La tecnología del orgasmo

Rachel P. Maines

Prólogo

Cuando yo era adolescente, un amigo de la familia dijo que yo era el tipo de niña que llegaría de la escuela y pediría permiso para emprender algún asunto riesgoso, diciendo: "¡Pero Mamá! ¡Tienes que darme permiso! ¡*Nadie* lo está haciendo!". Desde entonces, he decidido que éste es el rasgo de mi personalidad que quiero que se grabe en mi lápida. La investigación que expongo en este libro tal vez sea el ejemplo más claro hasta ahora de mi fascinación por lo que nadie está haciendo.

La primera vez que vi, en 1977, anuncios de vibradores en revistas de mujeres de fines del siglo XIX, mi reacción ante su prosa grandilocuente fue suponer que yo era malpensada. Al fin y al cabo, yo tenía veintisiete años, estaba entre dos matrimonios, era una feminista muy enojada, y tendía a interpretar todo lo que veía o leía como una manifestación de la guerra entre los sexos. Algunos años antes, todavía esforzándome en mi primer matrimonio, había recibido el cuestionario original de Shere Hite acerca de la sexualidad de las mujeres; el prospecto de responderlo era demasiado deprimente para considerarlo siquiera. El mismo año que vi la publicidad de los vibradores, leí *The Hite Report*, que me permitió entender de manera nueva no sólo mis propias experiencias sino también las de mis amigas.

Con frecuencia me preguntan, cuando presento ponencias en coloquios, cómo encontré este tema esotérico. Mi respuesta es que no fue así: el tema me encontró a mí. Los anuncios que encontré cayeron en

* Rachel P. Maines, *The Technology of Orgasm: "Hysteria", the Vibrator, and Women's Sexual Satisfaction*, pp. ix-xvi, 1-20, 111-123. © 1999. The Johns Hopkins University Press. Publicado con la autorización de Johns Hopkins University Press.

una mente dispuesta para ellos o, por lo menos, en hormonas dispuestas. Desde que me gradué de la universidad en 1971 (en estudios clásicos, especializada en ciencia y tecnología antiguas), me habían interesado las artes textiles, y pasé dos años preguntándome ingenuamente por qué era tan difícil encontrar una historia seria y bien investigada del tema. En 1973, me di cuenta de que esto ocurría sólo porque era una actividad de mujeres. Para mí, ésta fue la experiencia que me hizo el "clic" del que hablan tantas feministas de principios de la década de los setenta. De pronto estaba yo furiosa, decidida a escribir una historia seria de las labores de aguja, lloviera o tronara. Después de todo, nadie lo estaba haciendo.[1]

Las labores de aguja resultaron ser un tema de investigación fascinante e iluminador. Disponía de una rica fuente de bibliografía directa y un legado de tantos artefactos que no alcanzaría una vida para examinarlos; pero hace veinte años había muy pocas fuentes indirectas y casi ningún acceso a bibliografía. Mis primeros intereses habían sido el tejido de gancho, el encaje, el tejido de agujas y el bordado en Estados Unidos a fines del siglo XIX y principios del XX. Pero, como en aquella época eso estaba muy mal representado en las colecciones catalogadas de los grandes museos, no me quedó más opción que sumergirme en el enorme mar no clasificado de las publicaciones populares sobre labores de aguja, con el sencillo pero laborioso método de sentarme a ver hoja por hoja los montones de revistas que pudiera conseguir. En 1976 me invitaron a presentar una ponencia sobre la historia de las labores de aguja en un congreso sobre historia de las mujeres, organizado por Louise Tilly en la Universidad de Michigan; luego se publicó con el título de "American Needlework in Transition, 1880-1930".[2] Mientras

[1] Desde luego, esto fue un error de percepción de mi parte. En realidad, mucha gente lo estaba haciendo. Ver p.e. Susan Burroughs Swan, *Plain and Fancy*, Nueva York, Holt, Rinehart and Winston, 1977; Florence Peto, *Historic Quilts*, Nueva York, American Historical Company, 1939; Patsy Orlofsky y Myron Orlofsky, *Quilts in America*, Nueva York, McGraw Hill, 1974; Cuesta Benberry, artículos en *Quilters' Newsletter* y *Nimble Needle Treasures*, 1972-76; y Patricia Mainardi, "Quilts: The Great American Art", *Feminist Art Journal*, invierno 1973, entre otros. Había algunas fuentes sobre bordados y encaje de bolillo, pero casi no había fuentes secundarias sobre tejido de agujas y de gancho o sobre encaje de lanzadera.

[2] Rachel Maines, "American Needlework in Transition, 1880-1930", *University of Michigan Papers in Women Studies*, 1978, pp. 57-84.

afanosamente pasaba las páginas de *Modern Priscilla* y de *Woman's Home Companion* en busca de tendencias en los diseños de labores de aguja, mi atención con frecuencia se desviaba a la publicidad en los costados de las páginas. Sólo un historiador muy riguroso puede resistir la tentación de la publicidad en publicaciones periódicas antiguas; yo soy incapaz de esa autodisciplina férrea. Además, tenía un pretexto: también estaba buscando pruebas de que el apoyo de la publicidad de estambres e hilos era responsable de la gran cantidad de revistas sobre labores de aguja publicadas en Estados Unidos entre 1880 y 1930.

Cuando vi los anuncios de vibradores de 1906 con aparatos muy parecidos a los artefactos que ahora se venden a las mujeres como auxiliares para la masturbación, mi primera idea, como dije, fue que era imposible que esos aparatos tuvieran el mismo uso que los que se venden a través de las páginas del *Companion*. La segunda idea fue que en 1906 aún no había ningún tipo de aparatos eléctricos para el hogar. Aunque no pensaba que seguiría investigando ese tema, de todos modos tomé nota de los títulos, fechas y números de página de las revistas sobre labores de aguja que tenían publicidad de vibradores. Mostré algunos de los anuncios a mis amigas feministas a quienes, desde luego, les encantaron.

Mientras tanto, mi viaje a Michigan para presentar mi primer trabajo académico había dado frutos inesperados. Una historiadora de textiles que estaba en el público, Daryl Hafter de Eastern Michigan University, se presentó y me invitó a unirme a la Sociedad de Historia de la Tecnología (SHOT) y a su subgrupo, Mujeres en la historia tecnológica (WITH). Después de una reunión de SHOT me convencí de que ya era el momento de hacer estudios de posgrado en historia de la tecnología. Mientras asistí al posgrado de 1979 a 1983, seguí tomando nota de mis "hallazgos" de referencias a vibradores, mientras trabajaba concienzudamente en mi tesis sobre historia de los textiles. Ya para entonces me quedaba claro que si publicaba mis sospechas acerca del vibrador se iría a pique mi carrera; de seguro nadie me volvería a tomar en serio como académica si continuaba con esa línea de investigación. Por otra parte, nadie lo estaba haciendo.

Después de graduarme en la Universidad Carnegie-Mellon, trabajé tres años como profesora asistente en la Universidad Clarkson en el norte de Nueva York. Dado que tenía un medio tiempo, mis tareas docentes no eran pesadas y tenía bastante tiempo para mis investigaciones.

Mientras escribía muchos artículos sobre historia de los textiles, comencé un pequeño archivo sobre el vibrador y empecé a buscar colecciones de museos con artefactos relevantes. Según los curadores Bernard Finn (electricidad), Deborah Jean Warner (instrumentos científicos) y Audrey Davis (medicina) en el Smithsonian Institution, este museo, el más grande del país, no tenía vibradores. Dado que había por lo menos diez fabricantes de esos aparatos en 1920, esta carencia en sí resultaba extraña. Perseguí mi tema a través de los diversos catálogos de museos y colecciones especiales: escribí cartas, incluyendo una al Kinsey Institute, a la que me respondieron con cortesía, prontitud y una bibliografía muy útil, y otra a una institución de la que nunca había oído, la Bakken Library and Museum of Electricity in Life, en Minneapolis, Minnesota.

Al escribir a la biblioteca Bakken, expliqué cuidadosamente mis intereses de investigación, describiendo el tipo de aparatos y documentos que buscaba y por qué. Desechando toda cautela, en el párrafo final comenté que ésta era la primera investigación que hacía que resultaba atractiva tanto para el interés académico como el sensual. Dos semanas después recibí una respuesta de parte del director que empezaba diciendo: "Su carta resultó atractiva para nuestro interés sensual...". Esto inició una empresa de investigación muy fructífera. La Bakken, fundada por Earl Bakken de Medtronic, consta de una colección bien financiada y escrupulosamente curada de instrumentos médicos históricos que usaban electricidad, y una biblioteca imponente con un archivo de materiales relacionados con este tema. En la colección de artefactos, la Bakken tenía once vibradores, enumerados en su catálogo como "aparatos de relajación músculo-esquelética". La fotografía de uno de ellos se incluye en este libro (fig. 9, p. 202). La biblioteca contiene una abrumadora abundancia de ilustraciones, textos, anuncios publicitarios y estudios médicos al respecto. Me inscribí en la biblioteca Bakken durante una semana y pasé cinco días sumergida en el lujo intelectual. Al final de la semana presenté mi primera exposición sobre el vibrador al personal y a los miembros de Bakken, quienes me solicitaron un breve artículo para el boletín del museo, que fue mi primera publicación sobre este tema.

En ese viaje de investigación por primera vez me di cuenta de que el tema del vibrador polariza al público. El buen humor solidario del personal de Bakken puede ilustrarse con el siguiente episodio. El curador y yo estábamos en la bodega examinando la colección de vibradores,

sacando fotos, sopesando y analizando los objetos. El curador, Al Kuhfeld, un académico riguroso con un sentido del humor irónico, aprovechaba la oportunidad presentada por la académica visitante (yo) para ampliar y poner al día la información de sus fichas de catálogo. Dado que yo tenía experiencia en los museos, se me permitió escribir la nueva información (con lápiz, desde luego) en las tarjetas, como peso, medidas, cantidad de aditamentos (*vibratodes*), y otros datos de ese tipo. Llegamos al artefacto que se muestra en la figura 9 (p. 35), un vibrador médico de principios del siglo XX, con una colección de como media docena de aditamentos. Le pregunté al curador si el aparato todavía funcionaba. Al buscó en la caja y, certeramente, eligió el más apropiado de los aditamentos, conectó el cable en el enchufe de la pared y lo encendió. No hubo reacción. Desenchufó el aparato, sacó un pequeño desarmador de su bolsillo, hizo varios ajustes misteriosos y volvió a conectar el instrumento que, apenas se encendió, zumbó con vigor. Después de un momento de reflexión silenciosa acerca de cómo llevar a cabo este experimento, coloqué la palma de mi mano sobre el aditamento y mentalmente lo comparé con los artefactos modernos. Después de agradecerle a Al, que empezó a guardar el artefacto, escribí "funciona" en la sección de "comentarios" de la ficha de catálogo. El curador miró por encima de mi hombro y asintió con la cabeza sin hacer comentarios. Como media hora después, el director del museo bajó y me preguntó cómo iba el asunto. Le dije que acabábamos de enchufar uno de los vibradores y lo habíamos probado. "¿Y está bueno?", preguntó. "No sabemos si está bueno", respondió Al con solemnidad, "sólo sabemos que funciona".

En el seminario que presenté en Bakken, vi por primera vez el contraste entre quienes escuchan con avidez mis resultados, riendo de los aspectos inevitablemente humorísticos, y aquellos cuya incomodidad con el tema se expresa en una mirada vidriada. Desde entonces he tenido muchas oportunidades para observar estos efectos en públicos grandes y pequeños. Los grupos que constan sólo de mujeres simplemente se ríen y hacen preguntas. En los grupos mixtos las mujeres parecen incómodas y preguntan poco, aunque de todos modos se ríen; están conscientes de que sería una gran falta de cortesía mencionar frente a los hombres la relativa ineficiencia de la penetración como un medio para producir el orgasmo en la mujer. Los hombres están divididos entre risas y miradas perdidas: los primeros, según entiendo, son aque-

llos para quienes mi investigación confirma que las mujeres son tan sexuales como ellos siempre desearon que fueran, y los últimos son aquellos para quienes se confirma que las mujeres son tan sexuales como siempre temieron que fueran.

Después de mi regreso de la Bakken, el programa de estudios de Humanidades de Clarkson quiso publicitar el fenómeno, raro para la época, de que uno de sus miembros recibiera una beca, pero estaban preocupados por la reacción del resto de los profesores (sobre todo ingenieros y científicos) ante mi tema. El asunto se resolvió publicando una nota en el boletín de profesores de que yo había obtenido "un subsidio... de la Bakken Library of Electricity in Life en Minneapolis, Minnesota. Ella utilizará esta beca para estudiar el impacto de los aparatos eléctricos pequeños en el hogar."[3]

Poco después de terminar mi breve artículo para el boletín de Bakken, empecé a recibir invitaciones para presentar conferencias sobre el vibrador ante públicos universitarios. En ese momento, descubrí algo que debería haber sabido desde el principio: que alguna gente, en su mayoría hombres, toman a pecho mis descubrimientos y los resienten como una crítica implícita. Uno de los primeros sitios académicos donde presenté el tema fue una institución establecida hace mucho, albergada en pesados edificios de piedra cubiertos de yedra. Alrededor de ocho personas asistieron al seminario en que hablé, con los profesores sentados de un lado de la mesa y las profesoras junto con los alumnos de posgrado del otro lado. Después de mi exposición, un profesor titular con el tradicional saco de tweed dijo que no estaba totalmente convencido por mis argumentos, dado que la experiencia sexual de las mujeres que han usado vibradores y los aparatos antecesores "no era lo genuino". Mientras yo me reponía y trataba de formular algún tipo de respuesta a este malentendido fundamental, una de las alumnas me salvó. "¿Pero no se da cuenta, Dr. Fulano? Por lo general, es mejor que lo genuino." Las otras alumnas asintieron solemnemente, y el Dr. Fulano se calmó. Esto claramente no era lo que quería oír. Desde entonces me he encontrado esta objeción en muchas formas, de las cuales la más directa, según recuerdo, fue la queja: "Pero si lo que dicen es cierto,

[3] "Grant Received", *Summer Bulletin*, Clarkson University (Potsdam, N.Y.), 1 de julio de 1985, p. 5.

¡entonces las mujeres no necesitan a los hombres!". La única respuesta posible es que, si el orgasmo es el único asunto de que se trata, entonces tampoco los hombres necesitan a las mujeres.

También me presenté en una escuela de medicina en Canadá, prospecto que me aterraba, ya que tendría que contar mi cuento espeluznante a unos médicos. Para mi sorpresa, reaccionaron con la misma polarización que había observado en otras partes, con una diferencia relativamente menor: antes de mi presentación un doctor simplemente se negó a creer que realmente iba yo a hablar de vibradores. Habían dado a mi conferencia algún título inocuo como "Terapias físicas de Areteo a Freud", pero una de sus alumnas le dijo lo que realmente se iba a analizar. Cuando me vio en el pasillo me dijo: "¡Ni se imagina usted lo que me dijeron es el tema de su plática!". Cuando le contesté que los rumores, por más malévolos que fueran, probablemente eran ciertos, enérgicamente negó que fuese posible. "¡Pero ella me dijo que usted iba a hablar sobre vibradores!" Cuando le confirmé que, en efecto, ése era mi tema, quedó estupefacto, pero de todos modos asistió. Después de la charla, se quejó de que ningún doctor ahora podría salirse con la suya en estos asuntos que yo describía, lo cual desde luego es cierto. Uno de sus colegas se burló de esta objeción: "Ay, ya basta. Lo que pasa es que te da lástima haberte perdido de todo esto." Sobra decir que el público soltó la carcajada. Después, un historiador me comentó que se había fijado en las miradas impasibles de quienes no habían hecho ninguna pregunta. "Hay mucha presión de parte de los compañeros de no parecer incómodo en estas situaciones", dijo. "Sólo sonríen y piensan en la reina".

En junio de 1986, justo después de la publicación de mi primer artículo sobre el vibrador en el boletín de Bakken, fui despedida de la Universidad de Clarkson. Había estado impartiendo cursos en la Escuela de Administración, y antes en el programa de Humanidades. Una tarde recogí mi correspondencia y encontré una fotocopia de la lista de nuevos nombramientos. Mi nombre no aparecía. Cuando le pregunté al decano al respecto, me aclaró que yo ya no tenía trabajo en Clarkson. Parecía haber varias razones, entre ellas que mis intereses intelectuales sencillamente no se ajustaban a la Escuela de Administración; pero había otras dos quejas: en primer lugar, se temía que los ex alumnos ya no contribuyeran con dinero a la escuela si se descubría que un miembro del profesorado estaba investigando vibradores y, se-

gunda, que mi altísimo nivel de energía "no era compatible con el resto del profesorado". Dado que sólo tenía un medio tiempo, no tuve más opción que empacar mis libros e irme.

Ya había estado haciendo un trabajo de catalogación por contrato para un museo cercano a la universidad, de modo que cuando me fui de Clarkson amplié mi base de clientes y me convertí en dueña de un negocio que proporciona servicios de catalogación, inventario e investigación para museos y archivos. Mientras tanto, seguía dando charlas y conferencias sobre el vibrador, incluyendo una en la Universidad de Cornell cerca de mi nueva casa en Ithaca, Nueva York, y otra en la reunión anual de la Sociedad para la Historia de la Tecnología en octubre de 1986. En esta última, mi público parecía luchar con desesperación por mantenerse serio, probablemente por un respeto malentendido ante mi dignidad académica, hasta que llamé al vibrador una "innovación en la sustitución de mano de obra por capital". Esto provocó una profunda carcajada de la curadora de instrumentos científicos del Smithsonian, Deborah Jean Warner, después de lo cual otros se dieron cuenta de que no importaba que se rieran. Una de las preguntas en esta reunión fue planteada por una conocida especialista en Darwin, que señaló que los doctores que no reconocen el orgasmo en sus pacientes seguramente nunca lo han visto en sus esposas.

Sin embargo, la más divertida de mis aventuras con la historiografía del vibrador, por lejos, fue el escándalo propiciado por mi artículo de 1989 en *Technology and Society*, publicación del Instituto de Ingenieros Eléctricos y Electrónicos (IEEE): "Socially Camouflaged Technologies: The Case of the Electromechanical Vibrator". A principios de 1988 vi una convocatoria de artículos para un número especial de *Technology and Society*, coordinado por Robert Whelchel, y con James Brittain, el eminente historiador de la electricidad, como coordinador invitado. Preparé un breve análisis del aspecto de encubrimiento social dentro de mi investigación y lo mandé; el artículo pasó por el acostumbrado proceso de dictaminación y fue aceptado con algunas revisiones. La única insinuación de problemas posibles fue una carta de Brittain que terminaba diciendo que mi artículo sería una especie de prueba para la política de publicaciones del IEEE, ya que nunca habían publicado un texto como el mío "desde que empezaron en 1884".

El artículo se publicó en julio, cuando muchos profesores e ingenieros están de vacaciones. En septiembre recibí una llamada telefónica

de Bob Whelchel. El Consejo Consultivo Técnico (TAB) del IEEE había amenazado con retirar los permisos de publicación de *Technology and Society* con el argumento de que, dado que era imposible que alguien que se llamara Rachel Maines realmente hubiese escrito ese artículo, debía ser algún tipo de broma pesada por parte de los coeditores. Según el TAB, no podría haber sido dictaminado, y las referencias seguramente eran inventadas. El artículo de nueve páginas tenía cincuenta y un notas a pie de página con más de ciento sesenta fuentes, algunas de las cuales estaban en latín y griego. Como dijo un miembro del TAB, "se leía como una parodia de un artículo del IEEE. Contenía docenas y docenas de referencias obsoletas". Whelchel y Brittain se estaban preparando para el cuestionamiento en la reunión del TAB en noviembre de 1989, en la cual se les exigía que mostraran pruebas de mi existencia (!), pruebas de que Maines and Associates era una empresa respetable, y pruebas de que mi artículo había sido dictaminado. Otros se dedicaron a verificar la existencia de mis referencias.[4]

Poco antes de la reunión de noviembre, recibí otra llamada, esta vez de un reportero de *Spectrum* del IEEE, publicación que se reparte a los 350 000 miembros del IEEE. El número de octubre tenía un artículo de media página sobre el alboroto del Consejo Consultivo Técnico, incluyendo una cita de un miembro que pensaba que yo debería haber usado dispositivos de detección por radar en automóviles como mi ejemplo de una tecnología socialmente encubierta. También consideraba que mi artículo estaba escrito más "para divertir que para iluminar", aparentemente rechazando la posibilidad de que ambos pudieran ser simultáneos. En la reunión, prevalecieron las opiniones más ecuánimes: se mostraron los dictámenes, se mostró una carta de mis colegas de la Sociedad para la Historia de la Tecnología, y la facción antivibradores tuvo que aceptar que el IEEE corría el peligro de hacer el ridículo. Algunas cartas en números posteriores de *Spectrum* afirmaban que ya era hora que el IEEE abordara con valentía algunos nuevos asuntos. Me dijeron que las suscripciones a *Technology and Society* aumentaron como resultado de la controversia, lo que ilustra una vez más que los esfuerzos de censura simplemente proporcionan una valiosa publicidad para lo que intentan prohibir.

[4] Mi marido llama este episodio del IEEE el Ataque de los Bobos.

Capítulo I. El quehacer que nadie quería

En 1653 Pieter van Foreest, llamado Alemarianus Petrus Forestus, publicó un compendio médico intitulado *Observationem et Curationem Medicinalium ac Chirurgicârum Opera Omnia*, con un capítulo sobre las enfermedades de las mujeres. Para la aflicción comúnmente llamada histeria (literalmente "enfermedad del útero") y denominada en ese libro *praefocatio matricis* o "sofocación de la madre", el médico aconsejaba lo siguiente:

> Cuando estos síntomas se indican, consideramos necesario pedir a una partera que ayude, de modo que pueda masajear los genitales con un dedo adentro, utilizando el aceite de lirios, raíz de almizcle, azafrán, o [algo] semejante. Y de esta manera la mujer afligida puede ser excitada hasta el paroxismo. Este tipo de estimulación con el dedo es recomendado por Galeno y Avicena, entre otros, en especial para viudas, para quienes viven vidas castas y para mujeres religiosas, como propone Gradus [Ferrari da Gradi]; se recomienda con menor frecuencia para mujeres muy jóvenes, mujeres públicas o mujeres casadas, para quienes es mejor remedio realizar el coito con sus cónyuges.[5]

Como sugiere aquí Forestus, en la tradición médica occidental el masaje genital hasta el orgasmo por un doctor o una partera era un tratamiento acostumbrado para la histeria, aflicción considerada común y crónica en las mujeres. Descripciones de este tratamiento aparecen en el corpus hipocrático, las obras de Celsio en el primer siglo A. D., las de Areteo, Sorano y Galeno en el siglo II, las de Aecio y Moschion en el siglo VI, la obra anónima del siglo VIII o IX llamada *Liber de Muliebria*, los escritos de Al-Razi [Rhazes] y Avicena en el siglo siguiente, de Ferrari da Gradi en el siglo XV, de Paracelso y de 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 las obras de muchos autores del XIX, como Pinel, Gall, Tripier y Briquet.[6]

---

[5] Alemarianus Petrus Forestus [Pieter van Foreest], *Observationem et Curationem Medicinalum ac Chirurgicarum Opera Omnia*, Ruán, Bertherlin, 1653, vol. 3, libro 28.

[6] A. E. Hanson, "Hippocrates: Diseases of Women", *Signs* I, 2 (1975), pp. 567-84; Aretaeus Cappadox, "On the Causes and Symptoms of Acute Diseases", en *The Extant Works of Aretaeus the Cappadocian*, ed. y trad. Francis Adams, Londres, Sydenham Society, 1856, lib. 2, cap. 2; Aulus Cornelius Celsus, *On Medicine*, trad. W. G. Spencer, Cambridge, Harvard University Press, 1935, vol. I, cap. 4; Galeno de Pérgamo, *De Locis Affectis*, trad. Rudolf Siegel, Nueva York, S. Karger, 1976, sec. 39; Soranus de Éfeso, *Gynecology*, trad. Owsei Temkin, Baltimore, Johns Hopkins Press, 1956, cap. 4;

Dada la ubicuidad de estas descripciones en estudios médicos, es asombroso que el carácter y el objetivo de los tratamientos de masaje para la histeria y trastornos relativos hayan recibido tan poca atención de parte de los historiadores.

Los autores arriba enumerados y otros en la historia de la medicina occidental describen un tratamiento médico para una aflicción que ya no se define como enfermedad sino que, por lo menos desde el siglo IV a.C. hasta que la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos (APA) abandonó ese término en 1952, se conocía principalmente como

---

Aetius de Amida, "Tetrabiblion", lib.16, cap. 67, trad. James Ricci, en *The Gynaecology and Obstetrics of the Sixth Century A.D.*, Filadelfia, Blakiston, 1950; Mustio, *La "Gynaecia" de Muscione*, ed. y trad. Rino Radicchio, Pisa, Giardini, 1970, p. 122; Rhazes, *Opus Medicinae Practicae Saluberrimum antehoc Nusquam Impressum, Galeatij de Sancta Sophia in Nonum Tractatum Libri Rhasis ad Regem Almansorum*, Hagenou, Valentini Kobian, 1533; Avicena, *Liber de Anima, seu Sextus de Naturalibus*, Leiden, Brill, 1968-72; Giovanni Matteo Ferrari da Gradi, *Practica, seu Commentaria in Nonum Rasis ad Almansorem*, Venecia, Iuntas, 1560, pp. 370-89; Philippus Theophrastus Bombastus von Hohenheim [Paracelso], "On the Diseases That Deprive Man of His Reason", en *Volumen Medicinae Paramirum*, trad. Kurt F. Leidecker, Baltimore, Johns Hopkins Press, 1949; Ambroise Paré (1517?-90), *Workes of That Famous... Chirurgion...*, trad. Thomas Johnson, Londres, R. Cotes and Young, 1634, pp. 634-39; Robert Burton, *The Anatomy of Melancholy*, ed. F. Dell y Paul J. Smith, Nueva York, Farrar and Rinehart, 1927, pp. 353-57; Giulio Cesare Claudini, *Responsionum et Consultationem Medicinalium Tomus Unicus*, Frankfurt, Lazari Zetzneri, 1607, p. 402; William Harvey, *Anatomical Exercitations, concerning the Generation of Living Creatures...*, Londres, James Young for Octavian Pulleyn, 1653, pp. 501-2; Nathaniel Highmore, *De Passione Hysterica et Affectione Hypochondriaca* (Oxford, A. Lichfield; R. Davis, 1660); Estevao Rodrigues de Castro, *Syntaxis Praedictonum Medicarum*, Lyons, Phil. Borde; Arnaud et Cl. Rigaud, 1661; Abraham Zacuto [Zacutus Lusitanus], *Praxis Medica Admiranda*, Londres, Ioannem, Huguetan Antonium, 1637, pp. 11, 13, 35, 40, 42, 46, 176-80, 252-66, 277-83, 289-95; Gregor Horst, *Dissertationem... Inauguralem de Mania... Publicae Censura* (Giessen, viuda de Frederic Karger, 1677, pp. 9-18; Bernard Mandeville, *A Treatise of the Hypochondriack and Hysteric Passions*, Hildesheim, 1711; reimpreso Nueva York, G. Olms, 1981; Hermann Boerhaave, *Praelectiones Academicae de Morbis Nervorum Curant*, Leiden, Van Eems, 1761; reimpreso Leiden, Brill, 1959, pp. 11, 144-45, 284-45, 290, 292, 370; William Cullen, *First Lines of the Practice of Physic*, Edinburgh, Bell, Bradfute, 1791, pp. 98-115; Philippe Pinel, *A Treatise on Insanity*, trad. D. D. Davis, 1806; reimpresión facsimilar Nueva York, Hafner, 1962, pp. 7-45, 229-65; Franz Josef Gall, *Anatomie et physiologie du système nerveux en général*, París, F. Schoell, 1810-19, pp. 85-164; Auguste Elisabeth Philogène Tripier, *Leçons cliniques sur les maladies des femmes*, París, Octave Doin, 1883, pp. 347-51; y Pierre Briquet, *Traité clinique et thérapeutique de l'hystérie*, París, J. B. Baillière, 1859, pp. 111-38, 289-91, 409-12, 535-613.

histeria.[7] Esta supuesta enfermedad y sus aflicciones hermanas mostraban una sintomatología coherente con el funcionamiento normal de la sexualidad femenina, por lo cual no debe sorprender que el alivio se consiguiera mediante el orgasmo, ya fuera por el coito en el lecho matrimonial o mediante un masaje en la mesa de auscultación del médico. Ubicaré este paradigma de enfermedad en el contexto de las definiciones androcéntricas de sexualidad, lo cual explica por qué tales tratamientos eran permitidos social y éticamente a los doctores y por qué las mujeres los necesitaban. Los conceptos androcéntricos de la sexualidad, y sus implicaciones para las mujeres y para los médicos que las trataban, definieron el desarrollo no sólo del concepto de las patologías sexuales femeninas sino también de los instrumentos diseñados para manejarlas.

La tecnología nos dice mucho acerca de la construcción social de las tareas y funciones que debe llevar a cabo. Aunque la instrumentación del masaje ha tenido muchos usos en la historia, aquí me ocuparé sólo de su función en el tratamiento de cierta clase de "dolencias de mujeres". A través del vibrador y sus antecesores en la historia de la tecnología del masaje médico examinaré tres temas: las definiciones androcéntricas de la sexualidad y la construcción de una sexualidad femenina ideal que se ajuste a ellas; la reducción del comportamiento sexual femenino fuera de la norma androcéntrica a paradigmas de enfermedad que requieren tratamiento; y los medios con que los doctores legitimaron y justificaron la producción clínica del orgasmo en las mujeres como un tratamiento para estos trastornos. Al evaluar estas tecnologías, es significativa la perspectiva del género: por ejemplo, es típico que los hombres reaccionen a la figura 1 (p. 179) con un sobresalto, mientras que las mujeres se ríen. Queda claro que donde las tecnolo-

[7] Las historias clásicas de la enfermedad son: Ilsa Veith, *Hysteria: The History of a Disease*, Chicago: University of Chicago Press, 1965; Alan Krohn, *Hysteria: The Elusive Neurosis*, Nueva York, International Universities Press, 1978; Dewey Ziegler y Paul Norman, "On the Natural History of Hysteria in Women", *Diseases of the Nervous System* 15, 1967, pp. 301-36; Henri Cesbron, *Histoire critique de l'hystérie*, París, Asselin y Houreau, 1909; y Glafira Abrikosova, *L'Hystérie aux XVIIe et XVIIIe siècles (étude historique)*, París, Steinheil, 1897. Obras más recientes incluyen: Philip R. Slavney, *Perspectives on "Hysteria"*, Baltimore, Johns Hopkins University Press, 1990, y George Wesley, *A History of Hysteria*, Washington, D.C., University Press of America, 1979.

gías interfieren en el cuerpo, sobre todo sus órganos sexuales, el sexo del cuerpo es importante.

Cuando surgió el vibrador como un instrumento médico electromecánico a fines del siglo XIX, evolucionó a partir de tecnologías de masaje anteriores en respuesta a la demanda de los doctores de terapias físicas más rápidas y eficientes, sobre todo para la histeria. El masaje hasta el orgasmo de las pacientes femeninas era un elemento básico de la práctica médica entre algunos doctores occidentales (aunque desde luego no todos) desde los tiempos de Hipócrates hasta la década de 1920, y mecanizar esta tarea aumentó significativamente la cantidad de pacientes que un doctor podía atender durante un día de trabajo. Los médicos eran un grupo masculino exclusivo con control sobre sus vidas e instrumentos laborales, y las ganancias en la eficiencia de la producción médica del orgasmo a cambio de un pago podían aumentar el ingreso. Los médicos tenían tanto los medios como la motivación para mecanizarlo.

La demanda de tratamiento tenía dos fuentes: la proscripción de la masturbación femenina como inmoral y posiblemente malsana, y el fracaso de la sexualidad androcéntricamente definida para producir regularmente el orgasmo en la mayoría de las mujeres.[8] Así, los síntomas definidos hasta 1952 como histeria, y algunos de los asociados con clorosis y neurastenia, pueden haber sido, por lo menos en gran parte, el funcionamiento normal de la sexualidad de la mujer en un contexto social patriarcal que no reconocía su diferencia esencial respecto de la sexualidad masculina, con su acento tradicional en el coito. El modelo históricamente androcéntrico y pronatal de la heterosexualidad sana y "normal" es la penetración de la vagina por el pene hasta el orgasmo masculino. Se ha señalado clínicamente en muchas épocas que este marco de conducta no logra producir el orgasmo regularmente en más de la mitad de la población femenina.[9]

---

[8] Donald E. Greydanus, "Masturbation; Historic Perspective", *New York State Journal of Medicine* 80, 12 (1980), pp. 1892-96; E. H. Hare, "Masturbatory Insanity: The History of an Idea", *Journal of Mental Science* 108 (1962), pp. 2-25; John Francis Wallace Meagher, *A Study of Masturbation and Its Reputed Sequelae*, Nueva York, William Wood, 1924; E. H. Smith, "Signs of Masturbation in the Female", *Pacific Medical Journal*, febrero 1903, pp. 78-83; Wilhelm Stekel, "Disguised Onanism (Masked Masturbation)", *American Journal of Urology and Sexology* 14, 7 (1918), pp. 289-307.

[9] Para un resumen de esta investigación, ver Donald Symons, *The Evolution of Human Sexuality*, Nueva York, Oxford University Press, 1979, pp. 75-92.

Debido a que el modelo androcéntrico de sexualidad se consideraba necesario para la institución pronatal y patriarcal del matrimonio y había sido defendido y justificado por los notables de la medicina occidental convencional en todos los siglos, por lo menos desde la época de Hipócrates, el matrimonio no siempre "curaba" la "enfermedad" representada por el funcionamiento común e incómodamente persistente de la sexualidad de la mujer fuera del paradigma sexual dominante. Esto relegaba la tarea de aliviar los síntomas de la excitación femenina al tratamiento médico, lo cual definía el orgasmo femenino bajo condiciones clínicas como la crisis de una enfermedad, el "paroxismo histérico". En efecto, los doctores heredaron la tarea de producir el orgasmo en las mujeres porque era un quehacer que nadie más quería.

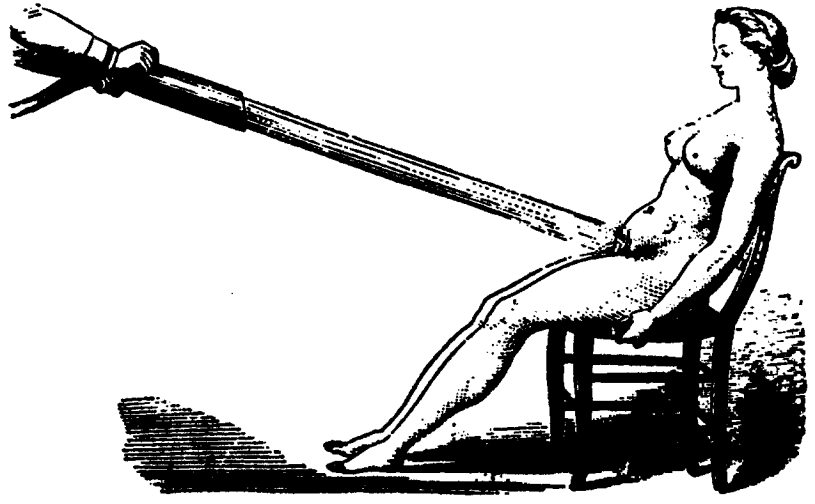

Fig. 1. Ducha pélvica francesa de alrededor de 1860 de Fleury, reproducida en Siegfried Giedion, *Mechanization Takes Command* (Nueva York, Oxford University Press, 1948).

No hay pruebas de que los médicos de género masculino disfrutaran al proporcionar tratamientos de masaje pélvico. Al contrario, este grupo masculino exclusivo buscaba cualquier oportunidad para sustituir con otros recursos sus dedos, tales como las atenciones de un marido, las manos de una partera, o el aspecto comercial de algún

mecanismo incansable e impersonal.[10] Esto último, la opción de sustitución de mano de obra por capital, reducía el tiempo requerido por los médicos para producir resultados de alrededor de una hora hasta unos diez minutos.[11] Como muchos maridos, los doctores no estaban dispuestos a molestarse en realizar lo que, después de todo, era una tarea rutinaria. Este quehacer requería habilidad y atención; Nathaniel Highmore señaló en 1660 que era difícil aprender a producir el orgasmo mediante el masaje de la vulva. Decía que la técnica "no deja de parecerse al juego infantil en que hay que sobarse el estómago con una mano y darse golpecitos en la cabeza con la otra".[12] Al mismo tiempo, las mujeres histéricas representaban un mercado amplio y lucrativo para los médicos. Estas pacientes ni se recuperaban ni morían por su malestar sino que seguían requiriendo un tratamiento periódico. Russell Thacher Trall y John Butler, a fines del siglo XIX, calculaban que tres cuartas partes de la población femenina eran "poco saludables", y que este grupo constituía el mercado más grande de Estados Unidos para servicios terapéuticos.[13] Además, el tratamiento orgásmico no debe haber hecho daño a casi ninguna paciente, enferma o sana, contrastando así favorablemente con terapias "heroicas" del siglo XIX, como la clitoridectomía

[10] Sobre el tratamiento de la histeria y la clorosis por parteras, ver Nicolaas Fonteyn [Nicolaus Fontanus, fl. 1630], *The Womans Doctour*, Londres, John Blage and Samuel Howes, 1652, B4-7, p. 45; Jakob Rueff [1500-1558], *The Expert Midwife*, Londres, E. Griffin para S. Burton, 1637, lib. 6, cap. 8; Nicholas Culpeper [1616-54], *A Directory for Midwives*, Londres, Peter Cole, 1651, pp. 94-95, 110-11; John Pechey [1655-1716], *A General Treatise of the Diseases of Maids, Big-Bellied Women, Child-Bed Women, and Widows*, Londres, Henry Bonwick, 1696, A3, B13-14; y su *Compleat Midwife's Practice Enlarged*, 5ª ed., 1698, pp. 230-33.

[11] Franklin H. Martin, *Electricity in Diseases of Women and Obstetrics*, Chicago, W. T. Keener, 1892, pp. 225-32; Franklin Benjamin Gottschalk, *Practical Electrotherapeutics*, Hammond, Ind., F. S. Betz, 1908, p. 282; Gottschalk, *Static Electricity, X-ray and Electro-vibration: Their Therapeutic Application*, Chicago, Eisele, 1903, pp. 137-139; Anthony Matijaca, *Principles of Electro-medicine, Electro-surgery and Radiology*, Tangerine, Fla., Benedict Lust, 1917, pp. 134-36; y Vibrator Instrument Company, *The Chattanooga Vibrator*, Chattanooga, Tenn., VIC, 1904, p. 3.

[12] Highmore, *De Passione Hysterica*, pp. 76-77: "Necnon in lusu illo puerorum, quo una manu pectus perfricare, altera frontem percutere conantur."

[13] Russell Thacher Trall, *The Health and Diseases of Women*, Battle Creek, Mich., Health Reformer, 1873, pp. 7-8, 31; y John Butler, *Dr. John Butler's Electro-massage Machine or Electric Manipulator for Curing Diseases at Home*, Nueva York, Butler Electric Massage, 1889, p. 21.

para impedir la masturbación.[14] Desde luego, no debe percibirse a las recipientes de terapia orgásmica como víctimas: es casi seguro que algunas de ellas deben haber sabido lo que estaba sucediendo.[15]

El modelo androcéntrico de sexualidad

La definición androcéntrica del sexo como una actividad reconoce tres pasos esenciales: preparación para la penetración ("estimulación erótica"), la penetración y el orgasmo masculino. La actividad sexual que no incluye, por lo menos, los últimos dos pasos no se ha considerado popular o médicamente (ni tampoco legalmente) como "genuina".[16] Se espera que la mujer alcance el orgasmo durante el coito, pero si esto no sucede no por ello disminuye la legitimidad del acto como "sexo genuino".[17] El hecho de que más de la mitad de todas las mujeres, posiblemente más del 70%, no alcance regularmente el orgasmo sólo mediante la penetración ha sido señalado por investigadores como Alfred Kinsey y Shere Hite; pero el dato se conocía, aunque no se difundiera, en los siglos anteriores.[18] Tradicionalmente se ha definido a esta mayoría de

[14] Andrew Scull y Diane Favreau, "'A Chance to Cut Is a Chance to Cure': Sexual Surgery for Psychosis in Three Nineteenth Century Societies", *Research in Law, Deviance and Social Control* 8, 1986, pp. 3-39; ver también Hare, "Masturbatory Insanity", 10, y Vern Bullough, "Technology for the Prevention of 'Les Maladies produites par la Masturbation'", *Technology and Culture* 28, 4, 1987, pp. 828-32.

[15] Para argumentos contrarios a la visión de "la mujer como víctima del médico", ver Regina Morantz, "The Lady and Her Physician", en *Clio's Consciousness Raised*, ed. M. Hartman y L. Banner, Nueva York, Harper Torchbooks, 1974, pp. 38-53.

[16] Judith Brown ha sugerido que la falta de penetración en la mayor parte de la actividad lésbica es la razón por la que ha sido muy poco tratada en la historia legal de Occidente. Ver Brown, *Immodest Acts: The Life of a Lesbian Nun in Renaissance Italy*, Nueva York, Oxford University Press, 1986, pp. 6-20.

[17] Ver, por ejemplo, Celia Roberts et al., "Faking It: The Story of 'Ohh!'", *Women's Studies International Forum* 18, 5-6, 1995, p. 531 n. 7.

[18] Alfred Charles Kinsey, *Sexual Behavior in the Human Female*, Filadelfia, Saunders, 1953, y Shere Hite, *The Hite Report on Female Sexuality*, Nueva York, Macmillan, 1976. Nótese también el trato popular de este tema, como en Judith Schwartz, "Straight Talk about Orgasm", *Redbook*, marzo, 1994, p. 75. Para referencias anteriores a este tema ver, por ejemplo, John Pechey, *The Compleat Midwife's Practice Enlarged*, 5ª ed., 1698, p. 32; Culpeper, *Directory for Midwives*, p. 28; y un texto insólito de mediados del siglo XX: Alfred Henry Tryer, *Sex Satisfaction and Happy Marriage*, Nueva York, Emerson Books, 1948, pp. 85, 115. Una fuente más convencional es Marie Stopes, *Married Love: A New Contribution to the Solution of Sex Difficulties*, Nueva York, Eugenics, 1931, p. 74.

mujeres como anormal o "frígida", de alguna manera negligente en su obligación de reforzar el modelo androcéntrico de sexo satisfactorio.[19] Tal vez estas mujeres constituyen la mayoría de las histéricas de la historia, cuya cantidad hace plausible el argumento de Thomas Sydenham en el siglo XVII de que la histeria era "la más común de todas las enfermedades salvo las fiebres".[20] También explica el argumento de los médicos decimonónicos de que la histeria era pandémica en su época.[21] Cuando el sexo marital era insatisfactorio y se desalentaba o se prohibía la masturbación, es probable que la sexualidad femenina se afirmara mediante una de las pocas salidas aceptables: los síntomas de trastornos histeroneurasténicos.

A lo largo de la historia, las mujeres han sido disuadidas de masturbarse con el argumento de que esta práctica les perjudicaría la salud, y la mayoría de los hombres antes de este siglo (incluso hasta el día de hoy, dirían algunos) no han comprendido que la penetración satisface sexualmente sólo a una minoría de mujeres. Incluso los maridos y amantes que tal vez lo saben no siempre quisieron molestarse en proporcionar más estimulación, la necesaria para producir el orgasmo femenino.[22] Las autoridades médicas, en una época tan reciente como la década de 1970, aseguraban a los hombres que una mujer que no alcanzara el orgasmo durante el coito heterosexual tenía un defecto o sufría algún daño físico o psicológico. La culpa de seguro tenía que ser de ella, ya que era literalmente inimaginable que pudiera descubrirse algún defecto en la hipótesis de la penetración.[23] Si el pene no representa-

[19] Havelock Ellis, "The Sexual Impulse in Women", en *Studies in the Psychology of Sex*, vol. I, Nueva York, Random House, 1940. Un autor popular de consejos médicos de la década de 1970, David Reuben, se atiene a convenciones más recientes (aunque igualmente androcéntricas) al usar la expresión "perjuicio orgásmico" para evitar la que considera una expresión menos objetiva, "frígida". Ver Reuben, *Any Woman Can Love and Sexual Fulfillment for the Single, Widowed, Divorced... and Married*, Nueva York, D. McKay, 1971, pp. 25-56.

[20] Joseph Frank Payne, *Thomas Sydenham*, Nueva York, Longman, Green, 1900, p. 143.

[21] Barbara Ehrenreich y Deirdre English, *Complaints and Disorders: The Sexual Politics of Sickness*, Old Westbury, N.Y., Feminist Press, 1973, pp. 15-44.

[22] Ver, por ejemplo, Sophie Lazarsfeld, *Woman's Experience of the Male*, 9ª ed., Londres, Encyclopedic Press, 1967, pp. 123-66.

[23] Para un ejemplo particularmente notable de esta perspectiva, ver Edmund Bergler y William S. Kroger, *Kinsey's Myth of Female Sexuality*, Nueva York, Grune and Stratton, 1954, pp. 7, 35, 70, 76, 94-95.

ra el arma máxima en la guerra sexual, las aseveraciones de la superioridad masculina se apoyarían por completo en el potencial estadísticamente mayor de los músculos bíceps y deltoide masculinos, que en sí no parecían equivalentes a la tarea de mantener el patriarcado en la civilización occidental.

El orgasmo femenino y las maneras de producirlo eran y son anómalos desde un punto de vista biológico, así como político y filosófico. Su falta de correlación con la fertilidad y la concepción sigue siendo contraria a lo intuitivo aun, o tal vez sobre todo, en una época de mayor comprensión científica de la reproducción humana. La función biológica del orgasmo femenino es controvertida.[24] Tanto en el pasado reciente como en el remoto, parecía apenas razonable suponer *a priori* que hombres y mujeres quedarían sexualmente gratificados por el mismo acto de penetración hasta el orgasmo masculino, que hacía posible la concepción. El hecho de que, en la mayoría de los casos, sea necesaria la estimulación de los genitales externos de las mujeres sigue sin explicación.[25] Como historiadora no pretendo especular acerca de las cuestiones fisiológicas y evolutivas planteadas por este problema. Espero con interés los resultados de las investigaciones actuales de biólogos de la evolución, fisiólogos reproductivos y antropólogos físicos.

La cuestión del orgasmo femenino en la historia está profundamente opacada por el androcentrismo de las fuentes existentes. Los estudiosos médicos, por ejemplo, han tratado el orgasmo femenino principalmente desde un punto de vista prescriptivo; los autores más difundidos apenas lo mencionan en raras ocasiones.[26] Antes de mediados de este siglo, aun en la literatura, las referencias al orgasmo femenino brillan por su ausencia, incluso en obras supuestamente construidas

[24] Después de, por lo menos, dos milenios de esfuerzos por producir el orgasmo femenino antes o durante el orgasmo masculino en el coito, un estudio ha sugerido que la concepción es ayudada por el orgasmo femenino de uno a cuarenta y cinco minutos después de la eyaculación del hombre. Ver Beth Livermore, "Why Women's Orgasms Matter", *Self* 16, 2, 1994, p. 56; F. Bryant Furlow y Randy Thornhill, "The Orgasm Wars", *Psychology Today*, ene.-feb. 1996, pp. 42-46; y Michael Segell, "Great Performances", *Esquire*, enero 1996, p. 30.

[25] W. C. M. Schultz et al., "Vaginal Sensitivity to Electric Stimuli: Theoretical and Practical Implications", *Archives of Sexual Behavior* 18, 2, 1989, pp. 87-95.

[26] Hay quienes, como Juvenal en su *Sátira sobre mujeres* (fines del siglo I a.D.), lo mencionan con el fin de condenar la supuesta depravación del sexo femenino.

en torno a temas sexuales.[27] En el desarrollo del pensamiento médico occidental sobre el tema de la sexualidad, se ha considerado tanto razonable como necesario para el apoyo social del ego masculino ya sea que el orgasmo femenino se trate como un producto secundario del orgasmo masculino o que su existencia o importancia se niegue por completo. A lo largo de la historia, se han usado ambas estrategias, pero también ha persistido una corriente oculta que reconoce que el modelo androcéntrico de sexualidad no representa de manera adecuada la experiencia de las mujeres.[28]

Lo que confunde los análisis médicos de estos asuntos, como ha señalado Thomas Laqueur, es que la tradición occidental hasta el siglo XVIII no había desarrollado un vocabulario completo y significativo de la anatomía femenina. La vulva, los labios y el clítoris no siempre se distinguían de la vagina, ni la vagina del útero. Así, al leer los estudios premodernos de ginecología, resulta difícil descifrar las descripciones de tratamientos en que los genitales femeninos no están diferenciados. Las referencias a la sexualidad femenina suelen darse en términos masculinos, como por ejemplo las secreciones de las glándulas Bartholin se llaman "semen" o "semillas". Thomas Laqueur dice que los médicos que escribían sobre anatomía "no veían ninguna necesidad de desarrollar un vocabulario preciso de la anatomía genital, porque si el cuerpo femenino era una versión menos caliente, menos perfecta y, por lo tanto, menos clara del cuerpo canónico, importaban mucho menos las marcas orgánicas distintivas, ni hablar de las genitales, que las jerarquías metafísicas que ilustraban".[29]

---

[27] Tales como *Pamela* (1740) de Richardson, *Anna Karenina* (1876) de Tolstoi y *Madame Bovary* (1856) de Flaubert.

[28] Para algunos ejemplos, ver Symons, *Evolution of Human Sexuality*, pp. 85-92; Helen Rodnite Lemay, "Human Sexuality in Twelfth- through Fifteenth-Century Scientific Writings", en *Sexual Practices and the Medieval Church*, ed. Vern L. Bullough y James Brundage, Buffalo, N.Y., Prometheus Books, 1982, p. 204; Edward Bliss Foote, *Dr. Foote's Home Cyclopedia of Popular Medical, Social, and Sexual Science*, Nueva York, Murray Hill, 1901, pp. 550, 1133, 1150; Robert Taylor, *A Practical Treatise on Sexual Disorders of the Male and Female*, 3ª ed., Nueva York, Lea Brothers, 1905, pp. 404, 410-13; y Smith Baker, "The Neurophysical Element in Conjugal Aversion", *Journal of Nervous and Mental Disease* 19, sept. 1892, pp. 669-81.

[29] Thomas Laqueur, *Making Sex: Body and Gender from the Greeks to Freud*, Cambridge, Harvard University Press, 1990, pp. 34-35.

Pretendo bosquejar aquí los contornos de la respuesta médica y tecnológica masculina a la discontinuidad entre las experiencias masculinas y femeninas de la sexualidad, mediante la construcción social de paradigmas de enfermedad. Situados en el centro vulnerable de toda relación heterosexual pasada y presente, los asuntos potencialmente desestabilizadores de la reciprocidad orgásmica durante la historia han sido trasladados a un terreno neutral y de higiene en donde la sexualidad femenina se representaba como una patología y el orgasmo femenino, redefinido como la crisis de una enfermedad, se producía clínicamente como una terapia legítima. Esta interpretación obviaba la necesidad de cuestionar el prestigio exaltado del pene o la eficacia del coito como un estímulo para el orgasmo femenino. Además, no requería un ajuste de actitud o de habilidad por parte de los compañeros sexuales masculinos. Lo que Foucault llama la "histerización del cuerpo femenino" protegía y reforzaba las definiciones androcéntricas de la satisfacción sexual.[30]

Una parte de mi argumentación se apoya en el carácter vago y sexualmente centrado de la histeria, de acuerdo con las definiciones de las autoridades médicas antiguas, medievales, renacentistas y modernas, anteriores a Sigmund Freud. Muchos de sus síntomas clásicos son los de la excitación crónica: ansiedad, insomnio, irritabilidad, nerviosismo, fantasía erótica, sensación de pesadez en el abdomen, edema pélvico inferior y lubricación vaginal.[31] Los médicos antes de fines del siglo XIX rara vez mencionan los estados paralíticos descritos por Freud y algunos otros.[32] Durante el síncope se notaba que algunas histéricas experimentaban —como lo señaló Franz Josef Gall en la segunda década del siglo XIX y A.F.A. King unos setenta años después— la aparente

[30] Michel Foucault, *The History of Sexuality*, vol. I, *An Introduction*, Nueva York, Random House, 1978, p. 104.

[31] Jean-Michel Oughourlian, *The Puppet of Desire: The Psychology of Hysteria, Possession and Hypnosis*, trad. Eugene Webb, Stanford, Calif., Stanford University Press, 1991, p. 145; sobre neurastenia ver John S. Haller, "Neurasthenia: The Medical Profession and the 'New Woman' of the Late Nineteenth Century", *New York State Journal of Medicine* 71, 15 febrero 1971, p. 474.

[32] Edward Haller Shorter, "Paralysis: The Rise and Fall of a 'Hysterical' Symptom", *Journal of Social History* 19, 4, 1986, pp. 549-82.

pérdida de conciencia del sujeto, asociada con el sonrojamiento de la piel, "sensaciones voluptuosas" y vergüenza y confusión después de recuperarse de una muy breve pérdida de control, por lo general de menos de un minuto.[33] El hecho de que las histéricas no se volvieran incontinentes durante sus "accesos" como los epilépticos, y aparentemente se sintieran mucho mejor después, llevó a algunos médicos a sospechar que sus pacientes fingían la enfermedad. Los doctores señalaban que los epilépticos con frecuencia se lastimaban cuando caían, pero que a las histéricas esto rara vez les sucedía.[34] No quiero decir que todas las mujeres diagnosticadas como histéricas fueran casos de privación sexual (o más bien orgásmica); sin duda, algunas sufrían otras dolencias mentales o físicas, cuyos síntomas coincidían significativamente con el paradigma de enfermedad de la histeria. Joan Brumberg ha señalado, por ejemplo, que en el siglo XIX muchos médicos consideraban la anorexia en chicas jóvenes como un trastorno histérico.[35] Pero la sola cantidad de histéricas antes de mediados de este siglo, y su casi total desaparición de la historia después de esa época, sugiere que lo que ha cambiado son las percepciones sobre el carácter patológico de la conducta de esas mujeres, y no la conducta en sí.[36]

La pérdida total o parcial de la conciencia —o, más bien de la reacción a estímulos externos— fue interpretada y descrita de diversas maneras a lo largo del tiempo. Areteo, al igual que Platón, pensaba que el útero inflamado y desconectado sofocaba o ahogaba a la paciente, tema extensamente tratado en textos médicos del clásico tardío, la Edad Media y el Renacimiento. Se creía que el útero, congestionado con "semilla" (*semen* en latín) no utilizada, se rebelaba contra la privación sexual.

---

[33] Gall, *Anatomie et physiologie du système nerveux*, pp. 85-164, y A.F.A. King, "Hysteria", *American Journal of Obstetrics* 24, 5, 1891, pp. 513-32.

[34] Sin embargo, hay por lo menos un caso de tal daño a una histérica en el Salpêtrière. Ver Christopher G. Goetz, Michel Bonduelle y Toby Gelfand, *Charcot: Constructing Neurology*, Nueva York, Oxford University Press, 1995, p. 191.

[35] Joan Jacobs Brumberg, *Fasting Girls: The Emergence of Anorexia Nervosa as a Modern Disease*, Cambridge, Harvard University Press, 1988, pp. 67-70, 107, 115-20, 143.

[36] Roberta Satow, "Where Has All the Hysteria Gone?", *Psychoanalytic Review* 66, 1979-80, pp. 463-73. Martha Noel Evans dice que la enfermedad sobrevive, por lo menos en Francia, en la forma de trastornos que ahora se llaman espasmofilia y anorexia, antes diagnosticados como histeria. Ver Evans, *Fits and Starts: A Genealogy of Hysteria in Modern France*, Ithaca, Cornell University Press, 1991, pp. 223-42.

La cura, coherente con la teoría de los humores popularizada por Galeno, debía inducir el órgano a regresar a su posición normal en la pelvis y provocar la expulsión del exceso de fluido.[37] Cuando la paciente era soltera, viuda, infelizmente casada o monja, la cura se efectuaba montando a caballo vigorosamente, por el movimiento de la pelvis en un columpio, silla mecedora o carreta, o mediante el masaje de la vulva por un médico o una partera, como lo describe Forestus en el párrafo arriba citado. A las mujeres solteras en edad casadera que tenían síntomas de histeria, por lo general, se les recomendaba el matrimonio y, como dijo Ambroise Paré en el siglo XVI, "ser fuertemente acometidas por sus maridos".[38] La masturbación por parte de la paciente misma se recomendó como tratamiento para la histeria apenas a principios del siglo XX, y entonces sólo rara vez.[39] Si bien la histeria, la mayoría de las veces, no era sino el funcionamiento normal de la sexualidad femenina, la inducción de la crisis de la enfermedad, llamada "paroxismo histérico", de hecho habría proporcionado el tipo de alivio temporal que los médicos describían. Sólo un puñado de autoridades médicas que abogaban por el masaje genital femenino como tratamiento para la histeria, sin embargo, reconocían que la crisis así producida era un orgasmo.[40]

En el siglo XIX, como señalan Peter Gay y otros, la sabiduría heredada de que las mujeres requerían la gratificación sexual para la buena salud entraba en conflicto con ideas más novedosas respecto de la pureza intrínseca de la feminidad. Una resolución no poco común del conflicto de las filosofías médicas referidas a la sexualidad de la mujer era la posición intermedia de que las mujeres deseaban ardientemente la

[37] Owsei Temkin, *Galenism: Rise and Decline of a Medical Philosophy*, Ithaca, Cornell University Press, 1973.

[38] Paré, *Workes*, pp. 634, 945.

[39] Como en Robert L. Dickinson y Henry H. Pierson, "The Average Sex Life of American Women", *Journal of the American Medical Association* 85, 1925, pp. 1113-17; ver también Harland William Long, *Sane Sex Life and Sane Sex Living: Some Things That All Sane People Ought to Know about Sex Nature and Sex Functioning*, Nueva York, Eugenics, 1937, pp. 125-27.

[40] Entre quienes lo reconocieron, los más notables son: Highmore, *De Passione Hysterica*, pp. 76-78, y Tripier, *Leçons cliniques*, pp. 350-51. Audrey Eccles analiza otra bibliografía directa en *Obstetrics and Gynaecology in Tudor and Stuart England*, Londres, Croom Helm, 1982, pp. 79-82, al igual que Danielle Jacquart y Claude Thomasset en *Sexuality and Medicine in the Middle Ages*, trad. Matthew Adamson, Princeton, Princeton University Press, 1988, p. 170.

maternidad, no el orgasmo.[41] Esta hipótesis pronatal no sólo preservaba la ilusión de la superioridad espiritual de las mujeres a la vez que explicaba su comportamiento sexual, sino que también reforzaba la ética del coito en la posición de la mujer supina como una norma de mandato divino. Como bien indica Gay, esta proposición también protegía el ego masculino y el modelo androcéntrico de sexualidad.[42]

Las interpretaciones freudianas después de 1900 presuponían impulsos sexuales en las mujeres, ubicándolos en un nuevo tipo de moralismo androcéntrico, el de la psicopatología, que persistiría hasta nuestra época. En el nuevo paradigma, la histeria no era causada por la privación sexual sino por experiencias de la infancia, y podía manifestarse en la propensión a la masturbación y a la "frigidez" en el contexto de la penetración.[43] Estos dos "síntomas" también eran una prueba, según la opinión freudiana, del desarrollo sexual femenino detenido en un nivel juvenil. Así, la mística de la penetración permanecía sin cuestionarse, aun cuando el tapete teórico se moviera bajo los problemas médicos y sexuales. Las mujeres de verdad, según la teoría freudiana así como autoridades anteriores, experimentaban una gratificación sexual madura como resultado de la penetración vaginal hasta el orgasmo masculino, y no aceptaban ningún sustituto para lo "genuino". Muchos médicos malentendieron sistemáticamente la función del clítoris en la excitación hasta el orgasmo, ya que esta función contradecía el principio androcéntrico de que sólo el pene erecto podía proporcionar satisfacción sexual a una mujer adulta normal y sana.[44] El hecho de que

[41] Dos ejemplos entre muchos son: William Acton [1813-75], *The Functions and Disorders of the Reproductive Organs in Childhood, Youth, Adult Age and Advanced Life, Considered in Their Physiological, Social, and Moral Relations*, Filadelfia, Blakiston, 1865, p. 133, y Richard von Krafft-Ebing, *Psychopathia Sexualis: A Medico-forensic Study*, 1886, reimpr. Nueva York, G. P. Putnam's Sons, 1965, pp. 33, 55, 248. Un panorama de estos estudios aparece en Carl N. Degler, "What Ought to Be and What Was", *American Historical Review* 79, 1974, pp. 1467-90.

[42] Peter Gay, *The Education of the Senses*, vol. I de *The Bourgeois Experience: Victoria to Freud*, Nueva York, Oxford University Press, 1984, pp. 103, 264, 478-82.

[43] Laqueur, *Making Sex*, p. 233. La "frigidez" en los hombres también se define en el contexto del coito. Ver Robert Knight, "Functional Disturbances in the Sexual Life of Men: Frigidity and Related Disorders", *Bulletin of the Menninger Clinic* 7, 1, 1943, pp. 25-35.

[44] Editorial en *Lancet*, 1869, citado en Lynda Nead, *Myths of Sexuality: Representations of Women in Victorian Britain*, Oxford, Basil Blackwell, 1988, p. 21; C.

este principio relegara la experiencia de dos terceras partes o tres cuartas partes de la población femenina a una condición patológica no se consideró un problema.[45]

De hecho, en muchos casos, este enfoque androcéntrico encubrió con eficacia el carácter sexual de los tratamientos médicos de masaje. Dado que no se involucraba para nada la penetración, quienes creían en la hipótesis de que sólo la penetración era sexualmente gratificante para las mujeres podían argumentar que nada sexual estaba ocurriendo cuando las pacientes experimentaban el paroxismo histérico durante el tratamiento. Incluso los médicos del siglo XIX que criticaron el espéculo por sus efectos supuestamente estimulantes y cuestionaron el masaje manual interno, no veían nada inmoral o poco ético en el masaje externo de la vulva y el clítoris con un chorro de agua o con aparatos mecánicos o electromecánicos.[46] Las interpretaciones freudianas y posteriores de la histeria y la masturbación ayudaron a disminuir este encubrimiento, y cuando el vibrador, usado en consultorios médicos desde la década de 1880, empezó a aparecer en películas eróticas en la década de 1920, ya no pudo sostenerse la ilusión de un proceso clínico distinto de la sexualidad y el orgasmo.[47]

En las pruebas que aquí presento de las historias de la sexualidad y el masaje médico en la historia, es importante subrayar que casi nunca se oye la voz de las mujeres. Es rara la persona de cualquier sexo que considere adecuado dejar un registro incluso de su sexualidad marital procreativa más ortodoxa, mucho menos de sus experiencias con la

---

Bigelow, *Sexual Pathology: A Practical and Popular Review of the Principal Diseases of the Reproductive Organs*, Chicago, Ottaway and Colbert, 1875, pp. 36, 78, 109; y William Goodell, *Lessons in Gynecology*, 3ª ed., Filadelfia, Davis, 1890, pp. 541, 565-70.

[45] Se ha señalado que ésta es una dificultad fundamental respecto de los resultados de la investigación de Masters y Johnson. William H. Masters, *Human Sexual Response*, Boston, Little, Brown, 1966. Bergler y Kroger, en *Kinsey's Myth of Female Sexuality*, p. 48, dicen que no hay una objeción científica o estadística para declarar que el 80 o 90% de la población femenina es anormal.

[46] Por ejemplo, Mary Gove Nichols, *Experience in Water-Cure*, Nueva York, Fowlers and Wells, 1850, pp. 10-68; Nichols, *Lectures to Women on Anatomy and Physiology*, Nueva York, Harper, 1846, pp. 244-48; y Wilhelm Griesinger, *Mental Pathology and Therapeutics*, trad. C. Lockhart Robinson y James Rutherford, Londres, New Sydenham Society, 1867, p. 202.

[47] Roger Blake, *Sex Gadgets*, Cleveland, Century, 1968, pp. 33-46, y Akbar Del Piombo, *The Erotic Tool*, Nueva York, Olympia Press, 1971, pp. 38-39.

masturbación. En la mayoría de las épocas y lugares en la historia de la cultura occidental, el hecho de que una mujer llevara tal registro habría sido atrozmente escandaloso e inmoral; el descubrimiento de esto la habría sometido a severas sanciones sociales. Aun los historiadores de la heterosexualidad masculina luchan con la falta de fuentes primarias; lo que existe puede ser fragmentario o estar corregido por herederos avergonzados o editores. Los historiadores deben depender de fuentes médicas androcéntricas y pronatales más bien prescriptivas para la información sobre las actividades más íntimas de la humanidad, porque no hay otra cosa. Casi todas mis fuentes se relacionan con mujeres blancas de las clases media y alta de Europa y Estados Unidos, y sería presuntuoso generalizar a partir de ellas a otras culturas, clases o razas.[48]

La evolución de la tecnología

El vibrador electromecánico, inventado en la década de 1880 por un médico británico, representó la última de una larga serie de soluciones a un problema que había plagado a los practicantes médicos desde la antigüedad: un masaje terapéutico eficaz que no fatigara al terapeuta ni exigiera habilidades difíciles que tardaban mucho tiempo en ser adquiridas. La velocidad y la eficiencia mecanizadas mejoraron la productividad clínica, sobre todo en el tratamiento de pacientes crónicos como las histéricas, que solían recibir una serie de tratamientos durante mucho tiempo. Entre las condiciones para las que se prescribía el masaje en la tradición médica occidental, uno de los desafíos más persistentes para la habilidad y la paciencia de los médicos como terapeutas físicos era la histeria en las mujeres. Esta era una de las enfermedades diagnosticadas con mayor frecuencia a lo largo de la historia hasta que la Asociación Psiquiátrica de Estados Unidos (APA) oficialmente retiró en 1952 los trastornos histeroneurasténicos del canon de paradigmas de enfermedades modernas.[49]

---

[48] Ver, por ejemplo, las opiniones sobre el orgasmo femenino en Howard S. Levy y Akira Ishibara, *The Tao of Sex: The "Essence of Medical Prescriptions (Ishimpo)"*, 3ª ed. rev., Lower Lake, Calif., Integral, 1989, traducción de una obra del siglo X por Tamba Yasuyori, médico chino que vivió en Japón; y Al-Sayed Haroun ibn Hussein Al-Makhzoumi [fl. 1152? A.C.], *The Fountains of Pleasure*, trad. Harem El-Khalidi, Nueva York, Dorset Press, 1970, pp. 65-76.

[49] American Psychiatric Association, *Mental Disorders Diagnostic Manual*, Wáshington, D.C., APA, 1952.

Los tratamientos mecanizados para la histeria ofrecían muchos beneficios a los usuarios de la tecnología: doctores, pacientes y los maridos de las pacientes. La producción clínica del "paroxismo histérico" no sólo proporcionaba un paliativo para los malestares femeninos y hacía que las pacientes se sintieran mejor, por lo menos temporalmente, sino que resolvía la disonancia entre la realidad y el modelo sexual androcéntrico. Y, dado que los dispositivos mecánicos y electromecánicos podían producir múltiples orgasmos en las mujeres en un periodo relativamente corto, las innovaciones en la instrumentación del masaje permitían a las mujeres una exploración más rica de sus potencias fisiológicas.[50] Aunque el masaje mecánico manual, hidráulico y manejado a vapor ofrecía algunas de estas ventajas, el vibrador electromecánico era menos fatigoso, requería menos habilidad que el masaje manual, requería menos capital que las tecnologías hidráulica o de vapor, y era más confiable, portátil y descentralizado que cualquier terapia física previa para la histeria. A quince años de la introducción del primer modelo Weiss a fines de la década de 1880, más de una docena de fabricantes estaban produciendo vibradores con baterías y modelos que funcionaban con electricidad.[51] Algunos doctores hasta tenían "teatros para la operación" de vibradores (ver fig. 2, p. 192).

Aunque los fabricantes y los usuarios de las tecnologías de masaje han dado distintos nombres a los instrumentos, aquí utilizo una nomenclatura relativamente constante con el fin de subrayar las diferencias entre diversos tipos de aparatos de masaje. En primer lugar, un verdadero vibrador es un dispositivo mecánico o electromecánico que imparte una presión rápida y rítmica sobre una superficie de trabajo contorneada, que suele estar montada a ángulo recto de la manija. Los

[50] Carol Tavris y Carole Wade, *The Longest War: Sex Differences in Perspective*, 2ª ed., San Diego, Harcourt Brace Jovanovich, 1984, pp. 92-96.

[51] Joseph Mortimer Granville, *Nerve-Vibration and Excitation as Agents in the Treatment of Functional Disorders and Organic Disease*, Londres, J. and A. Churchill, 1883. Ver también el modelo Weiss del diseño de Mortimer Granville en la Biblioteca Bakken y el Museo de la Electricidad en la Vida, Minneapolis, número de acceso 82,100. Algunas fuentes de catálogos comerciales son: Wappler Electric Manufacturing Company, *Wappler Cautery and Light Apparatus and Accessories*, 2ª ed., Nueva York, Wappler Electric, 1914; Sam J. Gorman, *Electro-therapeutic Apparatus*, 10ª ed., Chicago, Sam J. Gorman, 1912, y Manhattan Electrical Supply Company, *Catalogue Twenty-six: Something Electrical for Everybody*, Nueva York, MESCO, s. f.

aplicadores suelen tener la forma de un conjunto de aditamentos de hule intercambiables contorneados de acuerdo con las superficies anatómicas que se supone tratarán. Los consoladores vibratorios, una variante del vibrador, suelen ser de fuste recto y están diseñados para la inserción vaginal o anal.[52] Un masajeador, término que usaremos aquí, es un artefacto con superficies de trabajo planas o cóncavas, diseñadas principalmente para manipular los músculos del esqueleto. Todos estos son distintos de los electrodos usados en la electroterapia, que impartían un ligero choque eléctrico a los tejidos a los que se aplicaban y, así, se relacionan tecnológicamente con el vibrador sólo de manera colateral.

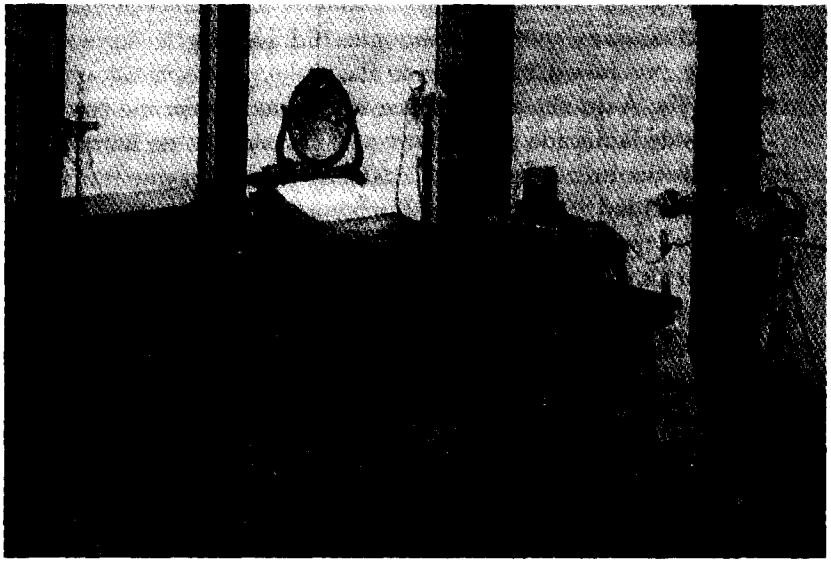

Fig. 2. Sala de operaciones, tomado de Mary Lydia Hastings Arnold Snow, *Mechanical Vibration and Its Therapeutic Application* (Nueva York, Scientific Authors, 1904).

[52] Algunas obras que aclaran estas distinciones son: Paul Tabori, *The Humor and Technology of Sex*, Nueva York, Julian Press, 1969, p. 444; Helen Singer Kaplan, "The Vibrator: A Misunderstood Machine", *Redbook*, mayo 1984, p. 34; Mimi Swartz, "For the Woman Who Has Almost Everything", *Esquire*, julio 1980, pp. 56-63; "The Great Playboy Sex-Aids Road Test", *Playboy* 25, 3, 1978, pp. 135-37, 208-9, y Joan Blank, *Good Vibrations*, Burlingame, Calif., Down There Press, 1989, pp. 6-25.

Como hemos visto, el masaje manual de la vulva como tratamiento para la histeria o "sofocación de la madre" está atestiguado continuamente en la medicina occidental desde la antigüedad hasta la Edad Media, el Renacimiento y la Reforma y hasta la edad moderna. Ya he citado la descripción de 1653 de Forestus sobre la técnica manual básica, que parece haber variado muy poco a lo largo del tiempo excepto en los tipos de aceites lubricantes. Las descripciones médicas de este procedimiento eran más o menos explícitas en sus instrucciones para los doctores, de acuerdo con el temperamento del autor. Algunos, como Forestus y su contemporáneo Abraham Zacuto (1575-1642), expresaban sus reservas respecto del decoro de masajear los genitales femeninos y proponían delegar esa tarea a una partera.[53] Las dificultades principales para los médicos, sin embargo, eran las habilidades requeridas para definir bien la intensidad del masaje según cada paciente y el vigor para mantener el tratamiento el tiempo suficiente para producir resultados.[54] Las soluciones tecnológicas para ambos problemas parecen haberse intentado bastante pronto en la forma de tratamientos hidroterapéuticos e instrumentos burdos como mecedoras, columpios y vehículos que hacían rebotar a la paciente rítmicamente sobre su pelvis.

Sabemos muy poco acerca del uso antiguo de la hidroterapia en la histeria. Sin embargo, los baños, sobre todo los construidos sobre aguas termales, tienen una larga historia de estar asociados con la sensualidad y la sexualidad. San Jerónimo (340?-420), por ejemplo, advertía a las mujeres, sobre todo a las jóvenes, que evitaran bañarse, ya que esto "incitaba pasiones que sería mejor no tocar".[55] La masturbación femenina en este contexto suele requerir que el agua esté en movimiento, preferiblemente bajo cierto tipo de presión o fuerza gravitacional, de modo que bañarse como se muestra en las escenas medievales de "cocidos" (ver fig. 3, p. 195) probablemente no habría sido eficaz.[56] Las configura-

[53] Zacuto, *Praxis Medica Admiranda*, pp. 265-66.

[54] Samuel Monell, *A System of Instruction in X-Ray Methods and Medical Uses of Light, Hot Air, Vibration and High Frequency Currents*, Nueva York, E.R. Penton, 1903, pp. 591-99.

[55] Hieronymus Eusebius [San Jerónimo], *Select Letters of Saint Jerome*, trad. F.A. Wright, Cambridge, Harvard University Press, 1933, cartas 45.5, 107.8, 11, 117.6.

[56] Para algunos ejemplos, ver Emmet Murphy, *Great Bordellos of the World*, Londres, Quartet Books, 1983, pp. 55, 69. Sobre la masturbación con agua, ver Eugene

ciones del baño romano solían incluir agua entubada que podría haberse usado de esta manera, pero faltan pruebas para saberlo.[57] Es probable que muchas mujeres a lo largo de la historia hayan descubierto de manera independiente que el agua en movimiento tenía un efecto estimulante, pero es poco probable que estos descubrimientos estuvieran documentados salvo en la forma de vagas prohibiciones de complacencia sensual en el baño, por parte de autores médicos y religiosos. Hacia fines del siglo XVIII, se habían desarrollado artefactos hidroterapéuticos especializados en trastornos femeninos y se utilizaban en algunos balnearios británicos y europeos. Hay muy pocas descripciones detalladas o ilustraciones de estos aparatos. Tobias Smollett señaló en 1752 la gran cantidad de dispositivos hidráulicos en Bath que estaban especialmente diseñados para mujeres.[58] Las mujeres representaban una mayoría del mercado para el masaje hidráulico en Gran Bretaña desde, por lo menos, la época de Smollett. Muchos balnearios tenían "departamentos femeninos" especiales y, por lo menos en Estados Unidos, las mujeres solían ser las propietarias, copropietarias o doctoras residentes de los establecimientos hidroterapéuticos.[59]

El "consuetudinario" en los establecimientos de cura de agua era la ducha, o regadera de alta presión, cuyo uso estaba ampliamente difundido para los trastornos femeninos como un estimulante local de la región pélvica (ver fig. 1, p. 179). Henri Scoutetten, un doctor francés que escribía en 1843, describía la popularidad de la ducha de agua fría entre sus pacientes femeninas como sigue:

Halpert, "On a Particular Form of Masturbation in Women: Masturbation with Water", *Journal of the American Psychoanalytic Association* 21, 1973, p. 526, y J. Aphrodite [seudónimo], *To Turn You On: Thirty-nine Sex Fantasies for Women*, Secaucus, N. J., Lyle Stuart, 1975, pp. 83-91.

[57] Barry Cunliffe, "The Roman Baths at Bath: The Excavations, 1969-1975", *Britannia* 7, 1976, pp. 1-32.

[58] Tobias Smollett, *An Essay on the External Use of Water*, ed. Claude E. Jones, [Londres, 1752] reimpr. Baltimore, Johns Hopkins Press, 1935, pp. 55-78.

[59] Como en los condados de Tompkins y Chemung, Nueva York, a mediados del siglo XIX. Samuel A. Cloyes, *The Healer: The Story of Dr. Samantha S. Nivison and Dryden Springs, 1820-1915*, Ithaca, N.Y., De Witt Historical Society of Tompkins County, 1969, y "Medical Milestones", *Chemung Historical Journal* (Elmira, N.Y.) 32, 2, 1986, pp. 3617-23. El *Water Cure Journal* menciona muchos ejemplos de mujeres propietarias, copropietarias y médicas residentes.

La primera impresión producida por el chorro de agua es de dolor, pero pronto el efecto de la percusión, la reacción del organismo al frío, que hace que la piel se sonroje, y el restablecimiento del equilibrio crean para muchas personas una sensación tan agradable que es necesario tomar precauciones para que no permanezcan más que el tiempo prescrito, que suele ser de cuatro o cinco minutos. Después de la ducha, la paciente se seca, vuelve a ajustarse el corsé, y regresa con paso animado a su habitación.[60]

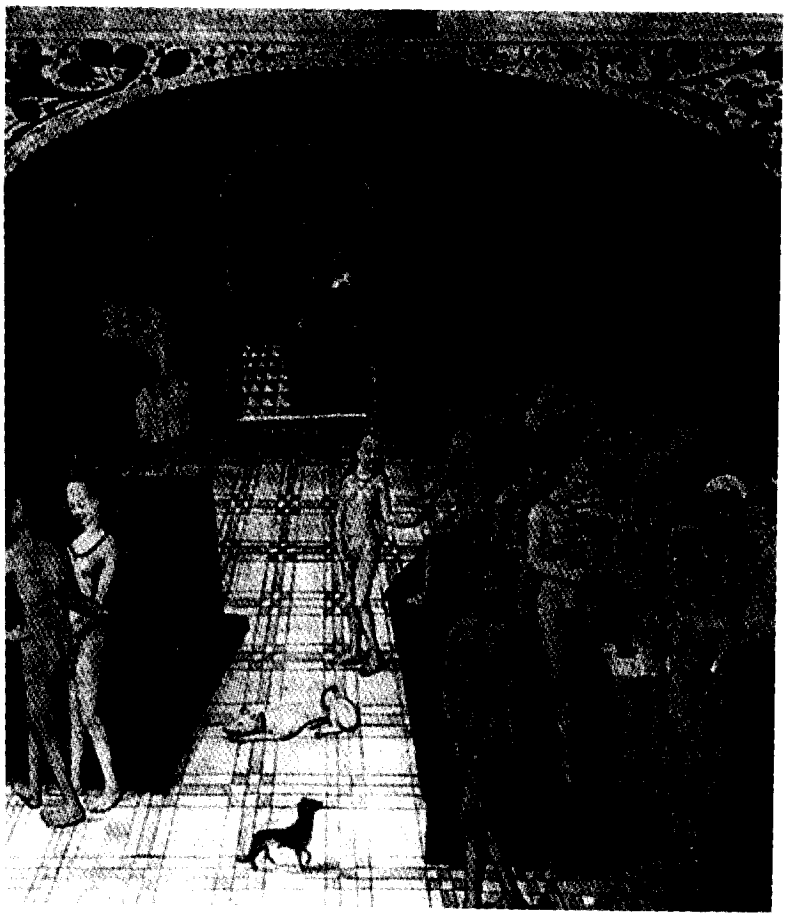

Fig. 3. Establecimiento medieval de baños. Tomado de Emmett Murphy, *Great Bordellos of the World* (1983), Bibliothèque Nationale.

[60] Henri Scoutetten, *De l'eau, ou De l'hydrothérapie*, París, P. Bertrand, 1843, pp. 239-41.

Los principales inconvenientes del masaje hidráulico para los doctores, aparte de su seducción aparentemente excesiva para las pacientes, era su necesidad de capital y su naturaleza centralizadora: el equipo era caro y requería una instalación semipermanente con una llave de agua, preferiblemente caliente.[61] Aunque algunos fabricantes de Estados Unidos se esforzaban por popularizar el equipo hidroterapéutico en las clínicas e incluso en hogares privados opulentos, el aparato era prohibitivamente caro y no podía ajustarse fácilmente a la plomería existente.[62] Así, pacientes y doctores tenían que acudir a los sitios donde había tratamiento hidroterapéutico, lo que significaba que el transporte, la cuota del balneario, y el costo de alimentos y hospedaje restringían el mercado a las clases media alta o alta.[63]

Los balnearios también representaban el mercado para muchos intentos de la época de mecanizar el masaje. La mayoría tenía equipo manual de terapia física, como percutidores de músculos, en sus arsenales clínicos, y cuando la maquinaria de "Movimiento sueco" de Gustaf Zander (1855-1920) estuvo disponible a mediados del siglo XIX, los establecimientos hidroterapéuticos prósperos también añadieron esta tecnología.[64] Un

[61] Herbert Ant y Walter S. McClellan, "Physical Equipment for Administration of Health Resort Treatment", *Journal of the American Medical Association* 123, 13 nov., 1943, pp. 69-99.

[62] Para algunos ejemplos, ver Good Health Publishing Company, *Twentieth Century Therapeutic Appliances*, Battle Creek, Mich., Good Health, 1909, y Simon Baruch, *The Principles and Practice of Hydrotherapy: A Guide to the Application of Water in Disease*, Nueva York, William Wood, 1897.

[63] Para ejemplos de cuotas, ver Charles B. Thorne, "The Watering Spas of Middle Tennessee", *Tennessee History Quarterly* 29, 4, 1970-71, pp. 321-59, y J. A. Irwin, *Hydrotherapy at Saratoga*, Nueva York, Casell, 1892. Otras aguas termales terapéuticas se describen en Edward C. Atwater y Lawrence A. Kohn, "Rochester and the Water Cure", *Rochester History* 32, 1970, pp. 1-24; John Bell [1796-1872], *On Baths and Mineral Waters*, Filadelfia, H.H. Porter, 1831; Augustus P. Biegler, *The Rochester Lake View Water-Cure Institution*, Rochester, N.Y., 1851; Carl Bridenbaugh, "Baths and Watering Places of Colonial America", *William and Mary Quarterly* 3, 1946, pp. 151-81; Edward Bulwer-Lytton, *Confessions of a Water-Patient*, 3ª ed., Londres, H. Baillière, 1847; Susan Evelyn Cayleff, "Wash and Be Healed: The Nineteenth-Century Water-Cure Movement, 1840-1900. Simple Medicine and Women's Retreat", tesis de doctorado, Brown University, 1983; Jane Donegan, *Hydropathic Highway to Health: Women and Water-Cure in Antebellum America*, Westport, Conn., Greenwood Press, 1986, y Edward W. Fitch, *Mineral Waters of the United States and American Spas*, Filadelfia, Lea and Feibiger, 1927.

[64] Alfred Levertin, *Dr. G. Zander's Medico-mechanical Gymnastics: Its Method, Importance and Applications* (Estocolmo, P. A. Norstedt, 1893).

"percutidor" de relojería, esencialmente un vibrador de cuerda, también estaba al alcance de balnearios y médicos antes de 1870 (fig. 5). Sin embargo, el percutidor tenía poca potencia para fines de masaje y tenía una tendencia molesta a agotarse antes de terminar el tratamiento. Artefactos de rodillos se vendían en el mercado popular (fig. 4) y combinaban el masaje con la electroterapia; éstos se vendían a ambos sexos y se decía que eran especialmente efectivos para renovar el vigor sexual en los hombres.[65]

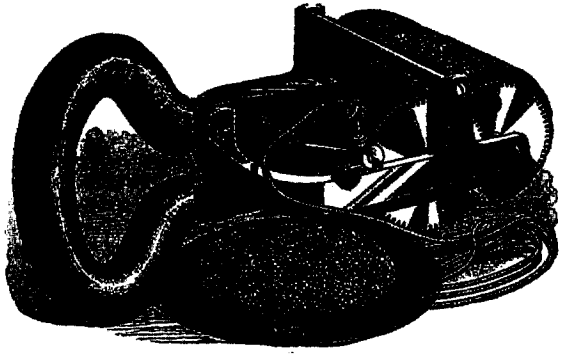

Fig. 4. La máquina de electromasaje de Butler, de *Dr. John Butler's Electro-massage Machine* (Nueva York, Butler Electro-massage, 1888).

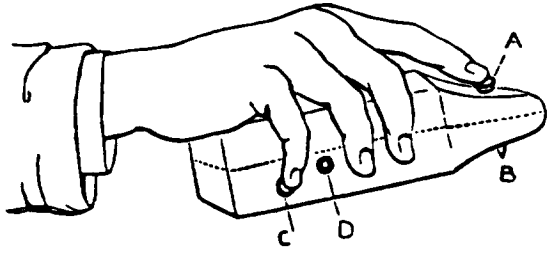

Fig. 5. Instrumento de percusión, tomado de Joseph Mortimer Granville, *Nerve Vibration and Excitation as Agents in the Treatment of Functional Disorders and Organic Disease* (Londres, J. y A. Churchill, 1883).

[65] "Todos los médicos están de acuerdo en que todas las familias deberían tener una batería eléctrica en su casa", anuncio publicitario de United States Battery Agency, Brooklyn, N.Y.), *Dorcas Magazine* 7, 15 sept., 1889. Edward Trevert Bubier, *Electrotherapeutic Handbook*, Nueva York, Manhattan Electrical Supply Company, 1900, p. 86; y N. A. Cambridge, "Electrical Apparatus Used in Medicine before 1900", *Proceedings of the Royal Society of Medicine* 70, 9, 1977, pp. 635-41.

En 1869 y 1872 un médico de Estados Unidos, George Taylor, patentó un aparato de masaje y vibratorio a vapor, en parte diseñado para trastornos femeninos. Sus mercados principales eran los balnearios y los médicos con una práctica de terapia física lo bastante amplia para justificar el costo de un instrumento grande, pesado y estorboso. Taylor alertaba a los médicos acerca de que el tratamiento de malestares pélvicos femeninos con el "Manipulador" debería supervisarse para evitar los excesos. Uno de sus aparatos (fig. 6) incluía una mesa acolchonada con un corte para el abdomen inferior, en el que una esfera vibratoria, que **funcionaba con un motor a vapor, masajeaba el área pélvica.**[66]

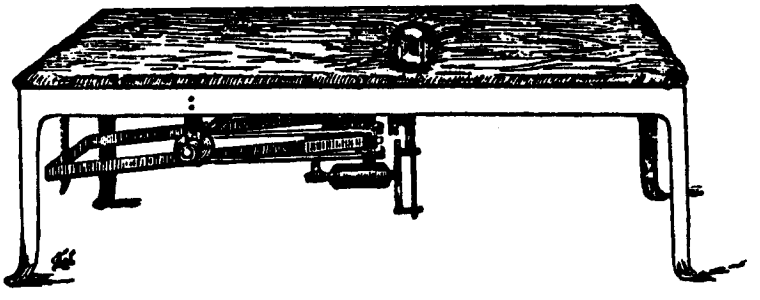

Fig. 6. La superficie de contacto de la paciente para el "Manipulador" a vapor de George Taylor a fines de la década de 1860, de George Henry Taylor, *Pelvic and Hernial Therapeutics* (Nueva York, J.B. Alden, 1885).

Los esfuerzos suecos para producir un aparato de masaje mecánico basado en los principios de la maquinaria de movimiento de Zander produjeron resultados a fines de la década de 1870, pero el primer vibrador electromecánico que llegó al mercado médico internacional fue el modelo británico construido por Weiss. Diseñado por el doctor Joseph

[66] Taylor escribía copiosamente e inventaba infatigablemente. Sus obras más importantes incluyen: *Paralysis and Other Affections of the Nerves: Their Cure by Transmitted Energy and Special Movements*, Nueva York, American Book Exchange, 1880; *Massage*, Nueva York, Fowler and Wells, 1884; *Diseases of Women*, Filadelfia, G. McClean, 1871; *Health for Women*, Nueva York, John B. Alden, 1883; *Health for Women: Showing the Causes of Feebleness and the Local Diseases Resulting Therefrom, with Full Directions for Self-Treatment*, 12ª ed., Nueva York, Health Culture, 1923; "March 21, 1875. Improvement in medical rubbing apparatus", patente en EEUU número 175,202, solicitud 17 mayo 1875; *Mechanical Aids in the Treatment of Chronic Forms of Disease*, Nueva York, Rodgers, 1893; *Pelvic and Hernial Therapeutics*, Nueva York, J.B. Alden, 1885; y "Movement Cure", patente en EEUU número 263,625, solicitud 19 junio 1882.

Mortimer Granville, el aparato patentado a principios de la década de 1880 funcionaba con baterías y, al igual que la versión moderna, estaba equipado con varios aditamentos intercambiables. Sin embargo, Mortimer Granville se oponía firmemente al uso de su aparato para tratar a las mujeres, sobre todo histéricas, y aconsejaba su aplicación sólo para los músculos esqueléticos del hombre.[67] Pocos médicos en Estados Unidos u otros países parecen haber compartido sus escrúpulos al respecto, salvo quienes notaron con preocupación que los aparatos inducían contracciones uterinas en mujeres embarazadas.[68]

Hacia 1900 una amplia gama de aparatos vibratorios estaba disponible para los médicos, desde modelos baratos de pedal hasta el Cadillac de los vibradores, el Chattanooga (ver fig. 7, p. 200), que en 1904 costaba $200 dólares, más cargos de envío.[69] Monell informó en 1902 que más de una docena de aparatos médicos vibratorios estaban disponibles para ser examinados en la Exposición de París de 1900.[70] Mary L. H. Arnold Snow, que escribía en una publicación para médicos en 1904, analiza en cierto detalle más del doble de esta cantidad, incluyendo el vibromasaje médico, varios tipos de contrapeso, osciladores de tejido, horquillas vibratorias, dispositivos de masaje manejados a mano o con pedal, simples agitadores y percutidores de músculos, vibrátiles (aparatos de cable vibrador), equipo combinado de cauterio y neumático con accesorios para masaje vibratorio, y vibradores que funcionan con presión de aire, turbinas de agua, motores de gas, baterías y corriente eléctrica a través de enchufes.[71] Estos modelos, que costaban desde $15 hasta el máximo antes mencionado, daban vibraciones al paciente a la velocidad de una a siete mil pulsaciones por minuto. Algunas eran máquinas montadas sobre ruedas en el piso, algunas eran portátiles, y otras podían colgarse del techo de la clínica como las llaves de impacto de un taller mecánico moderno (ver fig. 8, p. 201).

---

[67] Mortimer Granville, *Nerve-Vibration and Excitation*, p. 57.

[68] Noble Murray Eberhart, *A Brief Guide to Vibratory Technique*, 4ª ed. rev. y aum., Chicago, New Medicine Publication, 1915, p. 59.

[69] Vibrator Instrument Company, *Chattanooga Vibrator*.

[70] Monell, *System of Instruction in X-Ray Methods*, p. 595.

[71] Mary Lydia Hastings Arnold Snow, *Mechanical Vibration and Its Therapeutic Application*, Nueva York, Scientific Authors, 1904.

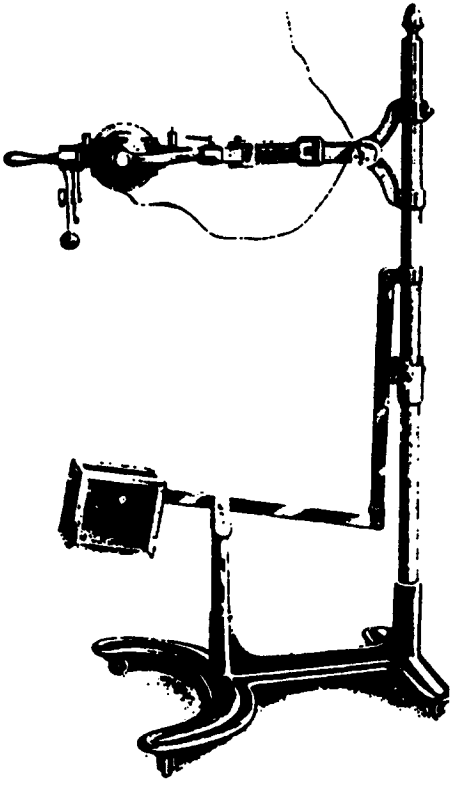

Fig. 7. **El Vibrador Chattanooga, vendido a los médicos por unos $200 en 1900.** De *The Chattanooga Vibrator* (Chattanooga, Tenn., Vibrator Instrument Companies, [ca. 1904], portada.

Los artículos y libros de texto sobre la técnica de masaje vibratorio a principios de este siglo elogiaban la versatilidad de la máquina para tratar casi todas las enfermedades de ambos sexos y su ahorro en tiempo y trabajo para el médico, sobre todo en el masaje ginecológico.[72]

[72] Richard J. Cowen, *Electricity in Gynecology*, Londres, Baillière, Tindall and Cox, 1900, pp. 73-74; George J. Engelmann, "The Use of Electricity in Gynecological Practice", *Gynecological Transactions* 2, 1886, p. 134; Hermon E. Hoyd, "Electricity in Gynecological Practice", *Buffalo Medical and Surgical Journal*, mayo 1890; George Betton Massey, *Conservative Gynecology and Electrotherapeutics*, Filadelfia, F. A. Davis, 1898, y Mary Cushman Rice, *Electricity in Gynecology*, Chicago, Laing, 1909.

Hacia 1905 estaban disponibles varios modelos portátiles convenientes, con impresionante variedad de aditamentos, que permitían su uso en visitas a domicilio (ver fig. 9, p. 202).[73]

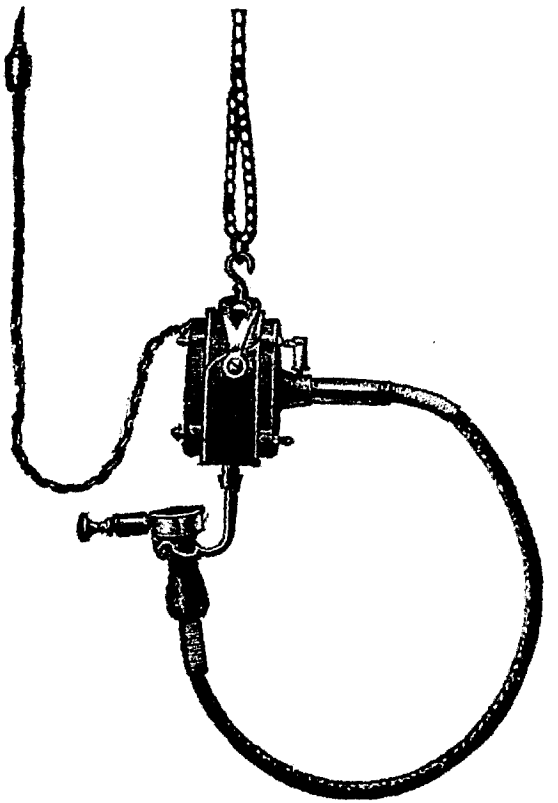

Fig. 8. "Vibrador Carpenter de tipo colgante", de Mary Lydia Hastings Arnold Snow, *Mechanical Vibration and Its Therapeutic Application* (Nueva York, Scientific Authors, 1904).

[73] Alfred Dale Covey, *Profitable Office Specialities* (Detroit, Physicians Supply Company, 1912), pp. 79-95; Samuel Spencer Wallian, *Rhythmotherapy: A Discussion of the Physiologic Basis and Therapeutic Potency of Mechano-vital Vibration, to Which Is Added a Dictionary of Diseases with Suggestions as to the Technic of Vibratory Therapeutics* (Chicago, Ouellette Press, 1906); y Wallian, "The Undulatory Theory in Therapeutics", *Medical Brief* (Chicago), mayo-junio 1905.

Fig. 9. Vibrador médico de principios del siglo XX en la Biblioteca Bakken y el Museo de la Electricidad en la Vida.

En las primeras dos décadas de este siglo, el vibrador empezó a comercializarse como un aparato doméstico mediante publicidad en revistas como *Needlecraft, Home Needlework Journal, Modern Women, Hearst's, McClure's, Woman's Home Companion,* y *Modern Priscilla.* El artefacto se anunciaba principalmente para las mujeres como una ayuda para la salud y la relajación, en frases ambiguas como "todos los placeres de la

juventud... latirán dentro de ti".[74] Cuando se anunciaba para los hombres, los vibradores se recomendaban como un regalo para la mujer, que beneficiaría al regalador masculino al restaurar la mirada brillante y las mejillas sonrosadas de sus consortes femeninas.[75] Diversos modelos estaban disponibles en toda la gama de precios y con distintos tipos de funcionamiento, incluidos la electricidad, el pedal y el agua.[76] Una línea de vibradores especialmente versátil se ilustraba en el catálogo *Electrical Goods* de Sears, Roebuck & Company de 1918. Aquí, un anuncio publicitario intitulado "Aditamentos que toda mujer aprecia" muestra un vibrador como accesorio de un motor casero que también tenía

[74] *American Magazine*, 1916; ver también 75, 2 (1912); 75, 3 (1913); y 75, 7 (1913), p. 127. Otros anuncios parecidos aparecieron en *Needlecraft*, sept. 1912, p. 23; *Home Needlework Magazine*, oct. 1908, p. 479, y oct. 1915, p. 45; *Hearst's*, ene. 1916, p. 67, feb. 1916, p. 154, abr. 1916, p. 329, jun. 1916, p. 473; y *National Home Journal*, sept. 1909, p. 15. Un anuncio que solicitaba hombres para vender vibradores de puerta en puerta apareció en *Modern Priscilla*, abr. 1913, p. 60.

[75] "Such Delightful Companions! Star Electrical Necessities", 1922, reproducido en Edgar R. Jones, *Those Were the Good Old Days*, Nueva York, Fireside Books, 1959. Ver también "A Gift That Will *Keep* Her Young and Pretty: Star Home Electric Massage", *Hearst's International*, dic. 1921, p. 82.

[76] Ejemplos de anuncios de estos artefactos incluyen: "¡Agentes! ¡Mosquitas muertas! ¡Despierten! ¡Arrebaten este nuevo invento! La maravilla del siglo XX, la Máquina de Masaje Hidráulica al Vacío de Blackstone", *Hearst's*, abr. 1916, p. 327; "¡10 centavos llevarán a 10 personas a ganar $32,000.00!", publicidad para el aparato de baño portátil de Allen, *Men and Women*, mayo 1910, p. 80; "Vacuo-masajista Corbin. Para masaje facial. Reconstructor de músculos. Precio $1.50", *Woman's Home Companion* 36 (mayo 1909), p. 57; "Aparatos Domésticos Ediswan. Use más aparatos eléctricos en su hogar", publicidad para un pulsador neumático de masaje, *Electrical Age for Women* (Glasgow) 2 (7 ene. 1932), atrás de la portada; folleto, *Vibration: Nature's Great Underlying Force for Health, Strength and Beauty* [Vibración: La gran fuerza subyacente de la naturaleza para la salud, la fortaleza y la belleza], Detroit, Golden Manufacturing Company, ca. 1905; Good Health, *Twentieth Century Therapeutic Appliances*; Hamilton-Beach Manufacturing Company (Racine, Wisc.), "¿Qué darías a cambio de un cuerpo sano y perfecto?", anuncio de 1913 para el vibrador New Life, reproducido en Jones, *Those Were the Good Old Days*; Lambert Snyder Company (Nueva York), "Este maravilloso vibrador para la salud, para hombres, mujeres y niños, alivia todo sufrimiento; cura enfermedades", *Modern Woman* 11 (5 abr. 1907), p. 170; Lindstrom Smith Company, anuncio, *Technical World*, 1928; *Popular Mechanics*, dic. 1928; Professor Rohrer's Institute of Beauty Culture, *Rohrer's Illustrated Book of Scientific Modern Beauty Culture*, Nueva York, Professor Rohrer's Institute, s.f.; y Leslie Smith, *Vibratory Technique and Directions for Treatment with White Cross Electric Vibrator*, Chicago, National Stamping and Electrical Works, 1917.

otros accesorios para agitar, mezclar, batir, moler, pulir y hacer funcionar un ventilador (fig. 10).[77]

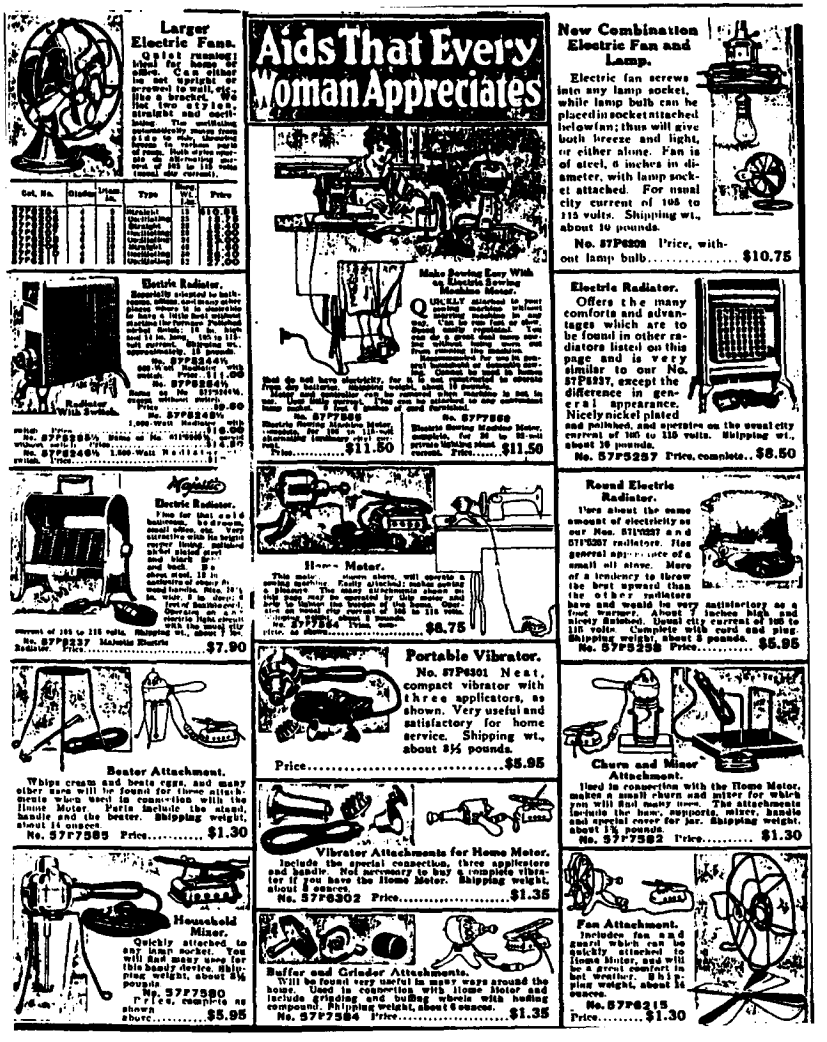

Fig. 10. "Aditamentos que toda mujer aprecia", Sears, Roebuck and Company, 1918.

[77] Sears, Roebuck and Company, *Electrical Goods: Everything Electrical for Home, Office, Factory and Shop*, Chicago, Sears, Roebuck, 1918, p. 4.

El encubrimiento social del vibrador como un instrumento médico profesional y doméstico parece haber permanecido más o menos intacto hasta fines de la década de 1920, cuando el vibrador real (no los artefactos para masaje o electroterapéuticos) gradualmente desapareció tanto de los consultorios médicos como de la prensa dirigida a hogares respetables. Esto puede haber sido resultado de una mayor comprensión de la sexualidad de la mujer por parte de los médicos, la aparición de vibradores en películas para hombres solos en los años veinte, o ambos. Las revistas de productos eléctricos de la época no mencionaban los vibradores ni proporcionan estadísticas sobre su venta como lo hacían con otros aparatos médicos.[78]

Cuando el vibrador resurgió durante la década de 1960, ya no era un instrumento médico; se había democratizado para consumidores a tal grado que, hacia los años setenta, se vendía abiertamente como un auxiliar sexual.[79] Su eficacia para producir el orgasmo en las mujeres se convirtió en un argumento explícito de venta en el mercado de consumo. El movimiento social de las mujeres completó lo que se había iniciado con la introducción del vibrador electromecánico en el hogar: puso en manos de las mujeres el quehacer que nadie más quería.

Capítulo V. Revisando el modelo androcéntrico

Tratamiento orgásmico en la práctica de la medicina occidental

La historia de las terapias físicas para trastornos histeroneurasténicos, como he analizado aquí, nos dice varias cosas acerca de los médicos occidentales. Algunas ya las sabíamos. Por ejemplo, el hecho de que

[78] "Development in Electrical Apparatus during 1917", *Electrical Review*, 5 ene. 1918; A. Elkins, "Prevalent Trend of Domestic Appliance Market", *Electrical World*, 30 mar. 1918, pp. 670-71; "Electrical Appliance Sales during 1926: Tabulation", *National Electric Light Association Bulletin* 14 (feb. 1927), p. 119; "Electrical devices for the household", anuncio, *Scientific American* 96 (ene. 1907), p. 95; "Electrical Exhibits and Demonstrations in Wanamakers' New York Store", *Electrical World*, 3 nov. 1906; "Electromedical Apparatus for Domestic Use", *Electrical Review of London* 99 (22 oct. 1926), p. 682; y C. Frederick, "Selling Small Electrical Appliances", *Electricum* 99 (11 nov. 1927), pp. 590-91.

[79] Robert T. Francoeur, *Becoming a Sexual Person*, Nueva York, John Wiley, 1982, p. 37.

las condiciones normales pueden considerarse como problemas médicos, sobre todo en las mujeres, se ha observado ampliamente en lo que se refiere a la masturbación, el embarazo y la menstruación. También es muy conocido el hecho de que los doctores producen los paradigmas médicos y sociales dominantes y se involucran en ellos; Haller, Foucault y Gay han llamado nuestra atención sobre la función de los médicos como árbitros y cronistas del comportamiento sexual. El hecho de que los paradigmas de enfermedad puedan o no estar de moda ha sido ampliamente señalado por Brumberg, Shorter, Figlio, Hudson y muchos otros. Ya he mencionado algunos de los estudios feministas de la histeria, que destacan su carácter de patología femenina incluso en hombres.

Mirko Grmek y otros han señalado que los médicos a lo largo de la historia han tenido que tratar con un universo desconcertante. Han quedado frustrados por la complejidad orgánica del cuerpo viviente y su opacidad para la observación científica, entorpecida por técnicas inadecuadas de instrumentación y experimentación. Además de los asombrosos misterios bioquímicos y fisiológicos del organismo humano, están los procesos mentales y los comportamientos, que suelen desafiar los esfuerzos para acomodarlos pulcramente dentro del marco de la teoría científica. No debería sorprendernos mucho que la sexualidad, que existe en la intersección de la mente con el cuerpo y que aguanta capas a veces impenetrables de construcción social, haya sido el objeto de olas sucesivas de interpretación médica.

Sin embargo, lo que es impresionante es que el paradigma androcéntrico de sexualidad —según el cual el sexo comienza con la penetración (por lo general de la vagina) y culmina en el orgasmo masculino— es un punto fijo en las arenas por lo demás movedizas de la opinión médica occidental. Hacia 1930, la idea freudiana de que las mujeres tenían dos tipos de orgasmo, clitoridiano y vaginal, de los cuales el último era el maduro y sano, se convirtió en el paradigma dominante de la sexualidad femenina normativa. Esto persistiría hasta bien entrada la década de 1970. El galenismo y el freudianismo tenían pocos puntos de acuerdo, pero coincidían en que el orgasmo para ambos participantes durante el coito heterosexual era la forma más sana de la expresión sexual. Queda claro que el acento cultural sobre el coito está tan profundamente arraigado que los médicos sencillamente no lo perciben en sí mismos ni en sus pacientes. Y lo que no perciben, no cuestionan. Des-

de luego, hay una propensión pronatal comprensible en la práctica médica de Occidente, empezando por Hipócrates, pero no es sólo eso. Hay un esfuerzo sistemático por subsumir 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 por evitar una confrontación de uno a uno respecto de la reciprocidad orgásmica, al trasladar la disputa al terreno médico.

Cuando los médicos, desde John Pechey hasta David Reuben, han instruido a los hombres para que estimulen el clítoris, este consejo se ha dado principalmente en el contexto de un preludio o adjunto al coito. Suele haber gran preocupación de que el hombre de la pareja no tenga molestias significativas. Tomando un ejemplo moderno, Alexander Lowen, al escribir en 1965 sobre sus experiencias médicas con la sexualidad femenina, prefería no recomendar la estimulación del clítoris a sus pacientes porque "la mayoría de los hombres... sienten que la necesidad de llevar a una mujer hasta el clímax es una carga molesta". Si el coito se retrasa mientras el hombre lleva a la mujer hasta el orgasmo de esta manera, "impone una restricción sobre su deseo natural de cercanía e intimidad", que puede resultar en una pérdida de su erección, y "el acto subsiguiente del coito queda privado de su calidad recíproca". Durante el coito, puede usar la estimulación del clitóris para "ayudar a la mujer a que alcance el clímax, pero distrae al hombre de sus sensaciones genitales e interfiere mucho con los movimientos pélvicos de los que depende su propia sensación de satisfacción". Llevar a la pareja hasta el orgasmo después de su propio clímax tampoco sirve, "ya que le impide disfrutar la relajación y la paz que son las recompensas de la sexualidad. La mayoría de los hombres con quienes he hablado y que practicaban esto lo resentían".[80]

Lowen señala aquí lo que Sophie Lazarsfeld llama "mostrar el cobre de la visión masculina real".[81] En este texto queda bastante clara la idea de que las mujeres que necesitan la estimulación del clítoris para alcanzar el orgasmo exigen de sus compañeros masculinos cosas injustas e insensatas, y que la vida sería más sencilla para todos los

[80] Alexander Lowen, *Love and Orgasm*, Nueva York, Macmillan, 1965, p. 216.
[81] Sophie Lazarsfeld, *Woman's Experience of the Male*, Londres, Encyclopedic Press, 1967, p. 105.

involucrados si simplemente se ajustaran al modelo androcéntrico y tuvieran orgasmos vaginales. Lowen escribió en una época en que ya no era posible simplemente trasladar a un médico o a una partera el trabajo de producir el orgasmo. Cuando es inevitable la confrontación de uno a uno, Lowen espera que ceda la mujer.

Esto plantea otra cuestión acerca del tratamiento orgásmico como procedimiento médico: sus paralelos con la prostitución. Ha habido muchas discusiones, a lo largo de la historia y actuales, respecto de si debería ser legal que las mujeres y los hombres vendieran el servicio de producir el orgasmo. Algunas feministas en este siglo y los anteriores han afirmado que no puede haber prostitución sin la degradación sistemática de quienes la practican.[82] En el caso de los médicos occidentales, aparentemente nunca surgió la cuestión legal aunque, como hemos visto, hubo alguna controversia dentro de la profesión acerca del decoro del masaje de la vulva. Los médicos, al contrario de las prostitutas, no perdían su prestigio al proporcionar servicios sexuales, en parte porque la naturaleza de estos servicios estaba disfrazada tanto por los paradigmas de enfermedad construidos en torno a la sexualidad femenina como por la creencia tranquilizadora de que sólo la penetración era sexualmente estimulante para las mujeres. Así, el espéculo y el tampón originalmente fueron más controvertidos en los círculos médicos que el vibrador. El aura de respetabilidad que los médicos proyectaban sobre su labor de suministrar servicios sexuales sugiere que la tarea de producir el orgasmo no es en sí degradante; ejercerlo no provocaba una pérdida de prestigio para sus practicantes exclusivos, quienes eran capaces de disfrazar su naturaleza mundana.

Como señalé antes, no hay pruebas de que los médicos como grupo disfrutaran de realizar estos servicios para sus pacientes, fuera de las satisfacciones no muy distantes de proporcionar la terapia necesaria y cobrar sus honorarios. Tal vez algunos se hayan tomado más libertades íntimas, pero no tenemos pruebas de que tal conducta estuviese muy difundida. Al contrario, cuando la tecnología o las asistentes parteras podían realizar el trabajo, los doctores parecían más que dispuestos a

[82] Un resumen y panorama de este tema aparecen en la sección especial sobre el comercio sexual que hace Anne McClintock en *Social Text*, 37, invierno, 1993. Ver especialmente la introducción de McClintock, pp. 1-10.

aligerar su carga de las terapias de masaje. Los médicos no parecían más ansiosos de encargarse de la tarea de producir el orgasmo en las mujeres que sus parejas sexuales, que las mandaban a terapia, pero los doctores recibían un pago por sus servicios. Además, dado que los médicos en su mayoría consideraban estas terapias simplemente como labores clínicas rutinarias, la necesidad de tal estimulación no interfería con su propio gozo sexual, como sí lo hacía —según se ha dicho— en los compañeros sexuales masculinos.

Los doctores que utilizaban terapias físicas para la histeria, y trastornos femeninos relacionados con ésta, querían que los medios para proporcionarlas fueran rutinarios, convenientes y costeables. Dado que los médicos en todos los tiempos y lugares han tenido que adquirir habilidades muy diversas, cualquier área de la práctica que pudiera ser parcialmente automatizada mediante instrumentos representaba un avance en la eficiencia no sólo de la práctica sino de la educación. Como dice Nathaniel Highmore, el masaje vulvar era difícil de aprender, obstáculo que fue eliminado por la invención del vibrador en el siglo XIX. Las pacientes histéricas deben haber sido una buena fuente de ingresos, dado que no sufrían un peligro mortal por su enfermedad y requerían un tratamiento constante.

Por último, debe aceptarse que la terapia de ninguna manera resulta inapropiada para las múltiples manifestaciones de lo que hasta 1952 se consideró una enfermedad: el orgasmo suele aliviar síntomas tales como hiperemia pélvica, insomnio, ansiedad, dolores de cabeza y nerviosismo. En el peor de los casos, los médicos en cuestión han sido fieles al precepto hipocrático de no hacer daño.

El modelo androcéntrico en relaciones heterosexuales

Hemos visto que los trastornos histeroneurasténicos han sido el centro de una compleja red de controversias durante los últimos dos y medio milenios. Desde 1952 su definición ha sido tan sustancialmente modificada que se han eliminado muchas de las descripciones clínicas históricas. Desde luego, esto no es insólito en la medicina: los doctores ya no diagnostican a sus pacientes como pletóricos o coléricos, y "murió de una fiebre" se consideraría inaceptablemente impreciso en un certificado de defunción moderno. A lo largo de la historia ha habido una controversia acerca de si la histeria era necesariamente una enfermedad de mujeres, pero quedaba claro en 1886, cuando Charles Mills escribió al respecto, que muy pocos médicos creían que los hombres pudieran

tener ese trastorno e incluso ellos estaban convencidos de que sólo había unos cuantos hombres diagnosticados como histéricos.[83] La mayoría de los debates entre médicos clínicos han tratado sobre los métodos adecuados de tratamiento, incluida la producción del orgasmo. Si el matrimonio y la relación sexual matrimonial no curaban a las mujeres histéricas, por lo menos algunos doctores estaban convencidos de que era suya la responsabilidad de producir el efecto terapéutico necesario. Es interesante que, aunque el matrimonio y la relación sexual a veces se recomendaban a los hombres histéricos, no he encontrado ninguna descripción de un masaje terapéutico de los genitales masculinos realizado por un médico.

Muchas preguntas pueden y deben plantearse respecto de la idea occidental persistente de que las mujeres deberían alcanzar el orgasmo durante el coito heterosexual. Desde luego, su importancia para la fecundación debe haber contribuido a que la mantuviéramos empecinadamente frente a las abundantes pruebas individuales y sociales de que la penetración no acompañada por estimulación directa del clítoris es una manera ineficiente y, por lo general, ineficaz de producir el orgasmo en las mujeres.[84] Casi no vale la pena insistir en que la mayoría de los hombres disfrutan del coito y que los hombres han sido el sexo dominante durante la mayor parte de la historia occidental. Pero sigue estando presente el hecho de nuestra preferencia normativa del coito, en la que la constante desde Hipócrates hasta Freud —a pesar de los cambios impresionantes en casi todas las demás áreas del pensamiento médico— es que las mujeres que no alcanzan el orgasmo sólo mediante la penetración están enfermas o tienen algún defecto. El mito de la penetración no es una conspiración perpetuada por los hombres; también las mujeres quieren creer en el ideal de la reciprocidad orgásmica universal en el coito. Incluso el radical sexual Wilhelm Reich no podía ver

[83] Mills dice que "en los mil casos de histeria tan citados de Briquet, sólo cincuenta ocurrieron en hombres". Ver Charles K. Mills, "Hysteria", en *A System of Practical Medicine*, vol. 5, *Diseases of the Nervous System*, ed. William Pepper y Louis Starr, Filadelfia, Lea Brothers, 1886, p. 215.

[84] Helen Singer Kaplan y Erica Sucher, "Women's Sexual Response", en *Women's Sexual Experience: Explorations of the Dark Continent*, ed. Martha Kirkpatrick (Nueva York, Plenum Press, 1982), pp. 9-12.

más allá de esta norma honrada por el tiempo.[85] El cuestionamiento feminista de la sexualidad androcéntrica durante los últimos tres decenios es reciente y, podría decirse, bastante se había retrasado.[86] Carole Vance —en su informe del "Programa de sexualidad humana" de 1977, conducido por el Centro de Investigación Sexual y financiado por el Instituto Nacional de Salud Mental— señaló que en las ponencias para el programa se asumía que "todo contacto heterosexual culminaba en la penetración vaginal, lo cual indica una progresión a través de jerarquías de actividad sexual, desde la 'estimulación previa' ahora aceptable y normal hasta el 'sexo de verdad'. Así, el sexo heterosexual requiere contacto genital, erección masculina y penetración".

Vance continúa describiendo una de las ponencias en que un psiquiatra relataba su trabajo con parejas que informaban sobre "la incapacidad de la mujer para experimentar el orgasmo durante la penetración vaginal, aunque muchas de estas mujeres tenían orgasmos durante la masturbación u otras formas de estimulación del clítoris". Cuando se le preguntó si esta situación, de hecho, debería considerarse como una disfunción que requiere tratamiento, el psiquiatra respondió de manera positiva, mientras que la condición opuesta, la capacidad de alcanzar el orgasmo mediante la penetración pero no mediante la masturbación no requería una intervención terapéutica.[87]

El costo personal y social para hombres y mujeres individuales de desafiar o cuestionar el modelo androcéntrico sigue siendo lo suficientemente alto para desalentar la rebelión. Aun los historiadores, que son notoriamente perspicaces en lo que a mitos culturales se refiere, se han resistido a desafiar la hipótesis de que la penetración de la vagina hasta el orgasmo masculino es el único tipo de sexo que importa y el único

---

[85] Wilhelm Reich, *The Function of the Orgasm*, Nueva York, Farrar, Straus and Giroux, 1973, pp. 95-116.

[86] Críticas feministas del modelo androcéntrico han aparecido en las obras de profesionales como Helen Kaplan y en publicaciones populares como *Our Bodies, Ourselves*. En Boston Women's Health Book Collective, *The New Our Bodies, Ourselves*, Nueva York, Simon and Schuster, 1984, las autoras señalan que "la mayoría de la gente define el sexo principalmente en términos del coito, una forma de hacer el amor que con frecuencia se ajusta al orgasmo y el placer del hombre, pero no necesariamente a los nuestros" (p. 185).

[87] Carole S. Vance, "Gender Systems, Ideology and Sex Research", en *Powers of Desire: The Politics of Sexuality*, ed. Ann Snitow, Christine Stansell, y Sharon Thompson, Nueva York, Monthly Review Press, 1983, pp. 373-78.

tipo que puede y debe resultar en el éxtasis sexual para las mujeres. Seymour Fisher observó en 1973 que "es particularmente notable la difusión de la aceptación de presupuestos acerca de la naturaleza 'más madura' de la excitación vaginal aunque no haya pruebas empíricas que los apoyen", y añadió que el 64% de su muestreo de mujeres informantes preferían la estimulación clitoridiana a la vaginal.[88] La falta de correspondencia entre los datos observados y el modelo androcéntrico, y las razones por las que el modelo persistió incluso entre profesionales, fueron examinadas por Jeanne Warner en 1984 en un análisis de las ventajas de un orgasmo "emotivo" más que físico para las mujeres. Argumenta que hay "un prejuicio masculino a favor de la estimulación fálica" aunque "los estudios producen una fuerte impresión de que el pene no es el medio más efectivo para producir un nivel máximo de excitación y respuesta en la mujer". Los argumentos respecto de que el "orgasmo emotivo" es superior al físico "parecen sugerir que lo que proporcione mayor satisfacción al hombre también debería proporcionar el mayor placer en la mujer".[89]

Lo que sorprende de la hipótesis androcéntrica no es que exista, lo cual —como hemos visto— puede explicarse fácilmente, sino que hemos estado dispuestos a sacrificar tanto por ella. El orgasmo femenino no es necesario para la concepción, de modo que puede llevarse a cabo (o no) fuera del contexto de la relación sexual sin interferir ni con el gozo sexual masculino ni con la concepción. La posición central ocupada por estas dos preocupaciones a lo largo de la historia explica en gran parte las omisiones, los silencios y los malentendidos aprendidos acerca de la sexualidad femenina. Mientras el orgasmo femenino pudiera considerarse un problema médico, no tenía que ser analizado, lo cual habría llamado incómodamente la atención sobre su evidente conflicto con la norma del coito. Algunas culturas, como las que existieron en algunas partes de Asia, en que el orgasmo femenino se integraba con mayor facilidad al patriarcado, por lo menos alentaban a las parejas casadas a que exploraran métodos y posiciones que condujeran al placer de la mujer.

---

[88] Seymour Fisher, *The Female Orgasm: Psychology, Physiology, Fantasy*, Nueva York, Basic Books, 1973, pp. 297, 410.

[89] Jeanne Warner, "Physical and Affective Dimensions of Peak of Female Sexual Response and the Relationship to Self-Reported Orgasm", en *International Research in Sexology: Selected Papers from the Fifth World Congress*, ed. Harold Lief y Zwi Hoch, Nueva York, Praeger, 1984, p. 94.

En nuestra propia cultura ha habido, y sigue habiendo, medios poderosos para reforzar negativamente las exigencias de reciprocidad orgásmica por parte de las mujeres. El que una mujer admita que el coito por sí mismo no le mueve ni un pelo sigue siendo, en algunos círculos, la confesión de un defecto. Además, se espera que los hombres occidentales nazcan sabiendo cómo satisfacer a las mujeres, de la misma manera que se supone que las mujeres nacen sabiendo cocinar. En el pasado, se ha considerado a los hombres como responsables de la sexualidad de las mujeres; Frank Caprio le dijo a jóvenes maridos en 1952 que "el despertar sexual de su esposa [era su] responsabilidad".[90] A la luz de estas normas imposibles, tradicionalmente los hombres no se han interesado en respuestas veraces (y tal vez poco halagadoras) a sus preguntas acerca de la satisfacción femenina; incluso cuando estas respuestas se han dado, el hombre ha tenido la opción de culpar a la mujer por el fracaso de ella (y, por lo tanto, de él).[91] Algunos autores de consejos médicos —como Caprio— por lo general han dado incentivos como, por ejemplo, afirmar que "la fijación del instinto sexual" en el clítoris por parte de las mujeres es el resultado de una "manipulación excesiva". La mayor parte del resto del libro de Caprio trata del problema de la "frigidez" de la mujer causada por tales "fijaciones" patológicas.[92] Pocas mujeres están preparadas para exponer su comportamiento íntimo a este tipo de crítica que tiene apoyo social. Para la mayoría de las mujeres, que luchan con problemas más urgentes de supervivencia económica y armonía familiar, es casi seguro que el costo de luchar contra la norma androcéntrica habría parecido mayor que la débil posibilidad de una recompensa final.[93]

En 1848 el francés Auguste Debay escribió que las mujeres deberían fingir el orgasmo porque "al hombre le gusta que su felicidad se

[90] Frank S. Caprio, *The Adequate Male*, Nueva York, Medical Research Press, 1952, p. 70.

[91] David Reuben, a pesar de sus opiniones a favor de la penetración para el orgasmo durante el coito, toma una posición a favor de la mujer respecto de este problema. Ver *Any Woman Can! Love and Sexual Fulfillment for the Single, Widowed, Divorced... and Married*, Nueva York, D. McKay, 1971, pp. 25-56.

[92] Frank S. Caprio, *The Sexually Adequate Female*, Nueva York, Medical Research Press, 1953, pp. 77, 83-187; ver especialmente p. 94 sobre la "personalidad histérica".

[93] Este problema está ilustrado en las anécdotas relatadas por Linda Wolfe, *The Cosmo Report*, Nueva York, Arbor House, 1981, pp. 121-50.

comparta".[94] No era ni el primero ni el último en tener esta opinión. Celia Roberts y sus coautoras, al estudiar el fingimiento del orgasmo en un muestreo de mujeres universitarias, encontraron que "en la entrevista con casi todas estas mujeres, esa práctica se mencionaba como algo que hacían por lo menos algunas veces". Casi todos los hombres entrevistados estaban seguros de que ninguna mujer había fingido el orgasmo con ellos, observación sobre la cual comentan las autoras: "Queda claro que la actuación tan refinada que realizan las mujeres es extremadamente convincente." Las mujeres informantes explicaron su comportamiento, refiriéndose a un mayor interés en preservar la estabilidad de sus relaciones que en alcanzar el orgasmo en cada relación sexual.[95]

A pesar de la perpetuación sistemática de la ignorancia y el malentendimiento —por parte de mujeres y de hombres—, la mayoría de los hombres heterosexuales ha recurrido al orgasmo femenino para reforzar su autoestima como seres sexuales. Michael Segell dice que "según un estudio, uno de los cuatro aspectos utilitarios del orgasmo femenino es el impulso que da al ego de los hombres".[96] Un hombre de treinta y tres años, entrevistado por *Glamour*, aconsejaba a sus semejantes: "Cuando encuentres a una mujer que pueda llegar al orgasmo mediante la penetración y no sólo la estimulación del clítoris, no la dejes ir. Es algo raro y maravilloso".[97] Queda claro que, para este hombre, no importan las otras características femeninas. Inevitablemente, tales presiones podrían empujar a las mujeres sólo en una dirección: fingir que alcanzan el orgasmo cuando esto no ha ocurrido.[98] Las lectoras de *Mademoiselle* informaron a principios de la década de 1990 que el 69% de ellas había fingido el orgasmo por lo menos una vez.[99] Carol Tavris y Susan Sadd,

---

[94] Auguste Debay, *Hygiène du mariage*, París, Moquet, 1848.

[95] Celia Roberts, Susan Kippax, Catherine Waldby y Jane Crawford, "Faking It: The Story of 'Ohh!'", *Women's Studies International Forum* 18, 5-6, 1995, pp. 523-25, 528. Hay una referencia divertida a este comportamiento en la escena del restaurante de la película *When Harry Met Sally*.

[96] Michael Segell, "Great Performances", *Esquire*, ene. 1996, p. 30.

[97] Glen Freyer, "What Do Men Know, or Think They Know, about the Female Orgasm?", *Glamour* 93, 4, 1995, p. 128.

[98] Para un recuento subjetivo acerca de la dificultad de hablar con la verdad en estas situaciones, ver el poema de Molly Peacock, "Have You Ever Faked an Orgasm?", *Paris Review* 36, 130, 1994, p. 255.

[99] Dolores Haze, "Faking It", *Mademoiselle* 100, 1, 1994, p. 125. Haze señala que "mientras que las mujeres fingen para resguardar los sentimientos de sus parejas, los

al informar sobre los resultados de una encuesta en 1977, incluyen dos citas de sus informantes:

> He realizado mi propia encuestita y no tengo ni una amiga o conocida que haya tenido un orgasmo "verdadero" mediante el coito, sino sólo mediante la estimulación del clítoris. Sin embargo, trata de convencer a un *hombre* de que no tienes orgasmos a su manera. No te lo va a creer. ¡Pero desafiarlo de esa manera puede ponerse muy interesante! Yo nunca he tenido un orgasmo durante el coito. Para tener un orgasmo, debo tener cunilinguo o estimulación clitórica manual. Sé de muchas mujeres ahora que fingen el orgasmo durante el coito porque les da vergüenza decirle a sus maridos o amantes que, independientemente del tiempo que dure su erección, no pueden llevarlas al orgasmo.[100]

Robert Francoeur dice acerca de la presión por el orgasmo en las mujeres en relaciones heterosexuales que "es mucho más probable que las mujeres finjan que tienen un orgasmo cuando no lo tienen", y señala que tal fingimiento suele resultar en "problemas reales de resentimiento y hasta de rabia contra la pareja".[101]

No todas las mujeres están de acuerdo con esto. Stephanie Alexander, en su artículo de 1995 en el *Cosmopolitan*, afirma que fingir el orgasmo es "sólo un asunto de conveniencia, para no mencionar la simple cortesía". Respecto del costo de tratar de explicar por qué una no ha alcanzado el orgasmo, pregunta: "Cuando te tienes que levantar temprano para ir a trabajar, ¿quién tiene dos horas libres para hacer que él se sienta mejor porque no te hizo sentir muy bien a ti?".[102] En efecto, estos relatos sugieren que se espera que la mitad de la pareja heterosexual sacrifique la reciprocidad orgásmica con el fin de evitar las tensiones ineludibles en la relación, provocadas por hacer olas en el barco androcéntrico. Como cultura, seguramente otorgamos un valor muy alto a la norma androcéntrica para sugerir siquiera que mantenerla vale ese precio.

En la segunda mitad de este siglo, la obra de Masters y Johnson y sus seguidores ha hecho aún otro sacrificio al modelo androcéntrico de sexualidad: la objetividad del pensamiento científico. Cuando estos investigadores eligieron su muestra de informantes, seleccionaron sólo

---

hombres fingen para conservar el honor". Desde luego, fingir es mucho menos común entre los hombres.

[100] Carol Tavris y Susan Sadd, *The Redbook Report on Female Sexuality*, Nueva York, Delacorte, 1977, p. 79.

[101] Robert T. Francoeur, *Becoming a Sexual Person*, Nueva York, John Wiley, 1982, p. 588.

[102] Stephanie Alexander, "Was It Good for You Too?", *Cosmopolitan* 218, 5, 1995, p. 80.

a mujeres que regularmente alcanzaban el orgasmo en el coito; cabe mencionar que este error no fue cometido por su antecesor Alfred Kinsey. En la época en que Masters y Johnson hicieron su estudio, ya se sabía que estas mujeres eran una minoría, pero aparentemente se decidió que estas rarezas representaban la normalidad. Suele afirmarse como principio del uso científico de estadísticas que la experiencia de la mayoría representa la norma; es decir, la escala normal es la parte de la curva que está directamente bajo la campana en una gráfica lineal. Si no fuera por la tendencia muy fuerte y aparentemente difundida en favor de la norma androcéntrica, Masters y Johnson habrían hecho el ridículo en la comunidad médica. Esto no sucedió. Sólo cuando Shere Hite atacó los resultados de Masters y Johnson en 1976, se empezaron a plantear preguntas acerca de sus métodos de selección e interpretación. Errores de este tipo no sólo nos han impedido entender el orgasmo femenino como un fenómeno fisiológico sino que nos han impedido reconocer plenamente que el placer sexual individual e idiosincrático es para ambos sexos.

Fig. 11. Caricatura que representa el dilema de la reciprocidad orgásmica en las relaciones heterosexuales. El texto dice: "Despierta, mi amor... creo que tenemos que hablar." Por Elizabeth W. Stanley y J. Blumner para Maine Line Company, ca. 1986.

Las reacciones (y sobresaltos) ante el estudio de Hite también revelan mucho acerca de nuestra fuerte disposición a defender el modelo androcéntrico. Su trabajo fue severamente criticado sobre la base de que las participantes se habían autoelegido, problema que había surgido no sólo con los muestreos de Kinsey y de Masters y Johnson, sino con casi todas las encuestas sobre prácticas sexuales en este país durante el último siglo. En términos puramente prácticos, no se puede obligar a la gente a que responda francamente a preguntas sobre su comportamiento íntimo; los investigadores no tienen más opción que depender de datos cuya representatividad es y debe permanecer dudosa. Sin embargo, en el caso de Hite, hubo mucho más intentos de hacer de esta dificultad un defecto fatal, que en la obra de sus antecesores. Se ofrecieron pretextos del tipo más endeble y vergonzosamente machistas para rechazar abiertamente la hipótesis de Hite. En 1986, por ejemplo, los informes de Hite fueron el tema de una sesión sobre historia de la sexualidad de la Organización de Historiadores Estadunidenses. Uno de los participantes masculinos criticó la atención que Hite presta al asunto del orgasmo en las relaciones heterosexuales como "un poco mecanicista". Ésta es una crítica muy facilonga por parte de un lado de aquellas relaciones, el que está teniendo la mayoría de los orgasmos.[103]

El vibrador como tecnología y como totem

Como hemos visto, la consideración del orgasmo femenino como problema médico en la cultura occidental ha sido un medio para proteger nuestras cómodas ilusiones respecto del coito. El vibrador y sus tecnologías anteriores —sobre todo el masaje manual y el hidráulico— facilitó a los médicos la tarea de proporcionar a muchas mujeres el alivio que no era accesible de otras maneras. El vibrador era útil, portátil y rápido y, por ello, gozó de una popularidad considerable, aunque breve, como instrumento médico antes de que lo descubrieran los consumidores y los que hacían películas eróticas. El mayor inconveniente del vibrador, desde el punto de vista de la profesión médica, es que era tan cómodo y fácil de usar que hacía innecesaria toda intervención médica

[103] "Changing Sexuality in a Changing Society: The Hite Reports", en Organization of American Historians and National Council on Public History, *1986 Program*, Nueva York, OAH, 1986, p. 50.

en el proceso de producir el orgasmo femenino. El equipo hidráulico y los vibradores caros de consultorio como el Chattanooga por lo menos mantenían la innovación del masaje en manos de médicos profesionales; una vez que el vibrador se volvió un aparato relativamente ligero y barato que podía funcionar con agua o electricidad en el hogar, se volvió un "instrumento de cuidado personal" y no un instrumento médico.

En la segunda mitad de este siglo, el vibrador se ha convertido en un aparato abiertamente sexual. Es interesante que, cuando estos aparatos aparecen en películas eróticas, rara vez se muestra el vibrador real; lo que se ve es el consolador vibratorio con la forma apaciguadora de un falo, lo que sugiere que el aparato es sólo un sustituto del pene.[104] Edward Kelly, cuando escribe sobre consoladores vibratorios en 1974, afirma, con esperanza, que "sin duda, salvo en los casos de lesbianismo, la visión persistente de algún hombre imaginado se asoma sobre todo uso del consolador".[105] Sin embargo, para la mayoría de las mujeres, estos juguetes de batería de poca potencia son más estimulantes visual que fisiológicamente; el vibrador de electricidad con, por lo menos, una superficie de trabajo en ángulo recto con la manija es el mejor diseñado para aplicarse en el área del clítoris.

Más allá de la utilidad del vibrador para las consumidoras y para sus parejas sexuales, el aparato ha adquirido un carácter totémico en la cultura estadunidense. Algunos hombres escritores han señalado que el vibrador es una añadidura excelente para el arsenal de juguetes sexuales de una pareja porque produce el orgasmo en las mujeres (y en algunos hombres) con muy poco esfuerzo o habilidad. También se ha convertido en un favorito de los terapeutas sexuales por la misma razón; incluso las mujeres con umbrales orgásmicos muy altos, por lo general, responderán con el tiempo al masaje vibratorio. Aquellas con umbrales más bajos pueden usar la máquina para explorar su potencial orgásmico completo con poco esfuerzo. Estos dos aspectos del vibrador casi inevitablemente lo han hecho el centro del tipo de temores masculinos señalados por chistes como: "¿Cuándo hizo Dios a los hombres? Cuando

[104] Esto parece ser cierto incluso en las representaciones visuales de mi investigación. Ver, por ejemplo, el video de John Orentlicher, *Misaligned Shafts*, Syracuse, N.Y., Syracuse University Art Department, 1989.

[105] Edward Kelly, "A New Image for the Naughty Dildo?", *Journal of Popular Culture* 7, 4, 1974, p. 808.

Ella se dio cuenta de que los vibradores no saben bailar".[106] Desde la Revolución Industrial, como ha señalado Michael Adas, los hombres han tendido a medirse en relación con las máquinas, comparación virtualmente garantizada para producir ansiedad.[107] En el caso de los vibradores, esta tensión es especialmente aguda y a veces ha llevado a los hombres a tener un resentimiento contra el aparato. Como dijo una de las informantes de la encuesta de *Redbook* sobre sus aventuras con el vibrador: "Mi esposo no lo sabe. Si lo supiera, creo que lo tiraría a la basura".[108]

Melvin Kranzberg, recientemente fallecido, ha sido ampliamente citado en su observación de que "la tecnología no es buena ni mala; tampoco es neutral".[109] El vibrador y sus antecesores, como toda tecnología, nos dice mucho acerca de las sociedades que los han producido y usado. El aparato sigue entre nosotros, elogiado por algunos y denigrado por otros, ni bueno, ni malo, ni neutral, sino un centro controvertido de discusión respecto de la sexualidad femenina. Una parte de esta controversia, como hemos visto, tiene raíces muy antiguas en la cultura occidental, ocupa el espacio en que interactúan la sexualidad, la moralidad y la medicina, y sirve como una línea de defensa externa del modelo androcéntrico de la reciprocidad orgásmica en el coito. Las fisuras en este antiguo muro siguen parchándose con exhortaciones a las mujeres para que eviten desafiar la norma, aunque esto signifique fingir el orgasmo y sacrificar la sinceridad en sus relaciones íntimas con los hombres. En el pasado hemos estado dispuestas a pagar este precio; si debemos seguir haciéndolo es una cuestión que debe decidir cada individuo y no los historiadores.

Traducción: **Mónica Mansour**

[106] Una versión de esto aparece en Roz Warren, *Glibquips: Funny Words by Funny Women*, Freedom, Calif., Crossing Press, 1994, p. 103.

[107] Michael Adas, *Machines as the Measure of Men: Science, Technology and Ideologies of Western Dominance*, Ithaca, Cornell University Press, 1989.

[108] Dianne Grosskopf, *Sex and the Married Woman*, Nueva York, Simon and Schuster, 1983, p. 119.

[109] Melvin Kranzberg, "Technology and History: 'Kranzberg's Laws'", *Technology and Culture* 27, 3, 1986, p. 545.