractivo de tales anuncios en los periódicos antiguos; yo soy incapaz de tal autodisciplina. Además tenía una excusa: también estaba buscando pruebas de que era el apoyo de los anuncios de hilaturas lo que permitía la publicación de tantas revistas de costura en EE. UU entre 1880 y 1930.

Cuando vi anuncios de vibradores de 1906, artefactos que se parecían mucho a los que se venden hoy día como útiles de masturbación femenina, mi primer pensamiento, como he dicho, fue que no era posible que esa fuera la utilidad de los aparatos vendidos en las páginas de *Companion*. El segundo pensamiento fue que 1906 era muy pronto para cualquier clase de aparato eléctrico doméstico. Prometiéndome que nunca iba a volver sobre el tema, tomé algunas notas sobre los títulos, temas, fechas y páginas de las publicaciones de costura con anuncios de vibradores. Les enseñé unos pocos anuncios a mis amigas feministas, que quedaron encantadas, por supuesto.

Mientras tanto, mi viaje a Michigan para entregar mi primer artículo académico había tenido un fruto inesperado: Daryl Hafter, una historiadora textil de la Eastern Michigan University, se presentó y me animó a unirme a la Society for the History of Technology (SHOT) y a su subgrupo Women in Technological History (WITH). Una reunión de la SHOT me convenció de que debía cursar estudios universitarios de historia de la tecnología. Mientras los hacía, entre 1979 y 1983, seguía tomando notas sobre «avistamientos» de referencias a vibradores al tiempo que preparaba mi tesis sobre historia textil. Veía con claridad que hacer públicas mis sospechas sobre el vibrador torpedearía mi carrera, nadie me tomaría en serio nunca más como académica si continuaba esta línea de investigación. Por otro lado, nadie lo estaba haciendo.

Tras graduarme en la Carnegie-Mellon University pasé tres años como profesora en prácticas en la Clarkson University, en el norte de Nueva York. Tenía poco trabajo como enseñante y mucho tiempo para investigar. Mientras pasaba por la batidora artículos de historia textil, empecé a archivar cosas sobre vibradores y a buscar ejemplares en los museos. Los conservadores del Smithsonian Institution Bernard Finn (electricidad), Deborah Jean Warner (instrumentos científicos) y Audrey Davis (medicina) me informaron de que el mayor museo de EE. UU no tenía vibradores. Lo cual era un poco raro, dado que en 1920 había por lo menos diez fabricantes de esos aparatos. Escribí cartas a varios directores de museos y colecciones especiales, incluso una al Kinsey Institute que respondió con cortesía, prontitud y una bibliografía muy útil, y una a una institución de la que no había oído hablar en mi vida, la Bakken Library and Museum of Electricity in Life, en Minneapolis

(Minnesota).

Al escribir a la Bakken Library expliqué con detalle lo que estaba investigando, describiendo la clase de aparatos y documentos que buscaba y por qué. Abandonando toda cautela, en el último párrafo comenté que era la primera investigación que hacía que tenía un interés tanto académico como lascivo. Dos semanas más tarde recibí una carta del director que empezaba: «Su carta ha levantado nuestro interés lascivo...». Así empezó una relación investigadora muy fructífera. La Bakken, fundada por Earl Bakken de Medtronic, es una colección de instrumental médico histórico que emplea electricidad, bien provista y conservada escrupulosamente, con una biblioteca y archivo sobre el mismo tema imponentes. En la colección de aparatos, la Bakken tenía once vibradores etiquetados en el catálogo como «aparatos de relajación músculo-esquelética». Uno de ellos aparece en la figura 6 de este libro. La biblioteca tenía una cantidad apabullante de ilustraciones, textos, anuncios y literatura médica sobre mi tema. Me hice socia durante una semana y pasé cinco días regodeándome en el lujo intelectual. Al acabar la semana hice mi primera presentación sobre vibradores a la dirección y miembros de la Bakken, que me pidieron un artículo breve para la revista del museo: mi primera publicación sobre el tema.

En este viaje de investigación me di cuenta por primera vez de que el tema de los vibradores polariza al público. El siguiente episodio ilustra el simpático buen humor de la plantilla de la Bakken. El conservador y yo estábamos explorando la colección de vibradores, fotografiándolos, pesándolos y examinándolos. El conservador, Al Kuhfeld, un erudito concienzudo con un irónico sentido del humor, aprovechaba la oportunidad de tener la visita de un estudioso (yo) para ampliar y actualizar la información de sus fichas de catálogo. Como tenía formación museística, se me permitía escribir en las fichas (a lápiz, por supuesto) información nueva, como el peso, medidas, número de vibrátodos accesorios, etc. Llegamos al artefacto de la figura 6, un vibrador médico de principios del siglo xx con media docena de vibrátodos y le pregunté al conservador si estaba en condiciones de funcionar. Mirando en la caja, Al eligió sin equivocarse el accesorio más adecuado, conectó el cable al enchufe de la pared y apretó el interruptor. No pasó nada. Desenchufó el aparato, sacó del bolsillo un destornillador pequeño, hizo varios ajustes misteriosos y volvió a enchufar el aparato, que ahora zumbó vigorosamente al darle al interruptor. Tras un momento de debate silencioso conmigo misma sobre cómo hacer el experimento, puse la palma de la mano sobre el vibrátodo y lo comparé mentalmente con los aparatos modernos. Le di las gracias a Al, que empezó a guardarlo, escribí *funciona* en el apartado de observaciones de la ficha de catálogo. El conservador miró por encima de mi hombro y asintió sin comentarios. Una media hora más tarde el director del museo vino y preguntó que tal nos iba. Le dije que acabábamos de enchufar uno de los vibradores para probarlo. «¿Y sirve?» preguntó. «No sabemos si sirve —contestó Al con toda seriedad—. Lo único que sabemos es que funciona».

En mi presentación en Bakken vi por primera vez el contraste entre quienes

escuchan encantados los resultados de mi investigación, riendo con los inevitables aspectos humorísticos, y quienes muestran con una mirada vacía su incomodidad con el tema.

Desde entonces he tenido muchas oportunidades de observar esos efectos con audiencias amplias o restringidas. Los grupos de mujeres solas se ríen y preguntan. En grupos mixtos las mujeres parecen incómodas y preguntan poco, aunque se ríen lo mismo; son conscientes de que es una notable falta de cortesía mencionar delante de los hombres la relativa ineficiencia de la penetración para producir orgasmos femeninos. Los hombres se dividen entre la risa y las caras de póker: entiendo que los primeros son aquéllos a quienes mi investigación confirma que las mujeres son tan sexuales como siempre han deseado, y a los otros les confirma que las mujeres son tan sexuales como siempre han temido.

Tras mi regreso de la Bakken, el programa de Liberal Studies de Clarkson quería dar publicidad a que uno de sus miembros hubiera recibido una beca, entonces un fenómeno infrecuente, pero les preocupaba la reacción del resto del profesorado, básicamente científicos e ingenieros, frente a mi tema. Lo resolvieron publicando una nota en la revista de la facultad diciendo que había «recibido una ayuda... de la Bakken Library of Electricity in Life en Minneapolis. Emplearé los fondos en estudiar el impacto en el hogar de los pequeños electrodomésticos».

Poco después de acabar mi breve artículo para la revista de Bakken, empecé a recibir invitaciones para hablar sobre los vibradores a públicos universitarios. Entonces descubrí algo de lo que me debería haber dado cuenta desde el principio: algunas personas, la mayoría hombres, se tomaban personalmente mis hallazgos y les molestaban, entendiéndolos como una crítica implícita. Una de mis primeras charlas se celebró en el imponente edificio, de piedra cubierta de hiedra, de una antigua institución. Unas ocho personas seguían el seminario en el que hablé, los profesores a un lado de la mesa, las profesoras y los alumnos postgraduados al otro. Tras mi exposición, un profesor senior (con la chaqueta *tweed* de espinguilla obligatorio) dijo que mi exposición no le convencía mucho, porque la experiencia sexual de las mujeres usando vibradores y sus precedentes «no era lo de verdad». Mientras buscaba el modo de contestar esta radical incomprensión, una de las estudiantes graduadas me echó un capote: «¿No se da cuenta, doctor Tal y Cual? La mayoría de las veces es mejor que lo de verdad». Sus compañeras asintieron solemnemente y el doctor Tal y Cual se calló. Claramente, no era esto lo que quería oír. Desde entonces me he encontrado con la misma objeción expresada de muchas maneras, la más directa de ellas que recuerdo era: «Pero si lo que usted dice es cierto ¿entonces las mujeres no necesitan a los hombres!». La única respuesta posible es que si lo único que consideramos es el orgasmo, los hombres tampoco necesitan a las mujeres.

También di una charla en una facultad de medicina en Canadá, un encargo que me asustaba especialmente por tener que contar mi espeluznante historia a los médicos. Para mi sorpresa, reaccionaron con la misma polarización que había observado en

todas partes, con una diferencia relativamente pequeña: antes de la presentación un doctor sencillamente se negó a creer que iba a hablar de vibradores. A mi conferencia le habían dado algún título inocuo como «Terapias físicas desde Areteo hasta Freud», pero uno de sus estudiantes le dijo de qué iba realmente la cosa.

Cuando me encontró en el *hall* me dijo «¡No te vas a creer lo que me están diciendo del tema de tu charla!». Cuando le dije que los rumores eran probablemente ciertos, por muy maliciosos que parecieran, negó tajantemente que pudieran serlo: «¡Pero es que dicen que vas a hablar de vibradores!». Cuando le confirmé que así era, pareció aterrorizado, pero vino a la conferencia. Tras ella se quejó de que hoy a ningún médico se le perdonarían actuaciones como las que había descrito, en lo cual por supuesto llevaba razón. Uno de sus colegas se burló de su objeción: «Anda, déjalo. Lo que a ti te pasa es que lamentas habértelo perdido». El público se desternillaba, claro. Un historiador me comentó más tarde las miradas fijas de quienes no habían hecho preguntas. «Hay mucha presión de los colegas para no parecer tenso en situaciones así —me dijo—. De modo que sonrían y piensan en la reina».

En junio de 1986, justo después de la publicación de mi primer artículo en la revista de Bakken, perdí mi trabajo en la Clarkson University. Enseñaba en la School of Management, y antes de eso en el programa Liberal Studies. Una tarde recogí mi correo y encontré una lista fotocopiada del nuevo reparto de tareas. Mi nombre no aparecía. Preguntando al decano descubrí que ya no tenía un trabajo en Clarkson. Parece que esto se debió a varias razones, una de ellas que mis intereses intelectuales no encajaban en la School of Management, pero había dos quejas más: en primer lugar se temía que los exalumnos dejaran de donar dinero a la escuela si se descubría que uno de sus profesores investigaba los vibradores, y en segundo que mi altísimo nivel de energía «no era compatible con el resto del profesorado». Como solo era una contratada, no tuve más remedio que recoger mis libros y marchar.

Ya había trabajado como catalogadora para un museo próximo a la universidad, así que cuando dejé Clarkson amplí mi base de clientes y monté mi propio negocio como proveedora de servicios de inventario, catalogación e investigación para museos y archivos. Seguía dando conferencias y artículos sobre los vibradores, incluso una en la Cornell University, cercana a mi nuevo hogar en Ithaca, Nueva York, y otra en el encuentro anual de la Society for the History of Technology, en octubre de 1986. En esta última el público parecía luchar desesperadamente para mantenerse serios, probablemente por una concepción equivocada de mi dignidad académica, hasta que llamé al vibrador «innovación sustituidora de capital-trabajo», lo cual hizo que la conservadora de instrumentos científicos de la Smithsonian, Deborah Jean Warner, soltara el trapo, tras lo cual otros entendieron que no pasaba nada si se reían. Una de las preguntas de esta charla la hizo un conocido especialista en Darwin, que señaló que los médicos que no pudieron reconocer los orgasmos de sus pacientes no debían haber visto nunca uno de sus esposas.

Pero la más divertida de mis aventuras con la historiografía de los vibradores fue la jarana que se montó con mi artículo de 1989 en *Technology and Society*, una publicación del Institute of Electrical and Electronics Engineers (IEEE): «Tecnologías camufladas socialmente: el caso del vibrador electromecánico». A principios de 1988 había recibido la petición de artículos para un número especial de la revista, con edición de Robert Welchel y con el eminente historiador eléctrico James Brittain como editor invitado. Ensamblé una breve introducción sobre el aspecto de camuflaje social de mi investigación y lo envié; el artículo pasó el habitual procedimiento de selección y fue aceptado con revisiones. La única señal de problemas fue una carta de Brittain que acababa diciendo que mi artículo era una especie de prueba de la política editora del IEEE, porque no habían publicado un artículo así desde que empezaron en 1884.

El artículo se publicó en julio, cuando muchos ingenieros y profesores de vacaciones. En setiembre me llamó Bob Welchel. El Technical Advisory Board (TAB, Consejo Asesor Técnico) del IEEE estaba amenazando con retirar el permiso para publicar *Technology and Society* basándose en que no era posible que hubiera nadie llamado Rachel Maines que hubiera escrito ese artículo, tenía que ser una broma muy elaborada de los coeditores. Según el TAB, no era posible que el artículo hubiera sido revisado, y todas las referencias tenían que ser falsas. El artículo tenía nueve páginas y 51 notas que se referían a más de 160 fuentes, algunas de ellas en latín y griego. Como decía un miembro del TAB: «Parece una parodia de un artículo del IEEE. Contiene docenas y docenas de referencias obsoletas». Welchel y Brittain se estaban preparando para una investigación en el encuentro del TAB de noviembre de 1989, en el que deberían aportar pruebas de mi existencia (¡!), de que Maines and Associates era un negocio respetable y de que el artículo había pasado el proceso normal de revisión. Mientras tanto, otros estaban verificando la existencia de mis referencias.

Poco después del encuentro de noviembre recibí otra llamada, esta vez de un periodista del IEEE *Spectrum*, una revista que se reparte a todos los 350 000 miembros del IEEE. El número de octubre había dedicado media página al rifirrafe del TAB, e incluía una cita de un miembro que pensaba que yo tenía que haber usado los aparatos de detección de radares de tráfico como ejemplo de tecnología camuflada socialmente. Le parecía que mi artículo se había escrito «más para brillar que para iluminar», aparentemente negando la posibilidad de que ambas cosas pudieran darse a la vez. En el encuentro dominaron las cabezas menos enfebrecidas: se mostraron los informes de los revisores, se sacó una carta de mis colegas de la Society for the History of Technology, y a la facción antivibradores se le hizo ver que podían poner en ridículo al IEEE. En números posteriores de *Spectrum* aparecieron cartas diciendo que ya era hora de que IEEE abordara valientemente asuntos nuevos. Me dijeron que las suscripciones a *Technology and Society* subieron como consecuencia de la controversia, ilustrando una vez más que los esfuerzos por censurar aportan una

publicidad valiosa a lo que intentan suprimir.

CAPÍTULO 01

EL TRABAJO QUE NO QUERÍA NADIE

En 1653 Pieter van Foreest, llamado Alemanarius Petrus Forestus, publicó un compendio médico titulado *Oservationem et Curationem Medicinalium ac Chirurgicarum Opera Omnia*, que dedicaba un capítulo a las enfermedades de las mujeres. Para la dolencia normalmente llamada histeria (que significa literalmente «enfermedad del útero») y conocida en esa obra como *praefocatio matricis*, ahogo de la matriz, el médico prescribía lo siguiente:

Cuando aparecen estos síntomas, nos parece necesario pedir la ayuda de una matrona, para que ella pueda masajear los genitales con un dedo dentro, empleando aceite de azucenas, raíz de almizcle, azafrán o [algo] parecido. De este modo puede excitarse a la mujer afligida hasta el paroxismo. Galeno y Avicena, entre otros, recomiendan esta clase de estimulación con el dedo, especialmente para las viudas, para las que llevan una vida de castidad y para las mujeres religiosas, como propone Gradus [Ferrari da Gradi]; se recomienda con menos frecuencia para mujeres muy jóvenes, públicas o casadas, para quienes es mejor remedio la cópula con sus parejas.

Como sugiere Forestus, en la tradición médica occidental el tratamiento estándar para la histeria, una dolencia considerada crónica en las mujeres, era el masaje genital hasta el orgasmo por un médico o matrona. Descripciones de este tratamiento aparecen en el corpus hipocrático, en las obras de Celso en el primer siglo de nuestra era, en las de Areteo, Sorano y Galeno en el siglo segundo, la de Aecio y Moschion en el siglo VI, en la obra anónima del siglo VIII o IX *Liber de Muliebria*, en los escritos de Rhazes (Al-Razi, Rasis) y Avicena del siglo siguiente, de Ferrari da Gradi en el siglo XV, de Paracelso y Paré en el XVI, de Burton, Claudini, Harvey, Highmore, Rodrigues de Castro, Zacuto y Horst en el XVII, de Mandeville, Boerhaave y Cullen en el XVIII, y en la obra de numerosos autores del XIX incluyendo Pinel, Gall, Tripiet y Briquet. Dada la ubicuidad de estas descripciones en la literatura médica, es sorprendente que los historiadores hayan dedicado tan poca atención al carácter y propósito de estos masajes, tratamientos de la histeria y enfermedades relacionadas.

Los autores mencionados, y otros de la historia de la medicina occidental, describen un tratamiento médico para una dolencia que ya no se considera una enfermedad, pero que era así considerada bajo el nombre de histeria desde al menos el siglo IV antes de Cristo hasta que la American Psychiatric Association eliminó el término en 1952. Esta supuesta enfermedad y las dolencias relacionadas mostraban una sintomatología coherente con el funcionamiento normal de la sexualidad femenina, que encontraba alivio, cosa nada sorprendente, mediante el orgasmo, fuera por coito en la cama matrimonial o por masaje en la mesa del médico. Colocaré este paradigma de enfermedad en el contexto de las definiciones androcéntricas de la sexualidad, que explican tanto que estos tratamientos fueran social y éticamente permisibles para los doctores y sus pacientes como que las mujeres los requirieran. Las visiones androcéntricas de la sexualidad y sus implicaciones para las mujeres y

para los médicos que las trataban, dieron forma no solo al concepto de patología sexual femenina, sino también a los mecanismos para remediarlos.

La tecnología nos dice mucho acerca de la construcción social de las tareas y roles para los que se la diseña. Aunque los instrumentos de masaje han tenido muchos usos médicos en la historia, aquí me ocupo nada más de su papel en el tratamiento de algunas clases de «dolencias de mujeres». Los vibradores y sus predecesores en la historia de las tecnologías del masaje médico son los medios por los que examinaré tres temas: las definiciones androcéntricas de la sexualidad y la construcción de una sexualidad femenina ideal que se ajuste a ellas; la reducción de la conducta sexual femenina fuera del estándar androcéntrico a enfermedad que requiere tratamiento; y los medios por los que los médicos legitimaron y justificaron la producción clínica de orgasmos en mujeres, como tratamiento de estas enfermedades. Al evaluar estas tecnologías, la perspectiva de género es significativa: por ejemplo, la reacción típica de los hombres a la figura 1 es una mueca de dolor, mientras que las mujeres ríen. Claramente, donde las tecnologías afectan al cuerpo, especialmente a los órganos sexuales, el sexo importa.

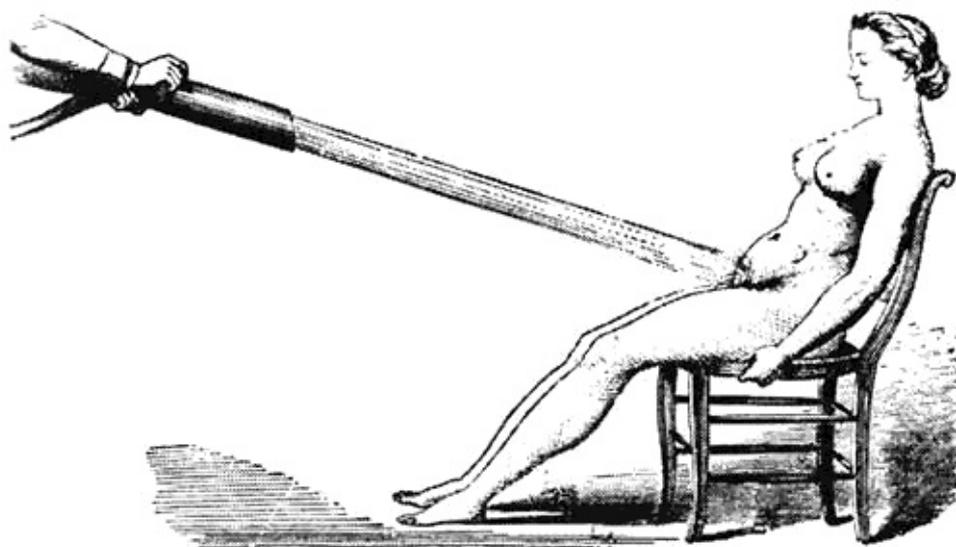


Fig. 1. Ducha pélvica francesa, de hacia 1860, de Fleury, reproducida de Mechanization Takes Command, de Siegfried Giedion (Nueva York, Oxford University Press, 1948).

El vibrador, que apareció como instrumento médico electromecánico a finales del siglo XIX, era la evolución de tecnologías de masaje anteriores, que respondía a la demanda de los médicos de terapias físicas más rápidas y eficientes, en particular para la histeria. El masaje hasta el orgasmo de pacientes femeninas era un ingrediente fundamental de la práctica médica entre algunos (ciertamente no todos) médicos occidentales desde el tiempo de Hipócrates hasta el decenio de 1920, y al mecanizar esta tarea aumentaba notablemente el número de pacientes que un médico podía tratar al día. Los doctores eran una élite masculina con control sobre su vida laboral y sobre

su instrumentación, y las mejoras en la producción médica de orgasmos pagados podían aumentarlos ingresos. Los médicos tenían tanto los medios como los motivos para mecanizar.

La petición de tratamiento tenía dos orígenes: la prohibición de la masturbación femenina por no ser casta y posiblemente insalubre, y el fracaso de la sexualidad definida androcéntricamente para producir regularmente orgasmos en la mayoría de las mujeres. Los síntomas definidos como histeria hasta 1952, igual que algunos asociados con la clorosis y la neurastenia, podrían ser en gran parte el funcionamiento normal de la sexualidad de las mujeres en un contexto social patriarcal, que no reconocía su diferencia esencial con la sexualidad masculina, con su tradicional énfasis en el coito. El modelo de heterosexualidad saludable, «normal», históricamente androcéntrico, es la penetración de la vagina por el pene hasta el orgasmo masculino. En muchos periodos se ha observado clínicamente que este marco de conducta no consigue producir orgasmos de manera regular en más de la mitad de la población femenina.

Como se creía que el modelo androcéntrico de sexualidad era necesario para la institución del matrimonio, pronatalidad y patriarcal, y lo habían defendido los líderes del *establishment* médico occidental por lo menos desde el tiempo de Hipócrates, el matrimonio no siempre *curaba* la *enfermedad* que suponía el funcionamiento corriente y persistente de la sexualidad de las mujeres fuera del paradigma sexual dominante. Así se convirtió la tarea de aliviar los síntomas de excitación femenina en una tarea médica, que definía los orgasmos femeninos en condiciones clínicas como las crisis de una enfermedad, el *paroxismo histérico*. En efecto, los doctores heredaron la tarea de producir orgasmos en las mujeres porque era un trabajo que no quería hacer nadie.

No hay señales de que los médicos hombres disfrutaran dando tratamientos de masajes pélvicos. Al contrario, esta élite masculina buscó todas las maneras de sustituir sus dedos por otros recursos, como las atenciones de los maridos, las manos de las matronas o algún mecanismo incansable e impersonal. Esta última opción redujo el tiempo que les llevaba lograr resultados de hasta una hora a alrededor de diez minutos. Como muchos maridos, los médicos eran reacios a molestarse en lo que era, al fin y al cabo, una tarea rutinaria. El trabajo requería habilidad y atención; Nathaniel Highmore observó en 1660 que era difícil aprender a producir orgasmos mediante masaje vulvar. Dijo que la técnica «no es diferente de ese juego en que los niños intentan frotarse el estómago con una mano y darse golpecitos en la cabeza con la otra». Pero las mujeres histéricas suponían un mercado grande y lucrativo para los médicos. Eran pacientes que ni se curaban ni se morían de la enfermedad, sino que continuaban necesitando tratamiento regular.

Russell Thacher Trail y John Butler, a finales del siglo XIX, estimaban que nada menos que las tres cuartas partes de la población femenina estaba «falta de salud» y que este grupo constituía el mayor mercado de EE. UU para servicios terapéuticos.

Además el tratamiento orgásmico no podía hacer daño a las pacientes, tanto si estaban bien como si no, de modo que contrastaba muy favorablemente con terapias «heroicas» del siglo XIX como la clitoridectomía para prevenir la masturbación. Claramente no es necesario percibir a las sufridoras de la terapia orgásmica como víctimas: algunas de ellas con casi toda seguridad debían saber lo que estaba pasando de verdad.

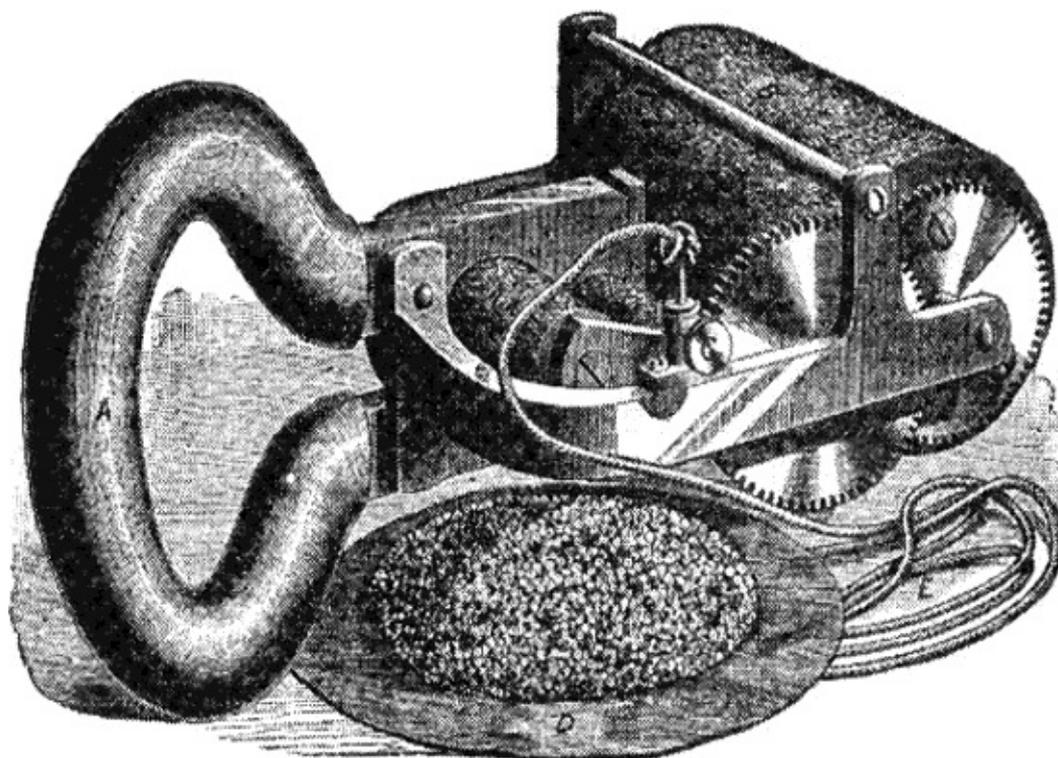


Fig. 2. Máquina de electromasaje de Butler, de Dr. John Butler's Electromassage Machine (Nueva York: Butler Electro-massage, 1888).

El modelo androcéntrico de sexualidad

La definición androcéntrica de la actividad sexual distingue tres pasos esenciales: la preparación para la penetración, la penetración y el orgasmo masculino. Una actividad sexual que no implique por lo menos las dos últimas no se ha considerado «lo de verdad» ni popular ni médicamente (ni legalmente, de hecho). Se espera que la hembra obtenga un orgasmo durante el coito, pero que no lo haga no reduce la condición de «lo de verdad».

Investigadores como Alfred Kinsey y Shere Hite nos han hecho ver que más de la mitad de las mujeres, puede que más del 70 por ciento, no alcanzan regularmente el orgasmo con la penetración sin más, pero el hecho era conocido, aunque no enunciado con claridad, en siglos anteriores. A esta mayoría de mujeres se las ha definido tradicionalmente como anormales o «frías», en cierto modo incumplidoras de su deber de reforzar el modelo androcéntrico de sexo satisfactorio. Estas mujeres pueden constituir la mayoría de las histéricas de la historia, cuyo número hace creíble el argumento de Thomas Sydenham en el siglo XVII de que la histeria era «la más común de las enfermedades a excepción de las fiebres». También explica la opinión de los doctores del siglo XIX de que la histeria era una pandemia. Cuando el sexo marital era insatisfactorio, y la masturbación desaconsejada o prohibida, la sexualidad femenina, sugiero, se declaraba a través de una de las pocas salidas aceptables: los síntomas de trastornos histeroneurasténicos.

Históricamente se ha disuadido a las mujeres de masturbarse argumentando que dañarían su salud, y la mayoría de los hombres hasta el siglo XX (e incluso hasta hoy, dirían algunos) no han comprendido que la penetración nada más solo satisface a una minoría de las mujeres. Incluso los maridos y amantes que lo han sabido, no siempre han querido molestarse en aportar la estimulación adicional necesaria para producir el orgasmo femenino. Todavía en el decenio de 1970 las autoridades médicas aseguraban a los hombres que una mujer que no alcanzara el orgasmo durante un coito heterosexual era defectuosa o sufría alguna discapacidad física o psíquica. El defecto era suyo, porque era inimaginable que el defecto residiera en la hipótesis de la penetración. Si el pene no representaba el arma definitiva en la guerra sexual, la superioridad masculina descansaría únicamente en el estadísticamente mayor potencial de los músculos bíceps y deltoide masculinos, que no parecían tan aptos para sostener al patriarcado en la civilización occidental.

El orgasmo femenino y los medios para producirlo fueron y son anómalos desde un punto de vista biológico, político y filosófico. Su falta de correlación con la fertilidad y la concepción sigue siendo contraintuitiva incluso —o quizás especialmente— en la época de mayor comprensión científica de la reproducción humana. La función biológica del orgasmo femenino es objeto de controversia. En un pasado reciente, igual que en el más alejado, era razonable suponer *a priori* que

hombres y mujeres resultarían gratificados sexualmente por el mismo acto de penetración hasta el orgasmo masculino que hacía posible la concepción. Sigue sin explicarse que fuera necesaria la estimulación de genitales externos de las mujeres en la mayor parte de los casos. Como historiadora, no especulo acerca de las cuestiones fisiológicas y evolucionarias que esto implica, pero espero con mucho interés los resultados de las investigaciones en marcha de biólogos evolucionistas, fisiólogos reproductivos y antropólogos físicos.

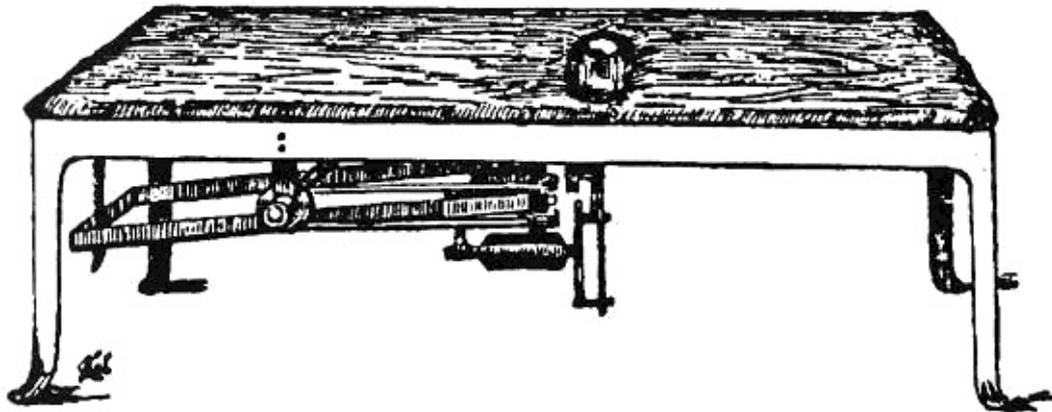


Fig. 3. La mesa para el «Manipulator» accionado por vapor, de George Taylor de finales de los 1860, de Pelvic and Hernial Therapeutics, George Henry Taylor (Nueva York: J. 13. Alden, 1885).

La cuestión del orgasmo femenino en la historia queda muy oscurecida por el androcentrismo de las fuentes. Los autores médicos, por ejemplo, han abordado esta cuestión principalmente desde un punto de vista prescriptivo; los autores populares lo mencionan muy ocasionalmente. Hasta la mitad del siglo xx, incluso en la literatura, las referencias al orgasmo femenino destacan por su ausencia, aun en obras que tienen el sexo como asunto central. El pensamiento médico occidental sobre la sexualidad consideraba razonable y necesario para el apoyo social del ego masculino o bien considerar al orgasmo femenino como un subproducto del masculino o negar completamente su existencia. Ambas estrategias se han usado históricamente, pero también ha habido una corriente subterránea persistente que reconocía que el modelo androcéntrico de sexualidad no representa adecuadamente la experiencia de las mujeres.

Como ha señalado Thomas Laqueur, la tradición occidental no desarrolló un vocabulario completo para describir la anatomía femenina hasta el siglo xviii, lo cual ayudaba a la confusión médica. La vulva, labios y clítoris no se distinguían siempre de la vagina, ni esta del útero, de modo que es difícil al leer la literatura ginecológica premoderna descifrar los tratamientos, porque no distingue entre los genitales femeninos. Con frecuencia se refiere a la sexualidad femenina empleando términos masculinos, como las referencias a las secreciones de las glándulas Bartholin como «semen» o «semilla». Laqueur dice que los médicos que escribían de anatomía «no

consideraron necesario desarrollar un vocabulario preciso de la anatomía genital porque si el cuerpo femenino era una versión del cuerpo canónico menos caliente, menos perfecta y por tanto menos patente, las distintas referencias orgánicas, en particular las genitales, importaban mucho menos que las jerarquías metafísicas que ilustraban».

La histeria como paradigma de enfermedad

Aquí intento esbozar los contornos de la respuesta médica y tecnológica masculina a las faltas de correspondencia entre las experiencias masculinas y femeninas de la sexualidad a través de la construcción social de paradigmas de enfermedad. Las cuestiones de respuesta mutua orgásmica siempre han estado en el vulnerable centro de la relación heterosexual, con gran potencial desestabilizador. Históricamente se las ha desplazado a un territorio aséptico y neutral, en el que a la sexualidad femenina se la considera enfermedad, y en el que el orgasmo femenino, redefinido como crisis de la enfermedad, se conseguía clínicamente, en una justificada terapia. Esta interpretación obviaba la necesidad de cuestionar el papel exaltado del pene y del coito como productor de orgasmos femeninos. Aún más, no requería cambios de actitud ni de habilidades por parte del elemento masculino de la pareja. Lo que Foucault llama «histerización del cuerpo de las mujeres» protegía y reforzaba las definiciones androcéntricas de éxito sexual.

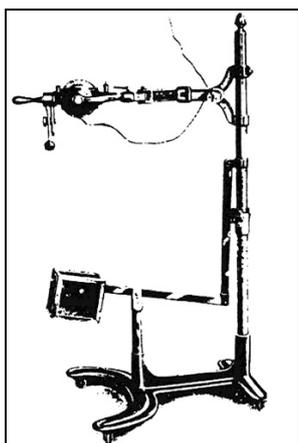


Fig. 4. El Chattanooga Vibrator, que en 1900 se vendía a los médicos por unos 200 dólares. De The Chattanooga Vibrator (Chattanooga, Tenn., Vibrator Instrument Company, [ca. 1904]), portada.

Una parte de mi argumento se apoya en el carácter vago y enfocado sexualmente de la histeria, tal como la definen las autoridades médicas antiguas, medievales, renacentistas y modernas, antes de Sigmund Freud. Muchos de sus síntomas clásicos son los de la excitación crónica: ansiedad, insomnio, irritabilidad, nerviosismo, fantasías eróticas, sensación de pesadez en el abdomen, edema en la

baja pelvis y lubricación vaginal. Los médicos con anterioridad a finales del siglo XIX raramente mencionan los estados de parálisis descritos por Freud y algunos más. Como señalaba Franz Josef Gall en la segunda década del siglo XIX y A. F. A. King unos setenta años después, durante el síncope que algunas histéricas experimentaban la aparente pérdida de conciencia se asociaba con sonrojo de la piel, «sensaciones voluptuosas» y vergüenza y confusión tras una breve pérdida de control, normalmente inferior al minuto.

Que las histéricas no fueran incontinentes durante su «trance», como ocurría con los epilépticos, y que aparentemente se encontraran mucho mejor después, hizo sospechar a algunos médicos que se fingían enfermas. Señalaron que los epilépticos se dañaban a sí mismos al caer, cosa que ocurría raramente con las histéricas. No quiero decir que todas las mujeres diagnosticadas como histéricas fueran casos de falta de sexo (más bien de orgasmos), algunas sin duda padecían otras dolencias

físicas o psíquicas cuyos síntomas se solapaban notablemente con el paradigma de la histeria. Joan Brumberg ha señalado, por ejemplo, que en el siglo XIX muchos médicos creían que la anorexia de las jóvenes era un trastorno histérico.

Pero el gran número de histéricas hasta mediado el siglo XX y su práctica desaparición después sugiere que es la percepción de la conducta de estas mujeres la que ha cambiado, no la conducta en sí misma.

La pérdida de consciencia —o, más apropiadamente, de la reactividad a estímulos externos— parcial o completa ha sido percibida e interpretada de distintas formas con el paso del tiempo. Areteo, como Platón, creía que el útero inflamado y desconectado ahogaba o asfixiaba a la paciente, un tema tratado con considerable detenimiento en los escritos médicos clásicos, medievales y renacentistas. Se creía que el útero, lleno a rebosar de semen sin gastar, se rebelaba contra la privación sexual. La cura era, coherentemente con la teoría humoral popularizada por Galeno, recolocar el órgano en la pelvis y provocar la expulsión del exceso de fluidos. Si la paciente era soltera, viuda, casada infeliz o monja, la cura consistía en un vigoroso ejercicio de equitación, movimientos de pelvis en un columpio, mecedora o carruaje, o por masaje de la vulva por un médico o matrona, tal como describe Forestus en el párrafo antes citado. A las solteras en edad de casarse se les urgía a hacerlo cuanto antes y, como lo expresaba Ambroise Paré en el siglo XVI, «tener encuentros vigorosos con sus maridos».

No se recomendó la masturbación por la propia paciente hasta principios del siglo XX, e incluso entonces raramente. Si la histeria fuera en su mayor parte nada más que el funcionamiento normal de la sexualidad femenina, la inducción de la crisis de la enfermedad, llamada «paroxismo histérico», habría proporcionado la clase de alivio temporal que describen los médicos. Pero solo un grupo de las autoridades médicas que defendían el masaje genital como tratamiento para la histeria reconocían la crisis así obtenida como orgasmo.

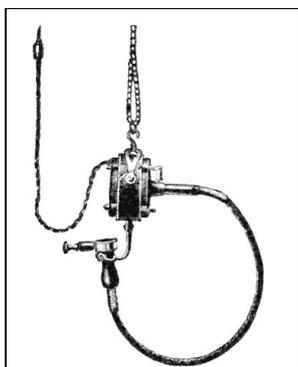


Fig. 5. «Vibrador Carpenter colgante», de *Mechanical Vibration and Its Therapeutic Application*, de Mary Lydia Hastings Arnold Snow (New York: Scientific Authors, 1904).

Como señalan Peter Gay y otros, la sabiduría heredada de que las mujeres necesitaban de satisfacción sexual para estar saludables entró en conflicto con ideas nuevas sobre la pureza de la femineidad. Una solución nada infrecuente de este conflicto era que las mujeres deseaban ardientemente la maternidad, no el orgasmo. Esta

hipótesis pronatalidad no solo conservaba la ilusión de la superioridad espiritual de las mujeres al tiempo que explicaba la conducta sexual observada, sino que también reforzaba la ética del coito con la mujer boca arriba como una norma de origen divino. Como señala Gay acertadamente, esta tesis también protegía el ego masculino y el modelo androcéntrico de sexualidad.

Las interpretaciones freudianas posteriores a 1900 presuponían inclinaciones sexuales en las mujeres, y las situaba en un nuevo orden de moralismo androcéntrico, el de la psicopatología, que iba a perdurar hasta nuestros días. En el nuevo paradigma, la histeria no estaba causada por la privación sexual sino por experiencias infantiles, y podría manifestarse en propensión a la masturbación y en la «frigidez» en la penetración. Estos dos «síntomas» también eran pruebas, en la visión freudiana, de desarrollo sexual femenino detenido en un punto juvenil. Así resultaba incontestable la mística de la penetración, incluso si el marco teórico cambiara debido a los asuntos médicos y sexuales. Según la teoría freudiana y autoridades anteriores, las mujeres de verdad tenían satisfacción sexual madura con la penetración vaginal hasta el orgasmo masculino, y no aceptaban sustituciones de «lo de verdad». Muchos médicos malinterpretaban sistemáticamente el papel del clítoris porque su función en la excitación hasta el orgasmo contradecía el principio androcéntrico de que solo un pene erecto podía dar satisfacción sexual a una hembra adulta normal, saludable. No se percibía como problema que este principio relegara a la condición patológica la experiencia de entre dos tercios y tres cuartos de la población femenina.

Este enfoque androcéntrico, de hecho, escondía el carácter sexual de los tratamientos médicos con masaje. Como no había penetración, los creyentes en la hipótesis de que solo la penetración satisfacía a las mujeres podían argumentar que no ocurría nada sexual cuando las pacientes experimentaban un paroxismo histérico bajo tratamiento. Hasta los médicos del siglo XIX que criticaban al espéculo atribuyéndole efectos estimulantes y que cuestionaban el masaje manual interno, no encontraban nada inmoral o no ético en el masaje externo de vulva y clítoris con un chorro de agua o con aparatos mecánicos o electromagnéticos. Las interpretaciones freudianas y posteriores de la histeria y la masturbación ayudaron a debilitar el camuflaje, y cuando el vibrador, empleado en las consultas médicas desde el decenio de 1880, empezó a aparecer en películas eróticas en el de 1920, la ilusión de un proceso clínico diferente de la sexualidad y el orgasmo no pudo sostenerse.

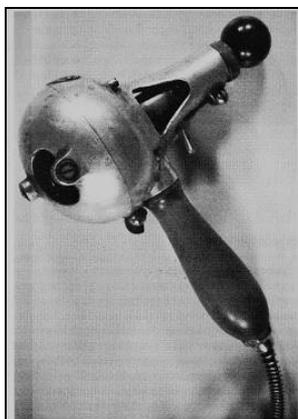


Fig. 6. Vibrador médico de principios del siglo XX de la Bakken Library and Museum of Electricity in Life.

Es importante señalar que en las pruebas que presento sobre la historia de la sexualidad y del masaje médico en la histeria, las voces de las mujeres se oyen muy pocas veces. A pocas personas de uno u otro sexo les parece adecuado dejar un relato de su más ortodoxa sexualidad marital procreadora, no digamos experiencias con la masturbación.

Que una mujer lo hubiera hecho, habría sido considerado en casi cualquier tiempo y lugar de la historia de Occidente indeciblemente asombroso y desvergonzado; su

descubrimiento hubiera supuesto sanciones sociales severas. Incluso los historiadores de la sexualidad masculina se enfrentan a la escasez de material primario; lo que ha sobrevivido pueden ser restos fragmentarios o revisados por herederos o editores avergonzados. Los historiadores tienen que apoyarse en fuentes médicas androcéntricas y pronatalidad para obtener mucha de nuestra información sobre las actividades más íntimas de la humanidad, porque no tenemos más. Casi todas mis fuentes se refieren a miembros de la clase media a alta, de mujeres blancas de EE. UU y Europa, y sería impertinente generalizar a otras culturas, clases o razas.

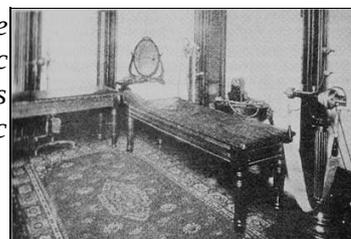
La evolución de la tecnología

El vibrador electromecánico, inventado en el decenio de 1880 por un médico británico, representa el último de una larga serie de soluciones a un problema que ha atribulado a los profesionales médicos desde la antigüedad: un masaje terapéutico eficaz que no cansara al terapeuta ni requiriera habilidades de adquisición difícil y lenta. La velocidad y eficiencia de la mecanización mejoró la productividad clínica, especialmente en el tratamiento de pacientes crónicos como las histéricas, que normalmente eran prolongados. De entre las dolencias para las que era indicado el masaje, la histeria de las mujeres era uno de los desafíos más persistentes a la habilidad y paciencia de los terapeutas. Y era una de las enfermedades diagnosticada con más frecuencia en la historia, hasta que la American Psychiatric Association retiró oficialmente los trastornos histeroneurasténicos del canon de enfermedades, en 1952.

Los tratamientos mecanizados para la histeria ofrecían varios beneficios a los implicados: médicos, pacientes, y maridos de pacientes. La producción clínica de «paroxismos histéricos» no solo paliaba las quejas de las pacientes y las hacían sentirse mejor, al menos temporalmente, también resolvían la disonancia de la realidad con el modelo sexual androcéntrico. Y como los aparatos mecánicos y electromecánicos podían producir varios orgasmos en periodos relativamente cortos, las innovaciones en el instrumental permitieron a las mujeres una exploración más rica de sus potenciales fisiológicos. Las tecnologías de masaje mecánicas, hidráulicas y movidas por vapor ofrecían algunas de estas ventajas, pero el vibrador electromecánico cansaba menos y requería menos habilidad que el masaje manual, necesitaba menos capital que las tecnologías por agua o vapor, y era más fiable y portátil que cualquier artilugio anterior. A los quince años de la presentación del primer modelo Weiss a finales del decenio de 1880, más de una docena de fabricantes estaban produciendo modelos a baterías o enchufables a la corriente. Algunos médicos hasta tenían «teatros operativos» vibrátiles (véase la figura 7).

Empleo una nomenclatura relativamente coherente pensada para subrayar las diferencias entre varias clases de aparatos masajeadores, aunque sus

Fig. 7. Teatro de operaciones, de Mechanical Vibration and Its Therapeutic Application, de Mary Lydia Hastings Arnold Snow (New York: Scientific Authors, 1904).



fabricantes y usuarios les han dado nombres muy diversos. Para empezar, un vibrador auténtico es un aparato mecánico o electromecánico que aplica una presión a un ritmo rápido sobre el contorno de una superficie, generalmente montado en ángulo recto con su mango. Normalmente disponen de una serie de vibrátodos, aplicadores de goma intercambiables de forma adaptada a la parte del cuerpo a la que van a

aplicarse.

Los dildos vibradores, una variante de los vibradores, son rectos normalmente y están diseñados para su inserción vaginal o anal. El término masajeador, como lo empleamos aquí, designa un aparato con superficies planas o convexas diseñado principalmente para manipular los músculos esqueléticos. Todos ellos son diferentes de los electrodos empleados en electroterapia, que producen una descarga eléctrica suave en los tejidos donde se aplican, por lo que están tecnológicamente relacionados con los vibradores de modo colateral nada más.

Como hemos visto, el tratamiento de la histeria o «ahogo de la madre» por masaje manual de la vulva está atestiguado en la medicina occidental desde la antigüedad, pasando por la Edad Media, el Renacimiento y la Reforma hasta bien entrada la Edad Moderna. Ya he citado la descripción de 1653 de Forestus de la técnica manual básica, que parece haber variado poco con el tiempo excepto por el tipo de aceites lubricantes. Las descripciones que enseñaban el procedimiento a los médicos eran más o menos explícitas según el temperamento del autor. Algunos, como Forestus y su contemporáneo Abraham Zacuto (1575-1642), mostraban reservas sobre si era adecuado masajear los genitales femeninos y proponían que el trabajo se delegara en una matrona. Pero las principales dificultades para los médicos eran la habilidad necesaria para encontrar la intensidad de masaje adecuada a cada paciente y la resistencia necesaria para mantener el tratamiento hasta producir resultados. Parece que desde bastante temprano se ha buscado alguna tecnología que solventara ambos problemas, en forma de hidroterapia e instrumentos rudimentarios como mecedoras, balancines y vehículos que golpeaban rítmicamente la pelvis de la paciente.

Sabemos poco del empleo de la hidroterapia para la histeria en la antigüedad. Pero los baños, sobre todo los contruidos junto a manantiales calientes, siempre se han asociado con la sensualidad y la sexualidad. San Jerónimo (¿340?-420), por ejemplo, amonestaba a las mujeres, especialmente a las jóvenes, para que evitaran los baños porque «agitaban pasiones que es mejor dejar tranquilas». La masturbación femenina en este contexto requiere normalmente que el agua esté en movimiento, preferiblemente con alguna presión o caída por gravedad, así que el baño inmóvil del tipo mostrado en escenas medievales (véase la figura 8, en el capítulo 4) probablemente no haya sido eficaz. Los baños romanos incluían agua corriente que podrían haberse empleado con esta finalidad, pero no tenemos pruebas de ello.

Es probable que muchas mujeres a lo largo de la historia descubrieran por sí mismas que el agua en movimiento tenía un efecto estimulante, pero no es probable que tales descubrimientos se documentasen excepto en la forma de vagas prohibiciones de disfrute sensual en el baño por escritores médicos y religiosos. A finales del siglo XVIII en algunos balnearios europeos se usaban aparatos de hidroterapia para trastornos femeninos. Hay pocas descripciones detalladas o ilustraciones de estos artilugios. Tobias Smollet subrayaba en 1752 la cantidad de aparatos hidráulicos que había en Bath específicamente para las mujeres, que

suponían la mayor parte del mercado de masajes hidráulicos en Reino Unido al menos desde los tiempos de Smollet. Muchos balnearios tenían «departamentos femeninos» especiales y, al menos en EE. UU, con frecuencia las mujeres eran propietarias, copropietarias o médicas residentes de estos establecimientos.

La mayor atracción era la ducha de alta presión, ampliamente empleada en trastornos femeninos como estimulante local de la región pélvica (figura 1). Henri Scoutetten, un médico francés, describía así en 1843 la popularidad de las duchas frías entre sus pacientes femeninas:

La primera impresión producida por el chorro de agua es dolorosa, pero pronto el efecto de la presión, la reacción del organismo al frío, que causa enrojecimiento de la piel, y el restablecimiento del equilibrio, crean una sensación tan agradable para muchas personas que hay que tomar precauciones para que no excedan el tiempo prescrito, normalmente cuatro o cinco minutos. Tras la ducha, la paciente se seca, se abrocha el corsé y regresa a su habitación con paso vivo.

Para los médicos, aparte de la evidente atracción desmesurada para las pacientes, los inconvenientes principales del masaje hidráulico eran el capital necesario para montar una instalación y que esta era fija, el equipo era caro y requería un emplazamiento semipermanente con una fuente de agua, preferiblemente caliente. Algunos fabricantes se esforzaron en popularizar equipamiento hidroterapéutico para clínicas e incluso hogares ricos, pero los aparatos resultaban prohibitivos y se ajustaban mal a las cañerías existentes. Así que la paciente y su médico debían viajar a los sitios de tratamiento, con lo que el transporte, las tarifas del balneario, hospedaje y alimentación, restringían la clientela a las clases superiores.

Los balnearios eran también el mercado para muchos esfuerzos tempranos de mecanizar el masaje. La mayoría tenía entre su arsenal clínico equipo para la terapia física manual, como sacudidores de músculos, y cuando la maquinaria «Swedish Movement» [Movimiento Sueco] de Gustav Zander (1835-1920) se presentó a mediados del siglo XIX los balnearios prósperos la incorporaron. Antes de 1870 tanto los balnearios como los médicos podían disponer también de un «percutor» de relojería, esencialmente un vibrador de cuerda (véase la figura 18). Pero el percutor no tenía demasiada potencia, y tendía a pararse antes de completar el tratamiento. En el mercado popular se vendían aparatos de tipo rodillo (figura 2) que combinaban el masaje con la electroterapia; se intentaban vender a ambos sexos, a los hombres con el argumento de que renovaban su vigor sexual.

En 1869 y 1872 un médico estadounidense, George Taylor, patentó aparatos vibratorios y de masaje movidos por vapor, alguno de ellos para trastornos femeninos. Su mercado principal eran balnearios y médicos con práctica terapéutica lo bastante extensa para justificar el gasto de un aparato grande, pesado e incómodo. Taylor avisa a los médicos de que el tratamiento de trastornos pélvicos femeninos con el «Manipulator» debía realizarse bajo supervisión para prevenir una satisfacción excesiva.

Uno de sus aparatos (figura 3) era una mesa almohadillada con un orificio para la

parte inferior del abdomen, por el cual una esfera vibrante, movida por una máquina de vapor, masajeaba el área pélvica.

Los esfuerzos suecos por lograr un aparato masajeador según los principios de la maquinaria de Zander obtuvieron resultados a finales de los 1870, pero el primer vibrador electromecánico vendido internacionalmente a los médicos fue el modelo británico construido por Weiss. Patentado a principios del decenio de 1880, lo había diseñado el médico Joseph Mortimer Granville, funcionaba con baterías y, como las versiones modernas, disponía de un juego de vibrátodos intercambiables. Pero Mortimer Granville se oponía firmemente a que se usara para tratar a mujeres, especialmente histéricas y aconsejaba su aplicación exclusivamente a los músculos esqueléticos de los hombres. Pocos médicos de EE. UU parecen haber compartido su incomodidad, excepto los que habían notado con preocupación que los aparatos inducían contracciones uterinas en mujeres embarazadas.

Hacia 1900 los médicos podían acceder a gran variedad de aparatos vibratorios, desde los más baratos que funcionaban a pedal hasta el Cadillac de los vibradores, el Chattanooga (figura 4), que costaba 200 dólares más portes en 1904. Monell informaba en 1902 de que en la Exposición de París de 1900 podían examinarse más de media docena de vibradores médicos. Cuando Mary L. H. Arnold Snow escribió para una conferencia de médicos en 1904, describió con cierto detalle el doble de esa cantidad, incluyendo vibromasaje musical, otros con contrapeso, osciladores de tejidos, horquillas vibratoras, aparatos de masaje impulsados a mano o a pedal, sencillos golpeadores de músculos, vibrátiles (aparatos de alambre vibrador), equipo neumático con accesorios de masaje y vibradores que funcionaban por aire comprimido, turbinas de agua, máquinas de gas, baterías y corriente eléctrica. Estos modelos, de los más baratos a 15 dólares hasta el más caro recién mencionado, ofrecían al paciente vibraciones a velocidades de mil a siete mil pulsaciones por minuto. Algunos se sostenían en el suelo sobre rodillos, otros eran portátiles y los había que se colgaban del techo de la clínica como una llave de impacto en un taller de automóviles moderno (figura 5).

Los artículos y libros de texto sobre la técnica del masaje vibratorio de principios del siglo xx alababan la versatilidad de la máquina para tratar casi todas las enfermedades de ambos sexos y el ahorro que suponía en tiempo y esfuerzo del médico, especialmente en masaje ginecológico. Hacia 1905 había modelos portátiles cómodos, con un juego de vibrátodos impresionante, apto para el empleo a domicilio (figura 6).

En las dos primeras décadas del siglo xx empezaron a anunciarse vibradores como electrodomésticos en revistas como *Needlecraft*, *Home Needlework Journal*, *Modern Women*, *Hearst's*, *McClure's*, *Woman's Home Companion* y *Modern Priscilla*. Se los presentaba principalmente como herramientas de relajación y salud para las mujeres, con frases ambiguas como «todos los placeres de la juventud... vibrarán en ti». Cuando el *marketing* apuntaba a los hombres, se los presentaba como

regalos para las mujeres que beneficiarían al donante masculino por devolver ojos brillantes y mejillas sonrosadas a sus consortes. Había modelos de todos los precios con energía de varias fuentes, como electricidad, pedales y agua. En el catálogo de Sears, Roebuck and Company *Electrical Goods* de 1918 se presentaba una línea de vibradores especialmente versátil. Un anuncio encabezado «Ayudas que toda mujer agradece» muestra un accesorio vibrador para un motor doméstico que también tenía accesorios para agitar, batir, moler, mezclar y mover un ventilador (véase figura 24).

Parece que el camuflaje social de los vibradores como instrumentos médicos profesionales y domésticos perduró más o menos intacto hasta finales del decenio de 1920, cuando los auténticos vibradores desaparecieron gradualmente de las consultas y de las revistas respetables (pero no los masajeadores ni los aparatos electroterapéuticos). Puede que esto se debiera a una comprensión mayor de la sexualidad femenina por parte de los médicos, a la aparición de vibradores en películas para hombres, o a ambas cosas. Las revistas profesionales del ramo eléctrico de la época no mencionan los vibradores ni dan estadísticas de su venta, a diferencia de otros aparatos médicos.

Cuando los vibradores reaparecieron durante el decenio de 1960, ya no eran instrumentos médicos; el vibrador había sido democratizado hasta el punto de que en el decenio siguiente se anunciaba abiertamente como un auxiliar sexual. Su eficacia para producir orgasmos en las mujeres se convirtió en un argumento explícito de venta. El movimiento de las mujeres completó lo que había empezado con la introducción de vibradores electromecánicos en el hogar: puso en las manos de las propias mujeres el trabajo que nadie más quería hacer.

CAPÍTULO 02

LA SEXUALIDAD FEMENINA COMO PATOLOGÍA HISTÉRICA

La palabra «histérica» nos es familiar a todos. Dicha de una persona, significa que está «alterada hasta la irracionalidad» y, en EE. UU, aplicada a una situación quiere decir «muy divertida».

Este empleo ha derivado de designación técnica de una enfermedad a emociones incontroladas, normalmente frívolas.

Este cambio, que ha ocurrido desde la II Guerra Mundial, es solo el último de dos milenios y medio de caleidoscópico reenfoque de los sentimientos y de la conducta considerada normalmente la quintaesencia de la feminidad.

La palabra histeria viene del griego, donde significa lo que procede del útero. Histérica por tanto combina en sus connotaciones los elementos peyorativos de la feminidad y de lo irracional; no hay un equivalente como testérico para describir por ejemplo la conducta de los hinchas masculinos en una final de copa. Los médicos y sus pacientes han construido la histeria como paradigma de enfermedad de distintos modos, pero en todo tiempo y lugar ha conservado su esencia de enfermedad femenina, incluso (puede que especialmente) cuando se le aplica a los hombres.

Suposiciones de patología sexual, de la «incorrección» u «otredad» de las mujeres familiares a los lectores de Aristóteles, forman el juego de elementos básicos (los cristales de colores del caleidoscopio) que el mecanismo social y el cambio tecnológico recombinan. La teoría y la práctica médicas dominantes en Occidente han barajado esos supuestos centrales, alterando sus relaciones, cambiando la perspectiva, encontrando nuevo lenguaje y nuevos marcos conceptuales en los que interpretarlos, pero muy pocas veces han cuestionado la ideología androcéntrica que integra esos conceptos en el pensamiento occidental. Aunque los médicos del siglo XIX creían que la histeria había alcanzado proporciones epidémicas, el paradigma de la enfermedad no era en absoluto una invención victoriana; sus antecedentes eran mucho más venerables y profundamente enraizados.

En este capítulo pretendo mostrar cómo el paradigma de enfermedad de la histeria y de sus enfermedades «hermanas» en la tradición médica occidental han funcionado como comodines conceptuales para reconciliar las diferencias observadas y las imaginadas entre una sexualidad androcéntrica idealizada y lo que las mujeres experimentaban de verdad. Pido la indulgencia del lector por lo que será necesariamente un viaje confuso a través de la definición de histeria: mis fuentes se contradicen, confunden causa con efecto, o cambian de opinión de un siglo a otro, o de una década a otra, acerca de la dirección de la causalidad. Ya he dicho que esas suposiciones sobre la enfermedad de la histeria, ahora retirada, tenían solo unos pocos elementos comunes. El magistral trabajo de liza Veith de 1965, *Hysteria: The History of a Disease* ofrece una visión completa y bien documentada de la evolución

de un paradigma de enfermedad que entonces acababa de pasar a la historia. Veith dice que «*la histeria [...] ha adaptado sus síntomas a las ideas y costumbres de cada sociedad; pero sus rasgos básicos han permanecido más o menos invariados*». También Edward Shorter ha escrito sobre el torrente de síntomas que se han incorporado al concepto de histeria en diferentes épocas y lugares.

La histeria en la Antigüedad y la Edad Media

Los médicos antiguos desde el siglo v a. C. hasta bastante después de la era clásica, fueran griegos, romano o egipcios, estaban bastante de acuerdo en qué era la histeria, y su definición perduró en varias líneas importantes del pensamiento médico occidental hasta que Jean-Martin Charcot y Sigmund Freud, a fines del siglo XIX, barrieron todo lo que les había precedido. De hecho, la visión de Freud era tan persuasiva que desde entonces los historiadores han estado inclinados a imponer su reinterpretación de los desórdenes neurasténicos sobre los 2500 años precedentes de observación clínica.

La histeria era un conjunto de síntomas que variaban mucho entre las aquejadas (y sus médicos), síntomas que incluían, entre otros, desmayos (síncopes), edema o hiperemia (congestión causada por retención de líquidos, sea general o localizada), nervios, insomnio, sensación de pesadez en el abdomen, espasmos musculares, falta de aliento, pérdida de apetito por la comida o por el sexo con la pareja masculina autorizada, y a veces una tendencia a causar problemas a los demás, especialmente miembros de su familia inmediata.

Se creía que el trastorno era una consecuencia de la falta de suficiente copulación, de la falta de gratificación sexual, o de ambas cosas. Los médicos adscritos al modelo androcéntrico de sexualidad se inclinaban por mezclar ambas etiologías y a prescribir un tratamiento acorde, como veremos. Jean-Michel Oughourlian informa de algunas de las características observadas en el paroxismo histérico en términos clínicamente precisos, aunque poco iluminadores: *«¿Qué es una crisis histérica? A nivel clínico, se han reconocido durante cuatro mil años accidentes paroxísmicos excitomotores, acompañados de convulsiones y crisis de inhibición con pérdida de conciencia, letargo o catalepsia»*.

La histeria aparece por primera vez en los escritos médicos en Egipto dos mil años antes de nuestra era, pero no fue hasta la época de Hipócrates, en el siglo v a. C., cuando empezó a tomar forma la definición clínica occidental de la enfermedad. En el corpus hipocrático, la histeria es una enfermedad del útero, tratable con ejercicio y masaje. Es muy conocida la referencia de Platón a la histeria como una enfermedad causada por el útero, *«un animal dentro de un animal»*. En la época de Celso y Sorano, en el siglo I d. C., el ejercicio, normalmente pasivo, y el masaje genital eran tratamientos estándar de la histeria. Sorano defendía que se manipularan las ingles y el área púbica: *«Humedecemos esas partes liberalmente con aceite dulce, y lo dejamos así un rato»*. Sugería baños y balanceos de hamaca como terapia añadida para casos crónicos. Areteo de Capadocia escribe un siglo más tarde sobre las causas del trastorno, afirmando que *«las mujeres... resultan afectadas de la manía por deseo del sistema de purgarse, cuando el útero ha llegado a su desarrollo completo»*. Celio Aureliano en el siglo III d. C. recapitula las sintomatologías de Hipócrates, Sorano y

Areteo.

Galeno (ca. 129-200 d. C.), que durante siglos ha sido el médico de los médicos, describía la histeria como una enfermedad uterina causada por la privación sexual, a la cual eran especialmente vulnerables las mujeres apasionadas. El tema de la sexualidad femenina como patología reapareció de varias formas en siglos posteriores. Describe con mucho detalle una terapia de masaje genital, que producía contracciones y liberación de fluido vaginal, tras lo que la paciente se encontraba aliviada de sus síntomas. Su relato constituye la descripción clásica del masaje terapéutico para la histeria, que se repetiría casi textualmente en textos posteriores, y se consideró el evangelio en algunos círculos médicos hasta finales del siglo XIX. Se ha citado mucho la traducción de Rudolph Siegel: «*Tras el calor de los remedios, y como consecuencia del tacto de los órganos genitales que requiere el tratamiento, tuvo sacudidas acompañadas de dolor y placer simultáneamente, tras las que emitió esperma turbio y abundante. A partir de ahí se encontró liberada de todo mal*».

Escritores posteriores repiten el consejo de Galeno, a veces añadiendo observaciones clínicas propias. Aecio de Amida (502-575) describió en su *Tetrabiblion* un paroxismo histérico caracterizado por contracciones uterinas, espasmo muscular de todo el cuerpo y descarga de fluido por la vagina. Afirma que el acontecimiento aporta alivio sintomático a la paciente, como en relatos anteriores y posteriores. El *Gynaecia* de Moschion (Mustio, Muscione) del mismo siglo hace referencias similares, aunque menos gráficas, al paroxismo terapéutico que resultaba de la fricción manual de la vulva.

Los textos medievales llaman «histeria» al trastorno en cuestión pocas veces, aunque conservan su consideración de enfermedad del útero. Buena parte de ellos cita la descripción de Platón del útero paseándose por el cuerpo causando problemas, particularmente estrangulamiento al arrastrarse hasta el pecho y la tráquea. El jadeo y la falta de aliento asociados con el paroxismo histérico, y por último con la enfermedad misma, llegaron a llamarse el «sofoco del útero» o el «sofoco de la madre». El corpus medieval atribuido a Trotula dice que esta dolencia se debe «a la retención de la sangre o de humores uterinos corruptos y venenosos que deben purgarse del mismo modo que se purga la semilla de los hombres que viene de sus testículos junto al pene». De ambos sexos se pensaba que enfermaban por retención de su semilla.

La literatura de la partería, parte de la cual está escrita por mujeres, igualaba lo mejor de las obras médicas publicadas por hombres en la Edad Media. Una de las lumbreras masculinas del periodo era Rhazes (¿865?-¿925?), un influyente médico árabe cuyo trabajo sobre el masaje de la vulva en la histeria han citado ampliamente los médicos occidentales. Danielle Jacquart y Claude Thomasset resumen el pensamiento de Avicena (980-1037) sobre la histeria. El mejor remedio era el matrimonio, pero como último recurso se recomendaba la masturbación hasta el orgasmo: «Según Avicena la cura era eficaz solo si se sentían las sensaciones del

coito, esto es, dolor y placer. Los doctores medievales suelen omitir este aspecto del tratamiento cuando recomiendan recurrir a la manipulación, pero era evidente que la descarga sexual femenina acompañaba orgasmos». Podríamos deducir de este pasaje que Avicena o sus colegas recomendaran ocasionalmente la masturbación por la mujer misma, pero no es así. En su *Canon*, previene contra el «frotamiento entre otras mujeres» como posible consecuencia de coitos insatisfactorios, claramente no es una práctica recomendable para las mujeres. El privilegio (o el latazo) de tal «frotamiento» queda reservado a maridos, médicos y matronas.

Arnaldo (Arnaldus, Arnau) de Vilanova (ca. 1235-ca. 1311) recomendaba que la descarga de fluidos perjudiciales se consiguiera en viudas y monjas con fricción y masaje interno con lo que Veith llama «supositorios irritantes insertados en la vagina», lo que es coherente con la teoría de reajustar el balance de humores. El documento del siglo XIII del pseudo Alberto ofrece la conocida etiología de la enfermedad a partir de la privación sexual y la referencia obligada a las técnicas de masaje de Galeno. Como era habitual, se prescribía el matrimonio y el coito. Según Helen Rodnite Lemay, el italiano Anthonius Guaynerius (Antonio Guainerio, ¿?-1440) hablaba de la enfermedad básicamente del mismo modo; Lemay dice de su relato que «entre las indicaciones de sofoco causadas por la retención del esperma está la ausencia de compañía masculina en la vida de mujeres que estaban acostumbradas a ella». Uno de los tratamientos era «ungir la boca de la vulva con diferentes sustancias odoríferas, para las cuales se incluye receta, y frotarlas también en el cuello del útero. El frotamiento, que se debe hacer con el dedo de la matrona, hará que el útero expulse el esperma o humores corruptos y libere a la paciente de la enfermedad».

Giovanni Matteo Ferrari da Gradi (¿?-1472), el «Gradus» de la cita de Forestus en el capítulo 1, escribió un comentario y explicación de la práctica médica de Rhazes para sus contemporáneos europeos llamada *Practica, seu Commentaria in Nonum Rasis ad Almansorem*. Esencialmente repite el consejo terapéutico ya familiar en su tiempo, añadiendo que se debe frotar el pecho y cubrirlo con ventosas grandes, tras lo cual «se le dirá a la matrona que ponga un aceite de olor dulce en su dedo y lo mueva bien en círculo dentro de la vulva». Ferrari da Gradi sigue diciendo que el matrimonio y el parto a veces curan, pero solo si la mujer experimenta *maior delectatio* (gran placer) en el sexo conyugal, y cómo en un tratamiento con éxito la paciente experimenta *simul... delectatio & dolor* (placer y dolor al tiempo). Todo esto también resuena de descripciones anteriores. Describe la emisión de fluido tras el paroxismo y dice que la retención de tales flujos por las castas y las viudas causa histeria.

Una figura de transición entre la Edad Media y el Renacimiento era Paracelso (1493-1541), cuyo nombre verdadero era Philippus Theophrastus Bombastus von Hohenheim. Físico y alquimista famoso, escribió acerca de la histeria, a la que llamaba también «chorea lascivia» en *On the Diseases That Deprive Man of His*

Reason [Sobre las enfermedades que privan al hombre de su razón]. La crisis de esta enfermedad, decía, se caracterizaba por contracciones del útero y de la vagina.

La histeria en la medicina del Renacimiento

La tradición de tratar la histeria evacuando fluidos insalubres continúa en los siglos XVI y XVII. El célebre cirujano Ambroise Paré (¿1517?-1590) escribió algunas vividas descripciones tanto de la histeria como de sus tratamientos:

Las que resultan liberadas de las convulsiones del sofoco de la matriz, por naturaleza o por artificio, en poco tiempo el color viene a su cara poco a poco, y el todo empieza a subir con fuerza, y los dientes, que estaban juntos muy apretados empiezan (si las mandíbulas están sueltas) a abrirse y separarse de nuevo, y por último algo de humedad fluye de las partes secretas con cierto cosquilleo placentero; pero en algunas mujeres, como especialmente en las que el cuello del útero es cosquilleado por el dedo de la matrona, en lugar de esa humedad viene semilla espesa y gruesa, la cual humedad o semilla cuando cae el útero que antes estaba como rabiando regresa a su debida naturaleza y lugar, y poco a poco todos los síntomas se desvanecen.

Se pensaba que el matrimonio y el coito curaban muchos casos. Cuando se diagnosticaba histeria, «si ella está casada anímesela a copular, y que su marido se encuentre vigorosamente con ella, porque no hay remedio mejor que este». Si el remedio no estaba al alcance «que la matrona se unte el dedo con *oleum nardinum* o de mosqueta y lino, o de clavo, o de espigas mezcladas con almizcle, ámbar gris, civeta^[1] y otros polvos dulces, y con eso que frote o haga cosquillas al borde del cuello del útero que toca el orificio interior».

Audrey Eccles cita a Riverius (Lazare Rivière, 1589-1655) así:

El Furor Uterino es una especie de locura, que proviene de un deseo vehemente y desbocado de Abrazo Carnal, el cual deseo desbanca la Facultad Racional hasta el punto de que la paciente profiere discursos licenciosos y lascivos... [aunque afecta sobre todo a vírgenes y viudas jóvenes] también puede sucederle a mujeres casadas que tienen Maridos impotentes, o a quienes no quieren mucho, por lo que sus vasos seminales no están suficientemente descargados... [si el matrimonio no lo arregla] algunos aconsejan que las Partes Genitales se manipulen y frotan por una Matrona ingeniosa, de modo que cause una Evacuación del Esperma sobreabundante.

La descripción de la situación de Riverius es típica de su tiempo, según Eccles, que afirma, citando a Nicholas Culpeper, que «la mayoría de los autores estaba convencida de que la mejor manera de hacer bajar al útero y descargar la semilla era por relación sexual» y pasa a describir el método estándar del dedo de la matrona untado de aceite aromático. «Comprensiblemente», dice, «había alguna duda de si esta manera de proceder era totalmente aceptable, desde el punto de vista moral, un escrúpulo que Culpeper consideraba una estúpida superstición papista».

Robert Burton (1577-1640) habla de una sintomatología emparentada con la histeria bajo el título de «Melancolía de doncellas, monjas y viudas». Como la mayoría de sus predecesores, recomienda el matrimonio como cura. Tras una discusión general sobre dietas y cuestiones ambientales, nos dice que «el remedio mejor y más seguro de todos es verlas colocadas y casadas con buenos maridos a su debido tiempo, de donde estas lágrimas, esta es la causa primera y esta es la cura dispuesta, dar contento a sus deseos». Burton se opone al celibato de curas y monjas,

en parte por la razón de que en su opinión alienta la masturbación. Giulio Cesare Claudini recomendaba en 1607 el masaje como alternativa al coito conyugal para el tratamiento de histéricas, señalando que «una limitada contrairritación aplicada a las partes bajas, con la cual fricción de las partes al mismo tiempo, vendado doloroso, y se considera apropiado abundancia de aceite lubricante».

En el siglo XVIII no era infrecuente la preocupación por la salud mental de las religiosas. G. Rattray Taylor comenta acerca de la preocupación por la histeria y supuestas posesiones demoníacas entre las monjas, señalando la similitud de los síntomas histéricos y los sexuales. Observa que «los ataques histéricos suelen tener una relación estrecha con la fantasía inconsciente: en particular, las mujeres a veces exhiben movimientos convulsivos, o quedan rígidas con el cuerpo arqueado de modo que las vergüenzas se proyectan hacia adelante como en el coito». Taylor interpreta esta conducta en el contexto del modelo androcéntrico y supone que se debe a un deseo reprimido de penetración.

Michael MacDonald observa de modo algo paternalista que los médicos del siglo XVIII percibían una correlación entre las enfermedades de las mujeres y su estado psicológico, y que «intentaban persuadir a sus colegas y al público informado de que estaba extendida una dolencia llamada “sofoco de la madre”». Los síntomas histéricos estaban causados por «la presunta propensión del útero en convertirse en un vagabundo, abandonando su lugar correcto en la matriz [sic] y paseando por las partes superiores, cerca del apasionado corazón». Como hemos visto, este paradigma de la enfermedad estaba bien enraizado en la comunidad médica mucho antes del siglo XVII.

Abraham Zacuto (1575-1642), llamado Zacuto Lusitano, aprobaba en su *Praxis Medica Admiranda* de 1637 la opinión médica estándar de que lo mejor para las histéricas era el matrimonio, pero si este tratamiento fallaba podía emplearse la fricción de la vulva por un médico o matrona. Empieza describiendo un caso en que el matrimonio resulta una terapia eficaz, en términos tranquilizadores para los afectos al modelo androcéntrico de sexualidad:

No debes maravillarte de todas estas cosas que son naturales a las mujeres, y deben esperarse especialmente de las vírgenes; a causa de la retención de fluido sexual el corazón y las áreas de su alrededor quedan envueltos en una humedad enfermiza: esto es cierto especialmente para las mujeres más lascivas, inclinadas a lo venéreo, las apasionadas más dispuestas a experimentar placer físico; si ella es de este tipo ninguna ayuda puede aliviarla salvo la de sus padres, a quienes se aconseja que la encuentren un marido. Habiéndolo hecho, la vigorosa cópula del hombre alivió el frenesí. Se casó con un joven lleno de energía a quien, habiendo descargado con vigor sus responsabilidades maritales, ella se entregó con entusiasmo; con el tratamiento apropiado floreció, revivió con el tono rosado del bienestar, y recuperó completamente la salud.

Pero continúa describiendo el caso de una «virginella» a la que fue preciso aplicar un pesario hecho de ciclamen, cebolla, ajo y bilis de vaca, «con cuyo movimiento y la excitación y calor que levantó en las partes privadas, emitió copiosa cantidad de fluido sexual que resultó visible cuando remitió la furia del ataque». Zacuto muestra

preocupación sobre si los «médicos temerosos de Dios» deberían realizar estos procedimientos y concluye que son aceptables cuando las mujeres están en peligro de muerte por histeria. Pero también dice que no todos sus colegas están de acuerdo: «Acercas de sacar del útero este fluido dañino excitando y frotando las partes privadas, Raphael Moxius y Carrerius están en completo desacuerdo».

Nicolaas Fonteyn (Nicolaus Fontanus, fl. 1630) hizo una animada presentación en 1652 de las visiones de su tiempo sobre este asunto, en el característico lenguaje florido e incoherente de los documentos médicos vernáculos:

Las Esposas son más saludables que las Viudas o la Vírgenes, porque las refresca la semilla del hombre, y eyaculan ellas mismas, con lo cual la causa del mal se va al expulsarla. Esto es evidente en las palabras de Hipócrates, que aconseja a las Doncellas jóvenes que se casen, cuando tienen estas molestias; que las mujeres tienen piedras [es decir, testículos, como ovarios o glándulas] y semilla, ningún Anatomista auténtico lo negará; la semilla de las mujeres, confieso, a la vista de la pequeña cantidad de calor es más imperfecta que la semilla de los hombres, pero es más absoluta en sí misma y apta para la Generación. Puede añadirse otra causa, además de la que alega Hipócrates, a saber, que yaciendo con sus maridos las casadas suavizan los caminos de la semilla y así los Flujos bajan más fácilmente a su través. Pero otra cosa ocurre en las Vírgenes, porque el estreñimiento y la obstrucción de las venas detiene la sangre, que por eso se pudre, y de la putrefacción se desprenden grandes vapores, y por ello pesadez de mente, embotamiento del espíritu, entumecimiento de las partes, disposición timorata y asustadiza, repentina propensión a convulsionar por culpa de la demasiada sangre, que oprime y carga al corazón, también ansiedad continua, tristeza y deseo de dormir, con charla ociosa y alienación mental, pero lo que más comúnmente las aflige es una dificultad y dolor para respirar, por la continua dilatación y compresión del pecho, donde llega la sangre retirada de la matriz, en gran parte, y a veces produce efectos asmáticos. Pero ¿qué diremos de las viudas, que caen y viven secuestradas en estas Conjunciones Venéreas? Debemos concluir que si son jóvenes, de complexión negra y peludas, y están algo descoloridas en las mejillas, que tienen un espíritu de salacidad, y sienten en su interior un cosquilleo frecuente, tienen la semilla caliente y lasciva, que las irrita e infla lo venéreo, pero esta concupiscencia no es buena sino provocando la eyaculación de la semilla, como aconseja Galeno con el ejemplo de una viuda afligida por síntomas intolerables, hasta que la abundancia del humor espermático se redujo por la mano de una hábil matrona, y un unguento adecuado, episodio que apoya el argumento de que el uso de Venéreo es muy sano si la mujer se limita a las leyes de la moderación, de modo que no se sienta cansada ni débil de cuerpo tras estos placenteros conflictos.

Existe un relato paralelo, pero mucho más conciso, de John Pechey (1655-1716) quien, a diferencia de la mayoría de sus contemporáneos, está familiarizado con la función sexual del clítoris; describe el «sofoco del útero» como la enfermedad causada por «la retención de la semilla» que se cura por «evacuación» sea por coito o por «ungüentos olorosos».

El famoso médico Thomas Sydenham (1624-1689) creía que la histeria era responsable de alrededor de «un sexto de todas las enfermedades humanas». En sus *Epistolary Disertations* dice:

Si no me equivoco, la histeria es la más común de todas las enfermedades crónicas; como las fiebres (y los trastornos que las acompañan) suponen dos tercios del total de enfermedades crónicas, las dolencias histéricas (o llamadas histéricas) son la mitad del tercio restante. En cuanto a mujeres, si exceptuamos las que llevan una vida dura y resistente, raramente hay una que esté libre del todo de la enfermedad —y las mujeres, recuérdese, suponen la mitad de los adultos del mundo—.

Si la histeria era solamente el funcionamiento normal de la sexualidad femenina, mal puede sorprender que casi todas las mujeres mostraran síntomas, excepto quizá

las agotadas por mucho trabajo y escasa ración.

William Harvey, mucho más conocido por su trabajo sobre la circulación de la sangre que por sus *Anatomical Exercitations concerning the Generation of Living Creatures* (1653), consideraba la histeria un azote terrible entre las mujeres, causada por desórdenes en la menstruación o por privación sexual:

Ningún hombre (nunca demasiado versado en estas materias) ignora qué graves síntomas, el Levantado, Hundimiento y Perversión, y Convulsión del Útero excita, qué horribles extravagancias de la mente, qué Frenesí, Trastornos Melancólicos y Enfado, las Enfermedades preternaturales del Útero inducen, como si las Personas afectadas estuvieran encantadas: como también cuántas difíciles Enfermedades, los depravados efluvios Menstruales, o el uso de Venus, muy intermitente y muy deseado, fomentan. [Énfasis en el original].

En *On Parturition* (1647) había descrito los espasmos o paroxismos del sistema reproductivo femenino durante episodios histéricos, de los que afirmaba que ocurrían cuando «las pasiones son fuertes».

De todos los médicos del siglo XVII que trataron de la histeria, el más ceñido a los hechos y menos influido por la moral, era Nathaniel Highmore, cuya *De Passione Hysterica et Affectiones Hypochondiraca* de 1660 es una de las pocas obras médicas de la historia occidental en llamar directamente orgasmo al paroxismo histérico. Describe la congestión con sangre de los genitales femeninos durante la fase de excitación y la liberación de fluidos vaginales. El paroxismo, observa, constriñe los vasos sanguíneos durante la «crisis» y devuelve la sangre a los órganos centrales. Tanto su descripción como la palabra que usa —*orgasmus*, que en latín solo tiene un significado— dejan claro que comprende absolutamente el carácter sexual de la liberación que experimenta la paciente en el paroxismo histérico. Pero admite que la técnica para producir la crisis es difícil de aprender. Volveré a este asunto más adelante. Su explicación de la enfermedad fue controvertida en su tiempo y prácticamente ignorada en siglos posteriores.

Los siglos XVIII y XIX

Hermann Boerhaave (1688-1738) remite a la descripción y tratamiento de Areteo, recomendando ejercicio, matrimonio y masaje tanto para las mujeres histéricas como para los hombres hipocondríacos. En su tiempo la hipocondría no significaba una preocupación acerca de dolencias físicas, sino que era paralela a la histeria de las mujeres: una afección de los hombres causada por la privación sexual. No todos los médicos creían que existiera la enfermedad; Boerhaave, evidentemente, era uno de los creyentes. Bernard Mandeville (1670-1733) parece haber pensado que el matrimonio de las jóvenes era un tratamiento de la histeria anticuado y en su *Treatise of the Hypochondriack and Hysteric Passions* de 1711 prescribe la equitación para chicas histéricas, combinada con un régimen de masaje de hasta tres horas diarias. El mismo autor, visiblemente preocupado por los efectos insalubres que tenía la privación sexual sobre la humanidad, publicó en 1724 un volumen llamado *A Modest Defence of Publick Stews* [Modesta defensa de las comidas públicas]. El anónimo autor de *Onania* de 1737 difería de estas opiniones y aseguraba que la histeria, la esterilidad y la leucorrea estaban causadas por la masturbación. Recomendaba la cura tradicional: el matrimonio.

Havelock Ellis, que repasa mucha de la literatura sobre la histeria y la sexualidad en sus *Studies in the Psychology of Sex*, menciona a Albrecht von Haller (1708-1777) quien «dice que las mujeres son especialmente propensas a padecer por la privación de la cópula a la que se habían acostumbrado, y que la clorosis, la histeria, la ninfomanía y la manía simple se curaban mediante la cópula». William Cullen (1710-1790) un médico famoso en su tiempo y en los posteriores, escribía en su ensayo «On Hysteria or Histèric Disease», en *First Lines of the Practice of Physic*, que ocurría «con frecuencia en viudas jóvenes. Ocurre sobre todo en las mujeres propensas a la ninfomanía, y los nosologistas han señalado bastante adecuadamente una de las variedades de la enfermedad con el título de *Hysteria Libinosa*». Refiere la congestión de los vasos sanguíneos de los genitales femeninos durante la excitación, reminiscentes de la plétora de fluidos retenidos que sus predecesores creían que debían purgarse, y la equipara a la congestión de los vasos sanguíneos del cerebro que se creía que había en la epilepsia. Cullen observa que durante el paroxismo histérico toda el área abdominal se contrae, incluyendo el esfínter anal, y que la micción está completamente suprimida.

También Joseph Raulin (1708-1784) en su *Traité des affections vaporeuses du sexe*, de 1758, mencionalas contracciones o «espasmos locales» en accesos histéricos. Hay pocas, o ninguna, circunstancias en que haya fuertes contracciones de la vagina y el esfínter anal, salvo el orgasmo. Con seguridad, las contracciones del útero y vagina características de orgasmo daban alivio de los «síntomas» de excitación, y con seguridad los pacientes de estos médicos decían que se sentían mucho mejor tras la experiencia.

Había profesionales más bien dudosos que también informaban de experiencias supuestamente terapéuticas y que se parecen mucho a las descritas, como Fiedrich Antón Mesmer (1733-1815). Como no era médico, el camuflaje social de la práctica médica no le alcanzaba, así que se sospechaba que excitaba las pasiones sexuales de sus pacientes femeninas. Se habían expresado dudas similares sobre la conducta extática de las convulsionarias de Saint Médard, obispo de Vermandois (ca. 470-ca. 560) en la capilla de Abbé Paris. Charles Mackay comentaba en 1841 la preponderancia de mujeres y chicas entre los seguidores de Mesmer describiendo así una de sus sesiones: las mujeres se sentaban en círculo alrededor de una vasija con «agua magnetizada» y limaduras de hierro, dándose la mano y tocándose las rodillas. Entraban «magnetizadores ayudantes, normalmente hombres jóvenes y apuestos» y «abrazaban a las pacientes entre las rodillas», masajeando sus pechos y torso mientras las miraban a los ojos. Los únicos sonidos eran «unas pocas notas en la armónica o al piano, o la melodiosa voz de un cantante de ópera oculto», además de, suponemos, la respiración de las magnetizadas. Mackay nos cuenta que las mujeres empezaban a enrojecer hasta que «allá iban, una tras otra, a accesos convulsivos. Algunas lloraban y se arrancaban el pelo, otras reían hasta que les corrían las lágrimas, otras gritaban y gemían hasta quedar insensibles». Tras la crisis entraba el propio Mesmer y golpeaba las caras, columnas vertebrales, pechos y abdomen de las «insensibles», con lo cual «recobraban la conciencia».

Uno de los pocos médicos en cuyos escritos aparece la voz de una mujer sobre este asunto, aunque sea de segunda mano, es Franz Josef Gall (1758-1828), a quien Havelock Ellis describe como «un genio aislado». Una de sus pacientes, una viuda joven, había tenido accesos histéricos. Gall dice que «la crisis acaba inevitablemente con una descarga con estremecimientos de placer, en un verdadero éxtasis, tras el cual queda libre de ataques por un tiempo». Por la misma época, Philippe Pinel afirmaba que la histeria y la ninfomanía estaban causadas por la frustración sexual o por la masturbación, y que los médicos debían dirigir sus esfuerzos a provocar la «*évacuation sexuelle*», como Gall la describía.

En este punto, al principio del siglo XIX, el marco nosológico y etiológico de la histeria se hace confuso y confundidor. Ya avisé de que sería difícil de entender la lógica causal de mis fuentes, por decirlo de un modo elegante. Empleando la terminología de Thomas Kuhn, el paradigma de la histeria había alcanzado el punto en que no explicaba los datos empíricos ni sus variantes. El paradigma se partió en tres dolencias relacionadas, una de las cuales, la clorosis o «enfermedad verde», era bien conocida desde mucho antes del siglo XIX, especialmente por los practicantes de lo que ahora llamamos «medicina popular» [folk medicine]. Los síntomas y etiología de las tres dolencias se solapaban notablemente y se pensaba que estaban muy relacionadas. Ellis subrayaba a principios del siglo XX que «como ha dicho Luzet, la histeria y la clorosis son hermanas». Pero los médicos no se ponían de acuerdo en si era la privación o un exceso de sexo la causa de alguna de ellas, y si la masturbación

era una causa o un síntoma. El debate estaba embrollado por la vaguedad e imprecisión de la definición de las tres dolencias, una situación que muestra gráficamente una anécdota de Jan Goldstein, que cita «al psiquiatra Charles Laségue, que definía la histeria como “la papelera de la medicina a la que uno tira todos los síntomas que sobran”». Diré más sobre esto cuando llegue a la influencia de Charcot y la Salpêtrière. Algunos médicos cuestionaban la decencia del masaje vulvar, Thomas Stretch Dowse citaba en 1903 al autor del siglo XIX Douglas Graham, que decía que «el masaje de los órganos pélvicos debía confiarse nada más a quienes tuvieran las manos limpias y el corazón puro’».

Por entonces la clorosis o enfermedad verde tenía una venerable tradición como trastorno de jovencitas, los historiadores modernos creen que era anemia, anorexia nerviosa o una combinación de las dos. La tradición popular y parte del pensamiento médico atribuían la clorosis a la privación sexual en vírgenes, en expresión de Thomas Laycock de 1840 «amor excitado y deseo insatisfecho». Mary Gove Nichols, famosa por la cura de aguas, creía que la clorosis era consecuencia del «vicio solitario». Sus síntomas eran variables, incluían cualquier cosa desde la laxitud y la náusea a las fantasías sexuales. Cualesquiera fueran los orígenes de la enfermedad, su tratamiento era prácticamente idéntico al de la histeria, excepto que los hidrópatas solían añadir hierro a la dieta de las pacientes, en forma de «aguas ferruginosas».

La neurastenia se inventó en la segunda mitad del siglo XIX y quienes creían en ella la consideraban una enfermedad nueva causada por la tensión de la vida moderna. El diagnóstico lo popularizó George Beard, que publicó una obra de gran influencia sobre la neurastenia en 1884. Como ocurría con la histeria y la clorosis, la interpretación de sus supuestos síntomas incluía muchos elementos coherentes con el funcionamiento normal de la sexualidad femenina en condiciones sociales que la interpretaban como patológicas. La cantidad de etiologías posibles igualaba solo la apabullante colección de síntomas. Haller dice que «lloros, irritación, depresión, debilidad física y mental, miedos mórbidos, olvidos, palpitaciones del corazón, jaquecas, agarrotamientos al escribir, confusión mental, miedo de locura inminente y preocupación constante eran los síntomas más observados». Pero casi cualquier cosa podía ser un síntoma de neurastenia, incluyendo bostezos, comezón, estómago revuelto, cosquilleo, insomnio y espasmos musculares. Daniel Brinton llegó a sugerir que hasta los partos podrían causar neurastenia, aparentemente descubriendo que el cuidado de niños pequeños puede causar falta de sueño y «debilidad física y mental». A finales del siglo XIX se clasificaba a la neurastenia junto a la histeria y la clorosis con la denominación genérica de «trastornos histeroneurasténicos». El matrimonio se recomendaba pocas veces como remedio para la neurastenia, pero sí los demás tratamientos de la histeria y la clorosis, masaje incluido. A veces se definía la neurastenia como «una inclinación levemente histérica». Los hombres también podían padecerla, se creía que por demasiado trabajo, masturbación y excesos sexuales. Ernest Jones afirmaba en 1918 que en las mujeres neurasténicas «la

persistencia de masturbación clitoriana es uno de los agentes más importantes que llevan a la anestesia (sexual) porque significa una fijación en la forma de sexualidad masculina, infantil».

A lo largo del siglo XIX los médicos intentaron aportar algo de razonamiento científico al estudio de los trastornos histeroneurasténicos, con resultados un tanto variados. R. J. Culverwell, por ejemplo, afirmaba en su *Porneopathology* de 1844 que aunque se consideraba «la continencia de las mujeres» como el «adorno más brillante de una mujer», sus efectos son patológicos, «como muestran verdaderamente las miserias de la histeria y otros desórdenes nerviosos, que llenan las ramas de doncellas jóvenes y mayores de todas las familias, y constituyen un enemigo formidable de la felicidad doméstica». Robert Brudenell Carter, en *On the Pathology and Treatment of Hysteria* (1853), afirmaba que cualquier emoción reprimida podía llevar a la histeria, pero que la más probable era la pasión sexual. Charles Delucena Meigs preguntaba en la tercera edición de su muy leída *Woman: Her Diseases and Remedies* «¿Cómo es su estado erótico?, ¿cuáles las manifestaciones multiformes de esa fuerza vital desarrollada por una irritación productiva a la que llamáis histeria?». Una especie de liberal en lo tocante a la histeria a mediados del siglo XIX, Meigs creía que también los hombres podían ser histéricos, y que sus ataques se acompañaban de erecciones.

James Manby Gully, un médico hidrópata cuya vida amorosa llegaría a tener una notoriedad poco deseada, escribía en sus mejores tiempos sobre la eficacia del masaje hidráulico en la histeria y la «jaqueca nerviosa», que consideraba curables por la terapia de ducha mostrada en el capítulo I: «La ducha es una parte muy necesaria del tratamiento, y aplicada debidamente en la pelvis, tiende a facilitar las funciones uterinas». Pocas mujeres que hubieran experimentado el agua a presión «aplicada debidamente en la pelvis» sentirían la tentación de contradecirle. En 1909 Curran Pope escribía que la «cópula imperfecta o insatisfactoria» podía causar no solo la histeria, sino también la amenorrea (falta de regla) y la dismenorrea (regla dolorosa), padecimientos para los que recomendaba terapia de ducha «en la cara interior de los muslos». Insistía a sus colegas médicos en que no tendrían mucho problema en convencer a las mujeres de que aceptaran el masaje hidráulico, observando que «las duchas son, por norma, más agradables para la mayoría de las pacientes que otras formas de tratamiento hidráulico... provoca una vibración en los tejidos imposible de describir; si se la experimenta no se la olvida nunca».

El médico francés Pierre Briquet (1796-1881) no ahorra palabras sobre la etiología sexual de la histeria: estaba seguro de que estaba causada por la frustración sexual, incluyendo «les mauvais traitements» de los maridos. Afirmaba que hasta 1859, la mitad de su larga carrera, llevaba tratadas 430 histéricas, y que la cuarta parte de todas las mujeres padecía este desorden. Cita a Galeno y a Forestus acerca de la utilidad de «la titillation du clitoris» para producir la deseada «évacuation», y describe la controversia médica acerca de esta clase de tratamiento. Continúa

recalcando que las histéricas normalmente no llegan al orgasmo durante la cópula y que la «nymphomanie» o excitación crónica puede ser una de las secuelas. Un tanto paradójicamente asegura que las prostitutas, que como señala no llegan al clímax en la cópula con sus clientes, se hacen histéricas por masturbación, y que muchos consideran el matrimonio temprano una profilaxis para la histeria. Briquet es uno de los pocos médicos que, como Highmore, parecen comprender lo que pasa bajo el diagnóstico y el tratamiento de la histeria, y no le avergüenza su propio papel terapéutico, por lo que fue criticado por al menos uno de sus colegas, como veremos.

Wilhelm Griesinger (1817-1868), un médico estadounidense muy conocido de la segunda mitad del siglo XIX, afirmaba que la «excitación ninfomaniaca» era un síntoma de histeria. Observaba que muchos casos de histeria se aliviaban con «tratamiento local» como el masaje, cuando fallaban otras estrategias. Auténtico penetracionista de la vieja escuela, piensa que la histeria no puede ser causada por la frustración sexual por «su gran frecuencia entre mujeres casadas —la influencia frecuentemente dañina del matrimonio, embarazo y parto, y la frecuencia de la enfermedad entre las prostitutas»—. Briquet parece tener una comprensión mucho más clara del trastorno de que hablamos, Griesinger no puede imaginar que la penetración y la cópula pudieran no satisfacer.

Russell Thacher Trail, otro estadounidense asociado con la escuela hidropática, escribía en 1873 que las mujeres, histéricas incluidas, eran una bendición económica para la profesión médica, asegurando que «más de las tres cuartas partes de la práctica de la profesión está dedicada al tratamiento de enfermedades específicas de las mujeres» y que de los 200 millones de dólares que se calculaban como ingreso anual sumado de todos los médicos de EE. UU, «tres cuartos —150 millones— nuestros médicos deben agradecerseles a las frágiles mujeres».

Si el funcionamiento normal de la sexualidad femenina se define como enfermedad, ciertamente las mujeres debían parecer frágiles. Durante el decenio en que Trail escribía estas líneas, los tratamientos a mujeres hubieran supuesto poco menos de la mitad de todo el presupuesto federal. En el siglo XIX la supuesta patología de la sexualidad de la mujer se extendía casi a cada aspecto de su fisiología. Ann Wood, discutiendo sobre una obra de 1855 de Catherine Beecher, recalca la aparente creencia de Beecher de que las mujeres de su tiempo enfermaban «por ser mujeres. La mayoría de las dolencias que registra —desórdenes pélvicos, jaquecas, nerviosismo general— eran vistos como “dolencias femeninas”, desórdenes nerviosos que se creían relacionados con el mal funcionamiento de los órganos sexuales de la mujer». Albert Hayes, escribiendo en 1869 sobre la histeria, la clorosis y la ninfomanía, era uno de los muchos autores médicos de la época que consideraban al tracto reproductivo femenino como una verdadera ciénaga, repleta de miasmas patogénicas. «La potencia de la fuerza reproductiva» de las mujeres, dice, «irradia todo el marco... cuando afectado por la causa que sea, llega a ser capaz de llevar la confusión a cada departamento, donde puede rabiarse y despotricar a su capricho y

furia».

En 1875 C. Bigelow afirmaba, en una discusión sobre mujeres pacientes insatisfechas con su vida sexual marital, que «casi todos los médicos que llevan tiempo en ejercicio tienen unas cuantas “pacientes eternas” a las que atiende y receta una vez a la semana de media durante años». Le parecía que aunque el disfrute de sus maridos de la cópula cansaba a las mujeres, la retirada (*coitus interruptus*) era la causa más frecuente de histeria, con la consecuente congestión de los genitales femeninos. Nombra la lubricación vaginal asociada con la histeria como prueba de esta hipótesis. El médico francés Auguste Tripier observaba en 1883 que la crisis convulsiva de histeria «est de meme quelquefois de la crise vénérienne» (es a veces la misma que el orgasmo). Había identificado algunas de estas «quelquefois» en los tratamientos de su colega Pierre Briquet:

Algunos de ustedes recordarán un tratamiento de la histeria del que hablaba todo el mundo hace unos 25 o 30 años: me refiero al masaje vulvar, que se conocía antiguamente y Briquet volvió a poner en práctica, y que estaba dispuesto a dejar de aplicar tras una breve prueba; pero no dice nada en su libro excepto en relación con sus predecesores y como una especie de nota histórica a pie de página. Yendo directamente al grano, me gustaría señalarles que por un tiempo Briquet estaba tratando la histeria con masturbación, practicada más o menos sistemáticamente por sus internos. Ahora bien, Briquet era un profesional serio, un hombre de juicio maduro, y no estaría bien tomarse a la ligera un veredicto que o lo convierte en un hazmerreír o lo coloca en una posición difícil y absurda...

Mis propias observaciones me llevan a admitir la utilidad, siquiera sea temporal, de la crisis histérica, así que sugiero que Briquet ha sustituido una crisis espontánea con otra inducida clínicamente, similar si no idéntica, para lograr la remisión de la enfermedad.

Los médicos del siglo XIX observaban que sus pacientes histéricas y neurasténicas vivían la cópula tradicional androcéntrica sobre todo como una decepción. A Richard von Krafft-Ebing, a pesar de que pensaba que «la mujer... mental y físicamente normal y educada debidamente, tiene poco deseo sensual», le parecía patológico que sus pacientes femeninas no disfrutaran del sexo. Observa que histéricas y neurasténicas fallan así en sus deberes con sus maridos y también que la «anestesia» sexual de nuevo en el contexto de la penetración, estaba extendida entre mujeres supuestamente normales. El médico francés Jules Philippe Falret era antipático con sus pacientes en este sentido, aseguraba que su fallo en responder a la cópula matrimonial las predisponía a buscar satisfacción inmoral en otro sitio. Su colega Giles de la Tourette, cuyo libro está ilustrado con dibujos de mujeres desnudas en medio de «convulsiones histéricas», refuerza el papel de la decepción sexual en la etiología y sintomatología de la histeria: «El acto sexual para la histérica no es más que una decepción: no lo entiende, le inspira una repugnancia insuperable». No queda claro si la falta de placer en el sexo marital es la causa o el efecto de la supuesta enfermedad. Como muchos otros, observa la «muqueuse vulvovaginale» característica de las histéricas activas. Esta fascinación con los fluidos y la fotografía parece haber estado bastante extendida en la comunidad neurológica francesa de finales del XIX. Un colega de la Tourette en la Salpêtrière, Désiré Magloire Bourneville había publicado en 1878 una obra médica enorme en tres volúmenes en

la que fotografías voyeurísticas de mujeres estimulando sus pezones o arqueadas en éxtasis (con pies como «Lubricité») ilustraban textos como las observaciones de Bourneville sobre «Th...», de 18 años diagnosticada de histeroclorosis. El médico observa con interés que grita «¡Oue!, ¡oue!», agita su cabeza adelante y atrás, y luego estira y flexiona el torso muy rápidamente. «Después, su cuerpo se arquea y mantiene la posición varios segundos. Uno observa entonces algunos movimientos ligeros de la pelvis». Poco después «se levanta, vuelve a yacer, emite gritos de placer, risas, hace varios movimientos lúbricos y se vuelca sobre la vulva y la cadera derecha». La lubricación vaginal de estas pacientes se observa a intervalos frecuentes: «La vulve est humide» o «La sécrétion vaginale est très ahondante». Las vocalizaciones de estas mujeres y su *bavardage* (cháchara) durante «les sensations voluptueuses» también se transcribían debidamente.

El ginecólogo estadounidense William Goodell apoyaba el masaje y la electroterapia en la histeria «para promover las secreciones» necesarias para aliviar la congestión pélvica que era, decía, una de las consecuencias de la cópula insatisfactoria, especialmente con retirada. Sus pacientes deseaban dormir tras el tratamiento. Otro electroterapeuta, Franklin Martin, apuntaba que las mujeres están a menudo exhaustas por los partos y por la «cohabitación excesiva», lo que causa neurastenia, uno de cuyos síntomas es que «la vagina está con frecuencia sensible, bañada en moco frecuentemente». Esta preocupación con la lubricación aparece también en las obras de Friedrich Bilz, escritor europeo acerca de la curación natural, que observaba que durante los ataques de histeria «las partes sexuales secretan un fluido fino». Bilz opinaba que el deseo sexual aumentaba, y no al contrario, en las histéricas, pero que su expresión no era saludable, resultando en masturbación, una tendencia hacia las fantasías eróticas o «literatura excitante», y conducta seductora hacia los hombres. Recomendaba masaje pélvico y duchas de los muslos.

William Dieffenbach, hidroterapeuta de finales de siglo, escribía que la etiología de la neurastenia podría incluir excesos sexuales de cualquier clase, sea de castidad o de disfrute, y también de sexo marital insatisfactorio: «Incompatibilidad sexual, exceso sexual, masturbación, continencia sexual, costumbre de permitirse mucho café, té, tabaco y bebidas alcohólicas». En su opinión, convenían tratamientos vibratorios e hidromasaje del abdomen.

En la misma época en que Freud estaba publicando sus nuevas teorías sobre la etiología de la histeria, otros luchaban con el antiguo problema de cómo el paradigma de la enfermedad se conformaba (o no) a las hipótesis prevalentes sobre la sexualidad. A. F. A. King, un obstetra, lanzó la teoría en el *American Journal of Obstetrics* en 1891 de que la histeria sexual de las mujeres

no es, hablando con precisión, una enfermedad en absoluto, sino nada más que una modificación en el dominio psicológico del cuerpo, llevado a cabo automáticamente por el sistema nervioso, por algún propósito natural, definido. Los fines últimos que subyacen en todas las funciones del cuerpo determinadas por el gobierno del sistema nervioso son dos, la conservación de la vida del individuo, que es la primera y la primera en importancia, y, después, la conservación o perpetuación de la especie. En lo

que sabemos de la histeria hay mucho que sugiere que el proceso histérico está aliado más estrechamente con la segunda finalidad que con la primera [Énfasis en el original].

Su tesis es que las mujeres caen en ataques histéricos para atraer a los hombres y superar su reticencia natural. En su apoyo, King hace 12 argumentos, de los cuales son notables los siguientes:

4. Toda mujer que muestra los fenómenos de un ataque histérico se avergüenza después siempre, se avergüenza instintivamente. Siempre lo niega, nunca lo reconoce, y cuando se la acusa o se le dice se ofende y se enfada. Esta es una característica intrínseca y fundamental del proceso.

5. Ocurre con más frecuencia en las mujeres solteras, o más bien en aquellas casada o solteras, cuyas necesidades sexuales no están satisfechas.

Sigue contando la controversia acerca de si el matrimonio es una cura adecuada y añade: «El paroxismo histérico es un asunto temporal y breve. La desvalida criatura, que aparentemente ha perdido todos sus sentidos y sensaciones, en unos pocos minutos está de pie y en marcha, tan bien como siempre». King postula una situación en la cual algún «joven Apolo de los bosques» encuentra alguna «Venus aborigen» en estado histérico, a la que

toca, mueve y maneja a su antojo, sin que se resista. ¿Qué haría este Apolo primitivo? Curaría el acceso y devolvería la consciencia a la mujer, satisfaría su emoción y restauraría su volición, no con toques delicados que serían desesperantes para su piel hiperestética, sino con masaje vigoroso, movimiento pasivo y sacudidas indoloras. El proceso emocional por parte de la mujer acabaría, quizás, con risa, lágrimas y vergüenza, y acusada más tarde de lo que las características de su sistema nervioso adquiridas ancestralmente le han llevado a hacer, ¿qué mujer no lo negaría enfadada? Pero habiéndose seguido el curso de Natura, habiéndose logrado el propósito natural de un paroxismo histérico, como resultado del tratamiento quedaría, no una mujer disgustada y triste, sino dos personas felices, y el probable principio de una tercera.

En esta fantasía masculina débilmente disfrazada de especulación médica la histeria es un proceso natural con la finalidad de promover el coito y la preñez, incluso mediante la violación si es necesario.

La revolución freudiana y sus repercusiones

El entrenamiento clínico de Sigmund Freud con la histeria tuvo lugar principalmente en la Salpêtrière, dirigido por el «maestro» reconocido de la neurología y psiquiatría francesas, Jean-Martin Charcot. Freud admiraba a Charcot, y en su marco conceptual encontraron acomodo muchas ideas de su maestro. Como muestro en el capítulo 4, la Salpêtrière era un centro lamoso internacionalmente de experimentación con terapias físicas para la histeria, incluyendo el uso de mecanismos vibratorios. En años posteriores, Freud contó una conversación entre Charcot y P. Paul Brouardel que iba a dar forma a las teorías finales de Freud sobre la histeria:

En una de las recepciones de tarde de Charcot, yo estaba cerca del gran profesor en el momento en que le estaba refiriendo a Brouardel una historia muy interesante sobre algo que le había pasado ese día. Apenas oí el principio, pero gradualmente fui poniendo atención a lo que estaba refiriendo: una pareja joven de un país distante del Este, la mujer una enferma grave, el hombre impotente o extremadamente delicado. «Táchez done», le oí repetir a Charcot, «je vous assure, vous y arriverez». Brouardel, que hablaba más bajo, debió mostrar su sorpresa de que síntomas como los de la mujer se produjeran en estas circunstancias. Charcot exclamó con mucho entusiasmo: «Mais, dans ces cas pareils e'est toujours la chose génitale, toujours... toujours... toujours», y cruzó los brazos sobre su estómago, abrazándose a sí mismo y saltando arriba y abajo en su animada manera característica. Recuerdo que por un momento quedé casi paralizado de admiración y me dije: «Bueno, pero si sabe eso ¿por qué no lo dice nunca?». Pero la impresión pasó pronto, la anatomía del cerebro y la inducción experimental de parálisis histéricos absorbía todo mi interés.

El que Charcot no quisiera publicar su hipótesis y su admonición «Táchez done» le resultaron llamativas a Michael Foucault: «Uno no debe hablar de esas “causas genitales”: eso decía la frase susurrada que los oídos más famosos de nuestro tiempo oyeron un día de 1886 de boca de Charcot». No hay mención al respecto en la *Clinical Lectures* de 1888. La reticencia de Charcot sobre la etiología sexual de la histeria engañó aparentemente a su biógrafo Georges Cuillain, que niega que siquiera considerara una hipótesis así.

En cualquier caso, «los oídos más famosos de nuestro tiempo» retuvieron la información y Freud iba a emplearla en una concepción nueva de la histeria que cambiaba completamente el paradigma de la enfermedad. En su *Autobiographical Study* casi parafrasea la observación de Charcot: «No creo que exagere cuando afirmo que la gran mayoría de las neurosis de las mujeres tienen su origen en la cama matrimonial». Los editores de la Standard Edition de las obras de Freud observan que estudió histeria con Charcot antes de empezar su práctica en Viena en 1886, donde «confiaba en métodos normalmente recomendados como la hidroterapia, el masaje y la cura de descanso de Weir Mitchell. Pero cuando resultaron insatisfactorios, sus pensamientos giraron hacia otra parte». Una se pregunta si los resultados de los experimentos de Freud con las terapias físicas resultaron «insatisfactorios» al médico, a la paciente o a ambos, pero sorprende poco que el hombre que, como es famoso, ignoraba qué querían las mujeres, no tuviera éxito como masajista ginecológico.

El artículo de Freud «La etiología de la histeria» defendía que ésta no se originaba por privación sexual, sino por «lesiones en la conciencia» causadas por traumas infantiles. En este ensayo de 1896 Freud supone que los episodios de acoso sexual que aparecían como traumas de la infancia eran reales; después abandonó esta posición para afirmar que eran los pensamientos y fantasías sobre sexualidad del niño lo que causaba las «lesiones». El trastorno histérico supuestamente impedía que la paciente disfrutara del sexo del modo «normal», es decir, del coito heterosexual.

Fritz Wittels, en un relato sorprendentemente misógino de las teorías de Freud sobre la histeria, decía que «multitudes de histéricas rechazan la sexualidad en forma de coito. Otras muestran esa vida sexual ensalzada históricamente que sin embargo es solo exhibición y autoengaño». Según Havelock Ellis, Freud equiparaba los paroxismos histéricos con la masturbación y consideraba a ambos «un equivalente del coito». Claramente el fundador del psicoanálisis quería conservar algunos de los matices sexuales de la histeria, proponiendo al mismo tiempo una hipótesis nueva acerca de su origen. Para Freud, como para Charcot, la histeria en ambos sexos se asociaba con contracturas y parálisis funcional.

Si la histeria tuviera sus orígenes en exposiciones tempranas a la sexualidad, reales o imaginarias, los maridos y amantes de las mujeres adultas quedarían completamente exculpados. No necesitarían esforzarse para proporcionar la cura en la cama matrimonial que Charcot había aconsejado, porque solo un terapeuta profesional como Freud podría «disuadir» la enfermedad. Esta hipótesis resultaba tan atractiva que pronto eclipsó todos los demás discursos sobre la histeria, neurastenia y clorosis. Había disidentes como Wilhelm Reich que incluso en 1927 continuaban sosteniendo que la neurastenia y las neurosis histéricas de las mujeres eran causadas por la falta de gratificación sexual, pero en unas pocas décadas Freud se convirtió en el paradigma dominante. Su definición se aplicó retroactivamente a todos los casos supuestos de histeria, antiguos y modernos, presentados en términos que los hacían sonar casi como respetables diagnósticos médicos. Wesley dice «Cuando se usa la palabra histeria sola, se refiere a *histeria de conversión*, expresión acuñada por Freud. En este contexto significa la aparición de un trastorno orgánico sin causa orgánica que lo explique». La visión de Freud de la histeria redirigía no solo la atención de sus colegas de las ciencias psicológicas, sino incluso la de los historiadores que hacían estudios retrospectivos de los trastornos histeroneurasténicos.

El fracaso en entender la histeria tras la revolución freudiana está resumido en un artículo de 1953 de George Swetlow, profesor de jurisprudencia medicolegal de la Brooklyn Law School. Justo después del final de los 2500 años de aceptación de la histeria como paradigma de enfermedad, es evidente que ni Swetlow ni ningún médico está completamente seguro de lo que era la histeria. Swetlow dice que es «un trastorno extraño que se coloca entre la verdad y el engaño: los síntomas histéricos no solo pueden aparecer como una caricatura de casi cualquier enfermedad conocida provocada por alteración de tejidos, sino que al mismo tiempo presenta rasgos apenas

distinguibles del fraude». Continúa aceptando la etiología freudiana: «Deseos prohibidos y anhelos completamente inaceptables en una sociedad civilizada a los que no se renunció nunca, sino que simplemente se los pospuso para un futuro más propicio». Según este modelo, sería una maravilla que cualquier ser humano escapara a la enfermedad. Claramente era un paradigma que lo explicaba todo y por tanto no explicaba nada.

La historiografía reciente ha empezado a abordar los asuntos de género implicados en el paradigma de enfermedad de la histeria. Unos cuantos historiadores tratan este asunto desde 1972, entre ellos Carroll Smith-Roseberg, Bárbara Ehrenreich, Michael Foucault y Peter Gay. Smith-Roseberg ha postulado que la histeria en mujeres del siglo XIX era un síntoma o resultado del conflicto entre su rol hipersexualizado y la negación social de sus sentimientos sexuales. Esto podría interpretarse como una versión intelectualmente elevada de lo que estoy proponiendo aquí en términos bastante más mundanos. Sea lo que fuere lo que Smith-Roseberg quiere decir con «conflicto», no cuestiona explícitamente la definición o sintomatología *post* freudiana de la histeria y no parece ver en el paradigma precedente el funcionamiento normal de la sexualidad de las mujeres. Bárbara Ehrenreich y Deirdre English, en *Complaints and Disorders*, discuten la aparente «epidemia» de histeria en el siglo XIX y la describen como una «enfermedad nueva», sin examinar la antigüedad del paradigma de la enfermedad ni cómo iba cambiando a lo largo del tiempo. Pero sí que mencionan que «la sexualidad femenina solo podía ser patológica, así que era completamente natural que algunos doctores lo probaran acariciando los pechos o el clítoris».

Michael Foucault aborda superficialmente lo que llama «histerización del cuerpo de las mujeres». Su propósito, por supuesto, es describir tendencias amplias, sociales y médicas, no documentar detalles de cómo paradigmas de enfermedad pueden haber escondido verdades incómodas sobre la sexualidad de las mujeres:

Histerización del cuerpo de las mujeres: un proceso triple en el que el cuerpo femenino era analizado, calificado y descalificado, como completamente saturado de sexualidad; donde se lo integraba en la esfera de la práctica médica, por una patología intrínseca en él; donde, finalmente, se lo colocaba en comunicación orgánica con el cuerpo social (cuya fecundidad regulada se suponía que aseguraba), el espacio familiar (del que tenía que ser un elemento funcional y sustancial), y la vida de los niños (que producía y debía garantizar, en virtud de una responsabilidad biológico-moral que duraba todo el periodo de la educación de los niños): la Madre, con su imagen negativa de «mujer nerviosa», constituía la forma más visible de esta histerización.

Tampoco Foucault trata la larga historia de la histeria antes del siglo XIX, pero toca un punto significativo: que se pensaba que la sexualidad femenina requería intervención médica. Su discusión no incluye la omisión del orgasmo femenino del modelo médico normativo del siglo XIX, y tiene poco que decir sobre lo que esto podría implicar sobre la histeria. Como muchos otros, falla en cuestionar el paradigma mismo de la enfermedad: ¿por qué este trastorno tiene unos límites tan elásticos que puede abarcar un espectro tan amplio de objetivos sociales?

Peter Gay, un devoto sin reservas de las contribuciones de Freud al conocimiento humano, le atribuye erróneamente la invención de la idea de que estos «“*noxae*”, la histeria y la neurosis de ansiedad» estaban causados por «falta de gratificación sexual, sea por parte del hombre o de la mujer». Gay califica como «una ruptura radical» el apoyo de Freud a una hipótesis por lo menos tan antigua como Hipócrates.

Es cierto que la creencia de Freud de que los hombres también podían ser histéricos era una opinión minoritaria en su tiempo y anteriormente, pero como hemos visto, el concepto de histeria como secuela de la privación sexual circulaba desde muchos siglos antes de Freud. Oughourlian tiene una opinión algo menos optimista del logro de Freud, señalando que «no tenemos más que reemplazar la palabra *retención* en la teoría de Galeno... y en todos los inspirados en él durante los quince siglos siguientes, por el término *represión*... y reemplazar *purga* con *catarsis* para descubrir en toda su supuesta originalidad la teoría freudiana de la neurosis sexual».

Aunque las opiniones de Gay sobre la sexualidad son sustancialmente androcéntricas, como veremos, abre una cuestión que tiene verdadera importancia para comprender la histeria como paradigma de enfermedad: «Negar los deseos eróticos naturales de la mujer era una salvaguarda de la adecuación sexual del hombre. Se comportara como fuera, siempre sería lo bastante bueno. Ella no pediría más ¿a que no?». Si lo hiciera se la podría etiquetar como histérica y mandarla al médico a que la tratara, eliminando así la amenaza a la autoestima de su compañero sexual y conservando la norma androcéntrica de penetración hasta el orgasmo masculino. En el capítulo próximo estudiaremos el persistente atractivo de este modelo de sexualidad.

CAPÍTULO 03

«DIOS MÍO, ¿QUÉ ES LO QUE QUIERE?»

Donald Symons dice en su *Evolution of Human Sexuality* (1979) que el orgasmo femenino «inspira interés, debate, polémicas, ideología, manuales técnicos y literatura popular y científica únicamente porque falta con mucha frecuencia», a diferencia del «orgasmo masculino, que existe con regularidad monótona y en la mayor parte de los casos solo interesa a las personas implicadas directamente en uno». Como apuntábamos en el capítulo 1, se ha observado en muchas ocasiones y lugares, clínica y popularmente, que las mujeres no alcanzan el orgasmo con tanta facilidad como los hombres, y que normalmente se necesita una estimulación constante del clítoris para obtener el paroxismo descrito por Masters y Johnson como «un pico muy variable de experiencia sexual acompañando contracciones rítmicas, involuntarias, del tercio exterior de la vagina (y frecuentemente también del útero, esfínter rectal y esfínter uretral) y la liberación concurrente de la vasocongestión y tensión muscular asociados con la excitación sexual intensa». Por supuesto, esta es una definición médica del orgasmo: en nuestro tiempo, como en los anteriores, se considera a los médicos los expertos en sexualidad, y por ello cargan con buena parte de la responsabilidad de establecer normas sexuales.

En la segunda mitad del siglo xx hemos establecido que la mayoría de las mujeres no tienen dificultad en producirse orgasmos ellas mismas masturbándose, como Symons observa cuando resume las investigaciones de Kinsey y de Hite que informan de que la mayoría de las mujeres como la mayoría de los hombres pueden masturbarse hasta el orgasmo en poco más de cuatro minutos, aunque pocas veces o nunca lleguen al orgasmo durante la cópula. Estos autores «sugieren que muchas mujeres no tienen orgasmos durante el coito, o solo esporádicamente, simplemente porque la cópula es una manera de estimular el clítoris muy ineficiente».

Los estudios empíricos han mostrado que las mujeres no son más lentas que los hombres para resultar excitadas y satisfechas, y que su potencial orgásmico es mucho mayor que el de los hombres. En la muestra de Kinsey, el 45 por ciento de las masturbadoras femeninas alcanzaron el orgasmo en menos de tres minutos. Carol Tavris y Carole Wade señalaron en 1984 que «durante la masturbación, especialmente con un vibrador eléctrico, algunas mujeres pueden tener hasta 50 orgasmos consecutivos», cifra que debe haber levantado el antiguo espectro de la insaciabilidad femenina en más de una mente masculina.

El que hombres y mujeres tengan experiencias distintas del coito pierde importancia frente al razonamiento intuitivo y al mito conservado: ¿cómo puede resultar adaptativo el que las mujeres experimenten orgasmos principalmente por otros medios que el acto procreador? ¿Cómo puede ser que el acto que ha definido social e históricamente la masculinidad y al cual, en buena medida, está ligada la

autoestima masculina no compense fiablemente a las mujeres? ¿Y por qué la mayoría de las mujeres desean a los hombres, cuando el coito resulta decepcionante con tanta frecuencia? Vuelvo a decir que no podré contestar a estas preguntas, especialmente las relacionadas con la fisiología reproductiva. Por ejemplo, ¿por qué no está el clítoris dentro de la vagina para recibir estimulación más eficiente durante la penetración?

Lo que tiene de notable la historia de Occidente en este contexto es que la norma médica de penetración hasta el orgasmo masculino como la máxima emoción sexual tanto para hombres como para mujeres ha sobrevivido a gran número de observaciones individuales y colectivas que sugieren que para la mayoría de las mujeres este patrón no es adecuado. Está claro que hay una fuerte motivación cultural para negar la evidencia contraria. Incluso cuando los observadores se esfuerzan por ser objetivos y científicos, el sesgo androcéntrico se cuela en las respuestas que se buscan en los datos, y en la parte de estos que se descarta, como cuando Masters y Johnson eliminaron de su muestra de mujeres casadas a todas las que no alcanzaban el orgasmo durante el coito. La incapacidad de la teoría médica tradicional para entender las diferencias entre la experiencia orgásmica de hombres y mujeres ha tenido consecuencias de mucho alcance. De acuerdo con esta visión, todas las mujeres saludables desean la penetración por machos y están sexualmente incompletas e insatisfechas si no la obtienen. Así que un hombre que penetra a una mujer puede pensar que le hace un favor, que contribuye a su bienestar físico y mental, especialmente si la preña. A las mujeres que han expresado o deseado otra cosa se las percibe como defectuosas, pecaminosas o enfermas, y los hombres se encuentran justificados para imponer sanciones sociales y médicas que aseguren la conformidad con el modelo obligado de placer femenino durante el coito heterosexual que refuerza la autoestima masculina.

Como las mujeres no pueden alterar su fisiología para lograr esta conformidad (orgasmos regulares durante el coito), han empleado varias estrategias para conciliar la realidad con el modelo impuesto. Algunas de ellas son tan rebuscadas intelectualmente que recuerdan los ingeniosos, y durante muchos siglos persuasivos, esfuerzos de Ptolomeo para explicar el movimiento de los cuerpos celestes sin que la Tierra perdiera el centro del universo. En ambos casos, quitar al hombre (utilizo el género a conciencia) del centro de las cosas hubiera requerido una reevaluación concienzuda de todo el marco de creencias. Hasta hoy, la mayoría de los hombres (y muchas mujeres) se resisten a reconceptualizar la sexualidad de otro modo que como una jerarquía cuyo vértice ocupa el coito heterosexual.

Los médicos y el orgasmo femenino

Desde antiguo, los médicos han empleado cinco estrategias básicas para reconciliar la sexualidad femenina observada con las normas androcéntricas. La primera, y menos frecuente, era el enfoque «traje nuevo del emperador»: el reconocimiento directo de que solo una minoría de las mujeres alcanzan el orgasmo durante la penetración sin estimulación del clítoris. Este reconocimiento suele acompañar recomendaciones de que se facilite esa estimulación durante el coito, no mediante masturbación. Segunda, algunos médicos (e historiadores, como veremos) que escribieron acerca de la sexualidad femenina confundían el placer y la excitación con el orgasmo, mezclando el deseo de contacto heterosexual y la «turgencia» de los genitales femeninos con resolución orgásmica. Tercera, médicos que parecen haber tenido poco o ningún contacto con la conducta orgásmica femenina descrita por Masters y Johnson, encontraban síntomas de lo que llamaban «paroxismo histérico», como hemos visto. Cuarta, muchos médicos del siglo XIX combinaban esta incapacidad para reconocer un comportamiento sexual con la convicción de que la mayoría de las mujeres carecían de sentimientos y deseos sexuales. Esto último era cierto tanto si el médico pensaba que la frigidez y la anorgasmia eran saludables como si no; algunos creían que la ausencia de sentimientos sexuales en las mujeres era consecuencia de las tensiones de la vida moderna, de la corsetería, exceso de masturbación o incompatibilidad marital. Quinta, por último, hay autores médicos que omiten toda referencia al orgasmo femenino, incluso cuando tratan de la sexualidad femenina.

Hay muchos ejemplos históricos de médicos imponiendo sobre su experiencia clínica unos marcos conceptuales difíciles de comprender para un observador moderno. Es importante darse cuenta de que esto no se debe necesariamente a una conspiración entre los médicos ni a misoginia: las pruebas disponibles indican que los médicos llamaban enfermedad a lo que percibían como tal. Como hemos comprobado en muchos otros contextos históricos, los marcos conceptuales pueden determinar lo que los observadores ven de verdad, y por tanto sus informes sobre la experiencia. Thomas Laqueur cita ejemplos significativos referidos a la evolución de los conceptos de anatomía masculina y femenina. En un contexto completamente distinto, Mirko Grmek dice que muchos médicos griegos antiguos no podían entender la «causalidad de doble lado... tan compleja que la razón no puede llevar la cuenta de todas las interconexiones». Era más fácil descartar sencillamente una parte de la realidad que intentar que todos los datos encajaran.

En principio, los médicos antiguos tenían poco que decir sobre el orgasmo femenino, salvo para debatir si era necesario para la concepción. Hay escritos atribuidos a Aristóteles, pero que probablemente no son suyos, que dicen que las mujeres tienen a menudo dificultades en alcanzar el orgasmo en el coito. Aecio creía

que «un cierto temblor» indicaba la concepción, Sorano pensaba que el deseo, no el orgasmo, era un factor importante en la preñez. Este debate continuó hasta el siglo xx: Franz Josef Gall en su *Anatomie* (1810-1819) dice que no hay correlación conocida entre deseo y fertilidad, ni entre orgasmo y concepción, e incluso autores de textos médicos modernos sienten la necesidad de hacer esta afirmación.

Escritores medievales como Avicena y Giles de Roma creían que las mujeres experimentaban placer al recibir el semen masculino. Aunque Avicena, aparentemente realista sobre la sexualidad femenina, cuidaba de advertir a sus lectores de que este placer no bastaría a satisfacerlas, Giles y otros escritores preferían pensar que no era necesario más que la eyaculación masculina. Danielle Jacquart y Claude Thomasset subrayan que «sin dudar de las intenciones de Giles de Roma, podríamos decir que aportó argumentos para dispensar al hombre de toda responsabilidad en la búsqueda de placer de la mujer». Helen Lemay resume la explicación de Avicena de las «tres delicias de las mujeres en el coito: una, del movimiento de su propio esperma, la segunda del movimiento del esperma masculino, y la tercera del movimiento o frotamiento que ocurre en el coito». El médico avisa a los hombres de que para quedar satisfecha la mujer debe experimentar sus propios «movimientos de la matriz» antes de que el hombre eyacule.

En la Inglaterra de los Tudor y Stuart (siglos xvi y xvii) las creencias médicas dominantes eran que el orgasmo era necesario para la concepción; que la carencia de satisfacción sexual causaba un desequilibrio insalubre de los humores, como enseñaba Galeno; y que el orgasmo era un incentivo para que las mujeres arriesgaran su vida en un embarazo. Muchas obras de este periodo hablan del papel del clítoris como el lugar principal del placer sexual. Ambroise Paré sostenía en 1634 que las mujeres con deseos sexuales intensos, estilo de vida lánguido y abundante apetito tenían menos probabilidad que otras mujeres de sufrir desórdenes en la regla, porque sus humores fluían más libremente:

Hay algunas que son purgadas dos veces, y algunas tres veces al mes, pero solo entre las que tienen un hígado grande, grandes venas y están bien alimentadas de carnes muy nutritivas, que se sientan ociosas todo el día en casa, que a pesar de dormir toda la noche, duermen también en cama buena parte del día, que viven en un clima cálido, húmedo, sureño, que toman baños calientes con aguas dulces y friegas agradables, que usan y disfrutan mucho de la copulación carnal: en estas y parecidas mujeres los flujos fluyen con más frecuencia y abundancia.

Paré no parece del todo contento con estas mujeres, pero su entusiasmo sexual forma parte de la lista de hábitos que ayudan a un saludable flujo de humores.

Pero las mujeres que deseaban más gratificación sexual de lo que sus parejas estaban dispuestas a ofrecer eran amenazas serias para el modelo androcéntrico y pronatalidad de sexualidad: Abraham Zacuto escribió en 1637 que la ninfomanía «es una dolencia odiosa y terrible, porque interfiere con el coito y la concepción». Esta inquietud duró siglos: Gall se preocupaba en 1825 de una de sus pacientes, una prostituta que no obtenía satisfacción sexual del coito, a la que diagnosticó

ninfomanía incurable. Nathaniel Highmore escribía sobre el orgasmo en 1660 con mucho detalle, en el contexto de la teoría de los humores. La sangre acudía a los órganos sexuales con la excitación y no era saludable que se quedara allí. El orgasmo causaba contracciones que la devolvían al resto del cuerpo. La acción de los pulmones, el jadear, ayudaba.

William Cullen un siglo más tarde estaba seguro de que «el ejercicio venéreo es un estímulo para los vasos del útero, y por tanto puede ser útil, cuando pueda emplearse con propiedad». Como a muchos de sus contemporáneos, le preocupaba que se hincharan los genitales femeninos (hasta el siglo XIX no se acostumbró a distinguir el útero de la vagina y genitales externos) y pensaba que tenía que ser patológico. Hacía analogías entre la «distensión de los vasos del cerebro» en la epilepsia y la «turgencia de la sangre en los vasos del pulmón» en el asma, y proponía que una parecida «turgencia de la sangre en el útero, o en otras partes del sistema genital, puede ocasionar los movimientos espasmódicos y convulsivos que aparecen en la histeria».

Como hemos visto, el alivio de la congestión insalubre era una referencia estándar en las discusiones médicas sobre la importancia del orgasmo tanto para hombres como para mujeres. Los médicos del Renacimiento y posteriores que reconocían el papel del clítoris podían tener reservas acerca de agitar las pasiones de las mujeres por este medio, pero la mayoría de ellos estaba de acuerdo en que el deseo sexual no satisfecho era perjudicial.

Entre mediados del siglo XVIII y principios del XIX las opiniones sobre el orgasmo femenino cambiaron notablemente, aunque no sobre la congestión. En el siglo XIX se pensaba que la enfermedad «orgásmica» (es decir, la turgencia o congestión) de las mujeres se aliviaba por el efecto calmante del semen liberado en la vagina, como sugerían siglos antes Giles de Roma y otros. En consecuencia, la eyaculación fuera de la vagina causaba la «enfermedad uterina», porque los genitales femeninos no recibían los saludables beneficios de la emisión masculina. Por esta razón había médicos que consideraban perjudiciales para las mujeres todas las prácticas contraceptivas. El médico estadounidense C. Kigelow suscribía esta visión en 1875, afirmando que la retirada antes de eyacular causa congestión pélvica y por tanto histeria en las mujeres. También prevenía contra la masturbación apoyándose en que «muchas [mujeres] experimentan el orgasmo nervioso o espasmo, que les resulta perjudicial cuando se disfruta muchas veces, como ocurre con los hombres». En cambio en la cópula se consideraba al orgasmo femenino como saludable y médicamente deseable.

William Goodell, un ginecólogo estadounidense muy respetado de finales del siglo XIX, consideraba el *coitus interruptus* insalubre para las mujeres y recomendaba la cópula hasta el orgasmo masculino como tratamiento de la histeria. Expresaba muy bien los beneficios de la eyaculación: «Creo que el semen, por supuesto ayudado por la relajación general que sigue a la crisis, tiene la propiedad de disipar el orgasmo

congestivo y la turgencia vascular de la excitación venérea». A pesar de la conveniencia y la eficiencia de este planteamiento —al menos para los hombres— Goodell observa con preocupación la prevalencia de la congestión pélvica en las mujeres como secuela de la cópula.

Edward Bliss Foote, feminista y médico radical que acababa de salir de la cárcel por dispensar anticonceptivos, abroncó en 1901 a los maridos por no entender las necesidades sexuales de sus esposas. Decía que cuando un marido es bruto e insensible las mujeres no son receptivas sexualmente y que «con este estado de apatía y aversión por parte de la mujer, la cópula es mecánica, y la contusión de sus órganos por el del hombre es igual de dañina que si se le introdujera una estaca en lugar del órgano previsto por la naturaleza». Pero, como sus colegas, Foote consideraba el coito la norma de la sexualidad y no aprobaba la masturbación para mujeres ni para hombres, basándose en que no permitía el saludable intercambio de magnetismo animal entre los sexos.

Otros, como el famoso Richard von Krafft-Ebing, eran reacios a permitir el placer sexual a las mujeres incluso en el contexto del coito matrimonial. Se ha citado mucho su opinión de que «la mujer física y mentalmente normal y educada debidamente tiene poco deseo sensual. Si no fuera así, el matrimonio y la vida familiar serían palabras vacías». Claramente ve la sexualidad de las mujeres como una amenaza a la estabilidad social. La afirmación lisa y llana de que «el hecho distintivo en el coito es la eyaculación» completa el panorama androcéntrico. Se opone a la masturbación de ambos sexos, afirmando que debilita el deseo por el sexo opuesto.

Otros doctores señalaban que las mujeres «aprendían la frigidez» por la falta de satisfacción en el matrimonio: donde la norma es la decepción, las mujeres simplemente perdían interés. G. Kolischer escribía en 1905 en el *American Journal of Obstetrics*:

La excitación sexual que no alcanza su clímax natural deja a las mujeres en un estado muy desagradable, y la repetición de episodios así puede incluso llevar a una alteración nerviosa general. Algunas de estas mujeres desgraciadas aprenden a suprimir su sensación sexual para evitar tal secuela desagradable. Esta situación no es solo desgraciada porque priva a la mujer de sus derechos naturales, también es deplorable porque prácticamente rebaja a una mujer casada al nivel de una prostituta.

El médico francés Gilíes de la Tourette veía este proceso como parte del ciclo de la histeria: la histérica «frígida» resulta decepcionada por el coito y comunica su disgusto a su marido, cuyo resentimiento y rechazo consecuentes contribuyen al desarrollo de la patología de la mujer.

Incluso los doctores que comprendían la función del clítoris no querían renunciar a la confortadora idea del orgasmo femenino en el coito. Theodore Thomas, por ejemplo, escribía en 1891 que la finalidad del clítoris era «proporcionar a la mujer el eretismo nervioso necesario para completar y realizar perfectamente el acto sexual» y seguía diciendo que podía producirse el orgasmo por estimulación del clítoris «fuera de la cópula». Muchos médicos prevenían contra la manipulación del clítoris,

fuera por los maridos o por las propias mujeres. Smith Baker decía en 1892 que una frecuente «fuente de aversión marital parece residir en el hecho de que las excitaciones mecánicas y malvadas permiten una satisfacción más completa que las mutuas y legítimas». O sea, que uno de los riesgos de los coitos insatisfactorios para las mujeres era que podían conducir a la masturbación.

La masturbación

Hasta la segunda mitad del siglo xx, los médicos tenían profundas sospechas del placer que las mujeres obtenían de la masturbación, y no solo por las razones por las que lo cuestionaban o condenaban en el caso de los hombres. Havelock Ellis, que escribió sinopsis de lo que la mayoría de sus ilustres predecesores habían dicho sobre la sexualidad femenina, creía que tras la adolescencia «la masturbación es más frecuente en mujeres que en hombres». Le parecía probable que todas las viudas y divorciadas se masturbaran, lo que le preocupaba porque coincidía con su colega Smith Baker, que creía que la masturbación causaba «aversión marital» en las mujeres. Dice que mujeres vigorosas y saludables «que llevan una vida de abstinencia sexual, aseguran que solo excitándose sexualmente a sí mismas en ocasiones podían eludir un estado de opresión nerviosa y obsesión sexual que sentían próximo a la histeria». Esta visión, claro está, no se aleja mucho de perspectivas anteriores según la cual la histeria es una secuela de la privación sexual. Las masturbadoras más inquietantes, desde el punto de vista de los médicos, eran las casadas, cuya conducta hacía dudar del éxtasis mutuo en el coito. Como otros contemporáneos de Ellis, a algunos de los cuales ya he citado, Alfred Adler estaba convencido de que las mujeres casadas se masturbaban porque muy a menudo el coito no las satisfacía. Es probable que esta observación fuera la fuente de la incomodidad de muchos médicos con la idea de masturbación femenina: entraba en conflicto, a un nivel literalmente visceral, con el paradigma androcéntrico.

En los siglos XVIII y XIX se creía que «las excitaciones mecánicas y malvadas» de la masturbación causaban toda clase de enfermedades y trastornos en ambos sexos, a pesar de su obvia eficacia en aliviar la congestión pélvica. Los médicos creían ver importantes síntomas somáticos derivados de su práctica: ojos hundidos con bolsas negras debajo, palidez, debilidad general y un montón de síntomas sexuales que según el médico N. Cooke culminaban finalmente en un fallo sistémico masivo y espasmódico, una especie de muerte por orgasmo. Acerca de la masturbación femenina, Cooke exclama «¡Que tal expresión sea posible!» y afirma que su práctica es la causa principal de ninfomanía. Muchos médicos del siglo XIX pensaban que las máquinas de coser, especialmente las de dos pedales, eran la causa o el medio de masturbación en las mujeres, una preocupación que también expresaron sobre la bicicleta. Según Krafft-Ebing, el escritor francés A. Coffignon pensaba que el poder de las máquinas de coser era tan grande que podían convertir en lesbianas a mujeres heterosexuales por «exceso de trabajo» en ellas. Thomas Low Nichols consideraba la masturbación como una fuente importante de complicaciones en el embarazo.

E. H. Smith estaba tan preocupado de que sus colegas no se percataran de trastornos de sus pacientes femeninos debidos a la masturbación que publicó una guía para detectarlos en el *Pacific Medical Journal* de 1903. Una mujer con un labio

vaginal mayor que el otro, aseguraba, había causado esta «hipertrofia» masturbándose en ese lado. Como los tamaños relativos de los labios, como los de manos, pies, orejas y testículos, vienen normalmente determinados por lateralidad, Smith debió descubrir multitudes de mujeres masturbadoras por este método. Otro mecanismo para determinar si las mujeres eran más sensibles sexualmente de lo que Smith creía conveniente era pasarle una «suave corriente farádica» por la uretra.

Casi todos los trastornos de las mujeres podían atribuirse a la masturbación o a pecados parecidos, como beber alcohol, te o café, a pensar en el sexo, o a «usar corsés apretados mientras se leen novelas francesas». Mary Gove Nichols, médica hidrópata, grahamista^[2] y «radical sexual», pensaba que la menorragia y la dismenorrea podría deberse a la masturbación o al «exceso de amorosidad» con su pareja. Russell Thacher Trail, otro médico hidroterapeuta, apoyaba ambas opiniones. Trail creía que la cópula era especialmente peligrosa para las mujeres que comprimían sus órganos con corsetería muy apretada. Estas opiniones conservadoras sobre el coito podrían haber aumentado la popularidad de los médicos hidrópatas entre las mujeres, que eran la mayor parte de su clientela.

George Beard, a quien ya he mencionado como el gran popularizador de la neurastenia, creía que la masturbación «es casi universal. Ambos sexos se la permiten». Pero un exceso de permisividad podría acarrear secuelas a algunas personas de constitución débil: «Es la masturbación actuando sobre una diátesis nerviosa, es el hábito más una constitución nerviosa, lo que nos da el resultado: neurastenia sexual».

Incluso condenando la masturbación, algunos médicos aparentemente se consolaban con la suposición sin pruebas de que la mayoría de las mujeres realizaban este acto prohibido por algún medio que se pareciera al coito. Ya en el siglo XIII Arnaldo de Vilanova había recomendado el empleo de un dildo a viudas y monjas con los terribles síntomas de la histeria. Al final del siglo XIX se sospechaba que cualquier objeto o aparato que viajara por el mismo camino que el pene totémico en la vagina tenía un efecto estimulante del orgasmo. La adopción extendida del espéculo como instrumento médico levantó mucha más controversia que la del vibrador pocos años después. Se contaban cuentos inventados de chicas y mujeres ansiando exámenes médicos y llegando al clímax en la mesa de la consulta en cuanto les insertaban el espéculo. Sobre esto escribía el médico británico y crítico social Robert Carter en 1853:

Nadie que se haya percatado de la cantidad de daño moral introducido en las chicas... cuyos deseos libidinosos se han visto incrementados por el cáñamo indio [marihuana] y gratificados parcialmente por manipulaciones médicas, puede negar que el remedio es peor que la enfermedad [histeria].

He visto a jóvenes solteras de clase media reducidas a la condición mental y moral de prostitutas por el empleo constante del espéculo, buscando darse el mismo placer practicando el vicio solitario, y pidiendo a cada practicante de la medicina... que le examine los órganos sexuales.

Estas afirmaciones resultan verdaderamente extrañas para las mujeres de hoy (y

quizás también para las contemporáneas de Carter), para quienes un examen pélvico es una rutina desagradable. Los opositores del espéculo también argumentaban que su empleo requiere mirar los genitales de la paciente, una situación poco delicada. El método de examen precedente, llamado «el tacto», no necesita que la paciente se quite toda la ropa. Pero una parte del atractivo de la nueva tecnología era que el médico podía reducir mucho la relación táctil con la paciente. Uno de los inventores del espéculo, el ginecólogo James Marion Sims, afirmaba que un motivador importante para su investigación en nueva tecnología era simplemente el asco: «Si hay algo que odiaba, era investigar los órganos de la pelvis femenina», escribió en 1884. En cualquier caso la profesión médica aceptó el espéculo, aparentemente decidiendo que sus ventajas como herramienta de diagnóstico superaban sus peligros (probablemente imaginarios) como artefacto masturbatorio. La creencia de que la mayoría de las mujeres se masturbaba con sustitutos del pene (dildos) debe haber sido muy consoladora, pero solo entre el 11 y el 20 por ciento de las contemporáneas encuestadas usa este método. En 1980 se calculaba que un 97 por ciento de los hombres y el 78 por ciento de las mujeres se masturbaba de alguna manera; naturalmente no tenemos cálculos aceptables de lo que ocurría en siglos anteriores.

Al final del siglo XIX el tema de la masturbación estaba sometido a un debate considerable. Freud empezó a dudar de que causara neurosis en 1896, aunque todavía estaba dispuesto a creer que causaba el mojar la cama (enuresis), leucorrea y algunas clases de histeria. En 1905 Robert Taylor avisaba de que la equitación, el empleo de máquinas de coser y andar en bicicleta podían inducir a la masturbación femenina, pero que «en general este hábito no daña mucho al sistema». El vaginismo era una excepción, pensaba que podría derivar de masturbarse con un dildo o similar. Atribuye la prevalencia de la masturbación en mujeres casadas a la potencial frustración del coito: «En muchos casos que el hombre realice demasiado rápidamente el acto sexual deja a la mujer insatisfecha, y por tanto esta obtiene un orgasmo por sí misma a la primera oportunidad».

«Frigidez» y anorgasmia

En el siglo XIX encontramos el florecimiento de las opciones tercera y cuarta para reconciliar las percepciones de la sexualidad de las mujeres con su conducta observada: la creencia de que disfrutaban del coito suficientemente, con o sin la resolución hoy definida médicamente como orgasmo, y que las mujeres normales no experimentaban sentimientos sexuales en absoluto. Ambas opiniones ayudaban a camuflar los tratamientos orgásmicos, en el primer caso porque no había penetración durante la terapia (y por tanto nada sexual); en el segundo porque era imposible que la paciente tuviera placer sexual. La creencia en la frigidez femenina o en la indiferencia total de las mujeres era popular tanto entre los médicos como entre el público. Una teoría sostenía que en las histéricas se combinaba la frigidez con la insaciabilidad en mujeres que iban de amante en amante buscando la gratificación que las mujeres normales encontraban en el coito con su marido.

Madame Bovary era el epítome de este tipo, pero el estereotipo de mujer insaciable no era un recién llegado a la literatura. Diecinueve siglos antes de Flaubert, Juvenal, que dedicó su sátira mayor al sexo opuesto, había expresado el miedo y asco masculinos a la posibilidad de las mujeres de copular varias veces sin alcanzar el orgasmo, y de lograr uno con estimulación externa nada más. Juvenal escribía para disuadir a un amigo de casarse, describiendo a «una puta imperial» que sale para una noche larga y activa de sexo pagado, al finalizar la cual «se aleja tristemente / la última de todos en partir, aún caliente, con una erección de mujer. / Cansada por sus hombres, pero todavía insatisfecha, descoloridas sus mejillas». Más adelante la imaginaria esposa de su amigo está en una casa de baños, cuya principal atracción parece ser el masaje: «entonces es el momento de que la frote el hombre con aceite. No creas que es todo lo que hace: sus dedos son listos de verdad, / saben adonde pueden ir y cómo provocar un clímax». Según este modelo, parece preferirse una frigidez leal y decorosa a un temperamento apasionado que excediera la potencia del marido para saciarlo.

Los médicos, la cultura popular y hasta algunas feministas intentaron en el siglo XIX dejar sentado que la anorgasmia era un rasgo femenino normal, incluso deseable. El médico francés Adam Raciborski había afirmado en 1844 que «tres cuartas partes de las mujeres simplemente soportan el acceso de los hombres». Cari Degler informa de que Charles Taylor escribió en 1882 que «las mujeres tienen “menos sentimientos sexuales que los hombres” y que algunas personas llegan a afirmar que “por norma las mujeres no tienen prácticamente nada de lo que se entiende por pasión sexual”. Nada menos que tres cuartas partes de las mujeres casadas, le han dicho, no obtenían placer del acto sexual». Esta idea de no tener pasiones atraía a muchas mujeres del tiempo de Taylor, para las que la cópula sin orgasmo pero con peligro de embarazo y todos sus dolores potenciales,

complicaciones, riesgos y coste en tiempo y salud, tenía un atractivo muy inferior al que ofrecía a sus relativamente descargados compañeros. William Hammond escribía en 1887 que «sin considerar a las prostitutas, es dudoso que en un décimo de las cópulas [las mujeres] experimenten la más mínima sensación placentera desde el principio hasta el final». Hermann Fehling afirmaba en 1893 que «es una idea completamente falsa que una joven tenga un impulso hacia el otro sexo tan fuerte como un joven... la aparición de componente sexual en el amor de una chica es patológica». Sigue diciendo que «la mitad de las mujeres no son excitables sexualmente». Havelock Ellis comentaba en 1941 que «muchos consideran natural la anestesia sexual en las mujeres, algunos llegan a declarar que cualquier opinión diferente implicaría degradar a las mujeres; incluso quienes no comparten esta opinión piensan que hay una prevalencia no natural de la frigidez sexual entre las mujeres civilizadas». En su «Sexual Impulse in Women», cita unos cuantos autores médicos que calculan que la «frigidez» afecta a entre el 66 y el 75 por ciento de las «mujeres civilizadas», cifras que se parecen sugestivamente a las de las que no alcanzaban regularmente el orgasmo en el coito en el estudio de Shere Hite de finales de los 1970. Sophie Lazarsfeld decía a mediados del siglo xx que «según investigaciones científicas, la proporción de mujeres frías varía entre el 60 y el 90 por ciento». John D'Emilio y Estelle Freedman apuntan que esta rampante frigidez de finales del siglo xix y principios del xx era atractiva para algunas mujeres, porque sugería una «igualdad espiritual» con el hombre e implicaba que «la pureza podría ser una herramienta útil para que las mujeres consiguieran equilibrio en las relaciones sexuales, porque les daba razones para rechazar el sexo no deseado».

Debía haber mucho sexo de esta clase, porque los mismos autores comentan acerca de los resultados de la encuesta de Clelia Mosher de 1900-1920 que «la mitad de esas mujeres expresaban deseos sexuales y el sexo les resultaba agradable, por lo menos “a veces”, pero era más revelador el hecho de que incluso las que no lo deseaban participaban en relaciones sexuales regulares». D'Emilio y Freedman continúan diciendo que «la mayoría de las mujeres —del siglo xix— que se quejaban de que sus maridos descuidaban la sexualidad marital hacían hincapié en su deseo de tener niños más que en su deseo de placer físico». La médica estadounidense Elizabeth Blackwell compartía esta opinión. Si únicamente una minoría de las mujeres experimentaba orgasmos regularmente en la cópula, se comprende la falta de interés de la mayoría: ¿por qué iban a preocuparse?

El orgasmo femenino en el mundo posterior a Freud

Sobre Freud, dice Laqueur que «en 1905 por primera vez un médico afirmaba que existían dos clases de orgasmo [femenino] y que la norma para mujeres adultas era el de tipo vaginal». Es cierto que Freud fue el gran popularizador de esta teoría androcéntrica, pero no fue el primero en cuestionar dónde se originaba el orgasmo femenino. El asunto era objeto de debate cuando Auguste Tripier dijo en 1883 que tenía que haber sensaciones uterinas y clitoriales simultáneas para que se produjera el «orgasmo venéreo en las mujeres».

Pero fue la medicina del siglo xx, tras Freud, la que elevó el orgasmo vaginal a un auténtico Santo Grial del funcionamiento sexual de las mujeres. Cuando Alfred Kinsey se atrevió a cuestionar tanto su existencia como la necesidad de ajustar la sexualidad de las mujeres a una «norma» inadecuada, algunos de sus colegas reaccionaron con horror y rabia. Edmund Bergler y William S. Kroger, que definían la frigidez como «la incapacidad de la mujer de tener un *orgasmo vaginal durante la cópula*» (cursiva en el original) respondieron al libro de Kinsey sobre la sexualidad femenina con indignación elocuente:

A las mujeres frías (que no son solo un 10 por ciento como supone Kinsey aplicando una vara de medir equivocada [mujeres que no alcanzaban el orgasmo de ninguna manera], sino probablemente el 80 o 90 por ciento) se les aseguraba que la frigidez vaginal es un concepto vacío, y que la expectativa «normal» es alguna forma de orgasmo clitoriano. Esto se puede probar por una admisión de Kinsey en la página 584 del volumen II. En su ardiente polémica contra la existencia del orgasmo vaginal, asegura que «unos centenares de las mujeres de nuestro propio estudio habían estado muy molestas por no conseguir esta imposibilidad biológica». Es obvio que Kinsey tranquilizaba a estas neuróticas.

Bergler y Kroger insisten en que no hay obstáculo científico en argumentar que entre el 80 y el 90 por ciento de las mujeres son «anormales» y continúan defendiendo la noción freudiana de que las mujeres de verdad únicamente resultan satisfechas con la penetración. Para ser justos con estos autores, hay que decir que al menos son igual de perspicaces con respecto al otro sexo: aseguran que los «hombres maduros, normales, no desean sexo excepto con mujeres a las que aman tiernamente».

Tras reafirmar el coito como la norma, los médicos del siglo xx tendieron a desdibujar la distinción entre orgasmo y satisfacción de modo muy parecido a como lo habían hecho sus colegas del siglo xix. En las discusiones tanto médicas como populares sigue incorporada una tendencia a confundir disfrutar del coito con la satisfacción orgásmica, a pesar de casi un siglo de estudios sobre la sexualidad femenina. Las mismas mujeres no saben siempre cómo responder preguntas que distinguen entre el placer y el orgasmo, mientras que los hombres, en palabras de Paul Gebhard, «no entienden las preguntas sobre la diferencia entre orgasmo y satisfacción». Aparentemente, para la mayoría de los hombres el orgasmo es la satisfacción. Pero tradicionalmente se ha esperado que las mujeres disfruten de una

actividad (el coito) en que tienen un orgasmo las menos de las veces. Así el placer de las mujeres en el sexo, que puede consistir en excitación, disfrute de intimidad física o la expresión de afecto que supone para ambos participantes, se interpreta rutinariamente por los científicos e incluso algunos historiadores como una experiencia orgásmica, cuando lo es y cuando no. Las 1183 mujeres con estudios superiores entrevistadas por Katherine Bement Davis, igual que las de la muestra de trabajadoras y miembros de la clase media baja de James Cooper, dudaban con frecuencia del significado del término «orgasmo» (encuestas citadas en 1925 por Robert Dickinson y Henry Pierson). Como hemos visto, sus médicos tampoco estaban siempre seguros. Entre las mujeres que manifiestan obtener placer sexual, incluyendo «orgasmo» con cualquier definición, se ha observado que frecuentemente llaman orgasmos a «picos de sensación», que no llegan a la definición clínica de clímax.

Jeanne Warner, que escribía sobre esto en 1984, usaba la definición de Joseph Bohlen de 1981: «Únicamente las ondas de presión anal y vaginal asociadas con contracciones reflejas de los músculos pélvicos ofrecen una prueba clara fisiológica de orgasmo». Si faltan estos signos, lo que se eleva a la categoría de orgasmo es el disfrute emocional y físico que experimentan las mujeres durante el coito, tanto en los informes de las mujeres como en su interpretación médica. Las mujeres soportan presión para parecer normales y femeninas en sus respuestas sexuales —definidas, por supuesto, según el modelo androcéntrico— y los médicos tradicionalmente han buscado pruebas que reafirmaran el modelo. Warner cree probable que se informe de más orgasmos femeninos en el coito de los que realmente hay por la tendencia de las mujeres a decir lo que sus maridos y médicos quieren oír, y añade:

Otro factor en la ocultación de la falta de orgasmo femenino tiene que ver con el sesgo masculino a favor de la estimulación fálica. Aunque no tenemos datos de la relación entre el modo de estimulación y la respuesta femenina, la literatura existente transmite fuertemente la impresión de que el pene no es el medio más eficaz para producir el máximo nivel de excitación y respuesta en una mujer. Los autores que defienden la superioridad de los orgasmos emocionales en las mujeres [«picos de sensación»] sugieren que lo que provoca la mayor satisfacción en los hombres debe proporcionar también el máximo placer a la mujer. No es fácil para una mujer, profesional o no, sugerir que el símbolo de la «masculinidad» culturalmente instituido no sea la mejor varita mágica sensual.

En la muestra de 1207 mujeres de Dianne Grosskopf, encargada por *Playgirl* y publicada en 1983, «la masturbación era la práctica orgásmica más fiable». Grosskopf, como Warner, opinaba que sus encuestadas declaraban más orgasmos con penetración de los reales, y comentaba que «las mujeres parecían a la defensiva, y a veces poco sinceras, en las respuestas a preguntas sobre el orgasmo». Significativamente, también informa de que «salvo una pequeña parte (el 20 por ciento) todas afirmaban no sentirse defraudadas si no experimentaban el orgasmo durante el sexo», y que «a tres cuartas partes de las mujeres les parecía que para sus parejas era más importante resultar satisfechas que para ellas». Gebhard también decía que el 57 por ciento de su muestra también se consideraba «satisfecha» sin

orgasmo. Claramente, estas mujeres no veían razón para esperar satisfacción orgásmica en el coito, se sentía incómodas con preguntas que podrían revelar su falta de conformidad con la norma androcéntrica a este respecto, y estaban motivadas para subrayar la satisfacción de ofrecer servicios sexuales a sus parejas masculinas. En 1985 la columna periodística de Ann Landers sacudió al mundo masculino al contar los resultados de sus preguntas a las lectoras acerca de cómo se sentían sobre «el acto»: de más de cien mil mujeres que contestaron, el 72 por ciento decía que preferiría estar haciendo otra cosa. Se aduce que estos datos y otros, en particular los de Hite, contienen un sesgo autoselector. Es así, sin duda, pero es difícil imaginar cómo podemos recoger datos sobre la sexualidad humana sin introducir un sesgo autoselector, efectos del observador y otras distorsiones.

Lo que debería ser y lo que nos gustaría creer

El trabajo de algunos historiadores, como el de los médicos y otros profesionales masculinos, sugiere que están ansiosos por interpretar la evidencia muy ambigua de la sexualidad femenina de un modo que refuerce el modelo androcéntrico. Peter Gay, llenando volúmenes de extrapolaciones de datos un tanto escasos, no ha dudado en suponer que toda afirmación femenina de placer en actividad heterosexual quería decir experiencia regular de orgasmos. En una sección de *The Education of the Senses* titulada apropiadamente «The Dubious Certainty of Numbers». [La certeza dudosa de los números], supone sistemáticamente el orgasmo femenino durante la penetración y confunde placer con satisfacción orgásmica, a pesar del tono claramente emocional, más que fisiológico, de sus citas de mujeres. Aunque dice que el informe de los médicos «testimonia un embalse desbordante de deseo femenino insatisfecho», Gay nunca cuestiona que la afirmación de una mujer de que disfruta del sexo signifique orgasmo en el coito, ni siquiera cuando sus fuentes niegan explícitamente dimensión sensual alguna a su placer.

El trabajo de Carl Degler sobre la sexualidad femenina muestra el mismo sesgo androcéntrico que el de Gay. En su famoso artículo «Lo que debería ser y lo que era», aborda cuestiones presentadas por la investigación de Mosher al principios del siglo xx.

Según su propia experiencia, ni las mujeres ni sus médicos podían distinguir entre la excitación, el disfrute del sexo «físico y subjetivo», los «picos de sensación» de Warner y el orgasmo fisiológico tal como lo hemos definido. Sin preguntar qué habrán querido decir por «orgasmo venéreo» las interrogadas por Mosher, una expresión más ambigua cuando se trata de mujeres que cuando se refiere a hombres, Degler deduce de su evidencia que el 95 por ciento de la muestra de Mosher de 45 mujeres experimentaban orgasmo en el coito. Lo que Degler señala es que lo que los médicos decían de la sexualidad femenina y lo que experimentaban las mujeres era probablemente muy diferente, una observación que realmente vale la pena hacer. Por desgracia, su empleo de los datos de Mosher es tendencioso y desorientador; más adelante en el mismo artículo malinterpreta los datos de Kinsey de un modo que hubiera horrorizado a este. Degler se resiste a agitar el barco del modelo androcéntrico de sexualidad femenina, como los médicos tradicionales y muchos otros históricos y contemporáneos. Katherine Nelson, en un pasaje citado en *Married Love*, de Marie Stopes, ofrece otra visión de la experiencia de las mujeres en las primera décadas del siglo xx:

*Acoplarse con hombres que carecen de alma
salvo para escarbar la tierra; que la noche de bodas,
caramba, asfixiaron las chispas que saltan de las llamas del instinto de la vida
y nos dejaron heladas, solas para amoldar
al polvo nuestras almas, apodándonos con el nombre de esposas.*

*Largos años de juventud —los años del amor— años de pasión
bostezando ante nosotras. De modo que, fingiendo hasta el final,
consumidas junto al que desposamos,
deseando que la paz guarde años de mayor abundancia,
meras odaliscas somos, bien aposentadas, bien nutridas.*

El barco de la sexualidad androcéntrica, sobrecargado y con vías de agua, ha necesitado un rescate sistemático de datos contradictorios. Una parte se ha logrado, como he sugerido, medicalizando la producción del orgasmo femenino, aliviando así a maridos y amantes del latazo de estimular el clítoris, tarea poco compatible con la preferencia masculina por el coito con la mujer en posición supina. A los médicos tampoco les entusiasmaba la tarea, aunque fuera lucrativa, y desde la antigüedad hasta finales del siglo XIX buscaron medios de quitarse el orgasmo femenino literalmente de sus manos. El próximo capítulo trata de sus esfuerzos para mecanizar y acelerar el tratamiento orgásmico, pero reteniendo su rentabilidad.

CAPÍTULO 04

«INVITAR EL DESCENSO DE LOS JUGOS»

Samuel Howard Monell, tratando en 1903 de las tecnologías electromédicas entonces nuevas, resumía con eficacia las demandas de los médicos desde Hipócrates para obtener resultados con medios sencillos en sus pacientes histéricas: «El masaje pélvico (en ginecología) tiene defensores brillantes que informan de resultados maravillosos, pero cuando los terapeutas tienen que aplicar la técnica con sus propios dedos, el método deja de ser útil para la mayoría». Para los médicos de esta línea, el vibrador fue un regalo del cielo: «Lo que sería impracticable de otro modo, se puede hacer en la consulta con aplicadores especiales (a motor)».

A los médicos les molestaba no solo el tiempo necesario, sino también la habilidad requerida. Samuel Spencer Wallian ensalzaba las virtudes de la «ritmoterapia» con un vibrador en 1906, afirmando que con el masaje manual el médico «consume una trabajosa hora para conseguir resultados mucho menos profundos que los que logra el otro [el vibrador] en cinco o diez breves minutos». En cualquier momento de la historia, desde el punto de vista de la rentabilidad de la práctica médica, la diferencia entre una hora y diez minutos es importante.

Como ya he mencionado, los médicos no muestran entusiasmo por tratar la histeria de sus pacientes en ningún momento. Las pruebas apuntan a que lo consideraban una tarea difícil, aburrida y que llevaba mucho tiempo, y que se esforzaban por delegarla en subordinados o máquinas ya en la antigüedad y el medievo. En general, a los médicos occidentales les ha parecido que las terapias físicas suponían mucho trabajo molesto, actitud que finalmente ha llevado en el siglo XX a la separación entre médicos y terapeutas físicos. Hubo esfuerzos anteriores en esta dirección, como hemos visto; con frecuencia el masaje era una tarea de bajo estatus relegada a semiprofesionales en las casas de baños antiguas y medievales, y en los modernos balnearios. Hasta el siglo XIX el masaje pélvico de las mujeres, útil en los partos y en el tratamiento de la histeria, era frecuentemente responsabilidad de las matronas, bajo supervisión médica o no. Como terapia, el masaje era difícilmente perjudicial, con frecuencia aportaba beneficios, y se lograban resultados, cuando se lograban, con paciencia, lo que quiere decir que desde el punto de vista del médico carecía del carácter heroico de la cirugía, la sección de venas y el purgado. Así las cosas, no sorprende que los médicos buscaran tecnologías que les permitieran cosechar los beneficios del masaje pélvico, cosa que el delegar en otro terapeuta no permitía, a la vez que evitara la costosa inversión en habilidad y tiempo.

Una de las primeras tecnologías que se emplearon para este fin fue la sierra movida por agua. No hay pruebas de ello, pero algunos autores sostienen que en la antigüedad se almohadillaba con tejido el extremo del palo vibrante de las sierras de agua y se lo usaba para masaje. Era más frecuente en la antigüedad y la edad media

que se sirvieran de masajistas manuales, como el personaje de Juvenal, o que visitaran baños con instalaciones para bombear agua a presión, aunque solo fuera la de la gravedad. Se dice que en 1734 un tal Abbé St. Pierre inventó un predecesor mecánico del vibrador llamado un *trémousoir*, pero se sabe poco de su forma y empleo. Los establecimientos de higiene y baños ofrecían masaje manual al menos desde el Renacimiento, y posiblemente antes (figura 8), incluyendo los instrumentos de masaje que ahora se asocian con saunas.

Al mismo tiempo existía una serie de tecnologías para tratar dolencias vaginales y uterinas que necesariamente se solapaban con el masaje, ya que la histeria y la clorosis se creían de origen uterino. Se podían recetar pesarios o supositorios con ingredientes galénicos refrigerantes o calentadores, según la enfermedad. Otra técnica era la subfumigación, ilustrada por Paré, en la que la paciente se sentaba sobre un pequeño quemador que producía humos atractivos o repelentes, también dependiendo de la enfermedad, que ascendían a la vagina. Se pensaba que la eficacia de este método aumentaba mediante pesarios que la mantenían abierta para que entraran los vapores (figura 9).



Fig. 8. Baños medievales, de *Great Bordellos of the World* (1983), de Emmett Murphy, *Bibliothèque Nationale*.

Como dije en el capítulo 2, el masaje de la vulva era un procedimiento algo controvertido entre los médicos tras el medievo, a pesar de su venerable historia. En el siglo XIX el conflicto y el hervidero de ideas sobre las mujeres y sus médicos adquirió una visibilidad insólita. El conocimiento público de controversias entre médicos había ido creciendo constantemente desde

finales del Renacimiento, cuando las obras médicas empezaron a abandonar el latín como lengua franca para la comunicación profesional.

Esta tendencia se aceleró por el abaratamiento en los métodos de imprenta, que supuso que en el siglo XIX los libros estuvieran al alcance económico de un campo más amplio de clases sociales. Hacia 1890 el lector lego europeo o americano de obras médicas tenía casi tantas posibilidades de enterarse de la confusión médica, controversias y exposiciones tendenciosas de casos clínicos como el seguidor moderno de programas de televisión sobre salud. Los médicos siempre han atacado la teoría y práctica de sus colegas en publicaciones profesionales, pero la explosión de la imprenta en el siglo XIX colocó este debate ante los ojos del público por primera vez. Quienes defendían prácticas radicales, como los abundantes hidrópatas en América y Europa, eran especialmente proclives a dirigirse a sus clientes en vez de a sus colegas, que consideraban cuestionables, como poco, sus afirmaciones.

El masaje directo de la vulva para la histeria y trastornos similares no cambió

sustancialmente en el siglo XIX. Pero había una diferencia en el modo en que se trataba el asunto en parte de la literatura médica, especialmente en EE. UU y Gran Bretaña. Los médicos se inclinaban menos que sus predecesores, que escribían en latín, a describir los detalles de la manipulación de los genitales femeninos, sabiendo que los textos en vernácula podrían caer fácilmente en las manos de cualquiera. Theodore Gaillaird Thomas mencionaba tratamientos de masaje ginecológico en una obra médica publicada en Filadelfia en 1891 omitiendo toda instrucción práctica porque «los detalles de la manipulación son demasiado pequeños para reproducirlos aquí, y deben leerse en las obras originales», algunas de las cuales estaban en latín. Pero el autor francés A. Sigismond Weber no mostraba tanta delicadeza al describir el masaje vulvar en 1889, incluyendo detalles de manipulación con los dedos tanto interna como externa, en una obra sobre electricidad y masaje.

Hacia el tercer cuarto del siglo XIX había mecanismos de varias clases, pero no todos los defensores de las terapias físicas los aprobaban. George Massey, médico estadounidense muy conocido e implicado activamente en el desarrollo de la electroterapia, consideraba no obstante el «masaje con las manos como el único método eficiente» para tratar a mujeres histéricas, «rechazando toda maquinaria, percutores de músculos, etc., que o son pobres sustitutos de la mano del masseur o constituyen una medida completamente distinta».

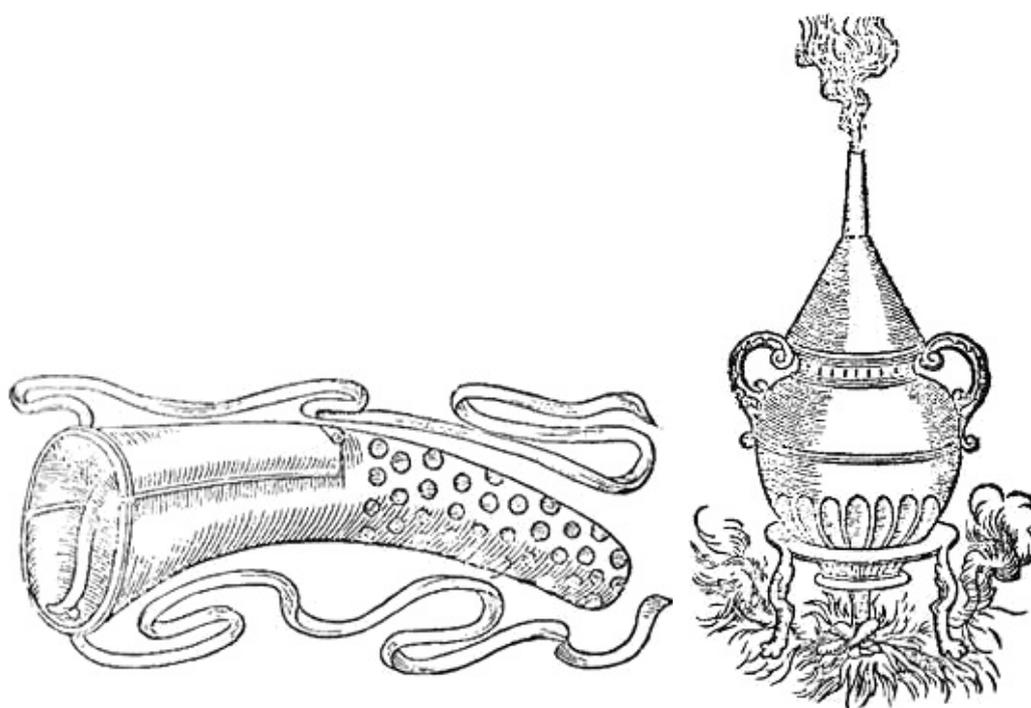


Fig. 9. Instrumentos renacentistas para la subfumigación. De *L'opera ostetrico-ginecologica di Ambrogio Paré*, de Ambroise Paré, ed. Vittorio Pedore (Bologna: Cappelli, 1966), 166.

Silas Weir Mitchell, el médico de la cura de descanso que ha sido identificado como el antihéroe de *The Yellow Wallpaper*, de Charlotte Perkins Gilman, defendía el masaje, pero en 1877 avisaba a sus colegas de que «el primer empleo del masaje

puede aumentar la nerviosidad e incluso provocar la pérdida de sueño», aunque «pronto la paciente empieza a resultarle calmante y a quejarse si se omite». Puede que Mitchell fuera también el médico a quien se refería Thomas Low Nichols en su folleto de 1850 sobre los méritos de la cura de agua para mujeres embarazadas:

Un hombre —si no insulto demasiado a la humanidad al llamarlo así— que vive cerca de Nueva York se ha especializado en estas enfermedades femeninas... la infamia de sus prácticas de curandero y manipulaciones obscenas harían sonrojarse al papel sobre el que se escribieran. Conozco muchos casos que ha maltratado, y ninguno en que la paciente, cuando pierde efecto la peculiar excitación que induce, no haya empeorado.

Hidropatía e hidroterapia

En la cultura occidental se ha asociado el baño con la sexualidad desde la antigüedad, especialmente el baño en balnearios o casas públicas. La inmersión medicinal en aguas termales es anterior al siglo V a. C. y en Norteamérica se la conocía desde mucho antes de la llegada de los europeos. Se dice que los indios americanos descubrieron algunos manantiales siguiendo el rastro de animales que iban a ellos. Donde los balnearios adquirieron su reputación de lujo y disipación fue en Europa, y después en la América europeizada. En ellos podía encontrarse el juego y bebidas bastante más fuertes que el agua mineral como alternativa a la balneoterapia o como diversión para los acompañantes de los pacientes. A veces se sospechaba hasta de los médicos: Francis Power Cobbe lanzaba vagas difamaciones sobre la moral de los médicos especializados en balnearios. Incluso a mediados del siglo XX Georges Simenon podía sugerir creíblemente que las apuestas formaban parte de la terapia de los balnearios. La novela de Iris Murdoch *Discípulo del filósofo* se desarrolla en un pueblo mítico de baños, Ennistone, que según la autora tiene una oscura reputación de vicios innombrables.

Los baños romanos eran escenarios importantes de prostitución, un tema señalado por un escritor alemán del siglo XVIII al declarar que los ingleses Bath y Tunbridge Wells igualaban a Caracalla en depravación. Por entonces ya hacía más de cien años que Bath tenía una reputación escandalosa, a pesar de la cual (o quizás precisamente por ella) la realeza británica la visitaba decididamente: la reina Anne en 1616 y la reina Catherine en 1663, esta última, significativamente, en búsqueda de una cura de infertilidad.

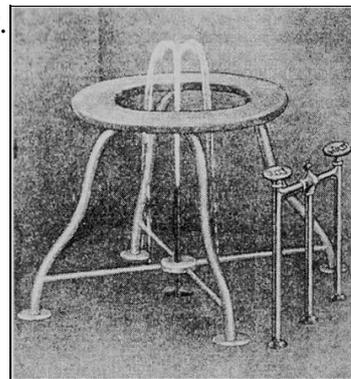
Mucho antes de la modernidad, en Europa las mujeres iban a manantiales de agua mineral para tratamientos como el que Catherine recibió en Bath. Los balnearios estaban de moda incluso para los que no estaban muy enfermos en Europa en el siglo XVIII, y con mucha más intensidad en el XIX. Tobias Smollett, que escribió un ensayo sobre la cura de aguas en 1752, señalaba que el agua bombeada era buena para «trastornos histéricos... obstrucción de la regla y todos los casos donde sea necesario provocar una revulsión desde la cabeza e invitar el descenso de los jugos». También apoyaba con entusiasmo la hidroterapia en obstetricia, observando que «además de estos empleos de los Baños Calientes, son muy útiles para promover el parto, al relajar las partes de aquellas mujeres que han cumplido los treinta años antes de su primera criatura, y por tanto están contraídas naturalmente a consecuencia de la rigidez de la fibra y la constitución robusta». Luego recomienda a «Mr. Cleland, cirujano» en Bath, que había propuesto a los médicos «un aparato muy ingenioso que ha fabricado para algunas dolencias específicas del bello sexo». Por desgracia, Smollett no lo describe.

Al médico austríaco

Fig. 10. La ducha ascendente en Saratoga, circa 1900. De Hydrotherapy,

Vicenz Priessnitz se le suele atribuir el mérito (o el descrédito) de convertir la cura de agua en los decenios de 1830 y 1840 en lo que la meditación trascendental fue en el de 1970. La moda de la hidroterapia duró en

de Guy Hinsdale (Filadèlfia: W. B. Saunders, 1910), 224.



Europa y en EE. UU más de medio siglo, probablemente porque encantaba a los pacientes y a sus acompañantes por sus placeres, comodidad, lujos y ausencia de molestias médicas. Cuando la mitad de los sometidos a cirugía morían en la mesa de operaciones o por complicaciones posteriores, los médicos observaron con interés (y a veces con indignación) que su clientela se acercaba a las curas de agua con mucho menos miedo y repugnancia que a las medidas de la «medicina heroica». Parece que fue Priessnitz el primero en explotar sistemáticamente las ventajas comerciales de esta característica de la hidroterapia.

Incluso en los tiempos de Priessnitz había énfasis en las mujeres como pacientes. La tecnología austríaca, la primera en llamarse «la ducha», no era más que agua fría impulsada por la gravedad, pero los métodos anteriores y posteriores empleaban agua caliente bombeada. La cura de Priessnitz, por primitiva que fuera, tuvo un éxito extraordinario, sus pacientes subieron de 45 en 1829 a 1400 diez años más tarde, muchos de ellos viniendo de Gran Bretaña y partes remotas de Europa. El famoso Padre Sebastien Kneipp, otro hidrópata europeo, tenía muchas esperanzas en el empleo de agua bombeada hacia la pelvis como tratamiento de dolencias femeninas. En Europa los médicos manejaban los aparatos, pero en EE. UU esta conducta profesional era sospechosa, así que se empleaban ayudantes. J. A. Irwin, que escribe en 1892, por ejemplo, tenía una fe considerable en la hidroterapia tanto como procedimiento terapéutico como una receta que los pacientes deseaban. Decía que el baño en aguas minerales tenía la ventaja de «estimular cualidades del gas y los minerales, que la piel agradece como una clase de untuosidad textural». Sin embargo tenía reservas acerca de lo que llamaba «irrigación local» para aliviar la congestión pélvica de las mujeres, no porque la considerase ineficaz, sino porque le parecía que amenazaba la honestidad del médico que la aplicaba: las pacientes estaban de pie ante él «recibiendo el chorro de agua alternativamente en la columna y en la superficie delantera del cuerpo, o como las circunstancias dictaran: un procedimiento un tanto extraordinario según el sentido del decoro angloamericano y poco de acuerdo con nuestras nociones de dignidad profesional».

R. J. Lane escribió sobre el balneario inglés Malvern en 1851 citando a un paciente que dice que «las señoras son más aficionadas a las sábanas mojadas y las duchas y eso, que los caballeros». Entonces Malvern empleaba la ducha de Priessnitz,

una caída de agua impulsada por la gravedad desde una cisterna a 18 pies por encima de la cabeza. Lane, obviamente impresionado por el entusiasmo de las mujeres con los efectos de la hidroterapia, habla de una señora que tomó la ducha en forma de catarata del Niágara, una caída de 60 pies, y subrayaba, quedándose un poco corto, que «la Cura de Agua se recomienda a las señoras». Dice que la ducha, a la que él mismo miraba con cierta inquietud, es un «estimulante tan potente que sabemos de muchas personas que al salir de ella aseguran tener tanta euforia y optimismo como si hubieran bebido champán». Hablaré más de esta euforia más adelante. Según avanzaba el siglo se fueron añadiendo refinamientos. En 1867 la cura de agua de Matlock Bank en Inglaterra tenía tratamientos de ducha con agua caliente para mujeres, más instalaciones de electroterapia y baño eléctrico. Allí se trataban unos 2000 pacientes al año, de ambos sexos con mayoría de mujeres. Otro balneario inglés de la segunda mitad del siglo XIX ofrecía a sus pacientes femeninas ejercicios de equitación, un tratamiento tradicional de la histeria, como complemento de la hidroterapia. Los familiares y acompañantes de estas pacientes a menudo compartían los placeres del balneario y sus servicios.

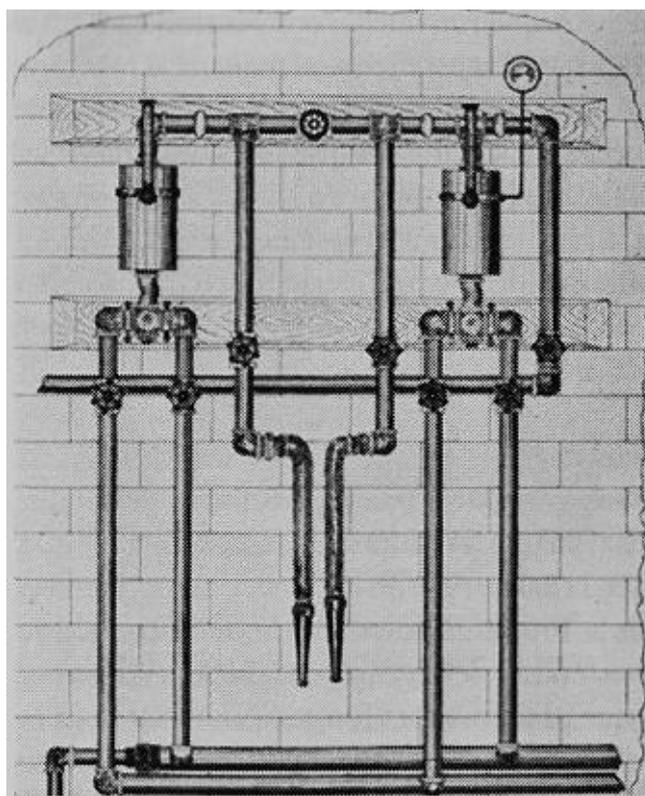


Fig. 11. Modelo de ducha de Pope, ca. 1900. De Practical Hydrotherapy: A Manual for Students and Practitioners, de Curran Pope (Cincinnati: Lancet-Clinic, 1909).

Cuando se instalaron duchas terapéuticas en Bath en los 1880, más de 80 000 bañistas acudieron al manantial más famoso de Gran Bretaña para probar los últimos aparatos hidráulicos. Hasta los médicos tradicionales que antes rechazaban la hidroterapia tuvieron que ceder alguna vez a las demandas de sus pacientes. En 1896, en la prestigiosa revista médica *Lancet*, W. B. Oliver decía del masaje hidropático

que «el efecto mecánico de percusión y vibración» del agua resultaba modificado por su temperatura, de modo que cuando los chorros de agua golpean la piel o «cuando se les aplica al modo de una ducha portátil acompañada de un masaje vibratorio, el sistema vasomotor resulta afectado mucho más poderosamente que por cualquier forma de baño estático».

La ducha era una de las muchas terapias para la histeria que se empleaban en la Salpêtrière en los 1890, cuando Freud estudiaba allí; Gilíes de la Tourette informa que se aplicaba localmente a las áreas «hiperestéticas» de la «parte delantera del tronco». Walter McClellan, que practicaba la hidroterapia en Saratoga Springs a principios del siglo xx, describe la terapia de la ducha como «una corriente de agua dirigida directamente contra la superficie o dentro de una cavidad del cuerpo». Recomienda aplicar agua caliente y fría con una válvula mezcladora, y una «manguera o boquilla para proyectar el chorro de agua sobre la piel del paciente», preferiblemente una con la suficiente presión para que «pueda proyectar el agua desde una distancia de 10 a 15 pies». Aunque el texto de McClellan es de 1940, su descripción es coherente con ilustraciones de la ducha datadas desde 1840 a principios del siglo xx (véanse figuras 10,11 y 12).

Los estadounidenses acogieron el concepto de balneario con su característico entusiasmo por las combinaciones de salud con lujo y buena vida. Los balnearios del siglo xix les eran tan simpáticos que muchos de sus visitantes ni siquiera fingían una enfermedad. Alexander MacKay escribía en los 1840 que «de las grandes multitudes que acuden anualmente a Saratoga, solo una pequeña proporción son inválidos». El libro de Marietta Holley de 1887 *Samantha at Saratoga* ni siquiera menciona los baños, aunque quizás la autora quería omitir toda mención de prácticas tan cuestionables como la duchoterapia. Samantha y sus compañeras bebían agua remilgadamente en el Cuarto de Bombeo, con toda su ropa a la moda puesta, y admiraban el lujoso entorno.

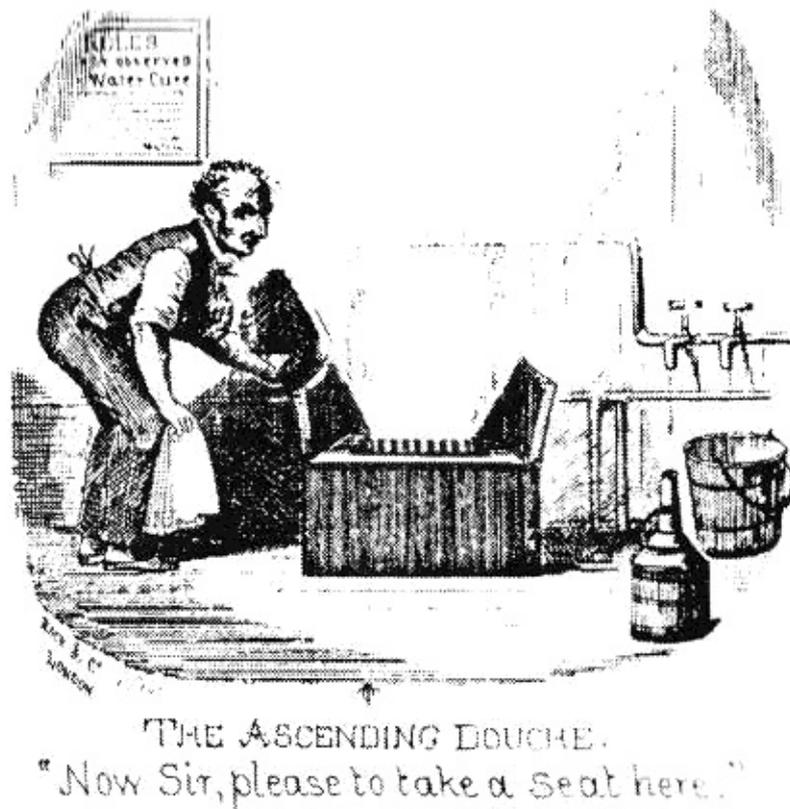


Fig. 12. Reacción masculina británica a la ducha ascendente, de *Recollections of the Late John Smedley and the Water Cure* (1888), de Joseph Buckley (Matlock, Inglaterra: Arkwright Society, 1973). [El operario dice: «Ahora, señor, haga el favor de sentarse aquí»].

Aunque Austria asegura haber comercializado la hidroterapia en el siglo XIX, hay muchas pruebas de que los balnearios estadounidenses prosperaban antes de que Priessnitz iniciara su famosa empresa médica. El autor de libros de viajes James Stuart decía que «sabemos que en una semana han llegado 1500 personas» a los balnearios de Saratoga y Ballston Springs, Nueva York. Los manantiales de agua mineral termal eran los más populares, aunque fueran malolientes, pero incluso los de agua fría eran rentables. El estado de Nueva York era líder en la industria del balneario en el siglo XIX, con un tercio de las curas de agua totales de EE. UU. en 1847. Hasta los primeros años de la década de 1940, las curas de Saratoga eran las más famosas de Nueva York, con sus atracciones añadidas de hipódromo y casino de fama nacional.

En los 1860 la ciudad tenía también una cantidad muy notable de médicos, algunos de los cuales, como J. A. Irwin, lograron una reputación internacional como hidroterapeutas.

En estos establecimientos las mujeres eran las pacientes más visibles, y probablemente las más rentables. Por ejemplo en Round Hill Water-Cure Retreat, Halsted empleaba los mecanismos Taylor para tratar enfermedades crónicas de las mujeres para producir «movimiento vitalizador». El New Hygienic Institute de la ciudad de Nueva York anunciaba en 1958 «la Cura Sueca de Movimiento, baños Turcos, baños eléctricos, baños de vapor, cura de agua, vibraciones de máquina, cura

de *lifting*, magnetismo y comida saludable». En algunos balnearios se estimulaba la circulación de los pacientes golpeándolos con sábanas o toallas mojadas. La historiadora Kathryn Sklar escribía en 1984 acerca de estos establecimientos que «para las mujeres era una experiencia de cura de agua rudimentaria la descarga sexual por estimulación genital».

Tenemos el diario de una joven, Abigail May, que finalmente murió por la enfermedad que la había llevado al balneario (probablemente cáncer) de Ballston Springs (ahora Ballston Spa) en Nueva York, cerca de los famosos manantiales de Saratoga. La cura de agua parece haber iluminado el final de su enfermedad, a pesar del dolor constante que sentía y de que no tuviera efecto curativo. De su primer encuentro con la ducha dice que era difícil reunir coraje, pero que «cuidando tener láudano a mano» se zambulló. Tras el choque inicial «chillaba de felicidad —eso dice mamá, por mi lado no recuerdo mucho—. Me sentí muy bien durante dos horas tras el baño». Volvió a los baños con una amiga un domingo, una experiencia de la que dice «estaba tan a gusto en el baño que probablemente me quedé demasiado tiempo, porque en cuanto volví a la casa me encontraba muy débil y lánguida».

En pacientes de ducha y masaje solía observarse euforia seguida de somnolencia. Simon Baruch escribía en 1897 que la ducha era «el más estimulante de todos los recursos hidráulicos» y continuaba: «no es necesario darle vueltas al hecho de que la ducha satisface completamente cada prescripción fisiológica. Excita los centros nerviosos, profundiza la respiración, vigoriza la circulación, incrementa las secreciones». Era especialmente entusiasta con los resultados de «duchas en la región pélvica» en casos de histeria y neurastenia. Edward Johnson, que pensaba que las histéricas debían recibir duchas diarias durante un mes, destacaba que ni siquiera este régimen intensivo satisfacía a todas sus pacientes, y que tenía «dificultades en mantenerlas dentro de límites racionales. En cuanto se dan cuenta de la evidente mejoría se convierten en entusiastas, creen que no pueden tener bastante, que cuanto más tengan antes se pondrán bien». Describe el entusiasmo de sus pacientes por la ducha «considerada generalmente el león de cada establecimiento hidráulico» y subraya que este tipo de tratamiento es el que se recomienda a las amigas con más frecuencia: «tantas maravillas agradables que contar en casa, para excitar la curiosidad de amigos y parientes». Parece que Johnson atribuye los efectos excitantes de la ducha a un equivalente hidráulico de una montaña rusa. Mary Louise Shew que advertía o puede que prometiera a las mujeres que los métodos hidroterapéuticos producirían sensaciones nuevas e inesperadas, citaba la descripción de Johnson de 1844, donde hablaba de «la impresión más intensa que puede hacerse por aplicación de agua fría». Advierte a las mujeres de que «a veces produce los efectos más extraordinarios, como llanto, risa, temblores, etc.».



Fig. 13. Electrodo vaginal, de *Practical Electro-therapeutics, with a Special Section on Vibratory Stimulation*, de Franklin Benjamin Gottschalk (Hammond, Ind.: E. S. Betz, 1903).

Mary Gove Nichols escribía que la ducha «es muy excitante, actúa poderosamente sobre todo el sistema», recomendada para reducir la congestión causada por el «disfrute excesivo de la excitación sexual», sea por cópula o por masturbación. Según Nichols, la ducha restauraba el tono y el vigor del sistema reproductivo femenino. Su marido, Thomas Low Nichols, tras discutir las muchas virtudes que el tratamiento de hidroterapia genera, asegura que «hay una clase de enfermedades para las que la adaptación de la Cura de Agua debería conocerse en todas partes, y ninguna falsa delicadeza calmará mi conciencia si no les diera la importancia que merecen. Me refiero a las enfermedades de las mujeres». Discute los méritos relativos del tratamiento a pacientes internas y externas, diciendo que su establecimiento atiende a mujeres que vienen solo a por «lotes de sábanas mojadas y duchas» y observa que «cuando sale de la ducha, la paciente se encuentra como si estuviera saltando vallas». James Manby Gully, contemporáneo de los Nichols, recomendaba la ducha para las «jaquecas nerviosas» de las mujeres, que consideraba uno de los trastornos histeroneurasténicos. A Gully le gustaba estimular con el chorro de agua primero la columna, y luego centrarse en zonas como la región pélvica.

William H. Dieffenbach, un defensor de los métodos hidráulicos de principios del siglo XX, proponía una combinación de la hidroterapia con masaje manual y tratamiento vibratorio, especialmente para la histeria y la neurastenia, que consideraba trastornos relacionados como habían hecho sus predecesores. Creía que «la incompatibilidad conyugal, el exceso sexual, la masturbación, la continencia sexual, hábitos de sobredisfrute de café, té, tabaco, drogas y bebidas alcohólicas» contribuían a la neurastenia y a la histeria. Parece que el paradigma etiológico servía tanto para demasiado sexo como para demasiado poco, una teoría muy apropiada para un tratamiento que producía orgasmos que quizá no se lograban habitualmente en la expresión conyugal de «amorosidad». Su contemporáneo Curran Pope también pensaba que aplicar la ducha a la «cara interna de los muslos» era un tratamiento eficaz de las secuelas de «coito imperfecto o insatisfactorio». Pope resultaba hasta más poético que sus colegas celebrando la conformidad de las pacientes con la terapia: «Las duchas resultan, por norma, más agradables a la mayoría de los individuos que las otras formas de tratamiento hidráulico... provoca en los tejidos una vibración imposible de describir, que experimentada una vez no se olvida

nunca». Según Pope, la ducha era un tónico sin igual. «Administrada a temperatura alta o baja, con una fuerte presión, es capaz de excitar la función del cuerpo más perezosa e intolerante». Para tratar la melancolía, neurastenia, histeria y «otras disfunciones nerviosas no hay arma igual a la ducha en poder restaurador». Guy Hinsdale por la misma época pensaba que las mujeres menopáusicas eran candidatas especialmente buenas para el tratamiento hidráulico. Escribía: «La enfermedad física asténica, la depresión mental, la irritabilidad, el nerviosismo y, sobre todo, la imposibilidad de dormir, se alivian en gran medida mediante un uso juicioso de estos baños salinos carbonados».

No sorprende el entusiasmo de las mujeres por la ducha. Un chorro de agua dirigido a los genitales masculinos probablemente produzca más dolor que placer, pero el empleo del agua como método masturbatorio femenino está bien documentado, aunque en el siglo xx parece que solo lo aplica una minoría.

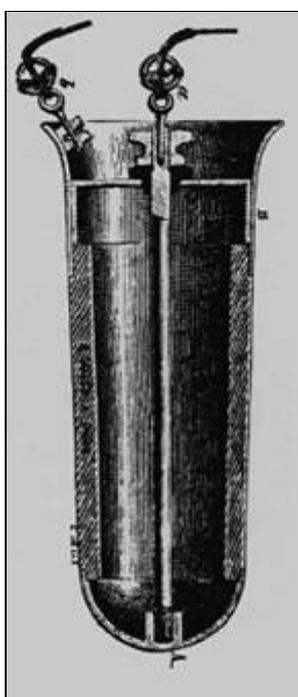


Fig. 14. Electrodo de faradización «Excitateur vulvo-uterin», mostrado en *Leçons cliniques sur les maladies de femmes: Thérapeutique générale et applications de l'électricité á ces maladies*, de Auguste Elisabeth Philogéne Tripier (Paris: Octave Doin, 1883).

Shere Hite informaba en 1976 que alrededor del 2 por ciento de sus encuestadas se masturbaba con agua, usando la fuerza directa del agua del grifo o de mangueras de ducha manuales. El *Cosmo Report* de Linda Wolfe de 1981 también mencionaba esta técnica. Este método de masturbación despierta interrogantes acerca de la temprana popularidad de estas mangueras al principio del siglo xx, cuando las bañeras se generalizaron en las viviendas urbanas. Donald Greydanus, que cita los cálculos de W. R. Miller y H. I. Lief de que el 97 por ciento de los hombres y el 78

por ciento de las mujeres se masturba, se refiere a la «masturbación con el grifo», pero no da más datos sobre ella. En una antología popular de fantasías femeninas publicada en 1975 hay un capítulo llamado «Juego en la piscina» que observa la velocidad y la eficacia con la que un chorro de agua bombeada produce orgasmos en las mujeres. Inspirado por una mención de masturbación con agua en la primera edición de *Our Bodies, Our Selves*, en 1970, Eugene Halpert informaba de esta práctica a la American Psychoanalytic Association en 1973, a partir de tres casos de pacientes propias. Halpert, freudiano acérrimo, aclara desde el principio que considera aberrante esta conducta: en los tres casos afirma que la paciente «era frígida» en el coito. Tras el repaso obligatorio de la literatura y una discusión breve sobre la masturbación masculina con agua, describe el fenómeno explicado por las

pacientes: «Todas empleaban método idéntico, tendidas boca arriba en la bañera y colocándose de modo que el agua del caño corriera sobre sus genitales». Normalmente se necesitaba ajustar la temperatura y el flujo del agua sobre el clítoris, tras lo cual sobrevénía el orgasmo sin tardar. Halpert, tras describir aplicadamente lo que entiende por sueños, fantasías y experiencias infantiles relevantes de las tres mujeres, concluye que están realizando fantasías de modo que «tengo el pene de mi padre y puedo orinar/eyacular como un hombre, y puedo orinar y destruir/castrar con mi chorro poderoso en venganza de la castración». Parece ser que para un freudiano la obtención de un orgasmo de este modo requería una elaborada explicación, más allá del sencillo deseo de placer y de descarga sexual.

Electroterapia

Los aparatos electroterapéuticos se inventaron en el siglo XVIII, primero los generadores electrostáticos que transferían electricidad estática a las manos, y llegando, en el siglo XIX, a varias clases de aparatos de corriente directa y electrets. Los últimos, del tipo de cepillos para el pelo «eléctricos» y corsés, no tenían fuente de energía, su supuesta eficacia consistía en la carga eléctrica de los materiales durante su fabricación. A mediados del siglo XIX se usaba la corriente de las pilas, con los llamados «vibradores» (en realidad artilugios inductivos que interrumpían rítmicamente la corriente), para el dolor dental. Audrey Davis dice que desarrollos ulteriores abarcaban «un registro espectacular de aparatos... para aplicar calor, electricidad, agua, rayos x, y varios movimientos y vibraciones al cuerpo en el periodo que empieza al final del siglo XIX».



Fig. 15. «Desarrollando y endureciendo el busto con electricidad», alrededor de 1900.

En la segunda mitad del siglo XIX y primera parte del XX había bastante interés científico y médico en electrolitos, conductividad de la piel humana y los efectos de estimulación eléctrica sobre la salud de animales y plantas. Algunos doctores

pensaban que la contracción eléctrica de los músculos podría sustituir al ejercicio. Para los médicos tenía un interés especial las posibilidades del tratamiento electroterapéutico de la impotencia y la «debilidad sexual» de los hombres, que se creían causadas ambas por la masturbación, al menos en parte. La literatura médica popular y los anuncios estimulaban el temor a perder virilidad por el vicio solitario, y se vendían miles de aparatos eléctricos directamente a los consumidores por su supuesta capacidad de restaurar la potencia masculina; algunos médicos se especializaron en servicios electroterapéuticos. Richard von Krafft-Ebing menciona brevemente estos aparatos, citando el caso de un joven que se masturbaba con una pila. La excitación hasta el orgasmo por este mecanismo seguramente convencería a los compradores de que su potencia estaba en buen estado. El historiador de la medicina David Reynolds subraya sobre este fenómeno:

Quizá era inevitable que por último, en la época de los primeros artículos de Freud sobre el origen sexual de la neurosis, Rousell informara de que «la electricidad es verdaderamente maravillosa especialmente en los órganos genitales. Desaparece la impotencia, vuelven la fuerza y el deseo de la juventud, y el hombre envejecido prematuramente tanto por excesos como por privaciones, con la ayuda de la estimulación eléctrica puede volverse quince años más joven». También se recomendaban las corrientes electroterapéuticas para la ninfomanía. Presumiblemente el tratamiento de la ninfomanía difería del de la impotencia, quizás por reversión de la polaridad. La responsabilidad del médico del siglo XIX al tratar la impotencia y la ninfomanía con electricidad era impresionante. Una equivocación con los polos podía resultar en una tragedia personal en un paciente, en una amenaza social en otro.

William Snowdon Hedley escribía en 1892 sobre una serie de procedimientos terapéuticos conocidos como «hidroelectrización», que incluían una «ducha eléctrica» aplicada con «electrodos de agua» salina. Se recomendaba este método como estimulante para «elevar la sensibilidad cutánea y acelerar la excitabilidad motora». En 1903 el *System of Electrotherapeutics* de la International Correspondence Schools recomendaba un régimen de ducha eléctrica que combinaba las corrientes eléctricas con masaje hidroterapéutico y a veces vibratorio o manual. En 1918 había fabricantes de equipos para terapia, como Kellog en Battle Creek, Michigan, que producían aparatos para aplicar corriente alterna mediante un baño hidroeléctrico, utilizando un «magneto a motor».



Fig. 16. Percutores musculares del siglo XIX.



Como indica Reynolds, los métodos electroterapéuticos se usaban en trastornos de mujeres tanto como en los de los hombres, no solo para la ninfomanía que menciona, también para la dismenorrea, infertilidad, «frigidez» y esa cruz de las clases cultas de entre siglos, la neurastenia. Richard Cowen escribía en 1900 que la electricidad funcionaba bien para la dismenorrea cuando se la combinaba con masaje local para «estimular la circulación de los órganos pélvicos, para liberarse de la congestión y de la hiperemia». Herman Hoyd aprobaba la aplicación de «corriente farádica» con baterías por la propia paciente para mejorar el tono muscular uterino y vaginal. A. Laphorn Smith defendía en el libro de texto sobre electroterapia de Horatio Bigelow, de 1894, el empleo de faradización con batería en casos de amenorrea e infertilidad femenina, a pesar de las dificultades técnicas de tener las baterías cargadas y listas para su uso. Bigelow «siempre había sido renuente en aplicar tratamiento a mujeres solteras», pero le parecía adecuado para viudas. Decía que podía «testificar positivamente» resultados visibles en casos de amenorrea e infertilidad, «pero con vistas al desarrollo de una pasión no puedo hablar con mucha decisión, ya que es difícil inducir a las mujeres a hablar mucho sobre ello», aunque en algunos casos tenía «razones para creer que experimentaban sensaciones sexuales tras muchos años de vida casada sin ellas».

Franklin H. Martin escribía en 1892 sobre el tratamiento eléctrico de la «ineficiencia nerviosa» en las mujeres, provocada por los partos, «cohabitación excesiva o tratamiento indebido de variedad local». En su opinión la «perversión nerviosa» que observaba en sus pacientes se debía con más frecuencia a «estudiar demasiado» y a las «preocupaciones de la maternidad» que a la masturbación que sus colegas sospechaban. Martin describía su procedimiento como «un proceso de amasar... realizado sobre la superficie del cuerpo, insistiendo particularmente en los puntos motores de los músculos, donde la corriente sea simplemente lo bastante fuerte para producir una agradable sensación de picor».

Havelock Ellis, que escribió entre 1897 y 1910 sobre el «autoerotismo», parece convencido de que descargas eléctricas suaves producen excitación en las mujeres. Tratando de lo que llama *rin-no-tama*, a lo que nosotros llamaríamos bolas chinas, dice que su movimiento «y la vibración resultante produce un cosquilleo voluptuoso, un choque agradable como el de un aparato eléctrico inductivo suave», quizás aclarando el uso de la electricidad para despertar o revivir el deseo.

John Harvey Kellog, gran creyente en los beneficios de las contracciones musculares pélvicas para tratar a mujeres neurasténicas, dijo a los asistentes al

Congreso Eléctrico Internacional de 1904 que los métodos eléctricos galvánicos lograban resultados espectaculares cuando se los aplicaba al área genital:

La contracción es de carácter más espasmódico que tetánico, como cuando se emplea la corriente farádica. Se pueden inducir contracciones musculares fuertes ajustando debidamente la corriente, sin producir la más mínima sensación en la piel, y sin ningún dolor. Se pueden lograr fuertes contracciones de los músculos abdominales con un electrodo insertado en el recto o en la vagina, e incluso en los músculos del muslo alto, sin otra sensación que la de movimiento. He visto con frecuencia a los pacientes así tratados sacudiéndose tan vigorosamente que la mesa de la consulta temblaba violentamente.

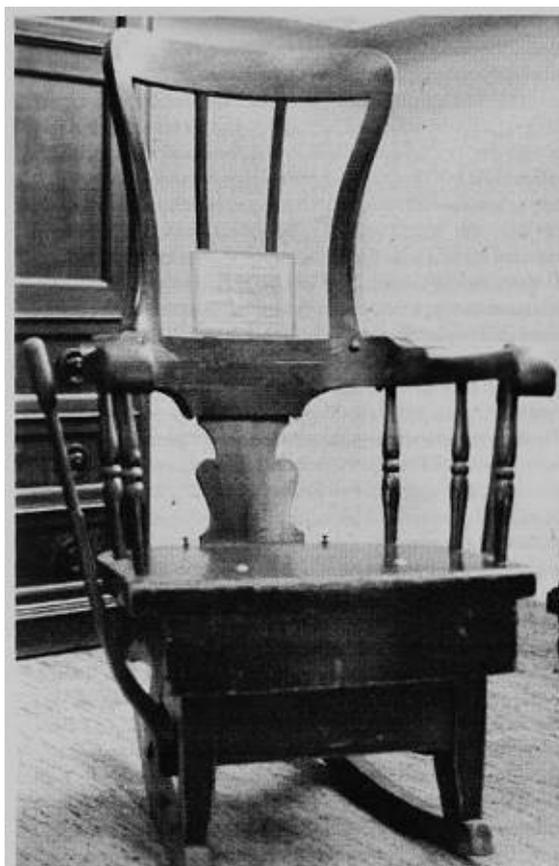


Fig. 17. Silla saltadora de finales del siglo XIX. Foto cortesía del Potsdam Public Museum.

Parece que los aparatos electroterapéuticos vendidos directamente a los consumidores para autotratamiento disfrutaron de gran popularidad entre alrededor de 1880 y los últimos años del decenio de 1910 (figuras 13 y 14). Uno de ellos era la Máquina de Electromasaje Butler de 1888, reproducida en la figura 2, que combinaba el masaje de rodillo con una suave descarga eléctrica. Para enfermedades uterinas, había que emplear el rodillo «sobre la parte inferior del abdomen, entre 10 y 15 minutos. Cambie el tratamiento día sí y día no, empleando el electrodo esponja vaginal y aplicando el rodillo sobre la parte inferior del abdomen 10 minutos y sobre el extremo inferior de la columna cinco minutos». Butler estaba convencido de que las tres cuartas partes de las mujeres padecían las dolencias para las que este aparato estaba indicado. Entre los muchos testimonios que aparecen en sus anuncios está el de un marido agradecido, que informa de que su mujer se trató de «debilidad femenina, y debilidad general del sistema, con resultados muy gratificantes».

Ocho años antes Butler había comercializado su aparato principalmente para profesionales, recomendándolo para «agotamiento nervioso», masajeando desde los pies, primero con suavidad y luego amasando hasta que «la piel se vuelva completamente roja». Describe respuestas de pacientes que no difieren mucho de las de la hidroterapia: «El efecto inmediato del tratamiento sobre pacientes nerviosas es calmante: parecen aliviadas infinitamente de algo que resultan incapaces de describir. Con frecuencia quieren dormir». Este aparato, afirmaba Butler, lo podía emplear la propia paciente «tras una lección o dos»; hacia 1888 no le parecía necesario la intervención profesional en ningún momento. Otro aparato doméstico fabricado en la ciudad de Nueva York hacia 1900 se recomendaba a interesadas en «desarrollar y endurecer el busto» (figura 15). El Edificio Eléctrico de la Columbian Exposition de Chicago en 1893 tenía una exposición de aparatos electromédicos, «Grupo 135» de las muchas nuevas aplicaciones de la corriente eléctrica.

Los médicos tenían sentimientos encontrados acerca de los aparatos electromédicos. John Girdner en *Munsey's* de abril de 1903 cita a «un distinguido especialista» que dice que «hoy día la electricidad médica ocupa una posición en la aplicación de terapias inferior a la que le corresponde» y continúa «hay tantos curanderos y charlatanes que engañan y roban al público con promesas de curar la enfermedad con un aparato u otro que la profesión médica está predispuesta a recelar de todas las afirmaciones parecidas». John Shoemaker parecía tener en 1907 las mismas reservas sobre los aparatos electroterapéuticos en manos poco escrupulosas. Dice que la electricidad combinada con masaje, ejercicio y dieta puede ser un régimen de vida útil en algunas enfermedades, pero que «sin tales accesorios terapéuticos la electricidad, como el masaje, tiene una utilidad muy restringida y se acerca a la charlatanería».

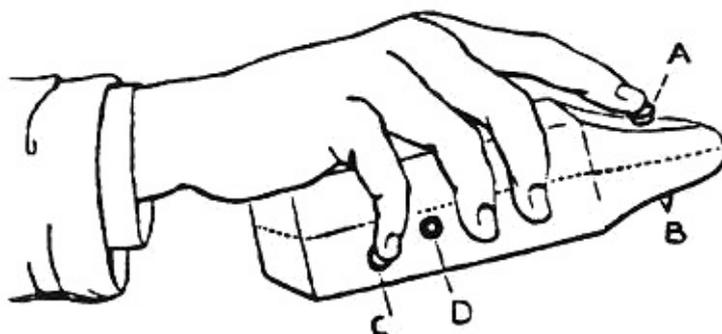


Fig. 18. «Percuteur» de cuerda, de *Nerve-Vibration and Excitation as Agents in the Treatment of Functional Disorders and Organic Disease*, de Joseph Mortimer Granville (Londres: J. and A. Churchill, 1883).

Los médicos podían conseguir maquinaria para el masaje eléctrico de proveedores reputados como William H. Armstrong and Company de Indianápolis, que en 1901 fabricaba tanto rodillos eléctricos como un «instrumento portátil de masaje combinado» llamado «electro-spatteur» con una «horquilla vibradora» entre

los rodillos de masaje. Los proveedores que vendían equipo electroterapéutico sobre todo a médicos eran mucho menos ampulosos en las aseveraciones de su publicidad que quienes se dirigían a los consumidores, y quizás por ello conservaron su respetable reputación médica en el siglo xx.

A pesar del tufillo a estafa que habían empezado a tener los aparatos electroterapéuticos para autotratamiento a últimos del decenio de 1880, continuaron anunciándose y vendiéndose ampliamente. El *Census of Manufactures* de 1905 observaba que se fabricaban estos aparatos por valor de más de un millón de dólares en no menos de 66 establecimientos, principalmente en Illinois y Nueva York, en una época en que el valor total de los bienes electrodomésticos fabricados era alrededor de un quinto de esa cifra. Hacia 1914 la producción de equipo electroterapéutico de los EE. UU se valoraba en más de 2,6 millones de dólares. Todavía en 1947, después de que los aparatos de rayos x se hubieran colocado fuera de esta categoría, el *Census* valoraba los «aparatos electroterapéuticos» en 7,6 millones. Pero estas estadísticas no distinguían entre ventas a consumidores finales y médicos, ni informan del número de unidades que correspondía a la valoración. Claramente, el carácter cuestionable de los aparatos no interfería notablemente con las ventas.

La United States Battery Agency, por ejemplo, anunciaba en 1889 en *Dorcas Magazine* a un público formado casi exclusivamente por bordadoras y otras artesanas de la aguja, «Todos los médicos están de acuerdo en que cada familia debería tener una batería en casa». En la ilustración se pueden ver electrodos para cada orificio corporal imaginable, como accesorios del aparato. Menos ambicioso era el Oxydonor de 1902, un aparato de «hidroelectrización» doméstico que anunciaba la ventaja adicional de añadir cualidades saludables al aire produciendo ozono. Los anuncios de aparatos electromédicos les atribuían milagros como la belleza instantánea para las mujeres y la vuelta del pelo a la cabeza de los hombres. De los efectos de los aparatos de rayos violeta, que usaban la electricidad solo para generar luz y calor en sus brillantes electrodos, se decía que eran menos asombrosos que la «faradización». El anuncio decía que «se obtiene un voltaje de electricidad enorme y se lo aplica al cuerpo o al pelo pero sin ningún choque, la única sensación es un calor agradable». Como la batería eléctrica descrita en *Dorcas*, los rayos violeta venían con un formidable juego de accesorios adecuados para los distintos orificios, y algunos de ellos añadían capacidades vibratorias y generación de ozono a los declarados efectos terapéuticos de la luz violeta. Lindstrom, un fabricante de vibradores, producía uno de estos aparatos, anunciado en *Popular Mechanics* como analgésico, presumiblemente a un público mayoritariamente masculino.

Masajeadores mecánicos y vibradores

Poco después de que los viajes en tren se convirtieran en habituales en la vida industrializada en el siglo XIX, se discutía la cuestión de si eran buenos o malos para las mujeres sobre todo por someterlas a vibración. Como hemos visto, muchos médicos de siglos anteriores creían que la vibración de la equitación y de los carruajes era beneficiosa para las histéricas: Sorano, Paré, Sydenham y otros prescribían mecerse, cabalgar y hasta bailar además del masaje o el matrimonio. En 1854 Charles Meigs recomendaba que las mujeres aumentaran su «determinación pélvica» de sangre mediante «galopar a caballo, que la desarrolla poderosamente». Krafft-Ebing y George Beard informaban de que algunos pacientes masculinos se excitaban hasta el orgasmo por la equitación, y los historiadores John y Robin Haller afirman que cabalgar era uno de los tratamientos del siglo XIX para la impotencia. El movimiento de un vagón de ferrocarril claramente ofrecía una experiencia similar, pero probablemente más intensa. Como era previsible, algunos médicos aplaudían esta intensidad añadida mientras que otros la deploraban por considerarla sobredosis de la terapia física, que se creía que producía excitación y orgasmo en las viajeras. Charles Malchow ofrecía indicaciones acerca de la postura mejor para lograr este resultado en una obra que en 1923 llevaba seis ediciones y 27 reimpresiones. Tras observar que viajar en vehículos que vibran «a veces causa excitación, sobre todo si se sienta apoyado hacia adelante» y podría excitar sexualmente a las mujeres, avisa de que «montar en bicicleta o manejar una máquina de coser tiende, por el movimiento de los miembros inferiores y la fricción ocasionada, a causar algunas veces un estado de los genitales que lleva a la excitación e incluso al orgasmo».

No era el único en manifestar preocupación por la vibración y frotamiento del muslo asociados con el uso de máquinas de coser a pedales. Más avanzado el siglo, algunos médicos sospechaban que las bicicleta sobrestimulaban a las mujeres del mismo modo. Haller y Haller nos dicen que «un médico de Tennessee informaba que una de sus pacientes montaba en bicicleta para masturbarse y confesaba que “no era extraño... experimentar un orgasmo sexual tres o cuatro veces en una hora de bici”». Robert William Taylor, que escribió al final del siglo *A Practical Treatise on Sexual Disorders of the Male and Female*, estaba convencido de que montar a caballo, las máquinas de coser y las bicicletas estimulaban la masturbación de las mujeres. Sabemos poco de cómo y cuánto se masturbaban las mujeres del siglo XIX, pero tenemos bastante evidencia documental de que sus médicos hombres dedicaban al particular una energía mental considerable.

Russell Thacher Trail, médico hidrópata colega de John Harvey Kellogg, escribía en 1863 sobre la importancia de las terapias físicas en enfermedades de mujeres, que le parecían muy difíciles de tratar de otro modo: «Son declaradamente el *opprobium medicorum* de la Profesión, aunque no menos de las tres cuartas partes de los médicos

modernos las recetan». Para estas dolencias, Trail recomienda «caminar, bailar, saltar a la cuerda, cabalgar, etc.» como ejercicios activos, y «montar en carruaje, frotar y amasar los músculos abdominales» como «ejemplos de ejercicio pasivo apropiado».

*Massage apparatus
concussor.
Illust. vibration of the larynx.*

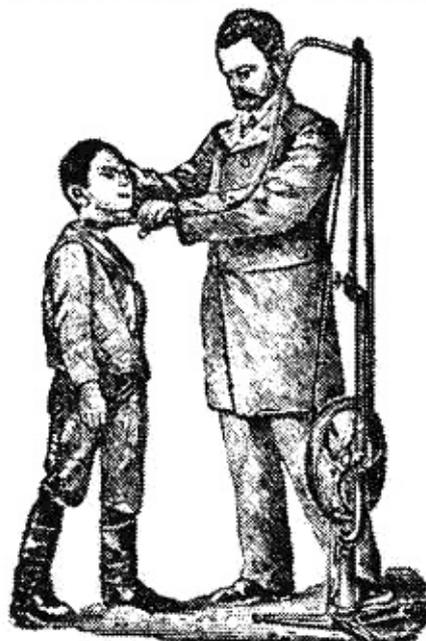
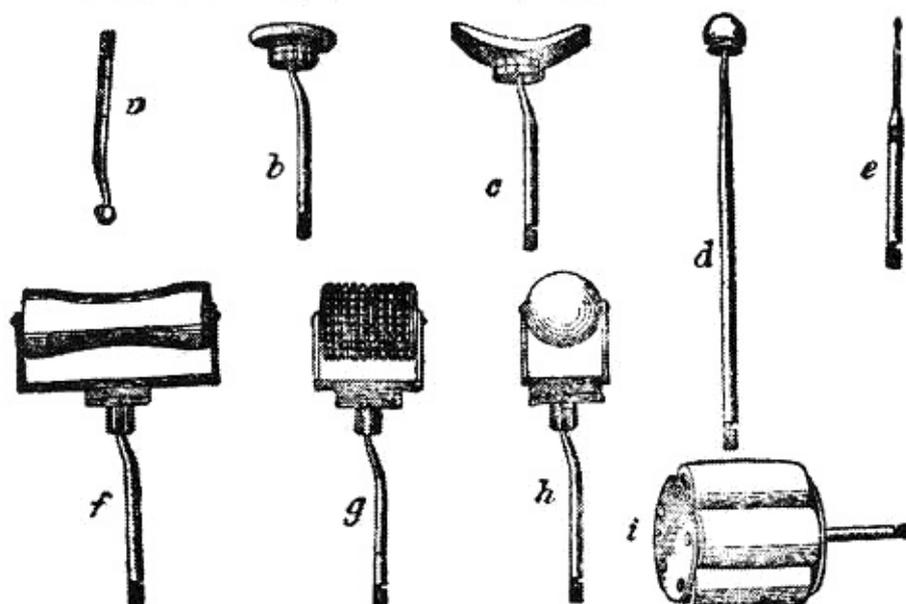


Fig. 19. Vibrador accionado con el pie, más accesorios, 1898.

Instruments belonging to the Massage Apparatus "Concussor"



Jean-Martin Charcot en la Salpêtrière en la segunda mitad del siglo XIX era uno de los que aprobaban el viaje en tren para los trastornos histeroneurasténicos y se dice

que mandó a algunas de sus pacientes hacer viajes largos por recorridos accidentados. Pero él y sus colegas finalmente llegaron a la idea de sacudir a sus pacientes en la consulta, con varios artilugios que iban de cascos vibradores a sillas saltarinas. Se hicieron aparatos que suponían variantes del mismo tema, como sillas con muelles que la paciente manejaba con dos palancas laterales (véase la figura 17) y un accesorio eléctrico para una silla mecedora patentada por Charles E. Hartelius en 1893, en la cual el movimiento de balancín emitía una corriente eléctrica a través de la paciente. El catálogo *Good Health* de John Harvey Kellog de aparatos terapéuticos de 1909 ofrecía a los médicos una silla vibratoria, un artilugio que sacudía el tronco (como los que se emplean hoy en los centros para perder peso), aparatos de percusión y amasado mecánico y un «vibrador centrífugo» electromecánico muy impresionante.

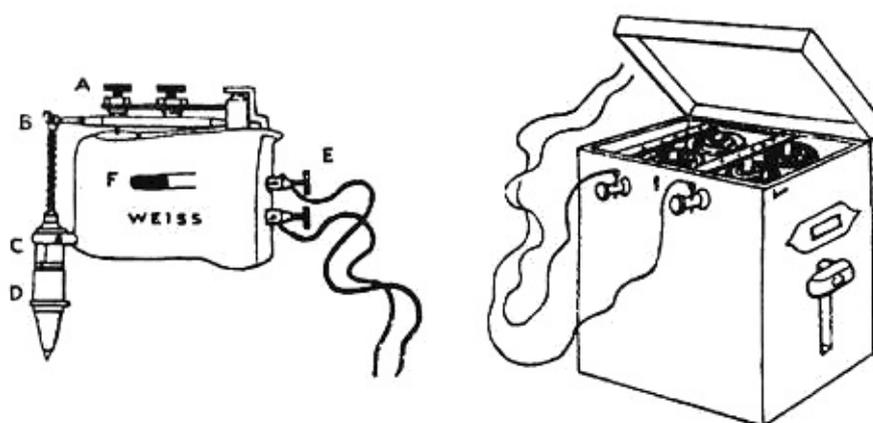


Fig. 20. El vibrador a batería de Granville fabricado por Weiss, 1883

Pero las sillas y sacudidores del tronco eran de poca utilidad cuando lo indicado era el tratamiento local. Joseph Mortimer Granville, padre del vibrador electromecánico moderno, resume brevemente la historia de su invención e incluye una ilustración de un «percuteur» de cuerda (figura 18). Otro aparato llamado el «concussor», disponible en 1898, se operaba con el pie. Friedrich Bilz describe otro más con un volante en posición vertical, que se accionaba mediante un pedal (figura 19). El extremo activo está fijado a «un llamado eje flexible (muelle espiral) que puede doblarse en todas direcciones». El vibrátodo «puede quitarse fácilmente y reemplazarse con otro de una forma distinta; viene con una junta redonda justo después del dobléz excéntrico, en el cual encajan varios elementos o instrumentos hechos de gutapercha o ebonita». Bilz observa con aprobación que «con esta máquina pueden conseguirse hasta 3000 vibraciones por minuto moviendo rápidamente el pedal, mientras que un masajista experto no puede exceder las 300». El pedal que describe correspondía claramente al modelo barato, la misma clínica de Bilz tenía un concussor eléctrico. Mary Lydia H. A. Snow describe un modelo diferente de vibrador a pedales, el «Víctor», en su libro de 1904 sobre el tratamiento vibratorio. Los vibradores que funcionaban con energía humana nada más duraron mucho en el mercado. Algunas de sus variantes se vendían en EE. UU después de 1900, y los

fabricantes de instrumental médico Schall and Son, de Londres y Glasgow, todavía los ofrecían a los médicos en 1925. Snows discute y muestra vibradores que funcionaban con agua y con aire, ambos tipos llegarían más tarde a los consumidores.

La segunda mitad del siglo XIX fue también la era del vibrador con máquina de vapor, como dijimos en el capítulo 1. El equipo para ejercicios terapéuticos del terapeuta sueco Gustav Zander era el modelo de la mayoría de la maquinaria de balneario entre 1860 y 1890; George Taylor mejoró la idea de Zander y de otros añadiendo su «Aparato de Frotación Médica» a máquinas de vapor fijas. Taylor obtuvo patentes para maquinaria varia de masaje en 1869, 1872, 1876 y 1882. Recomendaba sus aparatos especialmente para la «hiperemia pélvica» de las mujeres, observando que «la vibración puede compararse con los golpes de un martillo infinitesimal con aplicación continua y muy rápida». Sobre la hiperemia, en su *Health for Women* de 1883 decía que el «movimiento vibratorio rápido aplicado a la parte afectada y a la región que la rodea produce absorción y reducción de la hinchazón en grado notable y satisfactorio».

Prestigio del instrumental en el cuarto de operaciones vibratorias

Alphonso Rockwell informa de que los vibradores electromecánicos empezaron a usarse en medicina en 1878, en la Meca de las terapias físicas del siglo XIX, la Salpêtrière de París. Significativamente, su primer uso fue con mujeres histéricas. Debió levantarse alguna controversia, porque el médico e inventor inglés Joseph Mortimer Granville se muestra un tanto a la defensiva en su libro de 1883 sobre la terapia vibratoria:

Debo explicar aquí, con intención de eliminar fuentes posibles de error al estudiar estos fenómenos, que nunca he percutido todavía a una mujer [con el vibrador] y no he basado ninguna de mis conclusiones en el tratamiento de varones histéricos. Me parece un asunto importante, y por ello tengo cuidado de registrar el hecho. He evitado, y continuaré haciéndolo, el tratamiento de mujeres por percusión simplemente porque no quiero resultar engañado ni colaborar a equivocarse a otros, por los caprichos del estado histérico o por los fenómenos característicos de enfermedades miméticas.

El vibrador de Mortimer Granville era accionado por una batería grande y pesada, pero calificada de portátil, y disponía de un elenco apropiado de vibrátodos (figura 20). Lo fabricaba Weiss, un reputado fabricante de equipo médico británico, siguiendo instrucciones del médico. Mortimer Granville dice haberlo inventado el primero, pero Felix Henri Boudet atribuye el honor a Vigouroux, de la Salpêtrière.

En 1900 había docenas de modelos de vibradores, como expliqué en el capítulo 1, que usaban gran variedad de fuentes de energía, muchos con impresionantes juegos de accesorios. Hubo un breve estallido de publicaciones sobre el particular, defendiendo el empleo de «vibratoterapia» para diversas dolencias de mujeres y hombres, incluidas la artritis, estreñimiento, amenorrea, inflamaciones y tumores. En los hospitales ingleses y franceses en Serbia, algunos soldados heridos de la 1.^a Guerra Mundial recibieron vibratoterapia.

Se aconsejaba a los médicos que compraran equipo de aspecto profesional, que no se confundiera con los modelos para consumidores. Como observó Wallian en 1906 sobre el gran número de vibradores disponibles para los médicos y el público: «La idea se ha vulgarizado hasta el punto de que los grandes almacenes y las tiendas de deportes anuncian vibradores “saludables” para uso doméstico». Wallian se reía de estos aparatos y recomendaba máquinas profesionales con vibrátodos sofisticados como los aplicadores de almohadillado elástico del «Physician’s Vibragenitant» (figura 21). Alfred Covey, autor de *Profitable Office Specialities*, en 1912 aconsejaba a los médicos que invirtieran en un buen vibrador, de precio entre los 15 y los 75 dólares. En 1914 Wapple Electric ofrecía un modelo para la consulta por 95 dólares, y otro portátil de 45; por la misma época Manhattan Electrical Supply tenía una línea más barata, desde 25 a 40 dólares. El elegante Chattanooga de 60 kilos, ilustrado en la figura 4 costaba 200 dólares en 1904 y se ofrecía como un instrumento médico profesional, no como una «máquina de masaje». La empresa tenía cuidado de

asegurar a los posibles clientes que «se vende solamente a Médicos, y ha sido construido con la finalidad expresa de excitar la actividad de los varios órganos del cuerpo a través de su sistema nervioso central». Las ilustraciones del catálogo muestran su aplicación en ambos sexos, incluyendo el masculino a través del recto (figura 22). La compañía aseguraba que «este instrumento resulta una ayuda impagable para el médico al tratar todas las enfermedades nerviosas y las molestias femeninas», añadiendo más adelante que «en casos donde el paciente sea una mujer y su nerviosismo está causado por los ovarios o el útero, debe prestarse especial atención a la parte baja de la columna y también a los mismos órganos afectados».

Franklin Gottschalk aconsejaba a sus colegas médicos en 1903 que eligieran y conservaran con cuidado su equipo. Recomendaba adquirir «al menos dos vibradores ajustables», uno para masajes lentos «de 50 a 150 periodos por minuto, dando tiempo a los músculos para descansar entre contracciones consecutivas» y otro «para sedar, con vibración rápida, ajustable entre 7000 y 9000 periodos por minuto». Gottschalk creía que estas técnicas eran especialmente útiles en la menopausia.

En 1917 Anthony Matijaca recomendaba vibradores a los lectores de sus *Principles of Electro-medicine, Electro-surgery and Radiology* como «el único instrumento de mecanoterapia... que logra algo que no puede conseguirse por otros medios». Con visible pérdida de su ortografía, se entusiasmaba así: «No hay mano humana capaz de comunicar a los tejidos unas vibraciones tan rápidas, constantes y prolongadas, y cierto amasado y movimientos de percusión, como el vibrador^[3]».

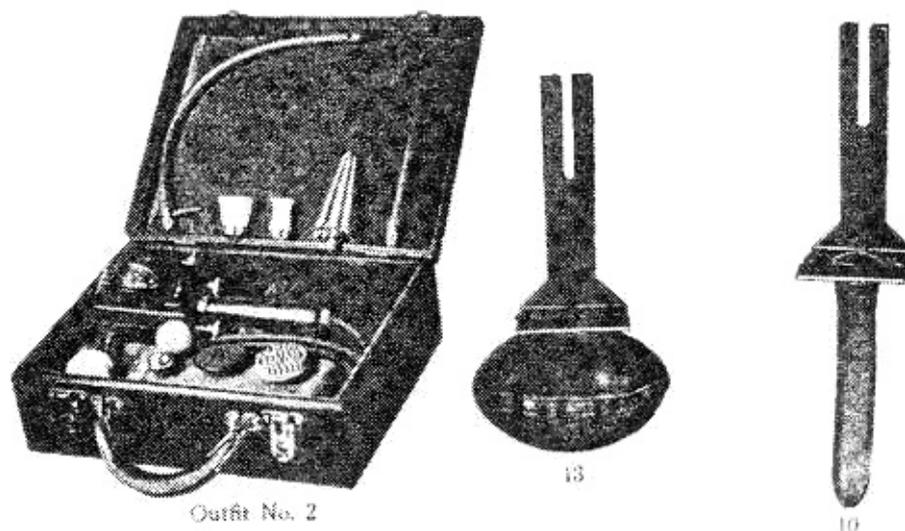
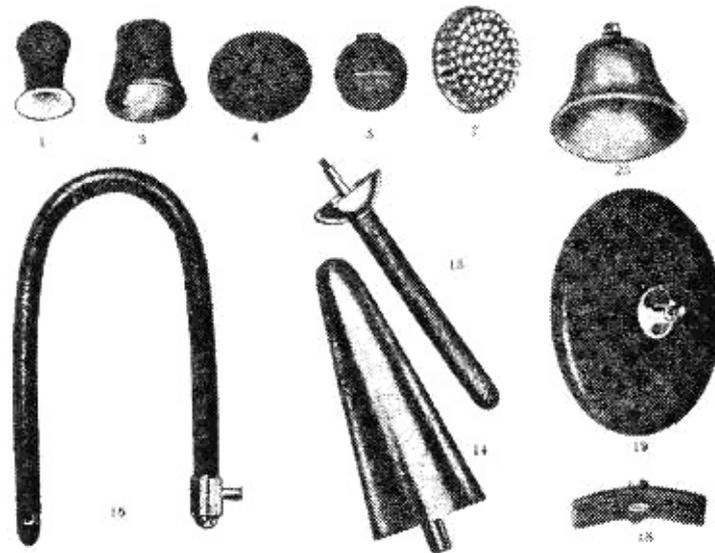


Fig. 21. El «Vibragenitant del médico», de Sam Gorman, con juego de vibrátodos.



Al principio del siglo xx no faltaban teóricos del vibrador, el más elocuente de los cuales era Samuel Spencer Wallian, que escribía una serie de artículos para el *Medical Brief* en 1905, titulada «La teoría ondulatoria en terapia». En el primer artículo informa a sus lectores de que toda la vida se basa en la vibración, un principio que se repetiría en los anuncios populares para los vibradores domésticos. La «variación en velocidad vibratoria», como él decía, producía distintos resultados en el gran esquema de las cosas: «Cierta frecuencia produce un *gusano*, otra mayor una *víbora*, un vertebrado, un *sacristán*» (cursiva en el original).

Su segundo artículo aborda temas más prácticos, especialmente la utilidad de los vibradores para aumentar el riego sanguíneo en las áreas a las que se aplica. Sostiene que el masaje manual hace lo mismo, pero «precisa de mucha más fuerza y tiempo del operador, y prácticamente no tiene influencia sobre los nervios y centros trópicos más profundos». Algunos de los componentes más metafísicos de los comentarios de Wallian sonaban a otras ideas filosóficas populares entonces en la comunidad médica. D. T. Smith, por ejemplo, publicó un libro en 1912 llamado *Vibration and Life*, que explicaba el «Sexo entre Corpúsculos» y la «Posibilidad de Mejora de la Raza», entre otros asuntos relacionados con los principios vibratorios del universo. Mortimer Granville, padrino inglés del vibrador, exponía su apuntalamiento teórico con una retórica deliberadamente científica y racional:

Como resultado necesario de tal estado de la cuestión, debe ser posible actuar sobre el sistema nervioso con agentes e influencias puramente mecánicas, con el efecto de interrumpir, modificar o detener totalmente las vibraciones orgánicas, sea en nervios motores aferentes o eferentes. Estos efectos pueden demostrarse, producen cambios en el ritmo y la frecuencia de la vibración del nervio que se corresponde precisamente con las que efectuaría la vibración de sustancias no organizadas operando con el mismo o similares agentes en procesos parecidos.

A pesar de negar que percutía a mujeres, Mortimer Granville nos dice que había llegado a este convencimiento teórico «en conexión con los dolores paroxísmicos o recurrentes que acompañan las contracciones uterinas en el proceso natural del parto».

Claramente los médicos tenían interés en conservar su dignidad profesional, aunque buscaran medios de tratar dolencias tan «elusivas» como la histeria con terapias que atrajeran un negocio constante a sus consultas. En algunos sitios tuvieron que competir con salones de belleza, que empezaron a usar vibradores a principios del siglo XX «porque las sensaciones de su empleo son agradables y los resultados instantáneos». Los doctores se preocuparon muy comprensiblemente, como expresaba un catálogo médico de 1909, de que «la mayoría de los vibradores vendidos por tenderos y pregonados por todo el país son meras baratijas que producen poco más que cosquilleo en los tejidos». Pero no había razones para resistirse al atractivo que el cosquilleo de los tejidos tenía para algunas pacientes.

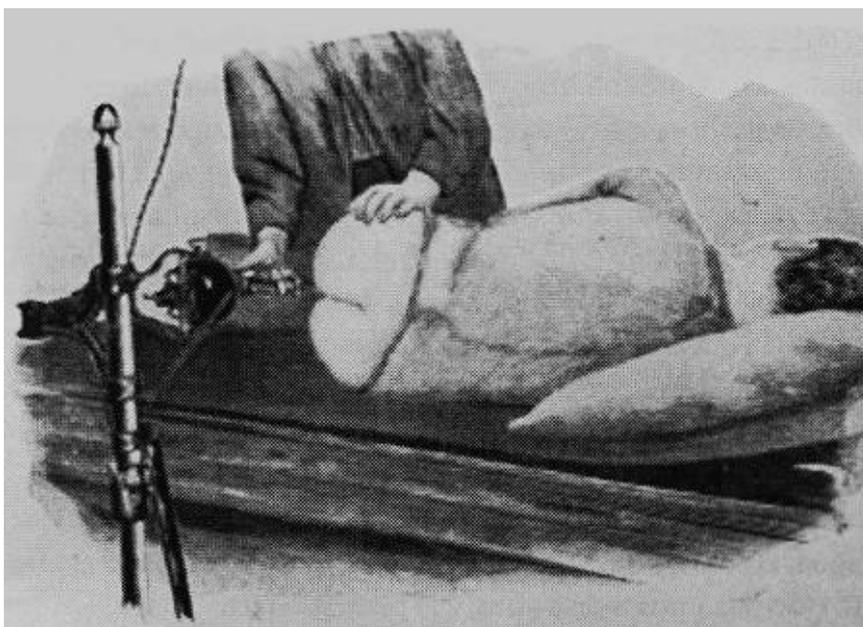


Fig. 22. El vibrador Chattanooga aplicado a un paciente masculino, alrededor de 1904.

Compra de vibradores por los consumidores después de 1900

Las consumidoras tenían varios incentivos para que les resultara más atractivo comprar vibradores para autotratamiento en casa que visitar la consulta médica regularmente. El más evidente era el precio: incluso un buen vibrador costaba lo que cuatro o cinco visitas al médico, y estaba siempre disponible, sin más gasto que la corriente eléctrica. Podrían emplearlo tan a menudo como quisieran en la intimidad, y controlarlo ellas mismas, y las osadas, enteradas o desvergonzadas podrían implicar a sus maridos o amantes. Los vibradores movidos por agua, populares brevemente en las primeras décadas del siglo xx, no eran buenos para el hogar, pero los electromecánicos, especialmente los que funcionaban a batería, se podían usar en todas partes. La disponibilidad creciente de corriente en las casas también debe haber contribuido a su popularidad.

Tras la introducción de la luz eléctrica en 1876 la electrificación de los hogares se expandió con rapidez y como era de esperar las mujeres eran consumidoras notables de aparatos eléctricos. El primer aparato electrificado fue la máquina de coser en 1889, seguido en los diez años posteriores por el ventilador, el hervidor de agua, el tostador y el vibrador. Este último precedió a la aspiradora eléctrica unos nueve años, a la plancha eléctrica diez, a la freidora más, posiblemente como reflejo de las prioridades de los consumidores. El anuncio más antiguo que conozco de un vibrador es el del «Vibradle», que apareció en *McClure's* en marzo de 1899, donde se ofrecía como cura para «Neuralgia, Jaqueca, Arrugas». El Vibratile era mucho menos sofisticado que los modelos médicos contemporáneos, y tenía un único vibrátodo, una espiral de alambre.

El masaje era objeto de interés público desde los tiempos de Mesmer, y en el mejor de los casos se prestaba a la democratización médica y a la charlatanería en el peor. Los anuncios de masaje doméstico eran elementos comunes de la cornucopia de productos y servicios cuestionables que se ofrecían en las publicaciones populares del siglo xx. El American College of Mechano-therapy, por ejemplo, anunciaba a los lectores de *Men and Women* en 1910 que «Sus manos bien usadas son lo único que se necesita para ganar entre 3000 y 5000 dólares anuales». Así se anunciaban aparatos de masaje mecánicos operados a mano mediante manivelas, como el Lambert Snyder que, según un anuncio de 1907, «Alivia Todo Sufrimiento. Cura la Enfermedad». El aparato podía colocarse «en contacto con cualquier parte del cuerpo y es capaz de dar entre 9000 y 15 000 vibraciones por minuto». El Lambert Snyder enviaba «la sangre roja corriendo a las partes congestionadas, eliminando la enfermedad y el dolor». Los fabricantes del Bebout Vibrator, otro modelo accionado a mano, se dirigían explícitamente al público buscado en un anuncio en el *National Home Journal* de 1908: «Envío mi mensaje de salud y belleza a las mujeres». El aparato se vendía por

correo por cinco dólares y se anunciaba con palabras que recordaban las aliterantes rapsodias de Wallian sobre la vibración en la naturaleza: «Suave, relajante, vigorizador y refrescante. Inventado por una mujer que conoce las necesidades de las mujeres. Toda la naturaleza pulsa y vibra de vida». Las compradoras se encontrarían en feliz armonía con el universo. «La mujer más perfecta es aquella cuya sangre pulsa y oscila al unísono con la ley natural del ser». En la parte de abajo de la columna de la izquierda de la página donde está el anuncio de Bebout hay anuncios pequeños para «manchas del pelo», instrucciones de enfermería por correo, muebles, pinzas para sujetar escobas, sellos (anillos), lazos, curas de edemas, postales, cría de pollos, matrimonio y «Protectores» de goma («sanos y seguros, justo el artículo que quiere toda mujer»). Había bastantes de emparejamiento, tres empresas ofrecían estos servicios, uno de ellos así: «Nuevo plan: Pague cuando se haya casado».

“HYDRO-MASSAGE”



Fig. 23. El «Hydro-massage» accionado por agua de la Warner Motor Company, 1906.

En esta época no se medía siempre el consumo de agua. Los clientes pagaban un tanto fijo por conectarse a la red, una manera que se abandonó pronto al ver que todo el mundo consumía una cantidad de agua que sobrepasaba la capacidad de los depósitos.

No había un argumento económico para disuadir a alguien de usar el grifo del baño o de la cocina como fuente de energía, así que en las dos primeras décadas del siglo xx estuvieron de moda los vibradores por agua. En la página de bordado del número de diciembre de 1906 de *Modern Women*, la Warner Motor Company anunciaba una máquina de «hidromasaje» que funcionaba con el caño de la cocina o el baño (figura 23). En medio de anuncios de jabón Palmolive, plumas Onoto, maquillaje fluido y puntillas, el ejemplar de mayo de 1909 de *Womans Home*

Companion tenía un anuncio pequeño del Corbin Vacuo-masseur, «vendido en droguerías y grandes almacenes», que aparentemente también funcionaba por agua. La Blackstone Manufacturing Company ofrecía un artilugio parecido diez años más tarde, su anuncio en el número de abril de 1916 de *Hearst's* busca atraer vendedores que quieran «empezar en un negocio honrado, limpio, fiable y rentable». Los emprendedores que leían *Hearst's* estaban económicamente por encima de los suscriptores de *Modern Woman* y *Woman's Home Companion*: los restantes anuncios de la página son de máquinas de escribir, libros de leyes, una obra sobre «El poder de la voluntad», almohadillas para los callos y casas prefabricadas. El *Bohemian* de diciembre de 1909 anunciaba un rodillo de masaje eléctrico que recordaba al «electro-spatteur» vendido anteriormente como instrumento médico.

Pero los anuncios de vibradores más numerosos de los tres primeros decenios del siglo xx eran de los electromecánicos del tipo que continúan fabricándose y vendiéndose para masaje doméstico. Las revistas populares de la época aceptaban estos anuncios, pero rara vez mencionaban los aparatos. Dos excepciones son una mención en el número de junio de 1908 de *Review of Reviews* que advierte a los lectores contra la «impudicia» y el «exceso de actividad» al usar vibradores, y un artículo de Mildred Maddocks sobre la electricidad en *Good Housekeeping* de julio de 1916, en el que limita su evaluación de los vibradores a decir que «suavizan la piel».

Este efecto suavizante destacaba en el texto de los anuncios de vibradores y en los manuales de instrucciones que los acompañaban. La American Vibrator Company de San Luis, Misuri, que se anunciaba en el *Woman's Home Companion* en 1906, hacía hincapié en la superioridad de su aparato sobre la mano humana sola:

traería «éxito social y comercial... si la circulación es pobre, su acción suave y pasiva impulsa la sangre por venas y tejidos. Desaparecen las arrugas, se llenan las cuencas, el cansancio desaparece y usted aprenderá la verdadera alegría de vivir». En un anuncio contiguo, el libro de William Lee Howard *Sex Problems in Worry and Work*, promete responder preguntas como «¿es compatible la castidad con la salud?» y elucidar «el problema sexual del neurasténico». General Electric presentaba un vibrador en un anuncio a toda página de «El hogar eléctrico» entre 1915 y 1917.

Entre 1900 y 1920 la venta por correo era un método estándar de distribuir vibradores. La J. J. Duck Company de Toledo, Ohio, por ejemplo, en su catálogo de 1912 *Anything Electrical* ofrecía un vibrador por 17,50 dólares, unos diez menos que por un tren eléctrico de cinco vagones. Sears, Roebuck and Company publicaba en 1918 un catálogo de *Electrical Goods* que enfatizaba la modernidad y eficiencia de los aparatos para el hogar, entre los que había cafeteras, tostadores, planchas, calentadores, secadores de pelo y otros parecidos, y también aparatos electromédicos. Sears ofrecía tres clases de baterías médicas para el hogar con precios que iban desde los 4,95 dólares hasta los 11,95, tres aparatos de rayos violetas y seis modelos de vibradores, además del accesorio vibrador para un motor casero descrito en el capítulo 1 (figura 24). Los vibradores tenían un precio que iba desde 5,95 dólares hasta un modelo «profesional» de lujo con numerosos vibrátodos por 28,75. En los años 1920 y primeros 1930 algunas marcas de vibradores, como la Star, se vendían en el comercio minorista, había anuncios impresos que aconsejaban a los hombres comprarlos para regalar a las mujeres. En 1922 podían adquirirse dos modelos de vibradores Star, «¡Un acompañante delicioso!», un modelo de lujo por 12,50 y otro portátil por cinco con «seis pies de cable. En una caja negra de buen aspecto. Perfecto para salidas de fin de semana». En 1932 se podían comprar en EE. UU, Reino Unido y Canadá aparatos de rayos violeta y aparatos que combinaban los rayos violeta con vibración electromecánica. Según sus fabricantes, «puede disfrutar todo Masaje por Pulsación o por Succión», señalando que los aplicadores de cristal y goma podían usarse «con toda comodidad y seguridad en las partes delicadas de la cara y el cuerpo».

Vibration is Life

The secret of the ages has been discovered in Fibrosis. Great scientists tell us that we owe not only our health but even our life strength to this wonderful force. Vibration gives us life and vigor, strength and beauty.

Vibrate Your Body and Make It Well
YOU Have The Right to Be Sick!

WHITE CROSS Electric Vibrator

Vibrating Chair FREE

This Valuable Book, "Health and Beauty," Now Sent FREE

Send This FREE Coupon

Great Special Limited Offer

LINDSTROM-SMITH CO.
202 La Salle St., Dept. 1206
CHICAGO, ILL.

Fig. 25. «La Vibración es Vida», anuncio del vibrador White Cross de Lindstrom Smith, de Modern Priscilla, 1910.

Pero el vibrador doméstico más anunciado de principios del siglo xx era, con mucho, el de la Lindstrom Smith Company de Chicago, cuyos White Cross Electric Vibrators (figura 25) se vendieron desde alrededor de 1902 hasta el decenio de 1930 como «Movimiento Sueco en su casa». Como ventajas se señalaban el ahorro frente al masaje en la consulta médica y la intimidad del autotratamiento. La marca, White Cross [Cruz Blanca], tomaba el nombre de la organización episcopaliana por la pureza sexual que floreció en Reino Unido a finales del decenio de 1880, y que fue introducida en EE. UU por Frances Willard de la Women's Christian Temperance Union; su nombre aplicado al vibrador Lindstrom Smith debía intentar sugerir virtud y castidad. En *Needlecraft*, *Home Needlework Magazine*, *American Magazine*, *Modern Priscilla*, *National Home Journal* y *Hearst's* entre 1908 y 1916 los anuncios decían a las mujeres:

Puede aliviar el dolor, la rigidez y la debilidad, y puede hacer engordar y crecer su cuerpo con emocionantes y refrescantes vibración y electricidad. Con solo unos pocos minutos de uso del maravilloso vibrador la sangre roja hormiguea por sus venas y arterias y se siente vigorosa, fuerte y bien. Con nuestro Vibrador Eléctrico y accesorios especiales puede convertir cualquier silla en una perfecta silla vibradora sin ningún gasto extra, logrando el auténtico Movimiento Sueco y efectos maravillosamente refrescantes, el mismo tratamiento por el que tendría que pagar al menos dos dólares por sesión en la consulta de un médico.

En *National Home Journal*, compartiendo página con el White Cross, hay un anuncio de Nervine de Wade Golden para «Hombres Débiles». En el número de diciembre de 1910 de *Modern Priscilla* se muestra a una mujer haciendo vibrar su coxis y un hombre su estómago, el texto asegura que su producto elimina la causa de la enfermedad enviando «la rica sangre roja circulando y saltando por sus venas y arterias» lo que a su vez «te hace hormigüear con la alegría de la vida». Un testimonio un tanto alarmante afirma que el White Cross «curó un estreñimiento que duraba tres años». La *American Magazine* de enero de 1913 llevaba un anuncio del White Cross que mostraba a una joven con un sugerente salto de cama aplicando el vibrátodo de bola a la parte superior de su pecho derecho. Entusiastas negritas y cursivas salpicaban el texto:

Descansa, fortalece, renueva, repara. Llena de vitalidad cada órgano vital. El desecho atascado es arrastrado por la sangre circulando con la fuerza maravillosa que la hace saltar por cada vena y arteria con la fortaleza viril de la salud perfecta. Usted duerme tan descansadamente como antes. Despierta descargada mentalmente —físicamente— fuerte de mente y cuerpo y alegre de estar viva.

Un anuncio posterior de la misma revista incluía la fraseología orgásmica citada en el capítulo 1:

La vibración es la vida. Hará desaparecer los años mágicamente. Cada nervio, cada fibra de todo tu cuerpo cosquilleará con la fuerza de tus propios poderes despertados. Todos los deleites, los placeres de la juventud, vibrarán en ti. Sangre roja, rica, recorrerá tus venas y experimentarás en su totalidad la alegría de vivir. Hasta tu autoestima se multiplicará por cien.

La sección de anuncios de *Popular Mechanics* de diciembre de 1928 llevaba un anuncio de media página del «Elco Electric Health Generator», de Lindstrom and Company, un vibrador con rayos violeta y ozono que aparentemente se ofrecía a las familias y no a las mujeres explícitamente como en anuncios anteriores. A partir de entonces los vibradores desaparecieron de las revistas domésticas hasta que el vibrador moderno resurgió en los 1960 abiertamente como juguete sexual.

En los 1950 sí aparecieron anuncios de masajeadores (pero no vibradores) en algunas revistas populares para mujeres, como *Workbasket*, una revista económica de labores impresa sobre papel barato desde 1930 hasta mediados de los 1960. Llamados «Reductores Puntuales», «Masajeadores Glorificadores» («quítese la grasa fea») o «Almohadas Masajeadoras», estos aparatos tenían superficies planas y no llevaban accesorios o vibrátodos, aunque uno, el Viber-8, podía sujetarse bajo la barbilla. Pero muchos de estos anuncios destacaban la aplicación en el abdomen.

Roger Blake, que no es el historiador más fiable precisamente, llama a los vibradores «el gadget sexual más antiguo del siglo xx» y menciona su aparición en películas eróticas de los 1920. Describe una película llamada *Widow's Delight* [La delicia de la viuda] en la que «una matrona muy bien vestida» rechaza un beso de su bien vestido acompañante masculino, «luego se lanza a su dormitorio y en segundos se desnuda hasta quedar en faja y medias. Entonces saca uno de los primeros vibradores del mercado, con el motor bien expuesto, y lo aplica generosamente a sus

partes íntimas». Parece probable que esta clase de visiones ayudaran a sacar al vibrador de los mercados médicos y para hogares respetables, porque hicieron muy difícil conservar el camuflaje social.

A ello debieron contribuir otros factores, como la comprensión creciente por parte de hombres y mujeres de la función sexual femenina, lo que dificultaba disfrazar el uso del vibrador, fuera en la consulta médica o en casa, como una medida meramente terapéutica. Cuando decenios más tarde el vibrador reemergió de su eclipse de mediados de siglo, en los anuncios se hacían pocos esfuerzos para camuflar sus beneficios sexuales.

Puede que no se anunciaran los vibradores en las revistas respetables, al menos en EE. UU entre 1930 y los 1970, pero se los podía comprar. A Albert Ellis no le parecía en 1963 que sus lectores necesitaran ninguna explicación a su afirmación de que una de las muchas técnicas para excitar a una mujer hasta el orgasmo es «el masaje de sus genitales externos con vibradores eléctricos». También Paul Taobri esperaba en 1969 que los estadounidenses estuvieran familiarizados con el empleo de vibradores y masajeadores como «ayudas maritales». Las principales dificultades del aparato en la segunda mitad del siglo XX parecen derivar de la consternación masculina por su eficacia, comparada con sus propios esfuerzos, y la ambivalencia femenina sobre la posibilidad de «adicción» a los orgasmos múltiples que el aparato producía con tanta facilidad. Helen Singer Kaplan escribía en 1974 «El vibrador proporciona la estimulación más fuerte e intensa conocida. Se ha dicho que el vibrador eléctrico representa el único avance significativo de la técnica sexual desde los días de Pompeya». Hasta los terapeutas sexuales, que admitían que el vibrador era un tratamiento eficaz para algunas clases de «disfunción» sexual, tardaron en recomendarlos para relaciones heterosexuales «normales». Edward Dengrove, que tenía grandes esperanzas en 1971 en el vibrador como ayuda sexual, observaba que algunas mujeres no querían usarlos porque pensaban que solo eran deseables los orgasmos vaginales, y que «es probable que los hombres los rechacen porque los incapacita para producir orgasmos en las mujeres por sí mismo, emasculándolos, como quien dice».

Algunas feministas han expresado opiniones muy ambivalentes sobre el vibrador. En la historia del trabajo doméstico de Susan Strasser, *Never Done*, la autora y una de sus fuentes vilipendian al invento, junto con otras expresiones modernas de sexualidad femenina, en términos casi puritanos:

Los salones de masaje sexual y la pornografía pública atraen básicamente a los hombres; a pesar de Playgirl y bares con gogós masculinos, la mayoría de las mujeres prefiere el sexo en la intimidad, y muchas se han comprado máquinas como compañeras sexuales. El vibrador —que se compra una vez con menos charla de la que requiere una prostituta— ha salido de los sex shops y ahora está en los grandes almacenes, fabricados por las mismas respetables marcas que hacen máquinas de afeitar y secadores de pelo, con nombres como Feelin Good y Body Language, y manuales de instrucciones que hablan de «un masajeador corporal de tacto suave para... zonas delicadas». Los investigadores y los terapeutas sexuales están de acuerdo en que la intensa estimulación del vibrador produce orgasmos rápida y regularmente; muchos los recomiendan a sus pacientes, a veces con advertencias sobre la posible adicción

al gadget. La entrada de los fabricantes de utillaje para el hogar en el mercado de los vibradores coloca a estos más allá de la terapia; como señala un escritor «abre nuevas preguntas: lograr un orgasmo ¿se ha convertido en simplemente un modo más de librarse de las tensiones de la vida diaria?, ¿se ha convertido el vibrador, otrora considerado un aparato terapéutico, en una especie de microondas de dormitorio, una manera rápida y eficiente de conseguir placer sexual?, ¿el orgasmo más eficiente es el mejor?, ¿es el dormitorio un sitio donde debemos ahorrar tiempo? Y si es así, ¿para qué estamos ahorrando todo ese tiempo?».

Strasser y el autor al que cita no parecen darse cuenta de que las «respetables» marcas fabricantes de utillaje doméstico llevaban casi un siglo implicadas en la producción y venta de vibradores, y tampoco advierten que tradicionalmente las mujeres no han tenido los métodos de «librarse de las tensiones de la vida diaria» de que disponían los hombres.

Pero un asunto persistente en el fondo de todas estas preocupaciones acerca del vibrador es el miedo clásico del varón a no dar la talla sexualmente, al cual la nueva tecnología añade una amenaza antes asociada nada más con los trabajadores/artesanos industriales: la obsolescencia tecnológica.

CAPÍTULO 05

REVISANDO EL MODELO ANDROCÉNTRICO

El tratamiento orgásmico en la práctica médica occidental

La historia de las terapias físicas de los trastornos histeroneurasténicos que venimos tratando nos dice varias cosas de los médicos occidentales, algunas de las cuales ya sabíamos. Por ejemplo, que pueden medicalizarse cuestiones normales, especialmente en las mujeres, como se ha observado ampliamente en los casos de masturbación, embarazo y menstruación. También es bien conocido que los doctores crean paradigmas sociales y médicos dominantes, y que son investidos con ellos; Haller, Foucault y Gay han señalado el rol de los médicos como árbitros y registradores de la conducta sexual. Sabemos asimismo que los paradigmas de enfermedad vienen y van como las modas, como informan Brumberg, Shorter, Figlio, Hudson y muchos otros. Ya he mencionado algunas fuentes feministas sobre la histeria, que señalan su carácter de patología femenina incluso en los hombres.

Mirko Gmerk y otros han señalado que los médicos de la historia han tenido que entenderse con un universo desconcertante. Se han encontrado frustrados por la complejidad orgánica del cuerpo vivo, y su opacidad al examen científico, dificultada por técnicas e instrumentos inadecuados. Además de temibles procesos bioquímicos y conductas que desafían con frecuencia los esfuerzos para colocarlos ordenadamente en el marco de la teoría científica. Es difícil sorprenderse de que la sexualidad, en la intersección de la mente y el cuerpo, y soportando múltiples capas pesadas y a menudo impenetrables de construcción social, haya sido objeto de sucesivas oleadas de interpretación médica.

Pero lo que resulta impresionante es que el paradigma androcéntrico de la sexualidad (que el sexo consiste en la penetración —normalmente de la vagina— hasta el orgasmo masculino) sea un punto fijo en medio de las oscilantes aguas de la opinión médica occidental. Para 1930 la idea de Freud de que las mujeres tenían dos tipos de orgasmo, clitoriano y vaginal, de los cuales solo el segundo era maduro y saludable, se había convertido en el paradigma dominante de la sexualidad femenina, que iba a perdurar hasta bien entrados el decenio de 1970. El galenismo y el freudismo tenían pocos puntos de acuerdo, pero uno de ellos era que la forma más saludable de expresión sexual era el orgasmo de ambos participantes en un coito heterosexual. Está claro que el énfasis cultural en la cópula está tan afianzado que los médicos no lo perciben ni en sus pacientes ni en sí mismos. Y no pueden cuestionar lo que no se percibe. Con seguridad, y comprensiblemente, hay un sesgo pronatalicio en la práctica médica occidental, empezando en Hipócrates, pero hay más. Hay un esfuerzo sistemático por obviar en el modelo androcéntrico el conocimiento de que el clítoris, y no la vagina, es el punto de mayor sensación sexual en la mayoría de las mujeres, y de evitar la confrontación heterosexual cara a cara acerca de la mutualidad orgásmica colocando la discusión en territorio médico.

Cuando los médicos, desde John Pechey a David Reuben, aleccionan a los hombres para estimular el clítoris, lo recomiendan como preludeo o complemento del coito. Típicamente hay mucha preocupación por no molestar a los hombres. Por poner un ejemplo moderno, a Alexander Lowen, escribiendo de sus experiencias médicas con sexualidad femenina en 1965, no le gustaba recomendar la estimulación del clítoris porque «a la mayoría de los hombres... les parecía que la necesidad de provocar un orgasmo a la mujer por estimulación del clítoris era un latazo». Si se retrasa el coito por esta operación, «se refrena el natural deseo masculino de proximidad e intimidad», que podría resultaren una pérdida de la erección y «el acto de coito subsiguiente estará privado de su mutua calidad». Durante el coito, él puede usar la estimulación clitoriana para «ayudar a la mujer a llegar al clímax, pero esto distrae al hombre de su percepción de sus sensaciones genitales e interfiere mucho con los movimientos pélvicos de los que depende su propia satisfacción». Provocar el orgasmo de su pareja tras el suyo tampoco sirve, «porque evita que disfrute de la paz y relajación que son las recompensas de la sexualidad. A la mayoría de los hombres con los que he hablado que tienen esta práctica, les molestaba».

Lowen muestra aquí lo que Sophie Lazarsfeld llama «la pezuña clavada de la verdadera visión masculina». En este texto queda perfectamente claro que se piensa que las mujeres que necesitan estimulación clitoriana para llegar al orgasmo hacen una petición injusta e irracional a sus parejas masculinas, y que la vida sería más fácil para todos si simplemente se ajustaran al modelo androcéntrico y tuvieran sus orgasmos vaginalmente. Lowen escribía en una época en la que ya no era posible dejar el trabajo de producir un orgasmo a un médico o una matrona. Cuando no puede evitarse la confrontación cara a cara, Lowen espera que la mujer ceda.

Lo cual abre otro interrogante sobre el tratamiento orgásmico médico: su similitud con la prostitución. Ha habido muchas discusiones, históricas y modernas, acerca de si debe ser legal que hombres y mujeres vendan sus servicios para producir orgasmos. Algunas feministas de este siglo y de los anteriores arguyen que no puede haber prostitución sin degradación sistemática de sus profesionales. En el caso de los médicos occidentales nunca se planteó legalmente la cuestión, aunque como hemos visto, hubo cierta controversia dentro de la profesión acerca de la decencia del masaje vulvar. A diferencia de las prostitutas, los médicos no perdían estatus al proporcionar servicios sexuales, en parte porque su carácter sexual estaba camuflado a la vez por el paradigma de la enfermedad construido alrededor de la sexualidad femenina y por la confortadora convicción de que solo la penetración era estimulante para las mujeres. Por eso el espéculo y el tampón levantaron más controversia en círculos médicos que el vibrador. El aura de respetabilidad que los médicos echaban sobre su provisión de servicios sexuales sugiere que la tarea de producir orgasmos no es degradante en sí misma, su ejercicio no hizo perder estatus a sus practicantes de élite, perfectamente capaces de disfrazar su carácter mundano.

Como he observado, no hay pruebas de que los médicos en su conjunto

disfrutaran prestando estos servicios, más allá de las satisfacciones conexas de aplicar una terapia necesaria y cobrar por ello. Puede que algunos se hayan tomado libertades más íntimas, pero no hay evidencia de que eso fuera una conducta generalizada. Por el contrario, cuando podían emplear matronas ayudantes o un aparato, los doctores parecen haber estado encantados de aligerarse de la carga de la terapia de masaje. No parece que los médicos hayan estado más deseosos de asumir la tarea de producir orgasmos en las mujeres que sus parejas sexuales que las enviaban a terapia, pero a los médicos se les pagaba por ello. Más aún, como la mayor parte de los médicos consideraba estas terapias simplemente como una tarea clínica rutinaria, la necesidad de tal estimulación no interfería con su propio disfrute sexual, como ocurría con las parejas sexuales masculinas.

Los médicos que empleaban terapias físicas para la histeria y dolencias femeninas similares querían los medios para que fueran una rutina fácil y asequible. Comoquiera que los médicos de todo tiempo y lugar han tenido que dominar muchas habilidades diversas, el que un área de la práctica pudiese descartarse en favor de herramientas suponía un avance en la eficiencia no solo de la práctica, sino también de la formación. Como nos dice Nathaniel Highmore, el masaje vulvar era difícil de aprender, un obstáculo que desapareció con la invención del vibrador en el siglo XIX. Las pacientes histéricas deben haber sido una buena fuente de ingresos, porque su enfermedad no las ponía en peligro mortal y necesitaban tratamiento regular.

Por último, hay que admitir que la terapia no es en absoluto inapropiada para muchas de las manifestaciones de lo que hasta 1952 era una enfermedad: el orgasmo normalmente alivia síntomas como la hiperemia pélvica, insomnio, ansiedad, jaquecas y nerviosismo. En el peor de los casos, los médicos en cuestión han cumplido la indicación hipocrática de no hacer daño.

El modelo androcéntrico en las relaciones heterosexuales

Hemos visto que los trastornos histeroneurasténicos fueron el foco de una intrincada red de controversias durante los últimos dos milenios y medio. A partir de 1952 su definición se ha alterado tanto que ha eliminado muchas de las descripciones clínicas históricas. Esto, claro, no es infrecuente en la medicina: los médicos ya no diagnostican a sus pacientes como pletóricos o coléricos, y se consideraría «murió de una fiebre» una imprecisión inaceptable en un certificado de defunción moderno. Históricamente había una controversia sobre si la histeria era necesariamente una enfermedad femenina, pero cuando Charles Mills escribía de este asunto en 1886 estaba claro que solo una minoría de los médicos creía que los hombres podían padecerla, e incluso estos pensaban que solo unas pocas de las personas histéricas eran masculinas. La mayoría de los debates entre los clínicos eran sobre los métodos de tratamiento adecuados, incluyendo la producción de orgasmos. Si el matrimonio y la cópula fallaban para curar a las histéricas, algunos médicos, por lo menos, estaban convencidos de que en ellos descansaba la responsabilidad de producir el necesario efecto terapéutico. Es interesante el que aunque a histéricos masculinos se les aconsejaba el matrimonio y el coito, no he encontrado relatos de masaje genital terapéutico masculino por parte de los médicos.

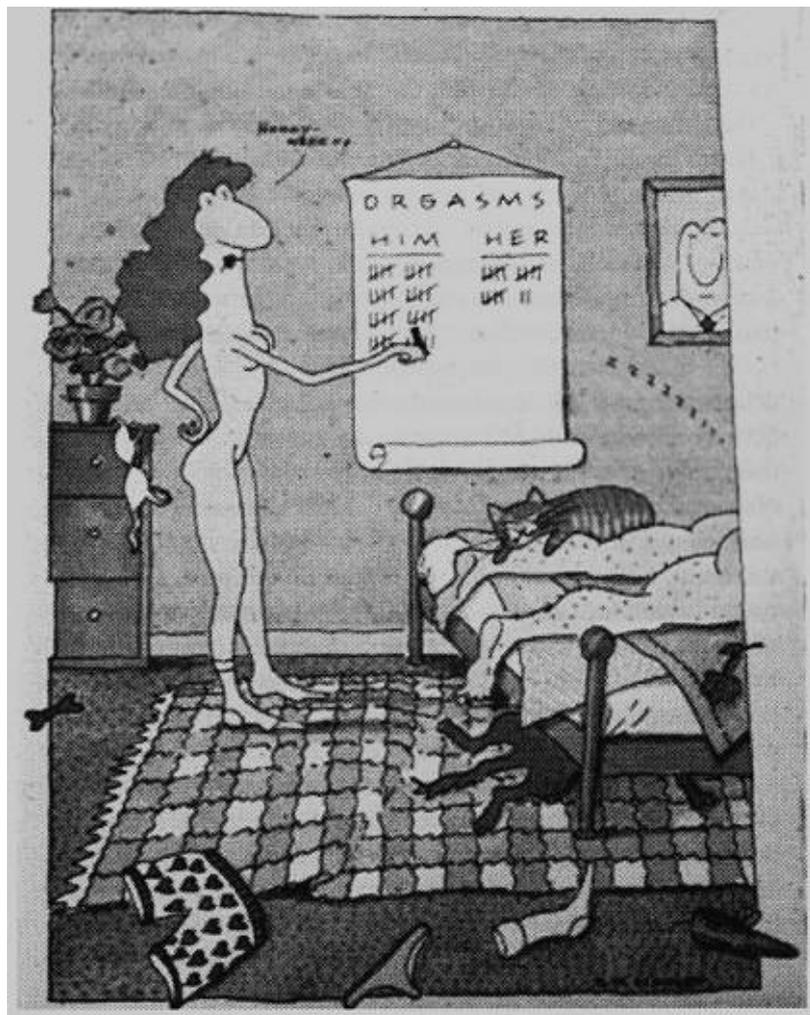


Fig. 26. Ilustración del dilema de la mutualidad orgásmica en las relaciones heterosexuales. El pie dice: «Despierta, cariño... creo que tenemos que hablar». De Elizabeth W. Stanley y J. Blumner, para la Maine Line Company, ca. 1986.

La persistencia de la creencia occidental de que las mujeres deberían llegar al orgasmo durante el coito heterosexual puede, y debe, levantar muchos interrogantes. La importancia de la penetración para conseguir embarazos ha debido contribuir a nuestra obstinación en ignorar, contra abundantes evidencias personales y sociales, que sin acompañamiento de estimulación directa del clítoris es un método ineficiente, y la mayoría de las veces ineficaz, para producir orgasmos en las mujeres. No merece la pena insistir en que la mayoría de los hombres disfrutan con el coito y que los hombres han sido el sexo dominante durante la mayor parte de la historia occidental. Aún es vigente nuestra preferencia por el coito, en el que la norma constante desde Hipócrates hasta Freud —a pesar de cambios extraordinarios en casi todos los demás campos del pensamiento médico— es que la mujer que no llega al orgasmo por la simple penetración es defectuosa o está enferma.

El mito de la penetración no es una conspiración mantenida por los hombres, las mujeres también quieren creer en el ideal de la mutualidad orgásmica universal en el coito. Ni siquiera Wilhelm Reich, el radical en asuntos sexuales, pudo ver más allá de esta norma. El cuestionamiento feminista de la sexualidad androcéntrica de las

últimas décadas es reciente, y diría que caducado hace mucho. Carole Vance, hablando de un «Programa de sexualidad humana» de 1977, dirigido por el Center for Sex Research y con fondos del National Institute of Mental Health, observaba que en las presentaciones del programa se daba por supuesto que «todo contacto heterosexual culminaba en penetración vaginal, indicando una progresión jerárquica de la actividad sexual, desde el “jugueteo” normal, ahora aceptable, hasta el “sexo de verdad”. El sexo heterosexual, por tanto, requiere contacto genital, erección masculina y penetración».

Vance continúa describiendo una de las presentaciones en la que un psiquiatra explicaba su trabajo con parejas que informaban de «la incapacidad de la mujer de experimentar orgasmos durante la penetración vaginal, aunque muchas de esas mujeres eran orgásmicas mediante la masturbación u otras formas de estimulación clitoriana». Preguntado sobre si esta situación debe considerarse una disfunción a tratar, el psiquiatra responde que sí, mientras que la situación opuesta, que la mujer obtuviera orgasmos mediante la penetración pero no con masturbación, no requería intervención terapéutica alguna.

El coste personal y social que supone a hombres y mujeres individualmente desafiar o cuestionar el modelo androcéntrico sigue siendo lo bastante alto como para disuadir de rebelarse.

Hasta los historiadores, como todo el mundo sabe muy perspicaces cuando se trata de mitos culturales, han evitado desafiar la hipótesis de que la penetración de la vagina hasta el orgasmo masculino sea la única clase de sexo que importa y la única que puede y debe causar éxtasis sexual a las mujeres. Seymour Fisher observaba en 1973 que «es especialmente notable lo extendida que está la suposición de la naturaleza “más madura” de la excitación vaginal a falta de cualquier prueba empírica que la apoye» y continúa afirmando que el 64 por ciento de su muestra de mujeres entrevistadas preferían la estimulación clitoriana a la vaginal. Jeanne Warner analizó en 1984 la falta de correspondencia entre los datos observados y el modelo androcéntrico, y las razones de que el modelo persistiera incluso entre los profesionales, en una discusión sobre las ventajas del orgasmo «emocional», en lugar del físico, para las mujeres. Asegura que hay «un sesgo masculino hacia la estimulación fálica», a pesar de que «la literatura trasmite una clara impresión de que el pene no es el medio más eficaz para producir el nivel máximo de excitación y respuesta en una mujer». Los argumentos de que el «orgasmo emocional» es superior al físico «parecen sugerir que lo que produzca la mayor satisfacción al hombre debería ser también lo más satisfactorio para la mujer».

Lo que es sorprendente de la hipótesis androcéntrica no es que exista, lo cual, como hemos visto, se explica fácilmente, sino que hayamos estado tan dispuestos a sacrificar tanto por mantenerla. El orgasmo femenino no es necesario para la concepción, así que puede tener lugar (o no) fuera del contexto de la cópula sin interferir ni con el disfrute sexual masculino ni con la concepción. La posición central

que han ocupado ambas preocupaciones en la historia explica en gran medida las omisiones, silencios y estudiados equívocos sobre la sexualidad femenina. En la medida en que el orgasmo femenino podía medicalizarse, no hacía falta discutirlo, lo que hubiera atraído una atención incómoda a su visible conflicto con la norma del coito. Otras culturas en las que el orgasmo femenino se ha integrado con más suavidad en el patriarcado, como las existentes en algunas partes de Asia, por lo menos animaban a las parejas casadas a explorar métodos y posturas que facilitarían el placer de la mujer.

En nuestra cultura han existido, y existen, medios poderosos para ignorar las demandas de las mujeres de mutualidad orgásmica. En algunos sitios, que una mujer admita que no suenan todas sus campanillas en un coito sin más se entiende como una confesión de ser defectuosa. Además se supone que los hombres occidentales han nacido sabiendo cómo satisfacer a una mujer del mismo modo que se supone que las mujeres nacen sabiendo cocinar. Antes los hombres eran responsables de la sexualidad de las mujeres; Frank Caprio decía a los maridos jóvenes en 1952 que «el despertar sexual de sus esposas era su responsabilidad». A la vista de estos estándares imposibles, los hombres tradicionalmente se han desinteresado en las respuestas verdaderas (y quizás poco halagadoras) a las preguntas sobre la satisfacción de las mujeres; e incluso cuando han aparecido estas respuestas el hombre ha tenido la oportunidad de culpar a la mujer de su fallo (de ella, y por tanto de él). Los escritores de consejos médicos como Caprio tradicionalmente afirman cosas como que «la fijación del instinto sexual» en el clítoris es el resultado de «manipulación excesiva». La mayor parte del resto del libro de Caprio trata sobre el problema de la «frigidez» femenina causada por estas «fijaciones» patológicas. Pocas mujeres están dispuestas a exponer su conducta íntima a esta clase crítica, apoyada socialmente. La mayoría de las mujeres tenía que afrontar problemas más acuciantes como la supervivencia económica y la armonía familiar, de modo que el coste de combatir la norma androcéntrica con toda seguridad debe haber parecido mayor que la posibilidad muy escasa de recompensa final.

El francés Auguste Debay escribía en 1848 que las mujeres debían fingir el orgasmo porque «a los hombres les gusta compartir su felicidad». No era el primero, ni el último, en sostenerlo. Celia Roberts y sus coautores, estudiando el orgasmo fingido en una muestra de estudiantes universitarias, descubrió que «en casi todas las entrevistas se hablaba de esto como algo que hacían, al menos parte del tiempo». Casi todos los entrevistados masculinos estaban seguros de que ninguna mujer había fingido un orgasmo con ellos, observación sobre la que las autoras señalan: «Está claro que el teatro que hacen las mujeres es muy convincente». Las entrevistadas justificaban su conducta en que tenían más interés en mantener la estabilidad de la pareja que en tener un orgasmo en todos los coitos.

A pesar de la perpetuación sistemática de la ignorancia y los malentendidos —en mujeres tanto como en hombres— la mayoría de los hombres heterosexuales han

mirado al orgasmo femenino como refuerzo para su autoestima como seres sexuales. Michael Segell dice que «según un estudio, una de las cuatro aspectos ventajosos del orgasmo femenino es el empuje que aporta a los egos de los hombres». *Glamour* entrevistaba a un hombre de 33 años que aconsejaba a sus colegas: «Cuando encuentres una mujer que tenga orgasmos por penetración y no por estimulación clitoriana, consévala. Es una cosa rara y maravillosa». Está claro que para este hombre no importaban otras características femeninas. Tales presiones empujan a las mujeres en una dirección: la de fingir que tienen orgasmos cuando no es así. Las lectoras de *Mademoiselle* informaban en los primeros 1990 de que el 69 por ciento de ellas había fingido un orgasmo al menos una vez. Carol Tavris y Susan Sadd, informando de los resultados de una encuesta en 1977, incluyen dos citas:

He hecho mi propia encuesta pequeña y no he encontrado una amiga o conocida que haya tenido alguna vez un orgasmo «de verdad» en el coito, solo mediante estimulación del clítoris. Pero intenta convencer a un hombre de que tú no tienes orgasmos así, no te creará. Eso sí, desafiarte de este modo ¡puede ser muy interesante!

Nunca he tenido un orgasmo durante el coito. Para tenerlo necesito cunnilingus o estimulación manual del clítoris. Sé de mujeres de ahora que fingen orgasmos porque les avergüenza decirles a sus maridos o amantes que por mucho que mantengan la erección no pueden hacer que los tengan.

Robert Francoeur dice de la presión orgásmica sobre las mujeres en relaciones heterosexuales que «es mucho más probable que las mujeres finjan tener un orgasmo cuando no lo tienen» y señala que no hacerlo con frecuencia trae como resultado «verdaderos problemas de resentimiento e incluso ira con la pareja».

No todas las mujeres están de acuerdo. Stephanie Alexander escribía en *Cosmopolitan* en 1995 que fingir orgasmos «no es más que un asunto de conveniencia, para no mencionar la buena educación». Refiriéndose al coste de explicar por qué una no ha llegado al orgasmo, pregunta: «Cuando tienes que levantarte a la mañana siguiente para ir a trabajar ¿quién va a perder dos horas en hacerle sentirse mejor por no haberte hecho disfrutar?». En efecto, estos relatos sugieren que se espera de la mitad de la pareja heterosexual que sacrifique la mutualidad orgásmica para evitar las inevitables tensiones que navegar en el barco androcéntrico trae sobre la relación. Como cultura, tenemos que atribuirle un valor altísimo a la norma androcéntrica para sugerir que conservarla merezca este precio.

En la segunda mitad del siglo xx, el trabajo de Masters y Johnson y sus seguidores ha hecho otro sacrificio en el altar del modelo androcéntrico de la sexualidad: la objetividad del pensamiento científico. Cuando estos investigadores eligieron su muestra, seleccionaron nada más mujeres que regularmente alcanzaban el orgasmo en el coito, un error que, vale la pena recordar, no cometió su predecesor, Alfred Kinsey. Cuando Masters y Johnson hicieron su estudio ya se sabía que estas mujeres eran minoría, pero aparentemente se decidió que representaban la normalidad. El uso científico de la estadística dice normalmente que la mayoría representa la norma, es decir, el rango normal es la parte de la curva que está justo debajo de la campana. Si el sesgo favorable a la norma androcéntrica no hubiera

estado tan extendido, Masters y Johnson hubieran sido el hazmerreír de la comunidad científica. Pero no fue así. Hasta que Shere Hite atacó los resultados en 1976 no empezaron a cuestionarse los métodos de selección e interpretación de Masters y Johnson. Errores así no solo han impedido que comprendiéramos el orgasmo femenino, también han evitado que nos diéramos cuenta cabal de lo individual e idiosincrático que es el placer sexual para ambos sexos.

Las reacciones (y las reacciones exageradas) al estudio de Hite también nos dicen mucho sobre lo intensamente que hemos querido defender el modelo androcéntrico. Se criticó mucho su trabajo porque los participantes se habían autoseleccionado, un problema que no solo había aparecido con las muestras de Kinsey y de Masters y Johnson sino con casi todas las investigaciones sobre prácticas sexuales en EE. UU en los últimos cien años. Desde un punto de vista simplemente práctico, no se puede obligar a los participantes a responder sinceramente a cuestiones sobre su conducta íntima, los investigadores no tienen más elección que apoyarse en datos cuya fiabilidad es dudosa y debe seguir siéndolo. Pero en el caso de Hite hubo muchos más intentos de convertir esta dificultad en un error invalidante que los que hubo frente al trabajo de sus predecesores. Para rechazar directamente las hipótesis de Hite se oyeron excusas de lo más endeble y vergonzosamente androcentristas. En 1986, por ejemplo, se debatían los informes de Hite en una sesión de historia de la sexualidad de la Organization of American Historians. Uno de los participantes masculinos criticaba la atención de Hite al tema del orgasmo en las relaciones heterosexuales como «un tanto mecanicista». Una crítica muy simplista desde el lado de la relación que tiene la mayoría de los orgasmos.

El vibrador como tecnología y tótem

Como hemos visto, la medicalización del orgasmo femenino en la cultura occidental ha sido una de los medios de proteger nuestras confortadoras ilusiones acerca del coito. El vibrador y las tecnologías que le precedieron —especialmente el masaje manual e hidráulico— posibilitaron a los médicos proporcionar el alivio que muchas mujeres no podían obtener de otro modo. El vibrador era cómodo, portátil y rápido, por lo que gozó de una popularidad notable, aunque efímera, como instrumento médico antes de que se enteraran los consumidores y los directores de películas eróticas. El gran inconveniente del vibrador, desde el punto de vista de la profesión médica, es que era tan conveniente y fácil de usar que hacía innecesaria la intervención del médico en el proceso de producir orgasmos femeninos. El equipamiento hidráulico y los vibradores de consulta caros, como el Chattanooga, por lo menos conservaban la innovación en manos de los profesionales médicos, pero en cuanto el vibrador se convirtió en un aparato relativamente ligero y barato que podía accionarse con agua o electricidad en casa, dejó de ser un instrumento médico y se convirtió en un «aparato de cuidado personal».

En la segunda mitad del siglo xx el vibrador aparece abiertamente como un objeto sexual. Curiosamente, cuando estos aparatos aparecen en películas eróticas no se trata de vibradores auténticos, sino que lo que se muestra son tranquilizadores dildos vibrátiles con forma de falo, sugiriendo que la máquina no es más que un sustituto del pene. Edward Kelly escribiendo sobre estos dildos vibradores en 1974 afirmaba esperanzadamente que «sin duda, excepto en el caso de lesbianismo, en el empleo de cualquier dildo se sueña la evocadora visión de un hombre imaginado». Para la mayoría de las mujeres, sin embargo, estos juguetes a pilas son más estimulantes visualmente que fisiológicamente; el vibrador mejor diseñado para aplicarse en el área del clítoris es el que funciona enchufado a la corriente con al menos una superficie de trabajo en ángulo recto con el mango.

El vibrador ha adquirido una cualidad totémica en la cultura estadounidense, más allá de su rol funcional para mujeres y sus parejas sexuales. Algunos autores masculinos han señalado que el vibrador supone una adición excelente al arsenal de juguetes eróticos de una pareja, porque produce orgasmos en las mujeres (y en algunos hombres) sin necesitar mucho esfuerzo ni destreza. Por la misma razón se ha convertido en el favorito de los terapeutas sexuales: incluso mujeres con el umbral orgásmico muy alto normalmente acaban respondiendo al masaje vibratorio. Las que tienen el umbral más bajo pueden explorar todo su potencial sin cansarse. Estos dos aspectos del vibrador lo han convertido casi inevitablemente en el centro de los miedos masculinos, representados en chistes del estilo de: «¿Cuándo hizo Dios al hombre? Cuando Ella se dio cuenta de que los vibradores no pueden bailar». Como ha señalado Michael Adas, desde la revolución industrial los hombres han tendido a

medirse a sí mismos contra las máquinas, una comparación que con toda seguridad produce ansiedad. En el caso de los vibradores esta comparación es especialmente dolorosa, y ha llevado a algunos hombres a sentir rencor por el aparato. Como contaba una de las entrevistadas de *Redbook* sobre sus aventuras con su vibrador: «Mi marido no sabe nada. Si lo supiera, ¡creo que lo tiraría!».

Se ha citado mucho la observación del difunto Melvin Kranzberg de que «la tecnología no es buena ni mala, ni tampoco neutral». El vibrador y sus predecesores, como todas las tecnologías, nos dicen mucho sobre las sociedades que los producen y usan. El aparato sigue entre nosotros, elogiado por unos y vilipendiado por otros, ni bueno ni malo ni neutral, un punto controvertido del debate sobre la sexualidad femenina. Parte de la controversia, como hemos visto, tiene raíces muy profundas en la cultura occidental, ocupando el espacio donde la sexualidad, la moralidad y la medicina interactúan y sirven como línea exterior de defensa del modelo androcéntrico de mutualidad orgásmica en el coito. Las fisuras de esta vieja pared se continúan restañando con exhortaciones a las mujeres para que no desafíen la norma ni siquiera si esto implica fingir orgasmos y sacrificando la sinceridad en sus relaciones con los hombres. Hemos estado dispuestos a pagar este precio en el pasado, si vamos a seguir haciéndolo es una decisión de los individuos, no de los historiadores.

Notas

[1] Secreción grasa del animal del mismo nombre usada en la elaboración de perfumes. (N. del T.). <<

[2] Seguidora de Sylvester Graham, religioso estadounidense que promovía la abstinencia y la dieta. (N. del t.) <<

[3] Escribe *cumunicating* en vez de *communicating*; la palabra *cum* quiere decir vulgarmente semen o corrida (N. del t.) <<