



**UNIVERSIDAD DE CHILE
FACULTAD DE CIENCIAS SOCIALES
ESCUELA DE POSTGRADO**

**SEXUALIDAD Y CUERPO EN RELATOS DE MUJERES CON
VAGINISMO**

Tesis para optar al grado de Magíster en Estudios de Género y Cultura, mención Ciencias
Sociales

Manuela X. Cisternas G.

Directora: Sonia Montecino

Santiago de Chile, 2015

RESUMEN

La siguiente investigación se titula “*Sexualidad y cuerpo en relatos de mujeres con vaginismo*”, y fue realizada por Manuela Cisternas Gasset, con la guía académica de Sonia Montecino Aguirre, para la obtención del grado de Magíster en Estudios de Género y Cultura, mención en Ciencias Sociales.

La tesis parte de la necesidad de problematizar el vaginismo desde una perspectiva crítica de género, relevando los factores socioculturales que delimitan y establecen lo que es normal/adecuado respecto a la sexualidad. Para ello, se trabaja con narrativas de 11 mujeres entrevistadas, tomando como ejes centrales de análisis la construcción y experiencia de la sexualidad cruzada por la vivencia del vaginismo, a través de una metodología fenomenológica, cualitativa y feminista. A través del análisis se cuestionan los mandatos y normativas culturales que influyen en la percepción que las mujeres tienen sobre la sexualidad, y se relevan las experiencias culturalmente situadas que las mujeres con vaginismo tienen respecto a la formación moral-sexual, a la vivencia del sexo y su cuerpo, y a la experiencia en el circuito médico en relación al diagnóstico y tratamiento del vaginismo. Finalmente, y a modo de conclusión, se abren los cuestionamientos respecto a las posibilidades de resignificación que se le pueden atribuir a la vivencia del vaginismo, ya no como sintomatología patológica, sino desde la autonomía del cuerpo y el cuestionamiento de los mandatos heteronormativos del sexo centrados en la penetración vaginal.

Datos personales: mxclisternas@u.uchile.cl

Palabras Claves: Género, cuerpo, sexualidad, vagina, vaginismo

DEDICATORIA

Para mí,
Y todas mis compañeras.

AGRADECIMIENTOS

Si bien mi nombre aparece en autoría de esta tesis, muchas personas conforman la base estructural de esta investigación, personas sin las cuales este proceso no hubiera tenido principio ni final. Agradezco en primer lugar a CONICYT y Fundación Volcán Calbuco, por otorgamiento de beca durante los dos años de estudios curriculares del magíster. Sin la confianza investida en mí de ambas instituciones y sus generosos aportes, no hubiera tenido la tranquilidad financiera para realizar esta especialización, y en retribución pretendo participar activamente, a lo largo de mi carrera, en la formación del contingente académico en ciencias sociales y estudios de género del país.

Gracias a las mujeres que me confiaron sus historias, que se hicieron vulnerables conmigo, que lloraron conmigo, que rieron conmigo. Esta tesis es también para ustedes, mis compañeras vaginistas. Estaremos siempre unidas por nuestras experiencias, aunque las signifiquemos distinto. Gracias a los y las profesionales de la salud que me ayudaron en este proceso, en especial a Odette, por su apoyo desinteresado.

Reconocimiento eterno a los pilares de mi persona, a mi madre y a mi padre, quienes me enseñaron que la lengua no se muerde, sino que se usa como herramienta de lucha, y me inspiraron a trabajar en lo que amo y en lo que creo. En este campo de estudio el análisis te devuelve siempre al fogón doméstico, en donde uno fue y será siempre la depositaria del amor más inmenso. Estoy tan hinchada por su amor que se me escurre por los dedos, gracias por ser las mitades que me hicieron, gracias por nuestra familia. Gracias a mi hermana que es parte de mí, por mantenerme siempre aterrizada, y gracias por mi ahijado.

Eterna gratitud a los/as profesores/as vinculados/as a la tesis, quienes aportaron con correcciones, consejos, apoyo y refuerzo. A Isabel Pemjean en el diseño y primeros acercamientos; Juan Pablo Sutherland por su aprobación y apoyo teórico; y Catalina Ivanovic por su compañía y apoyo tanto en el magíster como en el CIEG. Especial agradecimiento a Carolina Franch, por verter cuerpo y mente en la docencia, cimentando el recorrido con magistrales clases de construcción simbólica y teorías de género; tu apoyo y validación ha significado demasiado para mí. Y por supuesto a mi guía de tesis, Sonia Montecino, gracias por tu respaldo incondicional desde pregrado, y por cultivar en mí el coraje por forjar mi camino en este campo. Estoy orgullosa de ser parte de tu escuela.

Al equipo CIEG: ¡familia, amigas, hermanas! Codo a codo nos hicimos camino en esta odisea. Extrañaré la locura y el colapso compartido. Gracias, Viviana Poblete, por ser nuestra leona, quien cuidaba nuestra cordura y nos mandaba a tesis-time. Gracias, Paula Hernández, por aquellos aportes claros y precisos que esparcían la niebla, y tu apoyo en trabajo y estudio. Gracias, Isabel Aguilera, por la lectura, comentarios, la compañía en micro y bici, y las conversaciones irrisorias. Y a nuestro miembro honorario, J.S., gracias por la santa bobería y favores concedidos.

Elisa, gracias por traer, compartir, y encaminarme en la *caracola*. Nuestra amistad es un tejido revuelto, no se desenreda, se seguirá hilando mientras sigamos subvirtiendo juntas. Palabra escrita no alcanza para expresártelo todo: habladitas somos más bonitas.

Finalmente, volviendo al hogar, a mi hogar, al nuestro, gracias Sebastián por abrazarme en las largas noches, frotarme la cabeza cuando tenía jaqueca, secar mis lágrimas cuando colapsaba, traerme alimento para el cuerpo y el corazón cuando pasaba las horas trabajando, celebrar cuando cerraba un capítulo, aplaudir mis conclusiones, tener paciencia cuando se me cruzaban los cables entre el cansancio y la rabia; gracias por escuchar mis reflexiones, darme las palabras que buscaba, y creer más allá de lo que creía yo, que lo que estaba diciendo era preciso, acertado, fantástico. Contigo este trabajo se ha vuelto fértil. Gracias por la compañía de un cuerpo que busca conexión, y no legitimación de una norma. Gracias por hacer esta tesis conmigo.

ÍNDICE

I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES.....	4
Campos de estudio de la sexualidad desde las ciencias sociales	4
Disfunciones sexuales femeninas	6
Vaginismo: primeros acercamientos desde la medicina	9
Perspectivas psicológicas actuales del vaginismo	10
Factores socio-culturales influyentes en la aparición del vaginismo.....	13
III. PROBLEMATIZACIÓN	16
IV. OBJETIVOS	18
V. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL	19
Género: marco de análisis para la sexualidad	19
La construcción cultural de lo femenino: sexualidad y cuerpo.....	22
La construcción cultural e ideológica del sexo	27
Mujer, salud y patología: la construcción médica de la identidad femenina	31
VI. MARCO METODOLÓGICO	35
Enfoques metodológicos hacia la investigación feminista	35
Método y técnicas de investigación	38
Criterios y selección de la muestra	40
Características de la muestra.....	42
Consideraciones éticas y confidencialidad	43
Reflexiones metodológicas sobre el proceso de investigación	44
Imagen 1: “Dibuja tu cuerpo”. Ejercicio en el marco de mi terapia psicológica, año 2009.	47
VII. RESULTADOS Y ANÁLISIS	48
Imagen 2: “Dibuja tu vaginismo”. Ejercicio en el marco de mi terapia psicológica, año 2009	50
VII.1. LA FORMACIÓN MORAL-SEXUAL DESDE EL SILENCIO, EL DISCURSO, LA PRÁCTICA Y LA VIVENCIA	51
Familia, colegio y religión: formadores del comportamiento y la moral sexual.....	51
Madre y el <i>rite de passage</i> -menarquia.	56

La pava/polla y la puta	59
La <i>casa</i> y la <i>calle</i> desde el control de la sexualidad.....	62
El embarazo como evidencia del sexo y condena a lo doméstico.....	67
Abusos sexuales y la sexualidad ligada al peligro	69
Imagen 3: “Dibuja lo que sientes, describe el dolor”. Ejercicio en el marco de mi terapia psicológica, año 2009	74
VII.2. LA VIVENCIA DEL SEXO	75
Masturbación y primeras experiencias sexuales con otro.	76
Relatos de las primeras experiencias sexuales.	82
La culpa en la experiencia sexual.....	88
El dolor y el miedo: la muralla, el entierro, el fuego.	90
La pareja en la experiencia sexual: el <i>otro</i> que contiene, empuja o abandona	99
“Yo estoy fallada.” El cuerpo inservible para el sexo.....	106
Imagen 4: Primera ecografía trasvaginal en el marco de mi terapia psicológica, año 2009	109
VII.3. LA PROBLEMÁTICA RELACIÓN CON EL SISTEMA BIOMÉDICO	110
Ginecología: trato y monopolio de la salud sexual	111
El circuito de las mujeres en el sistema biomédico respecto al vaginismo.....	114
Reflexiones histó/éricas sobre el vaginismo	127
VIII. CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES	131
Temas cerrados y temas abiertos.	131
Para finalizar no queremos cerrar, sino abrir.....	137
IX. BIBLIOGRAFÍA.....	142
X. ANEXOS.....	148
Convocatoria para participar en estudio sobre mujeres con vaginismo, correspondiente a tesis de postgrado.....	148
Solicitud de Consentimiento Informado	149
Formulario de Consentimiento Informado	150
Compromiso de Confidencialidad	151

I. INTRODUCCIÓN

La siguiente tesis busca reflexionar y problematizar desde una perspectiva crítica de género la sexualidad femenina a partir de los relatos de mujeres con vaginismo. *Vaginismo* es el nombre clínico dado a la contracción involuntaria de los músculos de la entrada vaginal, que impide la penetración¹. Es considerado desde el discurso médico, fisiológico y psicológico, una disfunción sexual femenina. Desde la medicina moderna el vaginismo, como también otras disfunciones² sexuales, son consideradas patologías que deben curarse porque imposibilitan el buen desarrollo de funciones sociales y culturales consideradas normales, en especial dentro de un paradigma heteronormativo que prioriza la sexualidad penetrativa como modelo para las relaciones sexuales. En general, la bibliografía publicada sobre vaginismo desde la psicología, la sexología y la medicina, relevan causales psico-sociales de las disfunciones sexuales, pero no se expone de manera crítica el contexto cultural desde donde surgen las discordancias, y mucho menos se ha trabajado desde un punto de vista feminista, desde donde esta investigación se sitúa teórica y metodológicamente.

La elección de este tema fue motivada por vivenciar vaginismo en mi propia biografía. Después de más de un año de sentir vergüenza e ineptitud respecto a lo que sucedía en mi cuerpo, me atreví a investigar en internet los síntomas, e identifiqué más específicamente lo que pasaba. El diagnóstico fue confirmado posteriormente por especialistas en salud mental, cuando por un cuadro de depresión aguda en el año 2007, fui referida a tratamiento psicológico y psiquiátrico. Después de ser dada de alta de depresión, seguí buscando terapia psicológica que resolviera más específicamente el vaginismo, dentro de un trabajo más amplio de re-significación de la sexualidad, de mi cuerpo, y de crítica cultural desde una perspectiva de género feminista. Fue entonces que comenzó la problematización del

¹ *Vaginismo* aparece en el DSM-IV (manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales del *American Psychiatric Association*) bajo la categoría de trastorno sexual por dolor, mientras que en el DSM-V (publicado el 2013) es considerado, al igual que la *dispaurenia*, bajo el rótulo “trastorno de dolor genito-pélvico/penetración”. Sin embargo, dado que esta tesis se desarrolla principalmente entre los años 2014-2015, la bibliografía existente aun referencia el DSM-IV, y los cambios en diagnóstico/tratamiento aún no se establecen en la cotidianeidad terapéutica. Por tanto, se ha optado por usar el término vaginismo por su utilidad conceptual, aunque siempre desde un enfoque crítico.

² En esta propuesta trabajaremos las palabras disfunción, trastorno, patología y enfermedad desde una perspectiva crítica, dado que ponemos en duda la valoración negativa otorgada a ciertos mecanismos fisiológicos y mentales que actúan somáticamente.

vaginismo, ya que comprendí que a través de la somatización mi cuerpo buscaba comunicarse conmigo por medio de la resistencia. Me di cuenta que había interiorizado la relación sexual como un mandato en donde mi cuerpo se entregaba cual sacrificio, un cuerpo para otro, un cuerpo regulado social y culturalmente, y frente a ello se resistía al mandato de la entrega.

Cuando se trazaron las primeras líneas de esta investigación, la intención fue relevar las historias de mujeres que, como yo, han debido lidiar con vaginismo sostenido en su trayectoria vital. Sin embargo, al enfrentarme a las narrativas de mujeres con vaginismo, la reflexión dio la vuelta hacia la problematización de los mandatos culturales que moldean la percepción que las mujeres tienen sobre su sexualidad. Es por ello que el objetivo de esta investigación estará enfocado en analizar desde la perspectiva crítica de género los marcos culturales hegemónicos desde donde se sostienen la sexualidad y el cuerpo femenino, con la vivencia del vaginismo como punto estratégico de inflexión y quiebre. Trabajaremos principalmente sobre el punto de vista de las mujeres, dado que son estas las voces que han estado tradicionalmente silenciadas y omitidas, para relevar la experiencia en el cuerpo propio, más allá de los discursos hegemónicos de la medicina. Nos interesa adentrarnos en los significados asociados a la experiencia del vaginismo y su implicancia en la construcción de la sexualidad. Para ello nos servimos de las teorías de género para comprender cómo se define, construye y normaliza la sexualidad y los cuerpos de las mujeres, y las posibilidades de desconstruir estos mandatos a partir de las grietas, -o mejor dicho, clausuras- que se generan a modo de resistencia.

Realizar esta investigación fue difícil en muchos niveles: removié la relación que con mi cuerpo y sexualidad había construido a modo de sanación, hizo resurgir rencores olvidados, y volví a tomar corazas guardadas hace años. En este proceso, constantemente me acercaba y me alejaba, me revelaba y me escondía, sin estar segura si tenía coraje suficiente para estar aquí, con nombre, con cara, *abierta*. He optado por no revelar mi biografía de manera detallada, sino entregar los resultados y análisis a modo de tejido, entrelazando mis vivencias con las de mis entrevistadas, en vez de construirla de modo independiente. Lo escrito a veces se vuelca sobre sí mismo, permitiéndome aparecer, usando sus palabras para dar cuenta de una experiencia propia. A veces lo escrito se desdobra y brotan *ellas*, voces e historias que se guardan celosamente en las recámaras, y que aparecen sólo en el seguro espacio de la

confesión compartida. Relevar estas historias y perspectivas sobre la sexualidad y su experiencia con el vaginismo lo porto no sólo como un trabajo académico, sino también como un acto político, de devolver la voz a las mujeres que hablen por sí mismas, y que ya no hablen por y de nosotras.

II. ANTECEDENTES

Campos de estudio de la sexualidad desde las ciencias sociales

La sexualidad humana ha sido trabajada hace siglos desde diferentes enfoques disciplinarios y con diversas motivaciones. El término sexualidad surge hacia el siglo XVIII en el mundo occidental, cuando el control de la natalidad es visto como estrategia de producción económica, política y social, y a partir de ahí todo lo referido a la sexualidad queda fuertemente ligado a lo reproductivo, y disociado del placer (López & Güida, 2001). Desde este contexto, la sexualidad femenina ha sido fuertemente custodiada y normativizada, partiendo de un paradigma socialmente construido que deposita en este cuerpo el mandato de la gestación, el parto, el apego y la crianza, y lo deslinda del derecho y el placer.

A partir de la década de los sesenta, el despliegue simultáneo del feminismo de segunda ola, y desarrollos científicos críticos en el campo de la sexología, hacen visibles las desigualdades entre hombres y mujeres en las prescripciones y ejercicio de la sexualidad. La divulgación del Informe Kinsey³, el trabajo de Masters y Johnson⁴, y luego el Informe Hite⁵, sumado al trabajo político de liberación sexual femenina, reivindicó el derecho de las mujeres al placer sexual desligado de la reproducción. “En esto, la sexología se conecta con una transformación cultural –y una reivindicación feminista- que legitima el placer sexual por parte de las mujeres, formulada como un derecho” (Barrientos, Palma, & Gómez, 2014: 105).

De manera paralela en esta época, se comienzan a instalar académicamente los Estudios de la Mujer, corriente de estudios inter y multidisciplinaria que tenían como objetivo visibilizar a las mujeres analíticamente en la investigación social, cultural e histórica. Luego en los ochenta, se instalan los Estudios de Género, primero en los rubros académicos de EEUU y Europa, y posteriormente en América Latina. Ésta línea de estudios realiza la distinción entre

³ Alfred Kinsey publica en 1948 “Comportamiento sexual del hombre”, y en 1953 “Comportamiento sexual de la mujer”, conocidos también como el Informe Kinsey. Los trabajos se realizaron a partir de cuestionarios anónimos a más de 20.000 hombres y mujeres, que revelaron la presencia de prácticas sexuales consideradas marginales en la época, como la masturbación femenina, la homosexualidad y bisexualidad en hombres y mujeres, y la temprana iniciación sexual.

⁴ En 1966 se publica “La Respuesta Sexual Humana”, del ginecólogo William Masters y la psicóloga Virginia Johnson, que establece el modelo de cambios físicos y hormonales en el hombre y la mujer a partir del estímulo sexual, que incluyen 4 fases: excitación, meseta, orgasmo y resolución.

⁵ Shere Hite, sexóloga feminista nacionalizada alemana, escribe en 1976 “El Informe Hite: Estudio de la Sexualidad Femenina”, que abordó en mayor detalle y precisión la experiencia sexual y el orgasmo femenina clitoridiano.

sexo y género, considerando el primero relacionado con los rasgos fisiológicos, y el segundo a la manera diversa que las culturas significan el ser hombre o mujer, y lo que representa lo masculino y lo femenino. Las teorías de género sostienen que la posición y condición de mujeres y hombres debían ser analizadas en conjunto (en sus relaciones) y exploradas a partir de sus particularidades culturales. Además, las relaciones e identidades de género estarán también signadas por la clase, etnia, edad y contexto social e histórico donde se anidan (Montecino, 1996). Desde este posicionamiento, los Estudios de Género permiten la articulación de sexualidad y género a partir de “nuevas conceptualizaciones y abordajes desde perspectivas complejas e integradoras de la relación entre sexualidad poder” (López & Güida, 2001:33). En esta misma época la sexología, intentando desarrollar una perspectiva más “objetiva” de la sexualidad, se aleja ideológicamente del feminismo, y comienza una apropiación monopólica de estos conocimientos que se desliga de los Estudios de Género. Es por ello que actualmente es poco frecuente o inexistente en la producción científica de estas disciplinas el análisis de las variables que contempla el género en la construcción de sexualidades (López & Güida, 2001).

En Chile, el campo de estudio de la sexualidad se inicia con la creación de la Sociedad Chilena de Sexología Antropológica⁶ en 1965, que buscó desarrollar la disciplina en conexión con la medicina y las humanidades, y enfocarlo hacia la creación de políticas públicas en salud sexual. Su plan académico y social se vio afectada por la dictadura militar (1973-1990) que clausuró y obstaculizó los proyectos de investigación contrarios a las doctrinas normativas sobre sexualidad de la época (Barrientos, et. al., 2014).

La década de 1990 es de creciente desarrollo e institucionalización de la medicina y terapia sexual, del cual no se encuentra exento el contexto chileno de post-dictadura. En esta época, la sexología nacional delimita su campo y focaliza su objeto de estudio, creando su propio mercado de prestaciones, y configura un discurso público propio. Además, se inicia una relación entre los sexólogos y los medios de comunicación, en donde se comenzó a trabajar en sets de televisión nacional con formatos informativos de auto-ayuda sexual. “Poco a poco

⁶ La Sociedad Chilena de Sexología Antropológica actualmente se conoce como Sociedad Chilena de Sexología y Educación Sexual.

fue posible conocer al público en su máxima fragilidad, es decir, la disfunción sexual y, al mismo tiempo, en su mayor necesidad, es decir, de ayuda especializada” (Op.Cit: 107).

Contemporáneamente, la investigación en sexualidad desde la psicología clínica y la biomedicina utiliza marcos explicativos sociobiológicos para explicar las diferencias de género en las prácticas y comportamientos sexuales. Esta tendencia hacia explicaciones esencialistas se expresa en la evaluación de ciertos comportamientos y actitudes en relación a una normalidad que no es situada en su relatividad social, sino en función de una norma ideal moral, que sirven a la fundamentación científica de los sectores más conservadores del debate público respecto a derechos sexuales (Valdés & Guajardo, 2003). Por otro lado, el desarrollo de la investigación social en sexualidad tiende a surgir a partir de teorías del constructivismo social⁷, y se vincula además con la política pública en salud sexual y reproductiva. El mayor número de trabajos de la época tienen como temas principales la indagación en educación sexual, género y sexualidad, salud sexual y reproductiva, derechos sexuales y el VIH-SIDA (Op. Cit.).

Disfunciones sexuales femeninas

El estudio de las disfunciones sexuales se desarrolla casi exclusivamente en el campo médico, psicológico y sexológico. William Masters y Virginia Johnson presentan en 1970 una extensiva sistematización de disfunciones sexuales masculinas y femeninas, bajo el rótulo de alteraciones que producen incompatibilidad sexual a la pareja. Helen Kaplan define las disfunciones sexuales como “trastornos psicósomáticos que impiden al individuo realizar el coito o gozar de él, donde pueden hallarse inhibidos tanto el componente vaso-congestivo como el orgásmico en la respuesta sexual, conjunta o separadamente” (Kaplan, 2002b: 366). Las disfunciones sexuales femeninas aparecen en el DSM-IV⁸ bajo las categorías de trastornos del deseo sexual, trastornos de excitación sexual, trastornos orgásmicos, trastornos sexuales por dolor, y otras (trastornos por enfermedad, inducido por sustancias o no especificado). El DSM-V ha incluido en su versión 2013 especificaciones respecto a las

⁷ En Valdés & Guajardo (2003), los autores incluyen en la posición teórica constructivista social el paradigma del construccionismo como también la teoría crítica.

⁸ DSM es el Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (*Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales*), del American Psychiatric Association (APA). El primer DSM se publicó en 1952.

disfunciones sexuales femeninas, a partir del debate sobre la falta de exactitud diagnóstica y la respuesta sexual en las mujeres (que veremos más adelante). Sin embargo, el DSM-V aun no es transversalmente utilizado, y gran parte de la bibliografía existente aun referencia el DSM-IV.

Las disfunciones sexuales femeninas como etiquetas diagnósticas han sido trabajadas críticamente en las últimas dos décadas. Por un lado, se mantiene resquemor por la influencia de compañías farmacéuticas en la definición de disfunciones sexuales, con el fin de crear un mercado y producto rentable para ello⁹. Forcades (2006) comenta que en 1998 se realiza en Boston, EEUU, la primera conferencia internacional hacia un consenso clínico para la disfunción sexual femenina, financiada por 8 compañías farmacéuticas. Según la autora, este evento fue precedido por el lanzamiento del “Viagra”, tratamiento para tratar la disminución o desaparición de la capacidad de erección en los hombres, por la empresa Pfizer. El volumen de ventas de esta droga motivó una carrera farmacológica por conseguir ampliar el mercado al otro 50% de la población: las mujeres. En 1999, se realiza un nuevo encuentro sobre el tema, esta vez financiado por 16 compañías farmacéuticas; en el 2000 y 2001 se realizan dos conferencias más, llegando a 20 las compañías financiadoras, lideradas por Pfizer.

Paralelamente, en 1999 se divulgan los resultados de un estudio que establecía que el 43% de las mujeres en EEUU tenían disfunciones sexuales femeninas, según una encuesta que fundaba el diagnóstico en base a la existencia de uno de siete “problemas” sexuales sostenidos por un mínimo de dos meses, -entre los cuales se encontraba el no haber tenido deseo sexual-, sin considerar los factores y contextos psico-sociales de las mujeres. Frente al uso sostenido de estas cifras para respaldar la necesidad de tratamientos farmacológicos para la falta de deseo sexual y anorgasmia (ausencia o deficiencia de orgasmo) en mujeres, ciertos sectores de la medicina, en especial aquellos ligados a la salud mental, critican la sobre medicalización y patologización de lo que ellos consideran respuestas sexuales normales en mujeres. Por ejemplo, la reducción del interés sexual u otros problemas pueden ser respuestas adaptativas sanas al enfrentarse a condiciones adversas en las relaciones de pareja y en la

⁹ El documental *Orgasm Inc.* (2009), de la directora Liz Canner entrega un paneo general de la carrera farmacéutica y el mercado de la tecnología médica por crear, validar y vender tratamientos para disfunciones sexuales femeninas.

vida en general, como conductas violentas del compañero/a sexual, stress o cansancio (Bancroft, 2003 cit. en Moynihan, 2005). Por otro lado, Basson (2005) plantea que las categorías utilizadas para definir la disfunción sexual se sustentan en un modelo lineal de la respuesta sexual humana (desde las propuestas de Masters y Johnsons, actualizadas por Kaplan), que consideran que el ciclo sexual de la mujer comienza con la excitación sexual. La autora propone un nuevo modelo del ciclo sexual de la mujer, que considera que el deseo no es necesariamente gatillante del encuentro sexual, sino que éste se desarrolla a partir de motivaciones mucho más complejas, como la necesidad de establecer intimidad, o la búsqueda de mejorar su bienestar emocional e imagen propia (Op. Cit, 1328).

Además de lo anterior, se cuestiona la capacidad del sistema biomédico de abarcar la complejidad sexual del ser humano, por tender al reduccionismo biológico y no considerar las normas y conductas sociales que afectan la experiencia sexual (Tiefer, 2000 cit. en Moynihan, 2003). Según las antropólogas Obach y Sadler, la biomedicina, "desde su dominio social sobre los ámbitos de la salud y la enfermedad, ejerce una construcción particular de los cuerpos humanos acorde a los intereses políticos que guían su accionar, y establece la línea que define lo normal y lo patológico" (Obach & Sadler, 2009: 81). Históricamente, los cuerpos femeninos han sido los más intervenidos desde la biomedicina, en especial la sexualidad femenina, en el afán de controlar su capacidad reproductiva y mantener una moral sexual. Según las autoras, el mecanismo biomédico de la salud de las mujeres presenta una visión fragmentada del cuerpo y de su salud, sin prestarle atención a las matrices socioculturales en las cuales se desarrollan y desenvuelven. Esta perspectiva es también trabajada a partir de autores/as como Jackson y Scott (2007), quienes promueven investigar la sexualidad femenina a partir del acercamiento a los elementos simbólicos que sustentan la experiencia sexual en mujeres, como también los discursos hegemónicos que maniobran los comportamientos; y Rosenbaum (2009) quien releva la importancia de estudiar los mensajes sociales sobre comportamientos sexuales, asociados a la construcción de la masculinidad y femineidad en el contexto socio-cultural de la pareja. En este sentido, el mundo simbólico-

social de las personas establecerá el significado del problema sexual¹⁰, y sus implicaciones no serán sólo individuales, sino comunales.

Vaginismo: primeros acercamientos desde la medicina

Los primeros casos documentados en Europa de vaginismo se trataron desde la ginecología y la obstetricia. Las descripciones de ella, aunque no se le denomine con el nombre de vaginismo, datan de comienzos del siglo XIX, en donde un doctor llamado Guillemot¹¹ se refiere a la observación de las contracciones vaginales en una mujer embarazada, que recomendaba curar con baños, semicupios, inyecciones emolientes, etc. (Gutierrez y González, 1880: 7). En 1862, Tyler Smith presentaba una nota de James Marion Sims¹² en donde se describía "una afección de las partes externas de la mujer, con el nombre vaginismo, dándole gran importancia porque la hiperestesia del himen y del orificio vulvar, acompañada de contracciones espasmódicas del esfínter vaginal se oponían al coito y producían la esterilidad" (Op. Cit.: 9). En la época, el vaginismo era tratado quirúrgicamente: los músculos del esfínter eran lacerados y el área del himen retirado, después del cual las mujeres debían ejercitar con moldes de vidrio para mantener la entrada abierta¹³ (Drenth, 2005). Este procedimiento, si bien efectivamente ensanchaba el orificio vaginal para permitir la penetración, a menudo agravaba más el trauma de la mujer, afectando a largo plazo su respuesta sexual (Kaplan, 2002b).

A fines del siglo XIX, Gutiérrez y González describen el vaginismo como "una enfermedad caracterizada por una hiperestesia¹⁴ excesiva de la vulva ó (sic) de la vagina, que obrando sobre la región dorsal de la médula, determina por acción refleja una contractura espasmódica del anillo muscular vulvo vaginal" (1880:18). En el texto citado, se divaga sobre la posible

¹⁰ En el caso de Rosenbaum, se refiere específicamente en su trabajo a las relaciones no consumadas, situación que tiene mucha vinculación al vaginismo.

¹¹ En *Journal universel des Sciences Mediales*, Paris 1828. (Gutierrez y González, 1880: 7)

¹² Además de ser considerado uno de los padres de la ginecología moderna, Marion Sims es también conocido por sus experimentos quirúrgicos en mujeres negras esclavas para perfeccionar la reparación de fístulas vesico vaginales.

¹³ Este procedimiento se mantuvo hasta fines del siglo XX, a pesar del surgimiento de tratamientos menos invasivos, como las terapias conductuales o el uso de dilatadores vaginales.

¹⁴ La hiperestesia es la sensación exagerada de estímulos táctiles, es considerado un trastorno de percepción, un síntoma.

relación entre ciertos temperamentos (irritables, por supuesto), la histeria, los hábitos viciosos (como la masturbación y exceso de coito que dan lugar a irritaciones e inflamaciones), la relación con un marido poco experimentado o quizás demasiado vigoroso, los malos hábitos de higiene, etc., y la predisposición al vaginismo. Estos, en conjunto con la edad y la conformación anormal o especial de los órganos genitales, serían causas predisponentes del vaginismo, mientras que problemas como el prurito vulvar, herpetismo local, fisura, sífilis, inflamación de glándes, entre otros¹⁵ son consideradas "causas que inician el primer elemento del vaginismo y determinan esta afección siempre que existe un estado neuropático especial" (Op. Cit.: 25). Se vislumbra aquí, en los comienzos de los estudios médicos del vaginismo, que desde la mirada casi exclusivamente fisiológica, va apareciendo como importante el componente psicológico que participa en la aparición de éste síntoma.

Perspectivas psicológicas actuales del vaginismo

El vaginismo se define, en términos simples, como una contracción involuntaria de los músculos de la entrada vaginal, específicamente el tercio inferior de la vagina y el esfínter vaginal, que impide la penetración¹⁶. La contracción se estimula con intentos de penetración vaginal, sean estos imaginarios, anticipados o reales (Masters & Johnson, 1981). La aparición sistemática de esta contracción es considerada una disfunción sexual femenina.

La contracción espasmódica muscular se produce en el momento en que la mujer prevé la penetración. La penetración percibida no necesariamente tiene que ser de un pene durante la relación sexual, puede también ser un objeto en el contexto del examen ginecológico, dedos, tampón, etc. Según los/as autores/as revisados, esta reacción es independiente al grado de excitación de la mujer, ya que ocurre como reacción a la fobia a la penetración. "(...) el

¹⁵ Listado completo de problemas fisiológicos referidos en el texto revisado son: "prurito vulvar, herpetismo local, fisuras, excreciones de origen sifilítico, neuromas, tubérculos sub-cutáneos, inflamaciones de la glándula y conducto vulvar vaginales, pólipos de la uretra, tumores irritables, folcunitis, vulvitis, vaginitis, ¿dismenorrea? (sic) lesiones de los órganos vecinos" (Op.Cit: 25)

¹⁶ Como se mencionó anteriormente, el DSM-V contiene cambios respecto a las categorías de disfunciones sexuales. El vaginismo y la dispaurenia (dolor durante la penetración vaginal) se fusionan bajo la categoría "trastorno de dolor genito-pélvico/penetración", con tal de presentar una definición más específica y dar cuenta de la dificultad de disociar ambos diagnósticos (Boyer, Dargie, & Pukall, 2010).

vaginismo se produce por un proceso fóbico de aprendizaje asociado al miedo a la penetración, y se mantiene por la ansiedad experimentada por la mujer ante la proximidad de la misma" (Moltedo-Perfetti, Nardi, & Arimatea, 2014: 57).

El vaginismo puede ser provocado por factores orgánicos e inorgánicos. En el primer caso, es producido exclusivamente por los efectos de una enfermedad física¹⁷, y en este caso se considera un trastorno sexual debido a enfermedad médica. En el segundo caso, es producido por factores psicósomáticos (Masters y Johnson, 1981). Cuando se dan ambos casos, -el vaginismo como efecto residual fisiológico, pero mantenido por algo psicológico-, se diagnostica vaginismo por factores combinados (Castroviejo Royo, 2010: 66), también llamados procesos multidimensionales (Sánchez Bravo, Carreño Meléndez, Corres Ayala, & Henales Almaraz, 2010). Además, el vaginismo se clasifica en distintos grados de intensidad: severo en caso de que la contracción impida la entrada a la vagina; moderada cuando permite penetración parcial (o selectiva); y leve cuando es posible realizar penetración pero con dolor (este última categoría se solapa con *dispaurenia*). Se clasifica también en primario (la contracción se ha manifestado desde el primer intento de penetración) y secundario (ha habido penetraciones anteriores).

La prevalencia del vaginismo según la revisión bibliográfica de Moltedo-Perfetti, Nardi, & Arimatea (2014) oscila entre un 2 y un 4% de las mujeres adultas, aunque los autores mencionan bibliografía que llega a referir hasta un 7%¹⁸, y corresponden a entre 5 y 20% de las mujeres que acuden a especialistas por dificultades sexuales. Sin embargo la cifra exacta sigue siendo un misterio debido a las implicaciones de llevar un registro, ya que hasta ahora sólo se puede dar cuenta de aquellos casos que llegan a consulta, quienes a su vez lo hacen por diversas razones y dentro del rango de sus posibilidades (económicas, por ejemplo, de realizarse consultas médicas clínicas), siendo muy posible que existan casos de vaginismo ocultos por mucho tiempo. Según Olivares Crespo y Fernández-Velasco (2003), el vaginismo usualmente afecta al funcionamiento sexual general, por lo cual es habitual encontrarlo

¹⁷ Causas fisiológicas incluyen: endometritis, infección vaginal, hipotrofismo genital posmenopáusico, procedimientos quirúrgicos vulvovaginales, procesos inflamatorios pelvianos, bajos niveles de estrógenos en mujeres menopáusicas o pre-menopáusicas, vaginitis atrófica, cistitis intersticial, entre otras (Castroviejo Royo, 2010; Sánchez Bravo, et.al., 2010).

¹⁸ Estos datos son registrados por los autores según revisión bibliográfica, que fueron publicados en Turquía e Inglaterra.

asociado a otros "trastornos" como desinterés, indiferencia o inapetencia hacia las relaciones sexuales. Además, afectaría la relación con la pareja, y gatilla problemas de ansiedad y depresión en las mujeres.

En la revisión de algunos casos publicados, desde la disciplina psicológica, pudimos encontrar algunas líneas de diagnóstico, relevantes y transversales, para casos de mujeres con vaginismo. Por ejemplo, en el estudio publicado por Mariscal (1999), se describe el caso de una mujer y la probable relación entre su historia personal emocional y la relación que tiene con su actual marido, como factor interviniente del vaginismo. La autora sugiere que la no entrega emocional de su esposo a su relación (por tender a su familia y a largas horas en el trabajo) hace que ella no se entregue sexualmente, provocando así un vaginismo. "Es como si la mujer interpusiera una "barrera psicológica" a su amante imposibilitando la consecución del coito" (Op. Cit: 63). "Se trataba de una cuestión de barreras emocionales dentro de la relación de pareja" (Op. Cit.). "Quizás sería adecuado decir a nivel metafórico que se trata de un caso de «venganza» en el cual ella no abre barreras porque no encuentra en él la confianza de que le proporcionará <<una vida mejor>>" (Op. Cit.: 66).

Olivares Crespo y colab. (2003) exponen el caso de una mujer con vaginismo, y diferencian dos problemas psicológicos: la disfunción sexual por dolor, y una fobia a la exploración ginecológica. Aunque ambas están relacionadas, se considera que se desencadenan en momentos específicos, aunque el vaginismo es primario. Es particularmente interesante desde donde reconocen el surgimiento de la "fobia":

"La última exploración (que no fue realizada en la clínica privada), fue muy desagradable según refiere. Relata la experiencia como muy dolorosa (le practicaron una citología y una ecografía vaginal); *la vivió como una violación*, definiéndola como traumática. A partir de este episodio se deteriora y agrava la conducta problema, hasta el punto de que no pueden realizarle ninguna otra exploración. Aunque ha llegado a acudir a otras citas, ha impedido sin embargo que se le practicara cualquier tipo de prueba, evitando posteriormente acudir a las mismas de forma continuada" (Op.Cit.:74. Cursiva mía).

Podemos observar, en el tratamiento de estos casos que son desde la psicología, que el análisis se centra casi por entero en la percepción de la mujer y su incapacidad de sobrellevar

ciertas situaciones de manera armoniosa o conciliadoras. En ningún caso se indaga en las características particulares de los contextos desde donde surge el vaginismo, la fobia, el trauma, desde un punto de vista cultural o desde las relaciones de poder.

Factores socio-culturales influyentes en la aparición del vaginismo

Como se ha relevado con la revisión bibliográfica, el vaginismo se manifiesta como una reacción psicosomática ante la penetración, estimulada a partir de aprendizajes negativos respecto al sexo. Terapeutas y psicólogos/as han reconocido en la biografía particular de las mujeres que llegan a consulta, ciertos factores culturales que inciden en la prevalencia de la reacción. Estos factores se trabajan como hipótesis explicativas en la aparición del vaginismo, e incluyen: inadecuada información sexual, mantención de mitos y creencias erróneas sobre el sexo (en especial sobre la penetración y el mecanismo de apertura de la vagina), educación sexual negativa (en especial en el contexto de la educación religiosa ortodoxa, que usualmente mantiene una doble moral sexual), o situaciones traumáticas relacionadas con la vivencia sexual en su biografía (violación o abuso sexual, violencia de género y de pareja, etc.) (Olivares Crespo y Fernández-Velasco, 2003; Sánchez Bravo, et. al., 2010; Sáez Sesma, 2009; Masters y Johnson, 1981). Algunos elementos considerados de índole psicológica, como el trauma sexual, traumas ginecológicos (examinaciones violentas o desagradables) o aprendizajes anecdóticos de dolor durante el sexo y el parto también pueden asociarse a contextos culturales que colocan a las mujeres en posiciones de inferioridad social, siendo éstas vulnerables a violencias psicológicas, físicas y sexuales. En una investigación cualitativa de 89 mujeres con vaginismo, se establece que los 3 factores contribuyentes más comunes e influyente según las mismas entrevistadas eran: 1) el temor al dolor durante el sexo, 2) la creencia que el sexo es malo o vergonzoso¹⁹; 3) experiencias traumáticas en la niñez. En este mismo estudio, las mujeres le adjudican mayor relevancia a la influencia de mensajes intrusivos, inadecuados y negativos sobre el coito²⁰ asociados a su

¹⁹ *Nota de trad.* La palabra utilizada en el original en inglés es *shameful*, cuyo significado combina vergüenza con deshonra, y que se traduce en español como *vergonzoso*, o también *infamante*.

²⁰ *Nota de trad.* La referencia en inglés dice: “the influence of intrusive, inaccurate or negative messages about sexual intercourse was considered more important” (Crowley et. al., 2009: 226).

vaginismo, mientras que el abuso sexual fue considerado lo menos relevante (Crowley, Goldmeier, & Hiller, 2009).

Según Crowley y colaboradores (Op.Cit.), se ha criticado en extenso la metodología utilizada en la caracterización etiológica del vaginismo, por lo que no es posible concluir fehacientemente las causas únicas del mismo. La literatura coloca énfasis en que gran cantidad de mujeres que presentan vaginismo provienen de contextos o familias con educación sexual-moral religiosa estricta, usualmente de la tradición judeo-cristiana (Masters y Johnson, 1981; Kaplan, 2002; Sáez Sesma, 2009), sin embargo hay que tomar en cuenta el contexto de estos estudios, ya que las investigaciones respecto al vaginismo se han desarrollado, en su mayoría, en países occidentales u occidentalizados, no existiendo datos de la prevalencia de disfunciones sexuales en culturas que no hayan sido afectados por el discurso de las religiones judeo-cristianas²¹. Por ello, se ha tendido a re-conceptualizar esta tendencia hacia un espectro más amplio: las mujeres afectadas con vaginismo suelen provenir de contextos familiares y culturales con fuertes perspectivas negativas sobre la sexualidad, lo que incluye asociar la sexualidad a ciertos “peligros” (embarazos no deseados, infección de enfermedades de transmisión sexual, violencia sexual), como también restricciones de la libertad sexual femenina. Por ejemplo, en culturas en donde la virginidad de las novias es importante o el conocimiento sexual en mujeres solteras es tabú, hay más casos de vaginismo documentados clínicamente (Crowley et. al., 2009).

En la última década se ha enfatizado la necesidad de definir y describir el vaginismo, y otras disfunciones sexuales, no sólo desde la medicina, sino que también desde los efectos culturales y el análisis de las relaciones de género. Según Ng (2010), existe un aumento en estudios que tienden hacia la búsqueda de una re-definición del vaginismo que englobe las causas psicológicas y sociales del fenómeno. En su propia propuesta, Ng enfatiza la importancia de pensar el vaginismo no como un problema médico, sino como un fenómeno sociocultural. Al respecto, describe de la siguiente manera su tesis doctoral:

²¹ Un interesante ejemplo es la tesis doctoral de Hoing-nga Ng (2010), que estudia el significado de la sexualidad en mujeres con problemas para ser penetradas vaginalmente (con casos de vaginismo y dispareunia) en Hong Kong. La autora recalca el contexto social en China respecto al entrecruzamiento de diferentes discursos tradicionales sobre la sexualidad, incluyendo el confucionismo, el taoísmo, y el budismo, como también la influencia de la religión cristiana, instalada a partir de colonialismo británico.

“First, this study contributes to the body of work that suggests a redefinition of the phenomenon of vaginismus. It should no longer be defines as a medical problem, but as a sociocultural phenomenon, a cultural-bound sexual expression. We hope to reduce the stigma of these women’s difficulties and depathologize their experience. I argue that it is important to understand these women’s experience and their difficulties as their sexual expression, not as an illness or a medical problem” (Ng, 2010:241-242).

El trabajo de Ng busca trabajar descriptivamente la experiencia de mujeres con dificultades para la penetración vaginal con tal de proponerlo como una forma de expresión sexual, y no como un problema médico, sexual o síntoma. Utilizando la perspectiva de los guiones sexuales o sexual script theory (aproximación a la sexualidad como proceso de aprendizaje, reconocimiento, negociación e improvisación) busca solventar los vacíos que considera dejan los estudios clínicos biomédicos, como también las teorías del aprendizaje, el psicoanálisis y las perspectivas feministas a la conceptualización del vaginismo, al enfocarse a los escenarios culturales o narrativas sociales prescritas de la sexualidad, considerando que éstos tienen influencia directa sobre las narrativas internalizadas que las personas construyen sobre sus comportamientos sexuales. De esta manera, sus principales conclusiones respecto a las causas socioculturales del vaginismo son que las mujeres²² provienen de escenarios culturales normativos respecto a los comportamientos sexuales, que les incentivaron a negar o retrasar el sexo por temor al embarazo, o a ser juzgadas como mujeres “baratas”, o porque el sexo antes del matrimonio no es aceptable en su religión.

²² Su estudio, de carácter cualitativo, utiliza una muestra de 21 mujeres entre 27 y 45 años, casadas, con dificultades para realizar sexo vaginal-penetrativo.

III. PROBLEMATIZACIÓN

En el texto “Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad”, Gayle Rubin parte con la siguiente reflexión:

“Ha llegado el momento de pensar sobre el sexo. A algunos la sexualidad sólo les parezca un tópico sin importancia, un escape frívolo de los problemas más críticos de la pobreza, la guerra, la enfermedad, el racismo, el hambre o la aniquilación nuclear. Pero es precisamente en épocas como ésta, en la que tenemos que convivir con la posibilidad de una destrucción inimaginable, cuando es más probable que la gente se vuelva peligrosamente desquiciada en lo referente a la sexualidad. Los actuales conflictos sobre los valores sexuales y la conducta erótica tienen mucho en común con las disputas religiosas de siglos pasados. Adquieren un inmenso valor simbólico” (1989: 113)

La justificación que entrega Rubin para estudiar las formas de representación y manifestación de la(s) sexualidad(es) en la sociedad aplica tanto para el análisis de las convergencias políticas que se articulan en torno a la libertad de ejercer diversidad de prácticas y deseos, como también para leer las maneras en que las conductas sexuales se normativizan a través de mecanismos de represión. En la siguiente investigación, es mi intención indagar en un área de la sexualidad que ha sido poco estudiado desde el análisis antropológico y los estudios de género, y como tal, entrega una perspectiva crítica y original de la convergencia entre patologización, género y sexualidad femenina.

Siguiendo lo anterior, la enfermedad es aquello que en un cierto contexto socio-histórico se encuentra medicalizado, que sirve para ejercer poder y control sobre un determinado sector de la población (Foucault, 1992), por lo cual la enfermedad no existe fuera del contexto que lo crea, y se construye en base a la falta, a la desviación o a la diferencia frente al paradigma de normalidad, aquello que se ha normativizado. Podemos entonces considerar que el vaginismo, como también otras disfunciones sexuales, son enfermedades creadas a partir de la desviación de una norma sexual, específicamente el cuerpo femenino como receptáculo.

Por otra parte, si analizamos lo expuesto en los antecedentes, se destaca que las disfunciones sexuales se han trabajado prioritariamente a partir de propuestas metodológicas y teóricas que deslindan los contextos sociales, culturales e históricos de la construcción del trastorno,

y mucho menos trabajan a partir de las desigualdades de género. Elementos como las barreras a una sexualidad positiva, la educación sexual confusa o inexistente, la represión de experiencias sexuales y la violencia son elementos constitutivos de la desigualdad de género en las sociedades occidentales, en donde la sexualidad de las mujeres es reprimida o direccionada casi exclusivamente hacia la reproducción. Por otra parte, es interesante notar que en la bibliografía referente, el análisis se enfoca en la mujer y su pareja, dando a entender que el problema surge en una situación de interacción sexual. El cuerpo de la mujer tiene un problema en tanto no puede cumplir con el otro, y no necesariamente consigo misma. En este sentido, la terapia sexual usualmente se enmarca a partir de la terapia de pareja, tomando como punto de partida que la sexualidad se ejerce en el contexto relacional. Sin embargo, la sexualidad se liga a todas las esferas de la experiencia humana, y como tal debe ser analizada a partir de la relación con el mundo social, sus mandatos y discursos normativos, y cuestionado a partir de ello.

Por otro lado, surge la intención hacia un re-posicionamiento del discurso sobre el vaginismo. En pocas ocasiones las mujeres hablan sobre su experiencia con vaginismo por vergüenza, y cuando sí hablan públicamente, es para dar fe de algún tratamiento a modo de publicitación. Consideramos que es pertinente en el marco de una investigación de carácter feminista (a ser desarrollado en el marco metodológico), dar vuelta el foco y entregar tribuna al relato femenino fuera del marco de su utilidad, sino como presentación del relato que contextualiza a esa mujer en un marco normativo cultural de género, que le influencia directamente. Así, podremos revelar, en la experiencia de ellas, una aproximación a los contextos culturales que encasillan a las mujeres respecto a su sexualidad, su cuerpo y su salud. A partir de esto, nos hacemos las siguientes preguntas:

¿Cómo vivencian las mujeres el vaginismo, y cómo se construye la sexualidad a partir de ello? ¿Qué discursos, enseñanzas y mandatos culturales han influenciado su manera de percibir la sexualidad? ¿Cómo problematizan la sexualidad, el cuerpo, y la disfunción, a partir de las diversas experiencias de tratamiento y relaciones sexuales?

IV. OBJETIVOS

Objetivo General: Develar las vivencias de mujeres con vaginismo, tomando como ejes centrales de análisis la construcción y experiencia de la sexualidad.

Objetivo Específico 1: Incursionar en la biografía particular de las mujeres en cuanto a las creencias y enseñanzas en torno a la sexualidad que reciben en su infancia, adolescencia y juventud.

Objetivo Específico 2: Analizar las experiencias y percepciones respecto a la sexualidad que viven mujeres con vaginismo en su recorrido vital.

Objetivo Específico 3: Caracterizar las experiencias de mujeres con vaginismo en relación a su aparición, diagnóstico y tratamiento y/o terapias escogidas.

V. MARCO TEÓRICO-CONCEPTUAL

Género: marco de análisis para la sexualidad

El género es “un complejo de determinaciones y características económicas, sociales, jurídico-políticas, y psicológicas, es decir, culturales, que crean lo que en cada época, sociedad y cultura son los contenidos específicos de ser mujer o ser hombre, o ser cualquier otra categoría genérica” (Lagarde, 2011: 177). La categoría *género* permite concebir lo femenino y lo masculino como construcciones culturales, sociales e históricas de las diferencias sexuales, lo que a la vez implica que los atributos asignados a cada sexo son mutables, y que los rasgos y definiciones de género son propias y arbitrarias de cada cultura. Tradicionalmente, la antropología había abarcado en sus trabajos etnológicos y etnográficos la construcción cultural del status sexual, interesado siempre en cómo se manifiestan en las culturas las diferencias entre mujeres y varones. Sin embargo fue la disciplina psicológica la que utilizará primero el concepto género, para distinguir entre la construcción social de las diferencias sexuales (género), y los rasgos fisiológicos, hormonales y cromosómicos del sexo.²³ De esta manera, el concepto género se constituye como una herramienta analítica para insistir en la cualidad social de las distinciones sexuales, y rechazar el biologicismo ideológico que imperaba en las explicaciones sobre las diferencias entre mujeres y varones. La lógica del género se despliega sobre los cuerpos sexualmente diferenciados al momento de nacer. En función de los genitales, se atribuyen características psicológicas, simbólicas y sociales “femeninas” o “masculinas”, y se diferencian actividades, conductas y esferas de la vida (Lamas, 1995). “Así, mediante el proceso de constitución del género, la sociedad fabrica las ideas de lo que deben ser los hombres y las mujeres, de lo que es ‘propio’ de cada sexo” (Op. Cit.: 62). Al pasar el género a ser una forma de denotar las construcciones culturales de las identidades subjetivas de varones y mujeres, se entiende como una “categoría social impuesta sobre un cuerpo sexuado” (Scott, 2008: 53), poniendo en cuestión lo que se consideraba hasta entonces el origen biológico de la subordinación femenina, y replanteando la manera de entender la organización social, económica y política (Lamas, 1983). Será Gayle

²³ Tal distinción se concluye tras investigaciones por Stoller y Money, que identificaron que lo femenino y masculino era construido identitariamente según la socialización en casos de personas con variaciones biológicas sexuales (como hermafroditismo). (Montecino, 1996)

Rubin quien hará patente la relación entre construcción social del género y cuerpo sexual, entendiendo el sistema sexo/género como el “conjunto de disposiciones por el que una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana, y en el cual se satisfacen esas necesidades humanas transformadas” (Rubin, 1986: 97). El género, de esta manera, “es un elemento constitutivo de las relaciones sociales basadas en las diferencias que distinguen los sexos” y además es una “relación primaria de poder” (Scott, 1990: 65), en tanto las diferencias se vuelven desigualdades.

Para esta investigación será pertinente relevar la corriente teórica del género que fundamenta las desigualdades en la asignación ideológica de significados y valoraciones, a partir de oposiciones duales: la construcción simbólica del género²⁴. Esta corriente teórica:

“da cuenta de que todas las sociedades construyen ideologías de género, casi siempre en base a pares de opuestos –los cuales pueden ser complementarios y no necesariamente desiguales como lo demuestra el registro antropológico de la diversidad cultural. Esos pares de opuestos construyen sistemas simbólicos que producen significados compartidos y modulaciones propias de cada sociedad sobre la posición de lo femenino y lo masculino dentro de una escala de prestigio y poder” (Montecino, 2013: 22).

La lógica del género, constituido como un pensamiento binario y relevado por la construcción simbólica del género, establece sólo dos categorías de significaciones adjudicables a los cuerpos: lo femenino y lo masculino. El carácter cultural de estas significaciones, la variabilidad de las simbolizaciones, interpretaciones y organización en torno al género, nos llevan a una postura antiesencialista: no existen los hombres y mujeres “naturales”, como tampoco la existencia de una esencia femenina o masculina (Lamas, 1995). La lógica binaria del género postula, además, una heterosexualidad simbólica y normativa, aunque la identidad

²⁴ Además de la *construcción simbólica del género* ligada a la tradición teórica del estructuralismo, que adjudica mayor relevancia a lo simbólico en la conformación de los sistemas de género, también está la *construcción social del género*, el cual viene de la tradición marxista y piensa la desigualdad a partir de lo económico-productivo. Si bien ambas corrientes pueden separarse analíticamente, a la hora de observar cómo se reproducen los sistemas de género se da cuenta de que los ámbitos se retroalimentan, ya que existe “una interrelación entre sociedad, economía y cultura, y que muchas veces son las ideologías de género las que subsisten a pesar de las transformaciones en el plano de la división sexual del trabajo” (Montecino, 1996, pág. 30).

de género (la identidad social de las personas como ‘mujeres’ u ‘hombres’) y la identidad sexual (estructurada en el inconsciente y configurada a partir del deseo sexual) sean categorías separadas y no necesariamente correlacionadas (Lamas, 2000).

Propuestas posestructuralistas como las de Judith Butler (2007) trabajan y discuten el modelo binario del género, al cuestionar la relación mimética implícita de éste, en donde se supone que el género es adjudicado culturalmente a partir de la diferencia sexual, es decir el ‘sexo’ de cada persona, asumiendo que lo anatómico, a diferencia del género, es una manifestación corporal naturalmente dada. Lo que la autora plantea es:

“(…) el género no es a la cultura lo que el sexo es a la naturaleza; el género también es el medio discursivo/cultural a través del cual la <<naturaleza sexuada>> o <<un sexo natural>> se forma y establece como <<prediscursivo>>, anterior a la cultura, una superficie políticamente neutral sobre la cual actúa la cultura (...) Esta producción del sexo como lo prediscursivo debe entenderse como el resultado del aparato de construcción cultural nombrado por el *género*” (Op. Cit.: 55-56).

Siguiendo lo anterior, para Butler el sexo es una construcción ideal que se materializa a través de normas reguladoras que logran la materialización del sexo y el cuerpo a través de la reiteración forzada de las normas del género (Butler, 2002). La reiteración es necesaria ya que nunca se completa la materialización del sexo y los cuerpos nunca acatan apaciblemente las normas. El género se conceptualiza como una performance, una “práctica reiterativa y referencial mediante la cual el discurso produce los efectos que nombra, por lo que las normas reguladoras del sexo obran de una manera performativa para constituir la materialidad de los cuerpos, y para materializar la diferencia sexual en aras de consolidar el imperativo heterosexual” (Op. Cit.: 18). “Esto implica entender la materialización del cuerpo como un proceso por el cual cada sujeto acepta, asume, se apropia y adopta normas corporales” (Op. Cit: 19). Por lo tanto este proceso no es, estrictamente hablando, un sometimiento del cuerpo pasivo a las normas, sino un diálogo tensionado que siempre traerá incompletitudes e inconsistencias. Esta propuesta teórica es también una propuesta política-feminista, dado que la crítica que propone Butler al esencialismo en que cae los modelos binarios de género, plantea la necesidad de deconstruir el género a partir de la idea de que las personas son construidas socialmente, pero también nos construimos a nosotros/as mismos/as: el género

no sólo es el lugar desde donde recibimos significados culturales, sino también los innovamos (Lamas, 1995).

Los conceptos y teorías recién expuestos nos servirán como lente analítico para pensar la convergencia entre género, sexo y sexualidad, por un lado desde los modelos ideológicos de valoración binaria a partir de la construcción simbólica del género, y por otro, las propuestas posestructuralistas como las de Butler y Foucault, que impulsan la crítica hacia la desconstrucción del establecimiento de cuerpo y sexo como realidades inmutables. Es por ello que utilizaremos estas corrientes para trabajar los siguientes temas en mayor profundidad.

La construcción cultural de lo femenino: sexualidad y cuerpo

Entenderemos sexualidad como:

“el conjunto de experiencias humanas atribuidas al sexo y definidas por éste, constituye a los particulares, y obliga su adscripción a los grupos socioculturales genéricos y a condiciones de vida predeterminadas. La sexualidad es un complejo cultural históricamente determinado consistente en relaciones sociales, instituciones sociales y políticas, así como en concepciones del mundo, que define la identidad básica de los sujetos. (...) La sexualidad está constituida por sus formas de actuar, de comportarse, de pensar, y de sentir, así como por capacidades intelectuales, afectivas y vitales asociadas al sexo” (Lagarde, 2011: 184).

Según Marta Lamas, a lo largo del siglo XX se ha ido aceptando que la sexualidad no se fundamenta en la naturaleza, sino que es y ha sido construida social, cultural e históricamente, a través de la consolidación de un análisis crítico “con el cual se ha puesto en evidencia las formas insidiosas y sutiles con que la cultura inviste de valor, o denigra, al cuerpo y al acto sexual” (1995: 69). De esta manera, podemos conceptualizar la sexualidad como “una elaboración psíquica y cultural sobre los placeres de los intercambios corporales (construida discursivamente, regulada y reglamentada mediante prohibiciones y sanciones que le dan, literalmente, forma y direccionalidad) (...)” (Op. Cit.). Así, al analizar elementos constitutivos de la sexualidad como la libido, el deseo, el goce y placer, “lo que cuenta son los significados que las personas les atribuyen y los efectos que esa valoración tiene sobre la

manera como organizan su vida sexual” (Op. Cit.). En este sentido, el lente analítico de género como reflexión crítica nos permite descubrir la lógica latente detrás de las valoraciones positivas o negativas a prácticas y arreglos sexuales, y explorar los patrones de dominación, subordinación y resistencia que modelan la sexualidad.

Dado que el sexo y la sexualidad circulan alrededor del cuerpo, es necesario hacer una revisión general del concepto desde autoras de los estudios de género. El cuerpo es una construcción social, se refiere al lugar que ocupa un individuo, en tanto lugar físico como social y cultural. También es el lugar desde donde se construye la diferencia con el otro, como lugar de experiencia de la intersubjetividad. El cuerpo, forma y materia a la vez, es “el espacio en el que se localiza el individuo” (McDowell, 2000: 59). La forma de presentarse, o la forma en que representamos nuestro cuerpo, varía según el tiempo y lugar que ocupamos (Op.Cit.). En este sentido, ser un cuerpo femenino o un cuerpo masculino es una construcción social materializada a través del sentido que le damos a estos: “Mujer y hombre no son más que signos que se adosan a un cuerpo y lo cargan de sentido y significación” (García Canal, 1998: 55) De acuerdo a McDowell, “el cuerpo está íntimamente relacionado a la sexualidad y a la conducta sexual” (McDowell, 2000: 62), pero dado que tanto el cuerpo como la conducta sexual son construcciones sociales, sujeto a variación y susceptibles de cambio, esta relación no implica la existencia de un instinto natural relacionado con el sexo, sino que “la conducta sexual está histórica y socialmente definida y tiene lugar en un ámbito de relaciones sociales, entre las cuales, las más comunes dentro del mundo heterosexual son la definición y el control de la sexualidad femenina por parte del hombre” (Op. Cit.: 67).

Simone de Beauvoir (1954) examina en la cultura occidental y desde la antigua Grecia, la relación histórica entre los atributos corporales de la mujer y la debilidad, la pasividad, la enfermedad, etc., lo cual ha colocado a la mujer en un lugar ontológicamente inferior al hombre. Se asimila el óvulo a la Inmanencia y el espermatozoide a la Trascendencia; la vagina como el receptáculo, y el pene el penetrador; a las mujeres lo pasivo y el hombre, lo activo (Op.Cit.). La autora además da cuenta del arraigo de la homologación de la mujer con su cuerpo sexuado, diferente al Uno masculino, pero parte del binario sexual. “Y ella no es nada fuera de lo que el hombre decide: así, la llama “el sexo”, con lo que quiere dar a entender que se le aparece al macho esencialmente como un ser sexuado; ella es sexo para él, así que

lo es en absoluto. La mujer se determina y diferencia con relación al hombre, y no éste con relación a ella; ésta es lo inesencial frente a lo esencial. Él es el Sujeto, él es lo Absoluto: ella es el Otro” (Op. Cit.:15). En esta línea y apoyándose en de Beauvoir, Sherry Ortner (1979) reflexiona desde la construcción simbólica del género en torno a cómo la identificación de la mujer con su cuerpo fueron las bases para hacer una diferenciación de prestigio entre hombres y mujeres. La autora propondrá que la mujer, ligada a la reproducción y a la sexualidad, -junto a otros factores corporales ligados a la gestación, lactancia y maternidad- traían como consecuencia la relación de esta con la naturaleza (o más cercana a la naturaleza), categoría subordinada al poder transformador y creador de la cultura, relacionada con el hombre. Estas concepciones se encuentran incorporadas en formas institucionales que reproducen las relaciones hegemónicas de los hombres por sobre las mujeres.

La unión del cuerpo femenino al lugar de la sexualidad, reproducción y la maternidad, como funciones biológicas o corporales que delimitan la identificación social y cultural de las mujeres a los espacios ligados a ello, nos permite entender cómo la mujer puede ser identificada también como un cuerpo que esencialmente se representa para otros, tomando como base la categorización que hace Marcela Lagarde (2011) respecto a la asociación de lo femenino con el ejercicio de una sexualidad para otros, mediante dos ejercicios distintivos: procreación y erotismo. Otro eje constitutivo de lo femenino se relaciona con la necesidad de que exista otro para que la mujer sea legitimada, es decir, la mujer tiene valor como tal en tanto cumple un rol o una función hacia otro, y esta función normalmente es de servicio, utilidad o subordinación. “La condición de la mujer es una creación histórica cuyo contenido es el conjunto de circunstancias, cualidades y características esenciales que definen a la mujer como ser social y cultural genérico: ser de y para *los otros*” (Op. Cit.: 33). El cuerpo de la mujer es un cuerpo siempre ocupado²⁵, no por ella, sino por las necesidades y exigencias de los otros. “Por su ser-de y para-otros, se definen filosóficamente como entes incompletos, como territorios, dispuestos a ser ocupados y dominados por los otros en el mundo patriarcal”

²⁵ Al pensar sobre la diferencia sexual, Irigaray (2010) describe a la mujer como la envoltura, y al hombre como lo envuelto, y como tal “sólo puede ser el receptáculo de una cosa, si su función es la de ser continente. Debe ser sólo continente del niño, según cierta moral. Puede ser continente del hombre. Pero no de sí misma” (Irigaray, 2010: 73-74).

(Op.Cit.: 41). De las categorías analizadas por Lagarde respecto a lo femenino²⁶, resultan particularmente interesantes a este análisis el de *madresposa, puta y loca*.

Todas las mujeres, por el sólo hecho de serlo, son consideradas madres y esposas, ya que serlo consiste en “vivir de acuerdo con las normas que expresan su ser-para y de-otros, realizar actividades de reproducción y tener relaciones de servidumbre voluntaria” (Op. Cit: 363). De esta manera, el ser *madresposa* no necesariamente implica cumplir con tener hijos/as o marido, sino que define las relaciones que las mujeres establecen con otros, que pueden ser sujetos sustitutos de las relaciones conyugales o relaciones filiales (hermanos/as, amigos/as, padres o madres), por ejemplo, en el trabajo servicial de cuidar a enfermos/as, a otros niños/as, o a la comunidad. El trabajo de la *madresposas* consiste en reproducir materialmente y culturalmente en el seno del grupo doméstico a la sociedad. Los cuerpos de las *madresposas* son vírgenes, aunque sea obvia su sexualidad, en el caso de tener hijos/as.

Esta concepción del cuerpo virginal de la *madresposa* guarda relación con que estas no gozan su cuerpo ni el del otro en la participación del coito, porque este no lo ejercen para lograr placer, sino con la finalidad implícita de tener hijos y de procrear. Nuevamente se define por tener un cuerpo al servicio de otro (darle placer al hombre, y dar vida a un hijo/a). “Muchas mujeres pasan la vida alternando la carga del otro dentro y fuera de su cuerpo (...) Con sus cuerpos, las mujeres arrullan y acunan otros cuerpos” (Op.Cit.: 382).

Por otro lado, la *puta* es el “concepto genérico que designa a las mujeres definidas por el erotismo, en una cultura que lo ha construido como tabú para ellas” (Op. Cit: 559). Al igual que todas las mujeres son *madresposas*, todas las mujeres son *putas* al menos en algún momento de su vida, por el hecho de evidenciar deseo erótico. En un nivel ideológico y simbólico, en el cuerpo de las *putas* no puede existir maternidad, ya que en ella se concreta la escisión entre erotismo y maternidad. Aunque las esposas también sean objetos sexuales, en tanto procrean, lo hacen bajo una connotación positiva, mientras que la carga erótica en las *putas* las clasifica negativamente. “Las ideologías han hecho ver a las *madresposas* como

²⁶ Las categorías por Lagarde analizadas tienen que ver con estereotipos de lo femenino clasificadas según su cercanía a aspectos positivos o negativos en torno a la sexualidad, el erotismo, la maternidad, entre otros, que son: *madresposa, monja, puta, loca y presa*. Estos estereotipos conforman círculos de vida para las mujeres, y pueden participar en uno o todos simultáneamente a lo largo de sus vidas. Lagarde considera estas definiciones estereotipadas como cautiverios, en tanto alejarse de estos estándares pone en duda la identidad genérica de la mujer (Lagarde, 2011).

antagónica e incomparables a las prostitutas, pertenecientes a ámbitos (naturalezas) distintas” (Op. Cit: 565). La existencia de la *puta* permite que el hombre pueda mantener a las mujeres *madresposas* en una categoría anti-erótica. Sin embargo, *madresposas* y *putas* están ligadas en tanto se deben unas a otras, en la complementariedad de sus funciones sexuales para con el hombre. Si la *madresposa* no puede ser concebida como un cuerpo erotizado, (aunque debe tener coito con un hombre para convertirse en madre), la *puta* aparece en el imaginario como la ‘otra’ mujer accesible a los hombres que le entregue un servicio erótico, dedicado al placer. *Madresposas* y *putas* nunca son la misma mujer en un cruce espacio/temporal único, aunque mujeres pueden entrar y salir de estas categorías en el tiempo. Se identifican así, de manera casi encubierta, que hay mujeres para casarse y mujeres para acostarse, mujeres buenas y mujeres malas, mujeres de mayor valor y de menor valor, y cada una está en una posición de objeto sexual al servicio del hombre.

Otra categoría de Lagarde que resulta interesante para este análisis es el de la *loca*. La *loca* es aquél cuerpo femenino que se manifiesta desviada frente al conjunto de dificultades para cumplir con las expectativas de su género. Según Lagarde, todas somos en algún punto *locas*, porque los estereotipos de género presentan múltiples contradicciones frente a las posibilidades reales de las mujeres, es decir, son imposibles de cumplir. Los estereotipos y mandatos de género son construcciones de normalidad que el discurso de la enfermedad clasifica como funcional, mientras que lo diferente, es lo disfuncional, lo enfermo. Por tanto, aunque imposible, el incumplimiento de los mandatos de género provocan frustraciones no legítimas, y en la inconformidad se manifiesta la *loca*, la que alegará contra las exigencias y demandará la diferencia. Para la cultura patriarcal, son verdaderamente *locas* las desobedientes, rebeldes, transgresoras... y por ello, las más locas de todas, son las que buscan cambiar el orden.

El modelo de Lagarde, creado a partir de la revisión etnológica y antropológica de la sexualidad y las mujeres, debe pensarse a partir de un cierto contexto latinoamericano, que construye identidades de género a partir de una cultura mestiza producto de procesos de conquista y colonización. Las culturas mestizas del continente, como herencia colonial y patriarcal, mantienen culto a la superioridad espiritual femenina corporizada en el marianismo, o culto a la Virgen María (Fuller, 1995; Montecino, 2007). En este modelo, el

sexo es considerado una fuerza disruptiva, y la mujer es la encargada de contenerla dada su supuesta supremacía moral. “El modelo es más o menos como sigue: el sexo es desorden/pecado, la mujer es capaz de contenerlo porque está protegida internamente por su superioridad y externamente por los varones de su familia” (Fuller, 1995: 251). Bajo este modelo, las mujeres que viven y se expresan libremente en lo sexual son asociadas simbólicamente al peligro y al desorden, mientras que la mujer cuya sexualidad es controlada por los hombres, ocupará la posición de la virgen/madre, ejemplo supremo de cuerpo al servicio del orden de la sociedad (Da Matta, 1983, cit. en., Fuller, 1995).

La construcción cultural e ideológica del sexo

De acuerdo a la revisión bibliográfica, aunque la sexualidad se encuentra ligada a la fisiología y morfología del cuerpo, no se encuentra constreñida a ello; emerge en un contexto cultural y está influenciada por variables como lo psíquico, lo económico, la diferencia sexual, el sistema sexo-género, etc., por tanto no existe una única sexualidad como tampoco una sola práctica sexual (Dides, 2006). Según Dides, refiriéndose a Weeks (1998, en Dides, 2006), cada cultura regirá los comportamientos sexuales, dirimiendo lo permitido, lo prohibido, lo deseable y lo real, estableciendo restricciones de *quién* (quiénes son parejas adecuadas según edad, género, raza, clase, parentesco, etc.) y *cómo*, que tiene “que ver con los órganos que usamos, los orificios que se pueden penetrar, el modo de relación sexual y de coito; qué podemos tocar, cuándo podemos tocar, con qué frecuencia, y así sucesivamente. En esta misma línea, según Marta Lamas la revisión histórico-deconstructivistas sobre la vida sexual muestran que “la sexualidad está sujeta a una construcción social” y sólo se pueden “comprender las conductas sexuales en un contexto específico, cultural e histórico. De ahí que más que *una* historia de la sexualidad, existan historias locales, con significados contextualizados” (Lamas, 1995: 69). En este sentido, “hay que indagar cuáles son las historias concretas y cuáles las lógicas sociales que le dan forma y contenido a la sexualidad” (Op. Cit.: 70). La sexualidad es ideada socialmente en tanto “las culturas articulan, vertebran, codifican y perfilan las prácticas sexuales de sus ciudadanos” (Nieto, 2003: 34), lo que no significa que sus discursos sean de significaciones exclusivamente culturales, sino que además tienen un componente subjetivo e individual, en tanto en los/as individuos existe

capacidad de innovación, “que les permite crear, disentir y diferenciar” (Op. Cit: 35), les permite evaluar la valoración de las prácticas sexuales, “permitiendo unas, impulsando otras y prohibiendo las demás” (Op. Cit.). Estas definiciones dan cuenta de que la sexualidad se va articulando entre lo individual y lo colectivo, lo psíquico y lo cultural, a través de la historia amplia de las sociedades como también de las biografías particulares de las personas. Esta configuración múltiple y transformativa de la sexualidad nos permite trabajarlo desde la posibilidad de la desconstrucción, dado que el análisis de los contextos que influyen en los mandatos del sexo desestabilizará los discursos normativos que esencializan las interacciones sexuales: desde las consideraciones de la homosexualidad y otras identidades y deseos sexuales como trastornos o desvíos de una supuesta sexualidad ‘natural’ o ‘adecuada’, hasta la clasificación de prácticas sexuales y coitales en jerarquía de valoraciones, apropiadas de acuerdo al cuerpo y género de quien los realiza.

El análisis del contexto socio-histórico que influye y propicia la medicalización de la sociedad occidental, trabajado ampliamente por Michel Foucault, permite situar la construcción de la sexualidad desde nuestra cultura y época, y como tal ayuda a problematizar el tema del vaginismo, no sólo desde el eje patológico, sino también en su relación con la normatividad del sexo y la sexualidad analizado desde una perspectiva histórica y económica, como mecanismos y técnicas de poder desplegadas a partir del siglo XVII. El autor plantea que a partir de esta época, el poder que antes se había focalizado en el derecho a la muerte (la patria potestas del padre, soberano, rey, etc., en disponer de la vida y la muerte de sus súbditos), “fue reemplazado por el poder de hacer vivir o de rechazar hacia la muerte” (Foucault, 1998: 168). Es decir, el poder se ejerce en tanto se administra la vida, “es en la vida y a lo largo de su desarrollo donde el poder establece su fuerza; la muerte es su límite, el momento que no puede apresar (...)” (Op. Cit.).

A partir del siglo XVII, el poder sobre la vida se desarrolla en dos frentes: 1) la socialización del cuerpo como máquina desde el siglo XVII, enfocado en crear cuerpos útiles y dóciles que se integren al control político-económico, y 2) el control del cuerpo-especie a mediados del siglo XVIII, en tanto soporte a procesos biológicos como los nacimientos y la mortalidad, el nivel de salud, duración de la vida, etc. Ambos polos de organización del poder de la vida, se ve demostrada en el surgimiento de la medicina de Estado, la medicina urbana, y la

medicina de la fuerza laboral, que tenían como objeto apoyar el sistema productivo-laboral, al alero del surgimiento del capitalismo. “Para la sociedad capitalista lo importante era lo biológico, lo somático, lo corporal antes que nada. El cuerpo es una realidad biopolítica; la medicina una estrategia biopolítica” (Op. Cit.: 125). “La vieja potencia de la muerte, en la cual se simboliza el poder soberano, se halla ahora cuidadosamente recubierta por la administración de los cuerpos y la gestión calculadora de la vida (...) Se inicia así la era de un ‘bio-poder’” (Op. Cit.:170). El bio-poder permite insertar de manera controlada los cuerpos en el aparato de producción (Op. Cit.: 171), y en la construcción de una sociedad normalizadora, entendiendo norma como un “continuum de aparatos (médicos, administrativos, etc.) cuyas funciones son sobre todo reguladoras” (Op. Cit: 175). Por lo tanto, para Foucault, el cuerpo puede ser entendido como un lugar de control social, como algo que se reprime con el fin de conservar un orden.

Es en este contexto que el sexo y la sexualidad adquieren importancia dentro del juego político, ya que se encuentran en el cruce de ambos frentes mencionados anteriormente: dependen de las disciplinas del cuerpo, y participan en la regulación de las poblaciones. Es por ello que la sexualidad se convierte en un foco de control en el siglo XIX, perseguida y normalizada con ideologías moralistas, higiénicas, etc., todas dirigidas a controlar esta fuente de proliferación de cuerpos. En este sentido, más allá de comprender que las prácticas sexuales varían según la época y contexto cultural, Foucault da cuenta de cómo se crea una determinada manera de ver y pensar el sexo y la sexualidad, normativizada en función de una estructura política-económica. Estas ideas encuentran validación especialmente si pensamos en los cuerpos de las mujeres, que según Foucault tenían una manera específica de biopoder: ‘la histerización del cuerpo de la mujer’²⁷.

“Así, en el proceso de histerización de la mujer, el ‘sexo’ fue definido de tres maneras: como lo que es común al hombre y la mujer; o como lo que pertenece por excelencia al hombre y falta por tanto a la mujer; pero también como lo que constituye por sí solo el cuerpo de la mujer, orientándolo por entero a las funciones de reproducción y

²⁷ Según Preciado, Foucault identificó cuatro dispositivos del bio-poder, que permiten comprender la sexualidad como el producto de tecnologías productivas: “la histerización del cuerpo de la mujer, la pedagogización del sexo del niño, la socialización de las conductas procreadoras y la psiquiatrización del placer perverso” (Preciado, 2011, pág. 77).

perturbándolo sin cesar en virtud de los efectos de esas mismas funciones; en esta estrategia, la historia es interpretada como el juego del sexo en tanto que es lo “uno” y lo “otro”, todo y parte, principio y carencia” (Foucault, 1998:186).

De estas tres formas, las primeras dos constituyen la imagen negativa de la mujer: lo que es común a hombre y mujer constituye la sexualización de la mujer, la ninfómana, y la que se encuentra en falta, la enferma, la patologizada. La tercera constituye la imagen positiva, la reproductora-madre, la única identidad normativizada, el paradigma de la mujer virtuosa (Fernández, 2004: 193).²⁸

Por otra parte, Foucault problematiza la naturaleza de la sexualidad humana respecto al cuerpo como materialidad física. Según Laqueur, Foucault establece que la sexualidad no es una cualidad inherente del cuerpo, sino más bien “una forma de moldear el yo “en la experiencia de la carne’, en sí misma está ‘construida desde y en torno a ciertas formas de conducta” (Laqueur, 1990: 36). Las formas mencionadas existen en relación a sistemas de conocimiento históricamente establecidos que ordena lo natural y no natural, “y con lo que Foucault llama ‘un modo o relación entre el individuo y el sí mismo que le capacita para reconocerse como sujeto sexual entre los demás” (Op.Cit.: 37). El cuerpo sexual y la sexualidad son construcciones, no tienen nada de natural, y responden al orden social que se establece socio-históricamente: “El sexo, como el ser humano, es contextual” (Op.Cit.:42). Para concluir, y usando las propuestas de Beatriz/Paul Preciado²⁹ (2011), es necesario pensar el sexo como una tecnología biopolítica, es decir, “como un sistema complejo de estructuras reguladoras que controlan la relación entre los cuerpos, los instrumentos, las máquinas, los usos y los usuarios” (Op. Cit.:68), y que esta tecnología definida como conjunto de instituciones lingüísticas, médicas o domésticas, produce ontológicamente a través de la

²⁸ Podemos hacer el cruce de los cautiverios de Lagarde, referenciado anteriormente, con la histerización de la mujer desde Foucault. La ninfómana es homologable a la categorías de la *puta*; la enferma o patologizada sería la *loca*; mientras que la reproductora-madre sería la *madresposa*. Según Fernández (2004), los tres tipos de cuerpos femeninos (mujer-sexo, mujer-enferma y mujer-madre) se encuentran dentro del discurso médico de una manera u otra, que además ejerce un totalitarismo, una violencia sobre las cosas, una violencia sobre los cuerpos.

²⁹ Quien a su vez trabaja en su libro Manifiesto Contrasexual, una propuesta político-activista-desconstructiva del sexo a partir de lo formulado por Foucault y Butler, la *contrasexualidad*. “La contrasexualidad es, en primer lugar, un análisis crítico de la diferencia de género y de sexo, producto del contrato social heterocentrado, cuyas performatividades normativas han sido inscritas en los cuerpos como verdades biológicas” (Preciado, 2011: 13)

invocación performativa del sujeto como cuerpo sexuado, cuerpos-hombres y cuerpos-mujeres. “Los órganos sexuales como tales no existen. Los órganos que reconocemos como naturalmente sexuales son ya el producto de una tecnología sofisticada que prescribe el contexto en el que los órganos adquieren su significación (relaciones sexuales) y se utilizan con propiedad, de acuerdo con su <<naturaleza>> (relaciones heterosexuales)” (Op. Cit.: 23).

Mujer, salud y patología: la construcción médica de la identidad femenina

Nos interesa incluir en esta sección una reflexión en torno a la relación de las mujeres con la salud desde una perspectiva crítica de género, debido a que el tema de esta investigación ha sido trabajado tradicionalmente desde el sistema biomédico, y daremos cuenta de que parte de la vivencia de las mujeres se entrelaza con el acercamiento a un sistema de diagnóstico y tratamiento que define y filtra la experiencia. El género, como cruce de variables identitarias de una persona en un contexto cultural, determina y establece inequidades y desigualdades respecto a la salud y la enfermedad, el acceso a la atención y recursos, la calidad de atención, financiamiento y participación en la producción y decisiones de la salud, etc. Existen evidencias cuantitativas de que mujeres y hombres se enfrentan diferenciadamente a la morbilidad y mortalidad, como por ejemplo, las mujeres mueren y se enferman más que los hombres en su ciclo vital por causas evitables, relacionados con la reproducción (aborto, mortalidad materna) y la violencia de género, mientras que los hombres mueren cada vez más por riesgos evitables como accidentes, adicciones, suicidios y violencia homosocial (Matamala, Gálvez, & Gómez, 2005), dando cuenta de desigualdades que generan vulnerabilidades en torno a la salud. Siguiendo lo anterior, las construcciones de género determinan actitudes y conductas que llevan a riesgos de salud específicos, internalizados en los procesos de socialización de hombres y mujeres. Hay expectativas diferenciadas sobre cómo ser y actuar respecto a la salud, y en el caso de las mujeres, se ha interiorizado la postergación de la salud, dado que se considera que la mujer tenderá a estar más constantemente enferma o sufriendo dolencias como parte de su constitución “natural”, y una desapropiación de los mecanismos para asegurar su propio bienestar.

Para analizar la fundación de las desigualdades de género y salud, en especial en lo que se refiere a las mujeres, es relevante considerar la historia de esta relación, para comprender la

manera en que se escinde el género femenino de los saberes tradicionales del cuerpo, la sexualidad y la reproducción, a partir de los procesos de modernización y medicalización. Se ha trabajado en extenso el rol que tenían las mujeres, previo al Renacimiento en el mundo occidental, como curanderas, sanadoras y terapeutas no profesionales, en especial vinculado a la salud sexual y reproductiva como parteras. Desde el siglo XIV al XVII, se desarrolló una sistemática *caza de brujas* que ejecutó a gran cantidad de mujeres, bajo tres acusaciones: se las acusaba de todos los crímenes sexuales concebibles en contra de los hombres; se las acusaba de estar organizadas; y finalmente, que tenían poderes mágicos sobre la salud de las personas, ya que podían curar como también provocar el mal, y a menudo se las acusaba de poseer conocimientos médicos y ginecológicos (Ehrenreich & English, 1998). Además, en el siglo XVII, la obstetricia se convirtió en ciencia médica y se dictaron leyes que castigaban el ejercicio no profesional del parto (Viveros, 1995). A partir de ello y en los siglos venideros, se fueron distanciando en prestigio el ejercicio terapeutico tradicional de las mujeres de la práctica médica profesional, destinada exclusivamente a los hombres y desde los cuales comadronas, parteras y matronas quedaban en lugares de subordinación. La medicalización progresiva del siglo XIX, producto del monopolio de la atención médica de la enfermedad, y de procesos de salud de las mujeres,

“produjo un tipo de relación entre médicos y mujeres caracterizada en general por ser de dependencia y subordinación. Implicó, además, una amplia desposesión para las mujeres: desposesión del control de su cuerpo y de una experiencia humana exclusivamente femenina como el embarazo y el parto, desposesión y devaluación de las prácticas y saberes terapeuticos femeninos” (Op. Cit.: 152).

Durante el siglo XIX, la medicina ocupa un lugar importante en la definición de una “naturaleza femenina”, en donde las mujeres eran eternas enfermas, y su vida caracterizada por una continuidad de dolencias, como la menarquia, embarazo, parto y menopausia, de los cuales algunos podían ser inclusive peligrosos, y requerían vigilancia o medicalización (como el parto o la menopausia). Se asociaron una serie de enfermedades a la supuesta naturaleza frágil de las mujeres, tanto física como nerviosa, propensa a desequilibrios, como la clorosis, tuberculosis, e inclusive, la sífilis, antes de que mayor investigación por las causas sociales y de salubridad lo asociara a condiciones desiguales sobre acceso y control de la

salud en mujeres (Viveros, 1995). Por otra parte, surgen enfermedades nerviosas como la *histeria*³⁰, nombre que se le otorga a la aparición de ciertos síntomas físicos como temblores, parálisis, convulsiones, etc., o psíquicos como amnesia, alteración de la identidad, etc., conocidos como trastornos disociativos. A lo largo del siglo XIX, la histeria se asociaba principalmente a las mujeres dado su supuesta fina sensibilidad y vulnerabilidad emocional, relacionado a su vez con la concepción que el género femenino era más débil, y que experimentaban un grave trauma en el proceso evolutivo psico-sexual: la castración femenina (el darse cuenta que no se tiene pene). Según Fernández, la histeria afectaba a mujeres blancas, urbanas y de clase media-alta, y era “una enfermedad moral que representaba la rebelión de las mujeres ociosas contra un papel social insostenible” (2004:196). Por otro lado, Viveros (1995) destaca que afectaba tanto a mujeres de la burguesía como también a obreras de las “fábricas-internados”, y a mujeres aisladas en aldeas o en el corazón de la ciudad. Es decir, en la histeria está la rebelión de las mujeres en contra de las constricciones del espacio doméstico y el hogar, como también de las menguas de libertad de la mujer común, encerrada, ignorada. La rebelión, sin embargo, juega a la par con el sometimiento, dado que las mujeres aceptaban su condición de enfermas (Fernández, 2004), y buscaban soluciones para asumir un rol más pasivo.

Entre los tratamientos buscados, estaba el masaje hasta el orgasmo en la práctica ginecológica, para lo cual al final del siglo XIX surgió la tecnología del vibrador electromecánico³¹, en respuesta a la demanda de los doctores de hacer terapias más eficientes. La demanda de este tipo de tratamiento para la histeria tiene como fuente el fracaso de la sexualidad androcéntricamente definida para producir orgasmo (y en ocasiones, el placer) en la mayoría de las mujeres, y la base inmoral de la masturbación femenina, que era considerada incluso perjudicial para la salud física y mental de las mujeres (Maines, 2001). En este sentido, la histeria se ligaba a una insatisfacción erótica de las mujeres, que por la restricción social y moral, no podía ser tratada por medios propios, ni siquiera dentro de

³⁰ Proveniente del griego *hyaterá*, que significa matriz o útero.

³¹ Para una breve revisión de la historia del vibrador, se sugiera Maines, R. (2001) La tecnología del orgasmo. Debate Feminista, Año 12, Vol. 23, pp 166-219

una relación sexual conyugal, haciendo crecer la especialización ginecológica que se apropia del control del cuerpo y de la sexualidad femenina.

Por otro lado, para el tratamiento de la histeria a finales del siglo XIX y principios del XX, las mujeres se volcaban hacia el psicoanálisis, como terapia del habla. Al igual que en el caso de la ginecología, los terapeutas eran hombres que trataban a mujeres, tratando de encaminar la rebeldía psíquica hacia el lugar normalizado de conducta y conciliación del orden social. El psicoanálisis freudiano colocará la histeria como parte de un síntoma social, de la desviación de la mujer hacia espacios y deseos sociales que no le eran adecuados. En 1907, Fritz Wittels, discípulo de Freud, publica un artículo en donde describe que:

“(...) la histeria era la responsable de que las mujeres estudiaran medicina y también se encontraba en la base de la lucha de las mujeres por obtener igualdad de derechos. Feminismo e histeria se convertían por tanto, para Wittels, en un pleonasma, a la vez que preconizaba el amor libre, el retorno de las mujeres al modelo de la hetaira griega” (Álvarez-Uría, 2008: 113).

El psicoanálisis de Freud como método de curación de las patologías síquicas es finalmente la aceptación de la ley del padre.

“La curación es un pleonasma del retorno a la aceptación de la ley del padre (...). La histeria (...) no acepta la sumisión al poder patriarcal, no se atiene a un papel doméstico, presuntamente preestablecido por la naturaleza y la costumbre, y despliega todo su poder de fascinación atentando contra las normas” (Op. Cit).

Como dice también Gayle Rubin, “el psicoanálisis se ha convertido frecuentemente en algo más que una teoría de los mecanismos de reproducción de las normas sexuales: es uno de sus mecanismos” (Rubin, 1986: 118). A pesar de que el psicoanálisis como terapia ha ido cambiando a la par que los cambios sociales y los ideales de posición de hombres y mujeres han progresado en las culturas occidentales, se mantiene aún -como vimos en los casos de artículos escritos contemporáneamente respecto al vaginismo en los antecedentes- la fijación del análisis en la inconformidad femenina en vez de la crítica al sistema patriarcal en su conjunto, y la repercusión que sobre el cuerpo femenino tiene una sexualidad androcéntricamente concebida.

VI. MARCO METODOLÓGICO

Enfoques metodológicos hacia la investigación feminista

Taylor y Bogdan se refieren a la metodología como “el modo en que enfocamos los problemas y buscamos las respuestas” (1994: 15) y se aplica a la manera en que realizamos la investigación en las ciencias sociales. Según estos autores, históricamente han existido dos grandes corrientes metodológicas en las ciencias sociales: el positivismo y la fenomenología. Las perspectivas positivistas en las ciencias sociales buscan los hechos o causas de los fenómenos sociales, considerados estos independientes a los estados subjetivos de los individuos. En contraposición, la perspectiva fenomenológica busca entender los fenómenos sociales desde la perspectiva del actor, y pone énfasis en la percepción de las personas respecto a los hechos, más que los hechos mismos. La metodología fenomenológica se desarrolla a partir de la necesidad de entender ciertos fenómenos tal y como son experimentados, vividos y percibidos por los y las sujetos.

El estudio fenomenológico de la vida social debe ser necesariamente trabajado desde una metodología que permite describir, es decir, recoger datos descriptivos sobre las palabras, discursos, actitudes, percepciones y conductas de las personas. La metodología aquí aludida es la cualitativa, que se caracteriza por estar enfocada hacia la comprensión de un todo integrado, lo “que hace que algo sea lo que es” (Martínez Miguelez, 2011: 66), o bien, el estudio de una cualidad específica teniendo en cuenta las relaciones que se tiene con el todo (Op.Cit.). Con la metodología cualitativa:

“Se abandona la pretensión de objetividad, como propiedad de una observación desde afuera –por ejemplo, para indicar al objeto: con el dedo índice, lo que está allá afuera–, y se asume el postulado de la subjetividad –como condición y modalidad constituyente del objeto, que observa desde sus propias distinciones y esquemas cognitivos y morales” (Canales, 2006: 21).

De esta manera, podemos considerar necesaria la vinculación entre la metodología cualitativa y los estudios de carácter feminista, por la posición que se toma referente a la construcción de un conocimiento válido y significativo.

Al establecer que el presente estudio tiene carácter feminista, se establece un piso mínimo de exigencias a los cuales debe enfrentarse tanto la metodología, como la selección de técnicas

y el rol y lugar que ocupa quien construye los objetivos, realiza las indagaciones y escribe. Según Reinharz (cit. en (Chuchryk, 1992), existen 10 temas que caracterizan a la investigación feminista³²:

1. El feminismo es una perspectiva, no un método de investigación.
2. Las feministas utilizan una multiplicidad de métodos de investigación.
3. Los estudios feministas incluyen una crítica a aquellas investigaciones que no son feministas.
4. La investigación feminista es guiada por una teoría feminista.
5. Puede ser transdisciplinaria.
6. Apunta a crear un cambio social.
7. Se esfuerza por representar la diversidad humana.
8. Frecuentemente, la investigación feminista incluye a él o la investigador/a como persona.
9. Los estudios feministas frecuentemente intentan desarrollar relaciones especiales con las personas estudiadas, a modo de una investigación interactiva.
10. La investigación feminista frecuentemente define una relación especial con los y las lectores/as.

Más que principios o axiomas desde los cuales la investigación feminista debe sostenerse, se trata de una manera de caracterizar la práctica de este tipo de estudio. En este sentido, podemos escoger y priorizar los rasgos que nos permitan cumplir con ciertos objetivos políticos y personales dentro del marco de esta tesis. Por ejemplo, la propuesta se enmarca como problematización de la construcción de la sexualidad desde la vivencia de la disfunción sexual conocida como vaginismo. Dado que la temática es cercano a la autora de esta investigación, se debe privilegiar la inclusión de la investigadora como un sujeto con cualidades emocionales, culturales y políticas, y entender la construcción del conocimiento como un proceso intersubjetivo. Por otra parte, existe la intención de crear a través de este trabajo, una agenda de transformación social, relevando los mecanismos de opresión y

³² El trabajo de Reinharz de 1992 construye una serie de características de los estudios feministas en base a la revisión de una gran cantidad de estos, concluyendo que la metodología feminista es, en realidad, la suma total de los métodos utilizados por las feministas (Chuchryk, 1992).

mandatos sexuales violentos hacia los cuerpos femeninos, como también generar espacios de agenciamiento desde la re-apropiación de las significaciones del cuerpo sexual.

El objeto de los estudios feministas es la experiencia femenina, y el diseño de la investigación debe dirigirse *a favor* de las mujeres, es decir, trabajar con la pretensión de ofrecer explicaciones que sirvan a las mujeres, “y no en aportar respuestas a los problemas que se plantean los departamentos de bienestar social, los productores, los publicistas, los psiquiatras, los establecimientos de atención médica o el sistema judicial” (Harding, 1998: 23-24). Se trata de una respuesta al enfoque tradicional de la investigación social que ha estado *a favor de los hombres*, o en mi entendimiento, a favor del patriarcado, que buscaría apaciguar, controlar, explotar o manipular las preocupaciones femeninas en aras de la mantención de las estructuras de poder (Op.Cit.).

Por otra parte, Chuchryk considera que lo que distingue a una investigación feminista, más allá de su carácter humanista, emancipatorio y no explotadora, es su componente anti-sexista, que desafía la dominación de la mujer, y tiene como cualidad transformadora el hecho de nombrar los fenómenos de opresión de manera distinta a lo que se utiliza cotidianamente. En el caso de esta tesis, se busca trabajar y desconstruir un concepto que está siendo utilizado como forma de homogeneización y patologización de una reacción psicológica y fóbica al sexo penetrativo en ciertas mujeres, y bajo las lógicas anteriormente mencionadas, debemos 1) considerar la creación de un nuevo lenguaje para hablar del cuerpo femenino y las funciones psicosomáticas por las cuales atraviesa bajo diferentes contextos, y 2) coordinar la investigación hacia una transformación de las vivencias personales de las mujeres con su cuerpo. Quiero decir, que la relación especial que puede generarse entre las mujeres que serán estudiadas en esta investigación y yo, una mujer que comparte ciertas vivencias connotadas de emociones fuertes como la culpa, la negación, la vergüenza, miedo e ignorancia hacia temas de salud y experiencias sexuales, y la interacción generada en base a una teoría feminista, puede eventualmente crear un proceso de desconstrucción y reconstrucción de las narrativas de las mujeres respecto a su cuerpo y experiencia.

Uno de los elementos nuevos que trae el análisis social feminista, es que se busca estudiar desde la perspectiva de las propias experiencias, de modo de llegar a un entendimiento de uno mismo y del mundo. En este sentido, la investigación feminista se enmarca dentro de un

conjunto de estudios que insisten en la importancia de la comprensión del lugar propio, y de “abajo hacia arriba”, dando cuenta de que existen marcos de observación estructuralmente diferenciados por los lugares de poder y privilegio, y que el conocimiento se ha utilizado históricamente en la utilidad de mantener esos lugares de dominación. Harding da como ejemplo:

(...) los psiquiatras han realizado estudios interminables sobre las que consideran las peculiares características mentales y conductuales de las mujeres, pero las mujeres no habían comenzado a estudiar sino hasta hace muy poco tiempo las extrañas características mentales y conductuales de los psiquiatras. Si deseamos entender las diversas maneras en las que ocurre nuestra experiencia cotidiana, tiene sentido examinar críticamente las fuentes del poder social” (Harding, 1998: 24-25).

En torno al vaginismo desde la perspectiva médica, la investigación, conceptualización y tratamiento se trabaja desde una posición de “experto”, manejando el análisis y discurso hacia la conformación de estrategias de dominación simbólica y control mecánico. Una estrategia de investigación feminista daría vuelta la relación de dominio hacia una interacción entre similares, en donde la subjetividad de quien investiga se coloca sobre la mesa a modo de establecer vínculos *de tú a tú*, e incluso, devolviéndole el control y la capacidad de decisión a la mujer.

Método y técnicas de investigación

Antes de pasar directamente a las técnicas de investigación y recopilación de información para este estudio, quisiera relevar que según Chuchryk (1992), no existen métodos que pueden ser llamados feministas, sino que las técnicas tradicionales de las ciencias sociales y los géneros de escritura de las humanidades son replanteados desde el feminismo, resignificando sus bases y prácticas para adecuarse a las necesidades y objetivos específicos de la investigación. Las técnicas de recopilación (y construcción) de información no son prácticas neutrales como lo tendría el discurso científico objetivista, sino que están contruidos sobre la base de relaciones elitistas, desiguales y manipuladoras entre investigador/a e investigado/a (Op.Cit.).

Se ha escogido trabajar con las narrativas de mujeres con vaginismo, construidas a partir de la entrevista en profundidad. Por narrativa entendemos “una experiencia expresada como un relato (...) una particular reconstrucción de la experiencia, por la que -mediante un proceso reflexivo- se da significado a lo sucedido y vivido” (Bolívar, Domingo, & Fernández, 2001: 20). Esta forma específica de discurso se organiza en torno a una trama argumental y secuencia temporal, se relevan personajes y acontecimientos relevantes, ordenando los sucesos, y estableciendo vinculaciones causales (Op. Cit.). Las narrativas, como medio de recolección de información, conceden a las mujeres cierta libertad de relato, de interpretación, de re significación. Lo central de esta investigación es devolver la voz a las mujeres para que hablen a partir de su propio cuerpo y vivencia respecto al vaginismo, y dejar de escuchar *lo que se dice de ellas*. En este sentido, la narrativa es una disputa política de autoridad, tiene autoridad porque su testimonio posee la fuerza de “una verdad que no puede ser verificada, con los medios de que dispone la metodología científica tradicional” (Gadamer, 1984:24, cit. en Martínez Miguez, 2011: 170). Por otra parte, el uso de la narrativa como técnica se justifica en el marco de una investigación exploratoria, ya que a pesar de que se han realizado estudios clínicos sobre mujeres con vaginismo, son escasas las investigaciones que lo trabajan desde una posición crítica, e inexistentes en el contexto chileno. Esta tesis sirve de base conceptual para futuras indagaciones más específicas, tomando como punto de partida los ejes que las mujeres entrevistadas relevarán.

Para lograr acceder a las narrativas de las mujeres, es también necesario considerar el uso de entrevistas como técnica de recopilación de información. Aplico el término entrevista de manera utilitaria, dado que lo entiendo como “una forma especial de encuentro: una conversación a la que se recurre con el fin de recolectar determinado tipo de informaciones en el marco de una investigación” (Piovani, en Marradi, Archent, & Piovani, 2007: 215). Además, la entrevista en profundidad está dirigida hacia una cierta información en particular, una información reflexiva, aquella que se halla contenida en la biografía de él o la entrevistado/a, es decir, aquella que se refiere “al conjunto de representaciones asociadas a acontecimientos vividos por él” (Montesperelli, en Marradi et al., 2007: 218). Lo que me parece interesante respecto a la entrevista cualitativa en profundidad, es que se considera que la información que se recoge en la entrevista ha sido experimentada e interpretada por quien

relata, y “ahora pasa a ocupar el centro de la reflexión, siendo problematizado y narrado” (Op.Cit.: 219). Con la intención de modelar la entrevista según el relato particular de las mujeres entrevistadas, se optó por mantener una estructura abierta, sin pauta de preguntas.

Criterios y selección de la muestra

Siendo esta investigación de carácter cualitativo, se realizó una selección muestral no probabilística. La muestra no probabilística se caracteriza por ser útil en investigaciones en donde lo importante no es la representatividad de los elementos de una población, sino la cuidadosa y controlada elección de sujetos que cumplan con ciertas características. En este sentido, la muestra depende del proceso de toma de decisiones de quien investiga, y como tal, las decisiones suelen ser subjetivas (Hernández Sampieri, Fernández Collado, & Baptista Lucio, 2003). En investigaciones exploratorias, cualitativas y fenomenológicas, el objetivo de la investigación es la riqueza, profundidad y calidad de la información, más que la representatividad numérica y estandarización.

Se estableció como criterio de selección base para esta investigación a mujeres que tuvieran o hayan tenido vaginismo en su experiencia biográfica, identificada ya sea por consulta médica o auto-diagnosticado por correlacionar el conocimiento que tienen de la sintomatología y su propia experiencia frente a la penetración sexual³³. No se establecieron criterios de selección a parte de la experiencia de vaginismo, como el nivel socioeconómico, años de estudios, edad, raza/etnia, etc. La bibliografía reporta que el vaginismo aparece en mayor frecuencia en mujeres de nivel educativo y socioeconómico alto (Moltedo-Perfetti, et al, 2014), por lo que se esperaba que las mujeres contactadas cumplieran con este perfil. Por otro lado, si bien el vaginismo puede aparecer en cualquier momento de la vida, las mujeres usualmente son diagnosticadas (o se auto-diagnostican) a partir de las primeras experiencias sexuales, o bien, cuando buscan tratamiento para mejorar su vida sexual con la pareja o

³³ Recordemos que las cifras respecto a la prevalencia de vaginismo en Chile son inexistentes, debido al escaso seguimiento y sistematización del tratamiento de mujeres con vaginismo, como también porque no existe procedimiento estándar para que las mujeres se informen ni encuentren tratamiento, lo que hace difícil saber con exactitud el tamaño de la población con la cual contamos. Por esto mismo, la población es de difícil ubicación, lo que se consideró al establecer estrategias de muestreo específicas para delimitar los criterios de selección, y contactar a las entrevistadas.

quieren quedar embarazadas. Es por ello que la edad de prevalencia de mujeres con vaginismo es a partir de los 20 años, pero no existe un límite de edad para tenerlo.

A comienzos del estudio, se utilizó una portera: una kinesióloga especializada en problemas del suelo pélvico. A través de este medio se contactó a 6 mujeres que estaban en tratamiento kinesiológico por vaginismo con esta profesional, quien además se encargó de programar las sesiones según disponibilidad de la investigadora y entrevistada, cediendo una oficina anexa a su consulta para la entrevista³⁴. Luego, se consideró la necesidad de encontrar entrevistadas a partir de otros medios, con tal de diversificar la muestra respecto a su tratamiento y residencia. Tres mujeres fueron contactadas a través de conocidos en común, y el resto a través de redes sociales³⁵. En total, la muestra se compone de once mujeres³⁶, de edades entre 23 y 45 años.

³⁴ Es importante mencionar que en el marco de las entrevistas concertadas por la portera, se acordó que podría tener acceso a las grabaciones de las entrevistas que ella agendaba, siempre y cuando las entrevistadas accedieran a ello. De las seis entrevistadas, dos accedieron a compartir la entrevista con la profesional. Además, por el interés de la portera de conocer y participar en la investigación, entraba y salía de las entrevistas mientras éstas estaban en curso. En dos ocasiones se quedó un tiempo a escuchar de la interacción, y participó con algunos comentarios. En otras, sólo ingresaba para informar que se retiraba. Finalmente, dado que los contactos se realizaban por medio de la kinesióloga, no se pudo incidir en las características de las entrevistadas (estado civil, edad, etc.), y sólo las conocí al momento de la entrevista. Tampoco fue posible escoger el lugar de la entrevista, ya que se citaba a las personas siempre en la oficina anexa a la consulta, y en ocasiones, antes o después de la hora que tenían con ella en su propia consulta. Estos puntos son importantes a considerar en el proceso de recolección de información, ya que pudieron haber incidido en sesgos a la hora de la entrevista.

³⁵ Respecto a estas últimas, se buscó en noticias, post y blogs sobre sexualidad y vaginismo a personas que utilizaron Facebook para comentar, y se escogieron perfiles de mujeres que respondían positivamente al artículo. A cinco perfiles seleccionados se les envió una convocatoria a participar de la tesis, de las cuales respondieron y participaron de la investigación, dos mujeres. Una última persona se contactó mediante un grupo de Facebook llamado Círculo de Círculos de Mujeres Chile, en donde se publicó la convocatoria. Una vez realizadas las entrevistas, apareció en el relato que de las seis mujeres contactadas sin la portera, tres de ellas habían tenido contacto con la misma kinesióloga, consultando o realizando tratamiento por vaginismo; y una se atendió por otros problemas. Respecto a los/as otros/as profesionales de salud mencionados en las entrevistas, ninguno/a se repitió.

³⁶ Una de las mujeres contactadas por medio de la portera se retractó de la investigación, por tanto no se incluye su perfil, como tampoco se utilizan citas de su entrevista. Sin embargo, su relato participa en el entramado construido, en tanto se alinea como voz común de la experiencia del vaginismo.

Características de la muestra

A continuación se resumen algunas características de las entrevistadas en tabla.

	Edad	Ocupación	Estado Civil	Hijo/a/s	Sexo penetrativo ³⁷	Pareja sexual actual	Residencia	Tipos de tratamiento ³⁸	En tratamiento actualmente
1	41	Socia-empresaria	Casada	No	No	Sí	R.M.	Kinesiológico ³⁹ Psicológico	Sí
2	29	Profesora	Soltera	No	No	Sí	R.M.	Kinesiológico Psicológico	Sí
3	25	Ingeniera	Soltera	No	Sí	Sí	R.M. (Australia)	Kinesiológico Psicológico	No
4	35	S/I	Casada	No	No	Sí	R.M.	Kinesiológico	Sí
5	29	Psicóloga	Soltera	No	No	No	R.M.	Kinesiológico Psicológico	Sí
6	23	Administrativa	Soltera	No	Sí	Sí	R.M rural	Kinesiológico	Sí
7	38	Socióloga	Soltera	No	Sí	No	R.M	Kinesiológico Psicológico	No
8	31	Profesora	Soltera	No	Sí	Sí	R.M	Psicológico	No
9	45	Antropóloga	Divorciada	Sí (1)	Sí	No	Chiloé	Psicológico	No
10	25	Empresaria	Soltera	No	Sí	Sí	R.M	Urológico (Botox)	No
11	42	Profesora	Casada	Sí (1)	Sí	Sí	V Región	Psicológico	No

Como se lee a partir del cuadro anterior, de las once mujeres, cinco estaban en tratamiento al momento de realizar las entrevistas (las mujeres contactadas por la portera). En el caso de dos de ellas, estaban a una sesión de finalizar su tratamiento, mientras que las otras tres se encontraban en la mitad o comenzando su tratamiento. Las otras seis mujeres no estaban en

³⁷ Se refiere a si han tenido sexo penetrativo vaginal con un bio-pene (hombre).

³⁸ Se refiere a tipos de tratamiento usados en el transcurso de su vida, no necesariamente el que aplica al momento de la entrevista o el que le dio mejores resultados.

³⁹ El tratamiento kinesiológico incluye ejercicios de dilatación usando dedos y dilatadores, pero se considera kinesiológica cuando es entregado por especialistas del área. En otros casos, psicólogos/as o sexólogos/as pueden recomendar ejercicios similares.

tratamiento, pero habían realizado distintas terapias fisiológicas y psicológicas, o buscaron estrategias para solucionar el vaginismo, dando cuenta de ello en sus relatos.

Por otra parte, dos informantes (n° 3 y 6) fueron diagnosticadas con *vestibulitis vulvar* o *vulvodinia*⁴⁰, aparte de vaginismo.

Finalmente, es importante destacar que todas las mujeres entrevistadas mantenían relaciones heterosexuales, existiendo sólo un caso (entrevistada n° 10) que había estado en una relación lesbiana, sentimental y sexual, de un año. Previa a esta relación, había sólo estado en relaciones heterosexuales, y al terminar la relación, nuevamente estaba involucrada con un hombre. La informante no especificó en el relato su identificación o preferencia sexual.

Consideraciones éticas y confidencialidad

Antes de la realización de las entrevistas, a las informantes se les hizo entrega de un documento explicativo con las características metodológicas y éticas de la investigación, firmado por la investigadora. A su vez, se solicitó a cada una firmar un consentimiento informado (ver Anexos), posterior a aclarar cualquier duda que tuvieran respecto de la investigación. En ambos documentos se especifica el derecho a retirarse del proceso de investigación si lo desean. Además, al finalizar las sesiones, se les hizo entrega de la grabación de su entrevista, y luego de la transcripción.

Debido al trabajo y tiempo que implicaron las transcripciones, se optó por exteriorizar algunas grabaciones. Ya que esto no fue mencionado a las mujeres al momento de la entrevista, se contactó a varias de las entrevistadas y se solicitó permiso por escrito para la transcripción de su entrevista por un tercero, a lo cual algunas respondieron positivamente. A cada transcriptor/a se le solicitó, además, un compromiso de confidencialidad (ver Anexo). En la mayoría de los casos, la confidencialidad era lo más importante para las entrevistadas. Querían participar de la investigación, pero con la seguridad que situaciones específicas de

⁴⁰ La *vulvodinia* es un malestar crónico vulvar de carácter sostenido en el tiempo, que incluye ardor, picazón, irritación, sensación de herida o de ‘carne viva’, sin razón física aparente, como patologías neurológicas o afecciones de la piel. Se estima que existen tres sistemas interdependientes como causas multifactoriales de la afección: la mucosa vulvar, los músculos pelvianos y las vías neurológicas. No existen exámenes específicos para su diagnóstico, apoyándose sólo en el criterio de quien haga un examen físico clínico a las mujeres que consultan por este malestar. Además, el tratamiento efectivo para la vulvodinia es desconocido (Ricci, 2010).

sus relatos (abusos sexuales, encuentros sexuales, opiniones, etc.) no fueran relacionadas con su persona, aunque podían ser objeto de reflexión y análisis. Es por ello que se ha optado por no vincular los extractos de los relatos expuestos en los resultados a un nombre, inicial, número o edad, con tal de eliminar cualquier posibilidad de relacionar las opiniones con una historia, o una persona en específico. Además, todos los nombres y lugares aludidos en las citas utilizadas han sido cambiados. Si bien esta elección ha limitado la presentación y análisis de la información debido a que no se pueden presentar relatos completos, se privilegia la confianza depositada por las entrevistadas en mí, por sobre las variantes de análisis y escritura que se podría haber escogido.

Reflexiones metodológicas sobre el proceso de investigación

Como ya se ha descrito, se utilizó como técnica de recolección de información el encuentro a partir de una entrevista abierta, con la intención de incentivar la construcción de una narrativa de la experiencia del vaginismo. Me parece importante destacar que las conversaciones entabladas con las mujeres tuvieron mucho de diálogo. Cada una de ellas sabía que yo había tenido vaginismo, por tanto en ocasiones había una interpelación directa a conocer mi experiencia, a modo de comparar y legitimar sus percepciones, en especial quienes se encontraban en tratamiento, ya que les urgía conocer “*la vida después de...*”. Elegí mantener mis respuestas honestas, apelando a mi propia vivencia subjetiva, emocional, íntima. Me expuse tal y como se expusieron mis entrevistadas, compartí detalles y pensamientos privados, y me permití ser vulnerable no sólo al contarme, sino también al dejar que ellas, al contarse, me conmovieran. Por ello, no fue fácil realizar esta investigación desde el plano personal, emocional y corporal.

Relevar mi experiencia de vaginismo como motivación para esta investigación tiene implicancias en el reconocimiento de mis reflexiones y resultados. Las discusiones metodológicas en las ciencias sociales, en especial aquellas que utilizan metodologías cualitativas con mayor énfasis, hace tiempo se cuestionan respecto al lugar de quien investiga como sujeto cultural y emocional. Para ilustrar este punto, Ruth Behar (1996) nos cuenta la experiencia de Kay Redfield Jamison, profesora de psiquiatría e investigadora del desorden maníaco depresivo, quien a través de su autobiografía *An Unquiet Mind*, da cuenta de su

propia lucha contra este desorden mental. Su preocupación se enfoca en las posibles repercusiones de hacer visible su condición, y que ello, por supuesto, invalidará su trabajo como psiquiatra.

“Will my work now be seen by my colleagues as somehow biased because of my illness?... If, for example, I am attending a scientific meeting and ask a question, or challenge a speaker, will my question be treated as though it is coming from someone who has studied and treated mood disorders for many years, or will it instead be seen as highly subjective, idiosyncratic view of someone who has a personal ax to grind? It is an awful prospect, giving up one’s cloak of academic objectivity. But, of course, my work *has* been tremendously colored by my emotions and my experiences. They have deeply affected my teaching, my advocacy work, my clinical practice, and what I have chosen to study: manic-depressive illness” (Jamison, cit. en Behar, 1996:10-11).

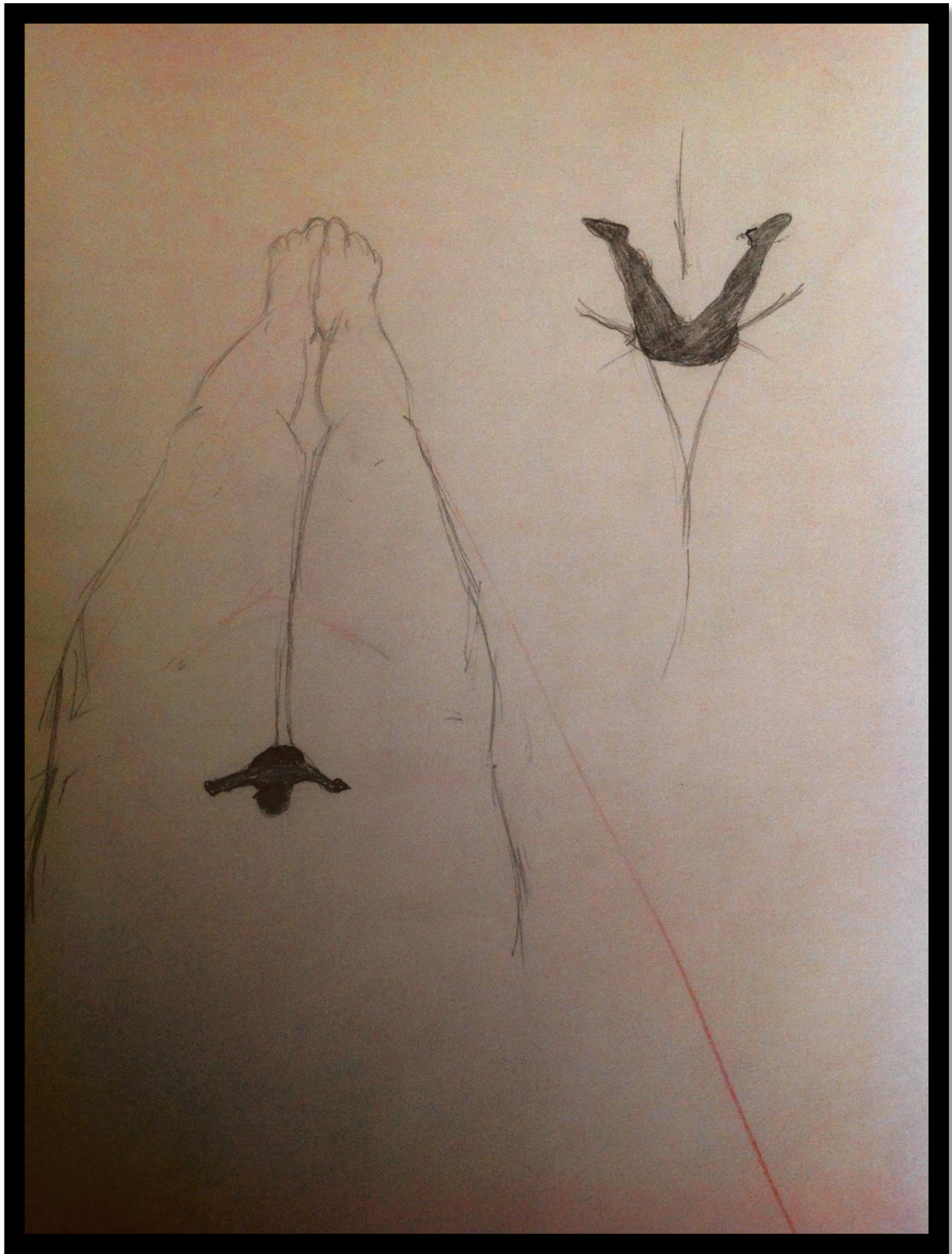
Puedo sentir una especial conexión con esta preocupación. En el transcurso de indagación respecto al vaginismo, he debido hablar con ginecólogos/as, sexólogos/as y kinesiólogos/as. En ocasiones, me he presentado como una persona que en el marco de su trabajo de tesis desea saber más respecto al vaginismo, y el perfil de las pacientes que tratan. En otros momentos, o inclusive en el transcurso de la interacción, relevo que también viví la experiencia de haber tenido vaginismo. El discurso, la disposición, y el lenguaje no-verbal en cada circunstancia mutan, dando lugar al movimiento de las posiciones jerárquicas que simbólicamente toma cada sujeto en la conversación. Paso de ser un par, a un subordinado. De una científica social, a una paciente.

Según Behar, hay a quienes les molesta la inserción de historias personales en lo que se considera el análisis de hechos sociales impersonales, ya que los paradigmas clásicos ponen énfasis en la distancia, la objetividad y la abstracción. Pero esto no sería más que desconocer que el análisis social parte desde el interés personal de un/a investigador/a, y por lo tanto, la relación entre ellos no es fácilmente desarticulado. Además, relevar a él o la investigador/a es hacerlo/a vulnerable, que como dice Behar, no es sólo exponerse, sino además reconocer los filtros personales por los cuales se percibe el mundo y el tema en particular que se estudia. La vulnerabilidad de él/la investigador/a no significa que todo vale, sino que debe ser una

metodología por el cual se completa la investigación, y que sea esencial para la argumentación y reflexión. La autora reconoce que los críticos a esta metodología ven autocomplacencia y solipsismo en la vulnerabilidad expuesta de el/la investigador/a, pero son ciegos a las posibilidades de conexión que esto genera entre escritor/a y lector/a, quien al visualizar las conexiones posibles entre investigador/a y observado/a, pueden luego conectar con lo que se está exponiendo. “(...) when readers take the voyage through anthropology’s tunnel it is themselves they must be able to see in the observer who is serving as their guide” (Op. Cit: 16).

Esta perspectiva suma más fuerza cuando hablamos de situarnos desde una metodología feminista. Dar cuenta no sólo de los lugares desde donde se posiciona la investigadora –desde donde *me posiciono*- en términos de su estructura social y cultural, sino también las emociones que tiene desde ese lugar, de lo que repercute en el cuerpo. Sólo se puede pretender conocer y comprender a otros “(...) insofar as you are willing to view them from the perspective of an anthropologist who has come to know others by knowing herself and who has come to know herself by knowing others” (Op. Cit: 33). Pretender hacer otros vulnerables requiere, como intercambio justo, el hacerse vulnerable con ellos/as.

Tomando esto en consideración, quise en un primer momento arrojarme a la utilización de mi propia biografía como material de análisis. Sin embargo, esta relevación/revelación requiere de coraje que en estos momentos no poseo, ni he trabajado por armar. Por tanto, he optado por entrelazar mi experiencia con las de mis entrevistadas, apelando a la vulnerabilidad de ser la única nombrada en este trabajo. Confieso que me escondo detrás de sus palabras, las uso para hablar de mí, hablo a través de ellas para dar cuenta de una experiencia propia. Lo que entrecruzaré apareció en el diálogo, a veces a modo de narrativa, a veces a modo de epifanía, ya que lo que me contaban las entrevistadas desempolvaba recuerdos escondidos, que salían a flote en esta co-construcción de la vivencia compartida. En otras ocasiones, no estuvimos de acuerdo y nuestros relatos se bifurcaron en diferentes reflexiones. No obstante, hubo siempre solidaridad en esos espacios de a dos, y un casi ingenuo alivio de sentir que se hablaba con *alguien como uno*. Por eso me atrevo a decir, que el trabajo a continuación presentado *somos nosotras* hablando.



“Dibuja tu cuerpo”. Ejercicio en el marco de mi terapia psicológica, año 2009.

VII. RESULTADOS Y ANÁLISIS

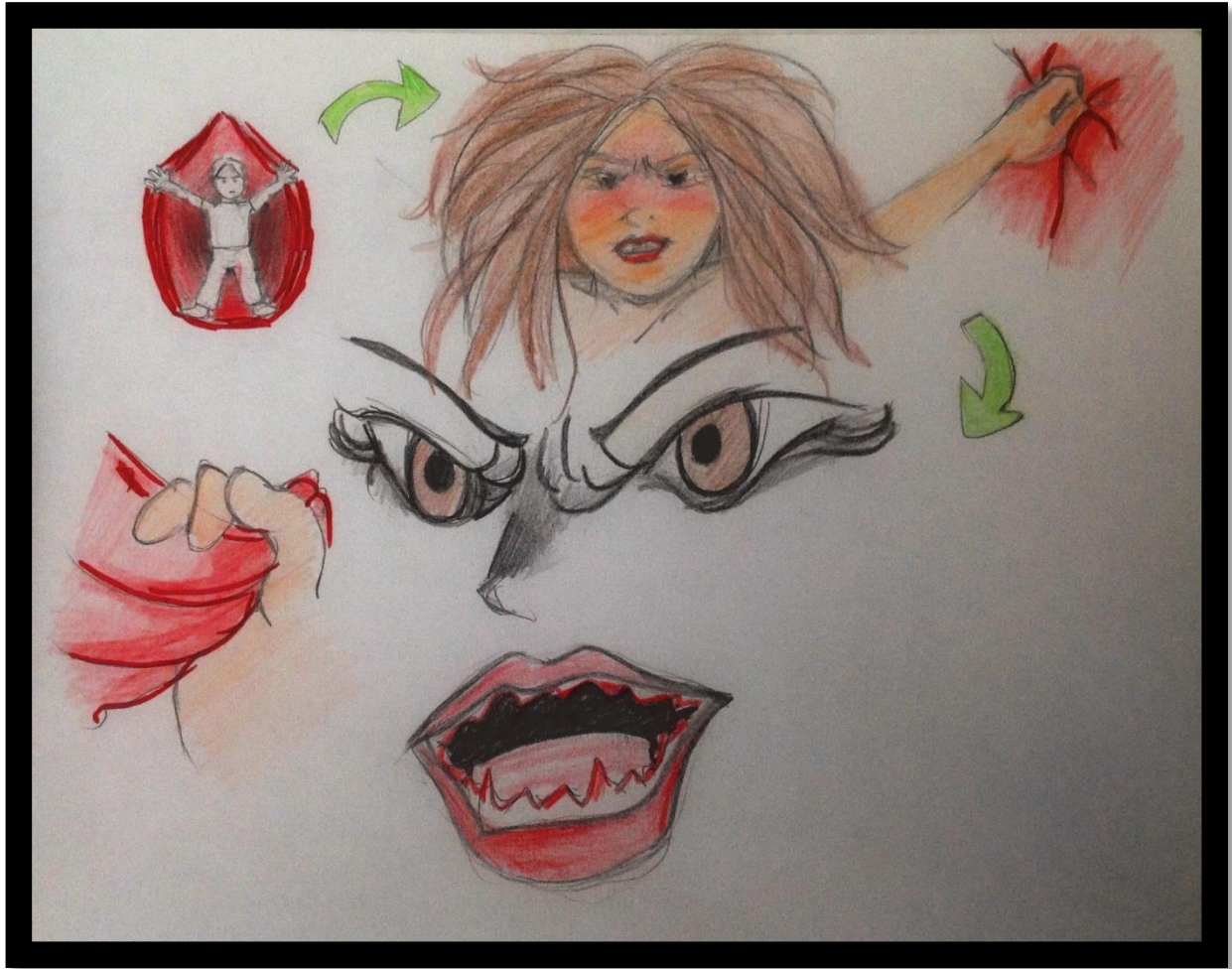
La presentación de los resultados a continuación se entrelazará con el análisis a partir del marco teórico referido, armando tres capítulos: 1) la experiencia de las mujeres respecto al sexo y la sexualidad, a partir de su formación moral-sexual; 2) la vivencia de relaciones y experiencias sexuales, incluyendo la aparición del vaginismo como problema; y 3) las experiencias enmarcadas en el tratamiento del vaginismo, vinculadas además con la salud sexual de las mujeres.

Antes de proseguir, es necesario también dar luces sobre la manera en que haremos referencia a ciertas ideas, ya que aludiremos constantemente a elementos entrecruzados contenidos en el sexo, sexualidad y cuerpo, que en muchas ocasiones complica la lectura e interpretación. Por ejemplo, la palabra sexo puede ser utilizada como homónimo de los órganos genitales, la rotulación de los cuerpos según nazcan con pene o vagina, o bien para la acción de tener relaciones sexuales. Por otro lado, entrar en especificaciones constantes hace tediosa la lectura, por lo que se optará por designar ciertos conceptos a priori, que sintetizarán ideas y referencias que aparecerán constantemente en los resultados.

- *(Tener) sexo*: engloba la variabilidad de expresiones sexuales (caricias, masturbaciones, cunnilingus, felación, penetración o estimulación anal, penetración o estimulación/masturbación vaginal, estimulación/masturbación peneal, etc.). También se usarán conceptos como encuentro sexual, y relaciones sexuales. Cabe destacar que el sexo es significado por las entrevistadas a partir de la experiencia de a dos personas, excluyendo de esta categoría a la masturbación personal.
- *Sexo penetrativo/sexo vaginal/coito*: dado el perfil de las entrevistadas, como también las experiencias por ellas relatadas, hablar de sexo penetrativo o sexo vaginal sólo refiere a la acción de insertar un bio-pene (de un hombre) en la vagina, es decir, la penetración heterosexual normativa. Si bien varias de las entrevistadas han ejercitado sus músculos pélvicos con dilatadores, estas acciones no son consideradas sexo dado que se desligan de la experiencia erótica. El uso de dilatadores en el encuentro sexual con la pareja se visualiza como un ejercicio preparatorio, y no como un sustituto al pene, dildo, o juguete sexual. Por otro lado, las entrevistadas no usan el término *coito*, pero lo utilizaremos en este trabajo para designar el sexo penetrativo anteriormente caracterizado.

Como ya se mencionó, se realizaron entrevistas cualitativas con formato abierto incentivando la construcción de una narrativa particular respecto a la vivencia de vaginismo. La intención de mantener un formato libre de conversación era permitir la construcción de un relato desde las significaciones propias de cada mujer. Se partió cada sesión con “cuéntame de ti”, desde lo cual algunas entrevistadas se situaban desde características que la identificaban (*tengo 41 años y estoy casada hace 3; soy la menor de tres, vivo con mis papás; soy profesora*). Luego, ya que las entrevistadas sabían que mi intención era hablar de vaginismo, direccionaban sus relatos hacia ello. Si esto no sucedía, optaba por solicitar directamente, “cuéntame del vaginismo”.

La mayoría de las entrevistadas intentaban entregar un relato de cómo fue desarrollándose su vida sexual, comenzando desde la infancia y adolescencia, las primeras relaciones de pareja y sexuales, la aparición de obstáculos físicos y psicológicos para tener sexo vaginal penetrativo, la búsqueda de tratamientos, y las técnicas usadas en el tratamiento. El relato usualmente comenzaba a partir del descubrimiento de problemas para tener relaciones sexuales con penetración, o bien a partir de la infancia y adolescencia, con la construcción primaria de una sexualidad negativa. Para aquellas mujeres que al momento de la entrevista estaban en tratamiento, cierran sus relatos con preocupaciones, angustias y proyecciones respecto a los resultados. Para aquellas que ya no estaban en tratamiento, el relato continuaba con el ejercicio de una sexualidad reconfigurada y adaptada a nuevos paradigmas sobre lo que debía ser el sexo, la intimidad, y el placer sexual. En este sentido, las entrevistadas van armando un rompecabezas de experiencias que, según ellas, desembocan en los miedos anclados en su cuerpo. Al final, quedan las reflexiones, las líneas incompletas del texto sobre el sexo, que abre el debate sobre la construcción cultural de las normas sexuales.



“Dibuja tu vaginismo”. Ejercicio en el marco de mi terapia psicológica, año 2009

VII.1. LA FORMACIÓN MORAL-SEXUAL DESDE EL SILENCIO, EL DISCURSO, LA PRÁCTICA Y LA VIVENCIA

En el transcurso de las sesiones, las entrevistadas fueron armando cronológicamente el relato sobre su vida sexual, incluyendo los primeros acercamientos, conocimientos y experiencias respecto al sexo y la sexualidad. Durante la primera parte de su vida -infancia y adolescencia- su relación con la sexualidad se encuentra ligado a lo que otros/as le dicen, le explican, y dictan. Este conjunto de discursos respecto a la sexualidad moldea su identidad como mujer-sexual, que establece los parámetros de lo aceptable y no aceptable en comportamientos sexuales: las restricciones de quién, cómo, cuándo y dónde pueden tener relaciones sexuales. Además, moldea la valoración del acto sexual antes de que éste sea vivido como experiencia, y enmaraña temores físicos (dolor, embarazo) y psicológicos (*qué van a pensar...*) difíciles de desarticular. Es por ello que muchas de ellas asocian las razones de su vaginismo a esta confluencia de discursos que fueron internalizando y legitimando. Por otra parte, existe el silencio sobre la sexualidad, es decir, no sólo lo que se oye respecto al sexo y la sexualidad es negativo, omitiendo una sexualidad positiva, sino que además se carece de información referente a la mecánica del cuerpo, los procesos fisiológicos implicados en el sexo y la sexualidad como parte de la vida humana.

Veremos además, que los formadores de la moral-sexual de las mujeres son predominantemente las madres, quienes participan en la articulación de los discursos sobre la sexualidad, como también ejecutan prácticas de control, en especial respecto a la circulación de las hijas en el espacio público, fuera de la casa. Finalmente, será relevante dar cuenta de vivencias de violencia sexual en algunas de las entrevistadas, que también participa en modelar la valoración y percepción de la sexualidad.

A continuación se describen los mecanismos de formación de la moral-sexual en las mujeres entrevistadas.

Familia, colegio y religión: formadores del comportamiento y la moral sexual

Las entrevistadas provienen de configuraciones familiares diversas, padres casados o separados, madres solteras, madres viudas, muchos/as hermanos/as o hija única, pero de manera transversal responden a la familia nuclear heterosexual tradicional, dado que en la

mayoría de los casos se mantiene la estructura de una madre que, aunque trabajara remuneradamente o fuera profesional, mantenía la mayor carga doméstica, de crianza y educación temprana de los/as hijos/as. No hubo caso en donde la madre no estuviera presente como cuidadora, y es por ello que las entrevistadas reconocen un mayor protagonismo de sus madres como agentes en su educación sexual⁴¹. Los padres, por otra parte, se construyen como figuras silenciosas, inaccesibles en esos temas, cumplen principalmente roles de autoridad (fijan permisos) y quedan en un segundo plano de autoridad referente a la educación sexual de las hijas. En algunos casos, estuvieron ausentes por separación o muerte, y en esos casos, se presumía lógico que no se haya dialogado sobre sexo con ellos. Cuando había comunicación en temas sexuales, la formación entregada se caracterizaba por ser técnica, y a la vez, restrictiva.

No, mi papá no, no tengo muchos recuerdos de su formación porque si bien vivía con nosotros como que no se metía mucho en cómo nos cuidaba y qué nos decía.

Mira, según mi mamá ella me leyó un libro, pero yo no me acuerdo. Sí, hace años, pero yo no me acuerdo, era más chica. 'Pero mamá, ¿de qué?' 'No, como nacen las personas...' 'Ya, pero no de sexo', le decía yo.

Ahora, igual mi mamá con respecto a la sexualidad y al cuerpo, ya algo hablé, con mi papá eso no se podía. Y con mi mamá, tampoco mucho, (...) o sea, yo a mi mamá le podía preguntar cualquier cosa, siempre le tuve confianza, pero ella no fue como una mamá que nos dijera, 'vamos a hablar' o que nos hablara de cosas como sexualidad, o de afectividad y eso.

Algunas de las entrevistadas caracterizan la sexualidad y el sexo como un tema tabú en su hogar, definido como algo que no se debía hablar ya que se estaría infringiendo una norma

⁴¹Al hablar de educación sexual, hablamos de información relativa al proceso reproductivo, a los cambios corporales que suceden en la adolescencia (despertar sexual, menstruación, etc.), como también a la sexualidad responsable y afectiva.

implícita. Ésta apreciación de la sexualidad como tabú está ligado con el sentimiento, y el recuerdo, de ser reprendidas y desestimadas al hacer preguntas sobre temas que fueron apareciendo en su niñez y adolescencia desde lo cual aprendieron que existían límites no sólo en lo que se podía hacer, sino además en lo que se podía mencionar frente a los padres. El resultado de no encontrar respuestas en el hogar, lleva a que la principal fuente de información sean los pares: amigas/os y compañeros/as de colegio.

La burbuja era en que jamás a mí nadie me habló de sexo, (...) Sí, y yo queriendo saber porque yo parece que algo había escuchado que las mujeres cierto tiempo como que botábamos sangre, pero a mí no se me dijo nada. Entonces, menos mi papá. Menos. O sea, a eso me refiero con la burbuja que finalmente a mí no me decían, ponte tú lo más básico, las mujeres vagina y los hombres pene, no. No poh, yo me daba cuenta que de eso no se hablaba, entonces no. Y la información que recibía era como a través de las compañeras del colegio, ponte tú.

Y no manejaba tampoco, tanta información sobre temas sexuales. Y la típica que nunca mi mamá me habló del cuento, ni tampoco era una costumbre que conversáramos mucho entre amigas. (...) Entonces llega un día (una amiga) 'Oye, supe algo'. '¿Qué?'. 'Supe cómo se hacen las guaguas'. '¿Ya?' 'El hombre le mete el pene a la mujer en la vagina'. Y yo, no sé, habré tenido ocho años, o nueve incluso. Yo quedé absolutamente impactada. Como consternada con la noticia. Así como que dije 'No, me están agarrando pa'l webeo, esto es terrible'. Y yo creo que en alguna parte de mi cabeza yo procesé esta cosa, como una cosa espantosa. Y dolorosa, y qué sé yo. Y después, seguramente en clases de biología, me debo haber enterado de que, efectivamente, era cierto. Y yo creo que esa cuestión quedó ahí.

Respecto al rol del colegio en su educación sexual, la mayoría de las entrevistadas no reconocía un papel importante de la institución en su formación, con la excepción de aquellas que habían ido a colegios católicos, y en especial, de monjas o del Opus Dei. En estos establecimientos, la educación sexual se limitaba a una educación moral sexual, en donde se

establecían normas de comportamiento con el ideal puesto en la virginidad y la represión de los deseos sexuales.

Yo tenía profesoras que decían “existen las mujeres para casarse y las mujeres para webiar” (...). Así de directo, si quieres que los hombres te respeten tienes que hacerte respetar, y yo siendo súper pollita, porque yo era polla, puta que era polla, obviamente creía todo eso, más si no escuchas del tema en tu casa, que todo es tabú, y más si no puedes preguntar, no puedes saber.

Yo estudié en un colegio muy católico de monjas, unas monjas atroces que decían que nos bañaríamos con las manos abiertas, que no nos tocáramos, que era pecado, y me crie en ese ambiente también de que la Virgen María, la Virgen María, ¡la Virgen María! Casi que uno tenía que ser pura como la Virgen María y ese era como el ideal.

Sin embargo, las entrevistadas que asistieron a colegios católicos de esta naturaleza, no se consideraban a sí mismas católicas practicantes, por lo que sentían haber desestimado las enseñanzas morales y religiosas del colegio, sino que habían sido mayormente afectadas por la represión y moral sexual desde el hogar. En el caso de mujeres que participaban o participaron activamente de la Iglesia Católica, ninguna articuló críticas respecto a la formación sexual desde la institución directamente, a pesar de que varias definían a sus familias como católicas. La Iglesia, en este sentido, no es visto como un emisor directo de educación moral sexual, sino que es canalizado y filtrado por otros lugares, como el colegio o los padres. En ese aspecto, hay una consideración implícita que los mandatos sexuales de la Iglesia deben ser interpretados y relativizados, y es en este proceso que la falta recae nuevamente en la formación moral-sexual del círculo íntimo, como también lo que las mismas entrevistadas consideran falencias de su carácter, como veremos más adelante.

Yo siento que igual la formación católica ha tenido mucho que ver. Y, pero lo siento más como un tema mío, también.

Diferente resulta el caso de una entrevistada que a los 12 años comenzó a participar de la iglesia evangélica, institución que tuvo gran protagonismo en su formación respecto a las actividades sexuales. En primer lugar, se coloca fuerte énfasis a mantener la virginidad antes del matrimonio, lo que incluye restringir tocaciones y actos sexuales que pudieran desencadenarse desde el deseo erótico. También se reprime fuertemente la masturbación personal, inclusive dentro del matrimonio. En este caso, la misma entrevistada hace hincapié en la importancia que este adoctrinamiento tuvo en su percepción de la sexualidad.

Entonces en ese sentido, como que dentro del matrimonio está todo permitido, como que lo único que no está, como que no se habla mucho, que todavía es tabú en lo que es el matrimonio es el sexo oral, el sexo anal, en una pareja heterosexual. (...) recién, como te digo (en el año 2011, se abren...), a lo que es el sexo oral, pero el anal era como que todavía, nada... la masturbación sigue siendo pecado (...) Pero todo esto te estoy hablando dentro del matrimonio (...) lo único que te enseñan es que tú no tengas relaciones antes de casarte, eso era lo único.

Llama la atención la invisibilidad del rol de la iglesia católica en el discurso mismo de las entrevistadas vinculadas a esta institución directa o indirectamente, no así en la entrevistada evangélica, quien reconoce un aleccionamiento constante y específico respecto a la sexualidad de hombres y mujeres. Sin embargo, nos adelantaremos a mencionar que las bases de la moral-sexual que detallaremos luego está íntimamente ligado al rol de la religión en la formación de la cultura de América Latina, a partir de la colonización, que atribuye ciertos rasgos al género femenino dentro de dos ideologías, el machismo y el marianismo (Fuller, 1995), a partir de la figura sacrificial de la *Virgen María* (Montecino, 1997; 2007). Aunque en la tradición protestante esta figura no conlleva protagonismo como en lo católico, se filtra una ideología en común a partir de las nociones de virginidad, pureza, castidad y vergüenza relacionadas a la sexualidad femenina. La virginidad es evaluada en las mujeres solteras, un valor que se debe resguardar a través de la vigilia de los padres, mientras que en las mujeres casadas se espera una sexualidad casta, al servicio de la maternidad y no del placer. La vergüenza de la sexualidad, tanto de las solteras como de las casadas, es lo que frena que sea

hablada y compartida hacia mujeres especialmente. La esperada castidad de las mujeres casadas, limita la información que las madres entregan a sus hijas sobre la vida y experiencia sexual, y son éstas las que se transforman en guardianas y vigilantes de la normativa religiosa, infiltrada en la cotidianidad cultural. A continuación veremos el rol protagónico de las madres en la formación moral-sexual de sus hijas.

Madre y el *rite de passage*-menarquia.

Las entrevistadas reconocen mayor protagonismo de sus madres en su formación en la infancia y adolescencia respecto a temas sexuales y reproducción, lo que se explica por el rol de socialización temprana y doméstica que hacen las mujeres en su rol de madres hacia las hijas. Las madres enseñan, explícita e implícitamente, a las hijas a *ser mujeres*, ya que representan en el hogar la figura femenina primigenia desde la cual nos moldeamos. De acuerdo a Ussher (1991), la relación madre-hija es central en el desarrollo de la identidad de las mujeres, ya que influye en la formación de la percepción que las adolescentes tienen de sí mismas y de sus cuerpos. “Esta relación es a menudo ambivalente, porque la madre está por lo general preparando a su hija para ocupar una posición circunscrita en un mundo patriarcal similar al suyo propio” (Op. Cit.:55). Las madres reproducen en sus hijas los mandatos culturales de sumisión, servidumbre, y autodefinición a través de las relaciones con otros (Ussher, 1991; Lagarde, 2011), características de la identidad femenina y *ser mujer*. Durante la infancia las mujeres son preparadas social y culturalmente por sus madres, y lo primero que aprenden del ser mujer consiste en ser objeto sexual procreador, es decir, aspirar a la maternidad. También van aprendiendo aquello concerniente a ser objeto sexual erótico, pero esto es en principio reprimido porque la cultura no reconoce la sexualidad infantil, especialmente en las niñas (Lagarde, 2011), y por otro lado, porque es la categoría de desvalorización y peligro: lo femenino como objeto sexual erótico se acerca arriesgadamente a ser cuerpo sexual erótico, mujer que desea y que es deseada. De esta forma, la madre educa a su hija para asumir el lugar de pasividad sexual, que recibe en su cuerpo el deseo de otros para cumplir el anhelo de la procreación.

Para que lo constitutivo de *ser mujer* devenga materialmente, debe darse la aparición de los primeros menstruos, que a la vez trae aparejado un set de reglas de higiene, cuidado y

comportamiento. Según Ussher, la menarquia es recordada por muchas mujeres como el punto focal desde el cual se comienza a asimilar los distintos cambios físicos y psicológicos de la pubertad, y “para muchas madres e hijas, simboliza el comienzo de la madurez femenina, un *rite de passage*” (1991, 46). La menstruación cierra la etapa de niña-no-sexual de las mujeres, y las coloca en una posición de niña-reproductora. La capacidad reproductiva está relacionado directamente con la sexualidad, ya que ahora el cuerpo de la niña puede manifestar físicamente la concreción del sexo a través del embarazo, y ésta posibilidad es fuente de preocupación de los padres, y de la madre especialmente. La menarquia confirma la identidad de las mujeres como reproductoras, y tiene un efecto profundo en sus relaciones con sus padres (Op. Cit).

Las entrevistadas tuvieron diversas vivencias de la menarquia, algunas lo recordaban positivamente, otras no; algunas estaban preparadas para su llegada, para otras fue sorpresa. En el caso de quienes lo caracterizaban como no-positivo (*que podría haber sido mejor*), se tendía a criticar el tratamiento que tuvieron los padres respecto al hecho.

Ella nunca me dijo, ‘te va a llegar’, yo supe que me iba a llegar por mis amigas, por mis hermanas, por el colegio, pero ella nunca me sentó, ‘hija...’, nada, nada, nada. (...) Y me desmayé (...) y me acuerdo que cuando vuelvo del desmayo, mi mamá ‘¡Enrique (papá), la Gaby ya es mujer, ya es mujer!’ Gritaba... súper contenta ella, sí claro, súper contenta. (...) Y le contó a todas sus amigas, le contaba a quien llegaba, ya la Gaby le llegó, y yo escuchaba que le contaba a las amigas, pero conmigo nunca lo hablaba. O sea, conmigo era tabú, me pasó las toallas higiénicas y me dijo ya esto te lo tenía que poner aquí y allá, y ya si no pasa nada, y póntelo y pum se acabó.

No todos los relatos fueron de trauma respecto a la menarquia: *Cuando me llegó la regla fue como “uy felicitaciones”, me dieron un ramo de flores, así muy bonito. Lo tomé como súper normal; o bien Para mí fue sólo un tema práctico, las toallitas... Sin embargo, coloco mayor relevancia a los relatos que critican la experiencia porque son ejemplos prístinos del freno sexual, y el lugar desde el cual se comienza a articular el resentimiento, hacia la madre especialmente. “Para muchas adolescentes, éste es el primer contacto con los tabús y*

restricciones que rodean sus cuerpos, su primer contacto con los discursos que versan en torno a la reproducción. En la menarquía (sic), la joven mujer se ve enfrentada con los conflictivos mensajes de la sociedad que dicen que ahora ya es una mujer” (Op. Cit: 51). Las mujeres entrevistadas se debaten entre las actitudes de sus madres respecto a la menstruación, a la sexualidad, y a las restricciones puestas sobre su cuerpo (en la figura de *permisos*, a ser trabajado en los siguientes apartados). En este sentido, en su relato confluyen dos voces: la hija que resiente, desde su posicionamiento narrativo recordando el pasado y los sentimientos de angustia y confusión; y la mujer que solidariza, en un desdoblamiento de la misma narrativa, que se transporta al presente e interpreta las acciones de sus madres desde otra óptica. Es decir, al mismo tiempo que cuestionan a sus madres y las culpan, se ponen en su lugar, identificando los factores en las que se encontraban, también, entrampadas.

Mi mamá me tuvo a los 40 años, mi mamá, nació en los años 30, entonces es otra educación para ella (...) Y cuando me casé y traté de hablar con ella de sexo, ella me decía, ya era una mujer mayor, de setenta años (...) ‘ah no’, ella me decía, ‘a mí nunca me gustó esa cosa, esa cosa que a los hombres les gusta...’ Ella tenía todo un cuento que no disfrutaba, ella no disfrutó sexualmente, ella no disfrutó el sexo en su vida, porque siempre le decía ‘esta cosa’.

Y ahí dentro de otras cosas, como nosotros vivimos en Puente Alto, y yo iba a Santiago, me dijo que tenía miedo que me pasara algo en la noche y que no pudiera estar ahí para ayudarme, dentro de las cosas que me dijo entre llanto. También dijo que tenía miedo de que me quedara embarazada y no terminara la universidad. Que me pasara algo, que alguien me hiciera daño, como que en el fondo se desahogó esa vez (...). Ahí me dio mucha pena, porque ahí por primera vez, nunca lo había podido verbalizar, yo creo que ese miedo lo tuvo desde siempre.

A partir de las reflexiones que las entrevistadas entregan sobre los motivos que moldearon las actitudes y decisiones de sus madres, podemos construir dos tipos de argumentos: una experiencia genealógica del mal sexo, y una experiencia de miedos asociadas al ser mujer en una sociedad que subordina a éste género. La primera de ellas describe a las madres que

vivieron la sexualidad sin placer, ligadas a violencia sexual y de género, insatisfacción sexual, y constricciones normativas que limitaron sus experiencias (armadas a partir de las mismas ideologías de género aquí descritas); mientras que la segunda se articula a partir de posicionar a las mujeres, y por tal, a sus hijas, en un lugar de vulnerabilidad social, donde su integridad física estaba en constante peligro. Cabe destacar que ambos argumentos pueden solaparse.

La pava/polla y la puta

Los términos *pavo/a* y *pollo/a* se utilizan en jerga chilena para caracterizar a personas que son fácilmente manipulables, ingenuos/as y tontos/as. Según fuentes sobre modismos chilenos⁴², ser pollo significa ser estúpido, infantil, de poca madurez mental, cobarde, tímido, de poco vigor, resistencia o fuerza, y/o enfermiza. Por otro lado, ser pavo también hace alusión a ser ingenuo y tonto. Estos dos términos pueden ser utilizados indistintamente, aunque la diferencia sutil se encuentra en el énfasis que se le da a la ingenuidad a quien se le denomine “pavo”⁴³, y a la infantilidad e inexperiencia de quien es “pollo”. En las entrevistas, muchas de las mujeres utilizan estos términos para auto-caracterizarse, en especial cuando se describen en su adolescencia y juventud. Este perfil hace referencia a la poca información que tenían respecto a lo sexual, y consideran que fueron “niñas” hasta adentrada en edad, fácilmente influenciadas y subordinadas a la autoridad ejercida sobre ellas, en especial por sus padres, sin intereses afines a sus pares, como las relaciones de pareja, relaciones sexuales, e incluso en algunos casos, las fiestas y “carretes”.⁴⁴

Como se ha mencionado anteriormente, las entrevistadas arman su relato a modo de explicación de su vaginismo, y en ello es de gran influencia esta figura de la *pava/polla*.

⁴² Diccionario de modismos chilenos online en <http://www.mainframe.cl/diccionario>. Revisado 19/05/2015

⁴³ Este término se utiliza además para referirse a la adolescencia: “la edad del pavo”, se conoce como la época pre-adolescente y adolescente en que los jóvenes supuestamente andan más lentos y actúan torpemente, explicado por el crecimiento exponencial y los cambios fisiológicos y hormonales de su cuerpo.

⁴⁴ La dicotomía de estas categorías tiene más matices que se pueden trabajar. Por ejemplo, el *pavo/polla* se puede contraponer al *vivaracho* o *vivo*, que en jerga chilena se plantea como la persona estratégica, atento a su contexto, que aprovecha bien las oportunidades y es astuto para salirse o evitar problemas. Es un lugar de alta valoración social. Sería interesante indagar en estas dicotomías, haciendo inventario de sus acepciones.

Tuve un pololeo en cuarto medio, yo no entendía nada, no entendía el tema de tener relaciones, siempre fui como bien pava. Así, yo creo que sería como la más pava hoy día, perna y todo, y no entendía que la gente tenía relaciones, como que yo vivía en otro mundo.

Pero si yo creo que esa época como que entre que era media pava, no tenía mucha información, no tenía como mucho apoyo (...) tengo recuerdos de haber sido bien desfavorecida en esa época, de no haber tenido las herramientas para desenvolverme bien en esa área con el sexo opuesto, me costó tener amigos hombres, porque de partida era media pava torpe.

A pesar de ser una caracterización negativa, la identidad de *pava* o *polla* se liga a la inocencia, en especial sexual. En este sentido, las entrevistadas se sitúan en el mal menor, ya que al otro lado del espectro se encuentra la identidad de una mujer que conoce la sexualidad, construido en base a la infamia. La que no es *pava* ni *polla*, es decir, la que conoce y maneja información sobre el sexo, sólo puede ser considerada una mujer de dudosa respetabilidad, según la formación moral recibida por las entrevistadas. En este sentido, la auto-declaración de *pava/polla* es deslindarse de la categoría de *puta*, como mecanismo de seguridad. Recordando nuestro marco teórico, la *puta* es el “concepto genérico que designa a las mujeres definidas por el erotismo, en una cultura que lo ha construido como tabú para ellas” (Lagarde, 2011:559). Lagarde nos refiere a la *puta* como el lugar de cautiverio de todas las mujeres que evidencian deseo erótico, y es uno de los entrapmes de mayor desvalorización de lo femenino.

Siempre fui súper pollo, la niña buena, la que tenía buenas notas, la que no cachaba una. Pero, desde que eres chica, por lo menos en Chile, tienes la carga... por ejemplo, siempre tienes la compañera que dicen que es la más puta. Yo ahora lo veo y encuentro que era súper normal para la edad, descubrió su sexualidad. Pero para nosotros tenía la carga de “ahh es súper suelta.” Ahora que pienso, era una persona común y corriente, entonces vas creciendo con eso. Que eres suelta. Si te agarras mucho hombres, “ah, que eres puta” (...).

El temor de que ser rotulada con la categoría de *puta* hace aparecer a la *pava/polla* como mecanismo de diferenciación. La *pava/polla* no sólo niega conocer sobre sexualidad, niega el deseo erótico mismo y se encierra en una identidad infantil que no puede ser sexual ni erótico, y por tanto, no se le puede vincular con los resquicios mordaces de la identidad femenina adulta. Como dispositivo de seguridad y diferenciación, la *pava/polla* es útil durante la adolescencia y temprana adultez para cuidarse de la recriminación de parte de pares y padres. Llega un momento, sin embargo, en que esta categoría deja de tener utilidad, y la *pava/polla* se ve atrapada en el calvario del cautiverio de las mujeres⁴⁵, ya que incluso en este lugar de inocencia no son estimadas, ellas mismas se ubican en un lugar excluyente, fuera de norma y disfuncional. Esta caracterización conlleva una valoración negativa desde un tono auto-despectivo, ya que hace alusión a una falta de carácter y de astucia; no es sello de pureza ni elevada moralidad, sino que es marca de su ineptitud para trascender la burbuja infantil, hacia aspiraciones y deseos que ellas consideran adecuadas a la edad en cuestión. Esta valoración se enmarca en el tiempo presente de las entrevistas, ya que ven en esta inhabilidad de carácter una de las condiciones de su vaginismo. Por ser *demasiado pava/polla*, no generaron estrategias para desligarse de las restricciones que operaban desde las madres, como lo hicieron otras personas –hermanas, compañeras, amigas, conocidas- con los cuales se comparan.

(...) Sí, éramos pavas, pavas. Yo creo que recién cuando salimos del colegio una compañera, de mi grupo de amigas, contó que ella se acostaba con el pololo y que la mamá le compraba las pastillas. Yo el día que le diga a mi mamá, primero muerta, jamás. Pero, sí, algunas tienen como el valor de rebelarse antes las mamás, y otras tienen mamás que son más

⁴⁵ Ortner (1979) reflexionaba sobre la posición intermedia de las mujeres en la dicotomía naturaleza/cultura como un lugar de status medio constante en la escala jerárquica de los géneros, como también de ambigüedad simbólica, en tanto a lo femenino se le asocian simbolismos que pueden tender hacia la exaltación absoluta (diosas maternas, la justicia, el arte y la hermosura) o al rebajamiento absoluto (brujas, contaminantes, lujuriosas, castradoras). En este sentido, vemos como las identidades de *pava/polla* y *puta* son dos puntos aparentemente antagónicos y diametralmente opuestos respecto a la relación de las mujeres con su sexualidad, pero no obstante se mantienen atrapados en el lugar de desvalorización y rebajamiento simbólico que se juega en una escala jerárquica general. A pesar de ello, culturalmente es más conciliable para la identidad femenina ser *pava-polla*, que ser *puta*, lo que nuevamente entrega un estándar de comportamiento moral sexual y un aparataje de normas relacionadas a los roles y posiciones de género que imperan en nuestra cultura.

tranquilas, más open mind (...). Mi mamá no te dejaba salir así como vestida (mostrando mucha piel), tengo un recuerdo de una amiga, la Marta, porque su mamá también era estricta con la ropa, y teníamos otras dos amigas del otro curso, que llegaban a la fiesta tapada entera. Se sacaban todo y tú quedabas así, entonces yo pensaba primero, sus mamás no saben que tienen esa ropa, pero yo no me habría atrevido.

La casa y la calle desde el control de la sexualidad

El miedo a ser *puta* se encuentra en la formación moral sexual del círculo familiar, explícitamente expuesto en lo que a las mujeres les dicen sobre ser buenas mujeres, e implícitamente a través de las restricciones puestas sobre su propio cuerpo. Esto último se manifiesta en la figura de los *permisos*, que engloban la circulación, ocupación y utilización de los cuerpos, sobre los cuales las mujeres mismas no tienen autoridad, por su calidad de doble dependientes: ser mujeres y ser hijas. Para asegurar que las mujeres no entren en la posición de *puta*, los padres específicamente se aseguran de que ellas no circulen en *el espacio* de las putas, es decir, el espacio público, *la calle*. Al contrario, buscan encerrar a las hijas en el espacio doméstico-privado, *la casa*. Según Montecino, la casa puede ser sinónimo de hogar y de domicilio, como también “retrotrae a lo doméstico, al ‘domus’ (la casa). También a la domesticidad, al domesticar” (2013: 34). La domesticación aludida se refiere tanto a la fijación en un sitio como también a la contención y sujeción. La casa se relaciona a lo femenino desde la reproducción, la crianza, la alimentación y los cuidados, como también desde el confinamiento y el control, mientras que su oposición, la calle, es el espacio de lo masculino.

“La calle no es el espacio de tránsito ni el que corresponde a las mujeres, no es un espacio adecuado para que anden solas ni para que deambulen. (...) Posiblemente, una vez entrada la pubertad y con ella la marca del cuerpo procreador, las mujeres así concebidas no podían transitar autónomamente las calles, sitio del contacto con los hombres y la seducción. De este modo, casa y calle se configurarán como esferas en las que el género, la generación y la clase serán las fronteras y marcas de un modo de distribución de las jerarquías sexuales” (Op. Cit: 37).

En este sentido, la mayoría de las entrevistadas reconocen haber sido restringidas para *salir a deambular*, en especial en la adolescencia, como también condicionadas (o derechamente negadas) a entablar relaciones de pololeo⁴⁶. Las restricciones podían mantenerse una vez que las entrevistadas realizaban estudios superiores, pero bajaban en intensidad o bien casi desaparecían cuando terminaban sus estudios y comenzaban a trabajar. Las prohibiciones también desaparecían cuando las mujeres dejaban de vivir *en la casa*, ya sea por estudios o por viajes temporales. Ahí los permisos no tenían sustento, ya que no se podía controlar físicamente el cuerpo de la hija, pero se podía seguir manteniendo restricciones en el espacio delimitado de la casa, controlando el ingreso o disposición de otros cuerpos.

Mi mamá siempre me decía, “aquí a la casa no me meterás a nadie, yo no quiero ningún cabro aquí, porque todos esos cabros son puras porquerías, tú te tienes que casar con el príncipe de Asturias (...)”. Y entonces si tú la llamabas, “mamá, estoy pololeando”, olvídalos, cuando supo que estaba pololeando con mi marido que era músico... “tú no me lo traes a la casa, deja tu pololo allá no más”.

Durante la entrevista, los permisos no siempre eran caracterizados de extremos o injustos, sino que se daba por hecho que los límites eran puestos por sobre el espacio de la casa como derecho adquirido de los padres. En ocasiones, daban cuenta de que esas disposiciones se internalizaron y justificaron en el pasado, y ni siquiera en ausencia de la madre o el padre, las entrevistadas habían transgredido las normas de la casa. En ocasiones, esta sujeción del cuerpo propio a la normativización impuesta se sostiene justamente en la caracterización anteriormente descrita, - *polla/pava* – que mantiene el lugar y las conductas asignadas a ellas sin rebelarse, aunque las cuestionen.

Lo que pasa es que mis papás, no es la palabra que sean liberales, en realidad no son liberales, pero son modernos. Digo, no son liberales porque, por ejemplo, si yo, ya más grande, en la universidad, si iba mi pololo, a mi mamá igual le complicaba que se quedara...

⁴⁶ Pololeo en jerga chilena es estar de novios, sin compromiso (aun) para casarse. Al novio se le dice pololo, y a la novia polola.

que se quede en otra pieza, en ese sentido, no es como liberal como de... como tradicional, pero bien con actitud, o sea, tolerante, entonces hago esas sutilezas.

(...) terminé con mi pololeo con mi esposo, entonces mi mamá me dijo, “¡aquí no entra ningún pololo más, se acabó los pololeos aquí!” Y yo, jamás ponte tú, me pasé de viva, o no sé poh, “oye ven ahora que estoy sola”, cuestiones así, bueno, mi casa nunca estuvo completamente sola, siempre había alguien en la casa. Entonces como que para qué me decía esas cosas si yo no la defraudaba. Y si yo salía a una fiesta, ponte tu no era de las que me curaba, ni había escándalo ni show, nada de eso.

Vemos en las citas anteriores que resurge con fuerza la *madre* como el lugar desde donde se construyen las restricciones, y la *casa* desde donde la madre ejerce autoridad. Hay trabajos teóricos que han profundizado en la relación entre casa, la construcción del género y el control de la reproducción. “El rol principal (de la casa) es proteger los derechos genealógicos del padre al aislar a las mujeres de otros hombres. La reproducción se entiende como reproducción del padre. La ley de la casa sin duda no es otra cosa que la ley del padre” (Wigley, M., 1992:336, cit. en Stephenson, 1998: 63-64). Según lo anterior, la casa se utiliza a modo de controlar la circulación de las mujeres y confinar su sexualidad dentro de ésta. “La mujer virtuosa se convierte en mujer-y-casa o, más bien, mujer-en-casa, de modo que no pueda separarse su virtud de ése espacio físico” (Op. Cit: 64). La reproducción de la ley del padre a través del control ejercido por y en la casa se sustenta sobre un complejo sistema de vigilancia que incluye métodos tangibles (paredes, puertas, ventanas cerradas) como intangibles (vestido, modales, códigos legales y culturales) (Op. Cit.), aunque no necesariamente –como vemos en los relatos de las entrevistadas- es ejercido directamente por el padre, sino que es la madre quien despliega el rol de mantenedora de la ley, similar a como vimos anteriormente, en donde la madre actúa como vigilante de las prescripciones sexuales religiosas en la formación sexual.

Por otro lado, Franch (2008) trabaja la sujeción de los cuerpos en el espacio de la casa en función de género, clase y raza, en tanto se define el lugar de lo femenino y lo masculino (cocina/living), y el lugar de los cuerpos blancos, mestizos, indígenas, etc. Sin embargo,

también podemos aplicarlo en función de género-generación, en tanto las madres dominan el espacio de la casa y controlan la circulación de sus hijas, dentro y fuera de ella. Heritier (1996) comenta en *Masculino/femenino* sobre evidencias etnológicas de los rituales y procedimientos simbólico-culturales, relativos a los nuevos matrimonios, entre los cuales se encuentra el principio de no mezclar roles de procreación entre las generaciones de mujeres o de parejas en una misma familia, y en especial, en una misma residencia.⁴⁷ Estas disposiciones dan cuenta de la tendencia cultural de controlar la capacidad procreadora de las mujeres asignando rangos de edades culturalmente definidos para el cumplimiento de roles reproductivos. En asociación, esto incluye la definición de tiempos y espacios específicos en donde las mujeres pueden tener hijos/as, que parte con el visto bueno de los padres respecto al ejercicio sexual de éstas. Pareciera ser que uno de los requisitos para este visto bueno está justamente ligado de alguna manera a los límites territoriales de la casa.

Siguiendo las líneas anteriores de reflexión, las madres son dueñas y autoridad dentro de su propia casa, porque son la generación con el derecho cultural de procreación y reproducción (biológico y cultural), mientras que las hijas, no están en *su casa*, sino la casa de sus padres. Esto podría explicar por qué los permisos y restricciones no disminuyen cuando la niña es biológicamente capaz de reproducir, sino cuando es materialmente preparada de tener *su propia casa*⁴⁸, cumpliendo además con la ley del padre, “entendida como reproducción de la propiedad privada” (Stephenson, 1998:64) reproduciendo cultural y simbólicamente en función del nombre del padre de sus hijos, y no de su propio padre. Idealmente, esa casa propia debiese estar aparejada a un marido, pero los cambios de una sociedad trazada ya por la modernidad que va bajando la tendencia hacia instituciones como el matrimonio tradicional – o al menos lo han postergado – reconfiguran los estándares de lo aceptable, y por tanto, muchas de las entrevistadas no se vieron en la obligación moral de pasar de la casa de sus padres a la casa matrimonial (aunque reconocen una *presión moral*, al menos). La

⁴⁷ Quiere decir que cuando un hijo o hija se case, los padres de éstos no deben mantener relaciones sexuales que conlleve embarazo, a riesgo de perjudicar la fertilidad de los recién emparejados. Por otra parte, los padres de la hija suelen realizar una serie de rituales que deslindan la herencia (la sangre) paternal –en sistemas patrilineales- de la hija, para que reciba la herencia (sangre, en calidad de esperma y de descendencia) de su marido.

⁴⁸ No nos referimos a la figura de propietaria, sino a la figura de tener y mantener un espacio residencial propio, ya sea compartido, arrendado, comprado, etc.

posibilidad de tener su propio espacio está a su vez ligado con la independencia económica y emocional de la hija, y uno de los mecanismos por los cuales lograr esto es asegurar estabilidad laboral.

Tú tenías 24 años y tenías que pedir permiso, hasta que yo salí de la Universidad pedí permiso para todo, pedía plata y para qué y porque necesitas plata, todo era tan restringido. Yo me puse a pololear cuando termine IV medio, y duré como 2 meses. Cero permiso, o sea, nada. (...) Me acuerdo una vez que me vio como abrazados, y le molestó mucho, le pareció pésimo y de mal gusto. Escándalo. Con el otro pololo, puso muchas trabas y problemas, hasta que yo entré a trabajar. Como que ahí se le quitó todo.

De hecho lo único que mi mamá me dijo sobre sexo en toda mi vida fue 'tú tienes permiso para hacer lo que tú quieras en tu vida, cuando termines tu carrera' (...) Nunca me cambié de carrera porque yo estaba desesperada por terminar la carrera para poder hacer lo que yo quería con mi cuerpo porque yo tampoco era capaz de enfrentar a mi mamá (...).

Lo anterior está vinculado al paradigma normativo de la sexualidad femenina ligada a la procreación, ya que lo que está operando aquí es asegurar el espacio propicio para la estabilidad del rol materno en un contexto que sea social y culturalmente adecuado. Remitiendo nuevamente a Montecino (2007) y Lagarde (2011), la figura axiomática femenina por excelencia se configura a partir del marianismo latinoamericano, la Virgen María, pero específicamente desde la díada madre-hijo. Es decir, el referente cultural hegemónico de las mujeres es la *madre* (más que ser la esposa, amante, u objeto sexual de un hombre), y para poder cumplir con este rol, debe ser capaz de cuidar y mantener a sus críos, independiente de la ayuda externa a esa relación, considerada la unidad mínima. Al igual que una buena proyección laboral pretende asegurar la posibilidad de *tener su propia casa* (como dijimos anteriormente), a la vez cerciora la capacidad de *mantener su propia casa*, es decir, reproducir la unidad doméstica, tanto material como biológicamente.

El embarazo como evidencia del sexo y condena a lo doméstico.

A pesar de que pareciera que la educación moral sexual recibida por las entrevistadas busca dirigir cualquier deseo erótico-sexual de las mujeres hacia el lugar de la procreación, la posibilidad de embarazo se erige como el peor miedo que las entrevistadas reconocen en el discurso de sus madres en su adolescencia y juventud. Algunas entrevistadas habían internalizado y legitimado el desprecio al embarazo adolescente o mientras se realizaban los estudios superiores, y entre éstas hay quienes reconocen que tenían miedo a quedar embarazadas si tenían sexo, y sienten que por ello lo aplazaron en su adolescencia y adultez temprana.

Como dijimos anteriormente, con la menarquia se concreta el cuerpo reproductor de la niña que se ha vuelto biológicamente mujer, aunque culturalmente niña sujeto a las restricciones de uso y circulación de los cuerpos de las mujeres. En este periodo las restricciones y permisos comienzan a armarse más inamoviblemente, y aparecen las advertencias y amenazas respecto al embarazo.

La verdad que mi papá con el tema cero rollo con el sexo, mi mamá era la más pitiá con ese tema. Como, “No, tú no te puedes meter con todo el mundo...” Pero tampoco era “no tengas sexo con tu pololo”, pero cuando era chica no tenía porque podía quedar embarazada. Esos eran los miedos que me metía mi mamá, “que vas a quedar embarazada, qué vas a hacer con una guagua a esta edad”, pero de ahí yo salí del colegio y me vine a estudiar acá, y mi mamá no tenía ningún control de lo que iba a hacer y lo que no iba a hacer...

El miedo al embarazo puede analizarse desde dos lecturas: el cuerpo gestante como evidencia de lo sexual; y el embarazo como condena. La primera lectura se refiere a que el embarazo es la manifestación visual del acto sexual, la prueba irrefutable que una mujer ha tenido relaciones sexuales. Si la educación moral sexual de las mujeres se ha enfocado siempre a restringir la sexualidad en las mujeres, el hecho que éstas en su calidad de adolescentes y/o jóvenes den evidencia de ello a través de su cuerpo gestante será motivo de vergüenza en su círculo familiar. Esta lectura puede aplicarse especialmente en los casos de las entrevistadas que dan cuenta de que la virginidad y la castidad eran valores explícitos en los discursos de

sus madres y padres, y el sexo resguardado sólo para el matrimonio. Estos casos están aparejados además a familias y entrevistadas que tienen tendencias religiosas mucho más explícitas, como quienes son católicas practicantes o evangélicas. En estas familias, la castidad de las mujeres es duramente vigilada y constantemente puesta en cuestionamiento. Inclusive en los casos de que las entrevistadas reconocen haber asumido e interiorizado el mandato de virginidad, - por imposibilidad de hacer lo contrario o miedo- el escrutinio de las madres y los padres es constante.

Lo que pasa es que hay un patrón en la familia con temas sexuales, trancados. Porque mi abuela era cuática, entonces todas se casaban vírgenes, no era tanto de prohibir, era como les metieron en la cabeza que era feo tener sexo (...).

(...) yo te puedo asegurar que mi mamá le importaba más que yo fuera pura a que yo me sacara mejores notas. Porque jamás me preguntaba si hacía una tarea o no. Pero si me duchaba dos veces en el día, “¿Por qué te estás bañando tanto?” (...) ¿Y dónde dejaste los calzones?” Era súper aguja con ese tema, y yo sabía que era por eso. Por eso, porque pensaba que yo me había acostado con alguien o que yo andaba...

Montecino (2007) comenta que una característica de la cultura mestiza (dentro de los cuales se incluye la chilena) es el “culto de la apariencia”, en donde se oculta o se disfrazan las prácticas cotidianas para exaltar el discurso público de moralidad, especialmente aquella fundada en la ideología católica y conservadurismos.⁴⁹ Esta misma idiosincrasia se replica en el caso del embarazo como marca de lo sexual en las mujeres entrevistadas. Puesto en balanza, lo que es más importante es no mostrar públicamente la sexualidad femenina, es decir, que no se evidencie la transgresión. Por ello, incluso las familias o grupos más conservadores pueden aceptar que existan prácticas sexuales no normadas, siempre y cuando se apliquen estrategias que oculten las evidencias. En los casos de las entrevistadas, esto se

⁴⁹ La autora señala que este fenómeno es parte de un *ethos* mestizo, lo cual coloca muchas barreras para que demandas ligadas a la sexualidad y la familia se trabajen adecuadamente, como fue el caso del divorcio, y hoy en día demandas relacionadas al aborto, matrimonio homosexual y adopción en parejas homosexuales.

vislumbra por ejemplo en que las familias que exigen castidad de sus hijas, al mismo tiempo les ofrecen o recomiendan tomar anticonceptivos.

Por otro lado, mencionamos que el embarazo también puede ser leído como condena. Esta lectura en parte está ligada a la última parte del apartado anterior, en donde reflexionamos en torno a la relativa libertad sexual que las entrevistadas dicen haber accedido una vez que comienzan a trabajar, manifestado en que cesa la aplicación de restricciones y permisos sobre la circulación de sus cuerpos fuera de la casa, como también el hecho de que el escrutinio sobre su actividad sexual baja en intensidad. Bajo esa línea, podemos entender que se busca postergar el embarazo a través de restricciones porque no están las condiciones materiales para que la mujer cumpla cabalmente con sus funciones reproductivas. Un embarazo durante la adolescencia o la juventud puede truncar la continuidad de estudios o trabajo de una mujer, especialmente porque se priorizará que ésta cumpla sus mandatos maternos por sobre sus aspiraciones en el campo público, lo cual a su vez disminuirá sus posibilidades de cumplir adecuadamente su rol maternal a largo plazo. De este entrampe, aparentemente no existe salida, y como tal se presenta como condena a una maternidad incorrecta y sufrida.

(Mi mamá me decía) un hijo te habría cagado la vida porque no sé qué, porque cómo te mantienes.

Abusos sexuales y la sexualidad ligada al peligro

La experiencia de abuso sexual en la infancia y adolescencia que relatan tres mujeres participa en la articulación de la valoración de la sexualidad. Como vimos en los antecedentes, el trauma o abuso sexual no se asocia necesariamente con la aparición del vaginismo, dado que la violencia sexual es un hecho transversal que afecta a gran cantidad de mujeres, de las cuales sólo una fracción desarrolla problemas físicos para tener relaciones sexuales (aunque los efectos psicológicos sean de gran alcance). De los casos vistos en las entrevistas, algunas vinculan el abuso con su vaginismo mientras que otras no lo hacen tan explícitamente, sino que sentían que el hecho se veía agravado por la educación moral sexual ya interiorizada, sumado a otros factores como el miedo, la inseguridad, paranoia, y especialmente, culpa.

Una de las entrevistadas fue abusada por un hombre que atendía un negocio cerca de su casa, cuando ella tenía entre 6 y 7 años. Éste hombre le tocó reiteradamente, incluso convenciendo a su madre que ella y su hermano se quedaran en la noche. Recuerda haber sentido miedo y rechazo por el hombre, pero a esa edad no dimensionaba ni definía la experiencia, hasta de adulta.

(...)Yo le dije (a mi mamá) que había sido abusada, ahí recién, toda la vida, toda, desde que pasó eso a los 6 años yo siempre pensé que yo no era virgen, empiezo a ir a la iglesia, y en la iglesia entonces imagínate, yo no valía nada, no tenía ningún valor, porque había sido... entonces yo siempre pensé que había sido violada, no tenía idea de la diferencia entre un abuso y una violación...

Además del estigma que sentía por no ser virgen, que para la iglesia evangélica a la cual atendía era constitutivo de su valor como mujer, sentía culpa por recordar las sensaciones de placer asociadas a las masturbaciones que el hombre le realizaba, y que ella en ocasiones inclusive buscaba. Le resultaba difícil conciliar que el rol que ella jugó en la búsqueda de su placer no cambiaba el hecho de que había estado bajo el control de un abusador, problemática que juega con la responsabilidad de la víctima, y se la resta al abusador.

En otro caso, una entrevistada encadena tres hechos de abuso: tocaciones en la vagina por un grupo de muchachos en un parque de diversiones, en donde a pesar de encontrarse con su papá, éste no se dio cuenta; un hombre mayor que se quedó a solas con ella y le dio besos en la boca, (a lo que ella reaccionó y arrancó); y el abuso sostenido de una empleada de la casa, a los 5 años. Nuevamente, el relato de estos hechos es re-significado desde la culpa de sentir placer, y el error de no haberse protegido lo suficiente, porque *era como estas típicas niñas pavas que las puedes pasar a llevar (...) porque en el fondo, es como cuando tú no te protegí, porque eres chico*. En este relato, la entrevistada trataba de bajarle el perfil a los abusos, atribuyendo irresponsabilidad sexual y corporal a su propia iniciativa.

El último caso es interesante porque la entrevistada dice haber participado e iniciado la interacción sexual, pero que después *se salió de las manos*. El punto de inflexión lo coloca

después de decidir no querer continuar con la relación, y ahí comenzó la persecución y la presión.

Una relación con un familiar, y se salió de las manos de lo que debiera haber sido. No me acosté con él pero no faltó tanto, tampoco. Y tenía esta idea de que lo que yo estaba haciendo estaba mal, pero también tenía curiosidad, y él tampoco era tanto mayor que yo... entonces, cuando quise parar él no quiso, no quería, y me insistía, y me buscaba, y después “si le cuentas a alguien no te lo voy a perdonar nunca”, entonces no le puedes contar a nadie, entonces quedé con todas esas cosas. (...) Esto era mi hermano. Y esto era... la palabra incesto (...) más encima todavía estaba en el colegio Opus entonces estaba esta cosa del pecado imperdonable... y nunca le dije a nadie por años. A un cura no más, me confesé. (...) Pero eso para mí, que eso fue mi primera experiencia sexual. (...) Y eso para mí, cuando se me acercaba un hombre, me asustaba y me daba pánico. Y si me llegaba a tocar o cualquier cosa me quedaba helada. Entonces no, al final opté por ni siquiera hacerlo. (Pero, ¿tú esta relación la significas como abuso, o algo que se dio como entre ustedes?) Es difícil responder la pregunta. No tuvimos sexo ni nada, y la vez que lo intentó yo me defendí a golpes y patadas. Lo que vino después, de que no le digas a nadie, así en los rincones, eso para mí fue la parte más (...). El quédate callada, que de repente no sé poh, una vez que se metió al baño, yo sentía que me miraba por la ducha, esas cosas, no sé cuánto tiempo habrá sido. Entonces claro, yo se lo comentaba con algunas amigas que eran psicólogas y decían que de todas maneras que sí, y otros decían que en realidad no, entonces... yo la verdad, para mí, para mí hubiera sido más fácil que me hubiera agarrado cualquier otro... que no tuviera que volver a verle la cara nunca más. Pero no, ahí yo me..., que era yo lo peor, yo había propiciado, había participado activamente (...). También habíamos tenido unos juegos medios raros con mi hermana (...).

Al igual que en los otros relatos, la experiencia es tejida en un entramado que va cargando negativamente los hechos, que iniciaron como una curiosidad sexual, pero que terminaron en violencia sexual. El caso de violencia que vive la entrevistada es re-significada a través de terapias y la conciliación con su hermano, pero participa en la valoración del sexo, y como

tal, en la explicación de su vaginismo. *Mira, yo creo que fue una mezcla entre eso y los discursos de que esto es malo... no te podría decir qué porcentaje tiene cada cosa.* La curiosidad sexual que ella vive es juzgada a través del tabú originario –incesto–, que desapueba el intercambio sexual entre familiares consanguíneos⁵⁰. Al trasgredir el tabú, hay una doble sedimentación de culpa: primero por estar con el hermano y la hermana, personas sexualmente prohibidos/as; y luego por ser sujeto activo de deseo y placer, identidad transgresora para las mujeres, que no es considerada como dueña legítima de su cuerpo y su sexualidad.

Es posible que en los relatos de otras entrevistadas, historias de violencia sexual hayan sido omitidos, o bien no le hayan sido adjudicados la importancia necesaria. Por ejemplo, en algunos casos las entrevistadas dan cuenta de violencia psicológica y coacción sexual dentro de la caracterización de sus relaciones de pareja, sin embargo no lo cuentan como tal. Pese a ello, no deja de ser significativo que un cuarto de los casos revisados presentan hechos de violencia sexual explícitos, como revelación de la relación que tienen las mujeres en general con la sexualidad y su cuerpo. La sexualidad femenina ha sido constante objeto de usurpación y explotación, ya que al desligar el deseo y el placer de las mujeres como derechos, quedan como benefactoras del deseo de otros, cuerpos para otros, intercambiables y reutilizables. La vulnerabilidad es mayor cuando se le cruza el factor edad, ya que las niñas tienen mayor riesgo de sufrir violencia sexual por sus condiciones de dependencia y el aprendizaje a ser sumisas y obedientes.

La violencia es una experiencia ligada a la sexualidad femenina, como también lo es el miedo, el cuidado y la desconfianza. Si bien son tres los casos concretos explicitados, en ocasiones otras entrevistadas también dan cuenta de la sospecha, aprendido socialmente, de las intenciones de los hombres. Esto aparece, por ejemplo, en referencias anteriores, cuando analizan los miedos de sus madres que justifican sus restricciones, o bien explícitamente al analizar las diferencias de comportamiento en lo sexual entre hombres y mujeres. Se

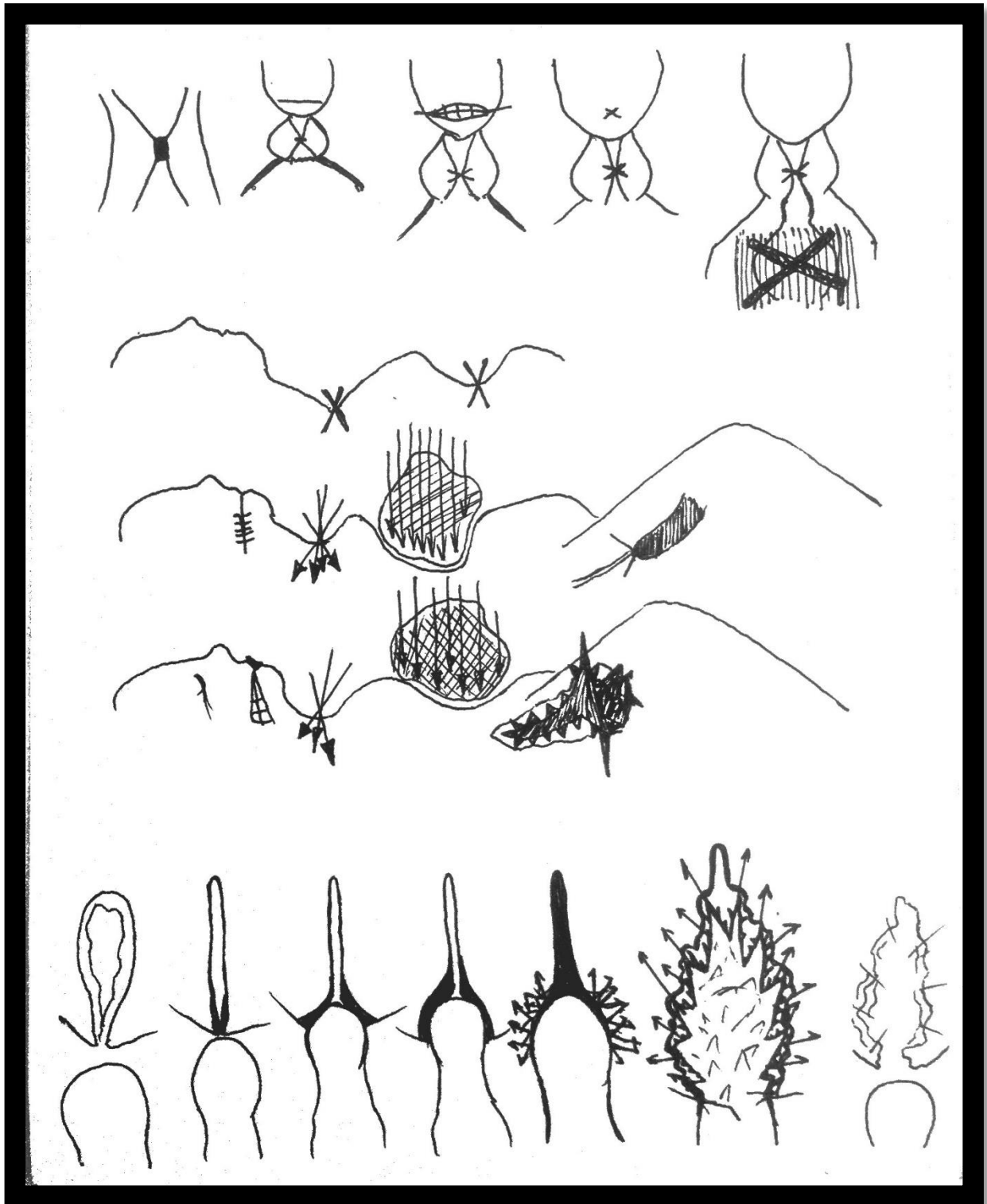
⁵⁰ La justificación de este tabú no se encuentra en las condiciones naturales de la filiación, sino que se remite a la necesidad de intercambiar mujeres para establecer relaciones sociales entre hombres, o grupos de hombres (Lévi-Strauss, 1981). En este sentido, la familia -como grupo de personas ligadas por descendencia, filiación o matrimonio-, es una construcción cultural aparecida a través de los sistemas de parentesco, que a su vez utilizan mecanismos sociales de control sobre el poder reproductivo de las mujeres.

considera que las mujeres tienen el deber de cuidarse y recatarse, mientras que los hombres tienen impulsos difíciles de controlar, así que se apela al escrutinio de sus comportamientos. En el caso de una entrevistada, recuerda un episodio significado como traumante para ella, que vinculó en su psique el peligro y la violencia a su vagina, en una ocasión en que su familia pensó que había sido abusada porque tenía moretones en la zona pélvica, pero que habían sido ocasionados por una caída.

Y yo siempre me quedé con que las cosas de ahí eran malas, muy malas, tan malas que hacían llorar a mi mamá, que provocaban caos en la casa, y esto yo lo había olvidado, yo nunca más me acordé.

(...) pero sí en el colegio muy mala relación con los hombres, aparte con este miedo de que los hombres, ten cuidado con los hombres porque los hombres te quieren solo usar. Creciendo con esa mentalidad.

Tanto en los casos de las entrevistadas que declaran abusos sexuales como en aquellas que no, se cruza el tema de la responsabilidad de las mujeres frente a la violencia sexual. Las enseñanzas respecto a la sexualidad femenina reprimen cualquier posibilidad de mostrar apetitos o inquietudes sexuales y de actuar; ya que el momento en que se cruza esa línea, las mujeres y niñas se convierten en instigadoras de deseo y violencia; se vuelven provocadoras, y como tales, la víctima ya no se percibe como inocente y se asigna responsabilidad porque no se cuidó lo suficiente, porque no peleó contra el abuso, porque ingresó al ambiente peligroso por su propia voluntad (aunque luego quisiera salirse de él), etc. En el caso de las entrevistadas que fueron abusadas, el deseo y el placer sentidos por ellas abren la puerta a cuestionar su lugar de víctima, y se debaten con la culpa de haber vivido sensaciones asociadas a comportamientos sexuales culturalmente no adecuados a las mujeres.



“Dibuja lo que sientes, describe el dolor”. Ejercicio en el marco de mi terapia psicológica, año 2009

VII.2. LA VIVENCIA DEL SEXO

En el siguiente capítulo indagaremos en la experiencia de las entrevistadas respecto al sexo, previa al diagnóstico del vaginismo y de cualquier tratamiento. Es importante destacar que a diferencia del capítulo anterior, no se ha desarrollado trabajo teórico desde la construcción simbólica del género sobre estos temas (sexualidad con disfunciones sexuales), por lo cual éste capítulo se centrará mayormente en un análisis descriptivo de las experiencias de las entrevistadas.

En el proceso de entrevista, la experiencia de la sexualidad, en especial penetrativa, es la parte del relato que contiene mayor impacto emocional en las entrevistadas, debido a que está enmarañado de dolor físico y emocional. Si bien se caracteriza el vaginismo como la contracción involuntaria de los músculos pélvicos, lo que esta definición no contiene es el grado de dolor experimentado por ello. La contracción misma de los músculos no es necesariamente dolorosa (aunque algunas mujeres dan cuenta de sentirla y que a veces puede provocar molestias), sino que lo que duele es el intento de penetración mientras los músculos están en este estado. Lo que se provoca es un círculo de dolor y angustia que se retroalimenta, en torno a cada experiencia sexual.

La frustración de la experiencia sexual vivenciada a partir de la angustia y la culpa, sentimiento sedimentado a partir de la formación moral-sexual analizada en el capítulo anterior, tiende a generar fricción en la relación de pareja, y a desestabilizar la auto-imagen de las mujeres. En esta situación, las entrevistadas colocan su valor como mujer y su identidad femenina en cuestionamiento, dado que la configuración de éstos está íntimamente ligada a su funcionalidad como receptor complementario de la penetración sexual. En este sentido, la vivencia del sexo en las mujeres entrevistadas es compleja y contradictoria, ya que es una experiencia de la cual, psicológicamente, reniegan, temen o reprochan, pero al mismo tiempo lo desean, como fundamento de su identidad⁵¹ femenina adulta.

En general, las mujeres de esta investigación exploran la sexualidad por primera vez en relaciones de pareja afectivas, y se genera un descubrimiento de su cuerpo a través de esta

⁵¹ Entenderemos identidad no como una caracterización esencialista de la mujer o de lo femenino, sino como la definición que hacen las propias mujeres respecto al deber-ser mujer, construida culturalmente a partir de la asignación diferenciada y dicotómica de género.

interacción. Cada una tiene un recorrido particular respecto a cómo comienzan a relacionarse con los hombres en la adolescencia y adultez. Se podría hacer un trabajo biográfico de cada una, incurriendo en los resquicios del camino que relatan, del viaje de autoexploración corporal y sexual, a través de la exploración de un otro. Un tema interesante que se revela a través del cruce entre las experiencias sexuales y el posterior tratamiento de ellos, es que en general las mujeres incursionan en la sexualidad con otros cuerpos mucho antes de (re)conocer el suyo propio.

En muchos casos, el relato de las experiencias sexuales contenía mucho detalle acerca de las cualidades y defectos de los hombres que serían sus parejas afectivas y compañeros sexuales, como también bastante descripción de la relación misma. En este sentido, los hombres con los cuales las entrevistadas tienen sexo (penetrativo y no penetrativo) son actores importantes en la aparición del vaginismo como problema, ya que sólo frente al otro-varón, el cierre de la vagina se convierte en insatisfacción, acusación, crítica o cuestionamiento. Por otro lado, en pocos casos las mujeres encuentran incentivo para cuestionarse la imposibilidad de penetración si no es en estas relaciones, siendo la pareja en muchos casos el impulsor para nombrar y tratar el vaginismo.

Las relaciones de pareja también pueden ser una nueva pieza en el cuadro del resquemor por las relaciones sexuales. Como vimos en el capítulo anterior, las mujeres que se enfrentaron a experiencias traumáticas y abuso incluyen en su apreciación por la sexualidad este temor, que es además compartido por otras mujeres. Es así como se expone la base trípode de la negativización sexual: los discursos moralistas, amenazantes o de alarma sobre la sexualidad; las percepciones o experiencias sexuales dolorosas o traumáticas; y las parejas o relaciones deficientes, malas, que provocan dolor emocional en las mujeres. Frente a una o varias de estas condiciones, pareciera generarse voluntad de la vagina a cerrarse, dejando afuera lo que se percibe como amenazante.

Masturbación y primeras experiencias sexuales con otro.

Al hablar sobre la iniciación sexual con las entrevistadas, la mayoría lo situaba temporal y relacionalmente en la etapa en que estaban en relaciones de pareja con hombres. Sin embargo, cabe destacar que en sus relatos, algunas también se refieren a la masturbación personal como

un primer lugar de aproximación al placer, pero también es un acto que hace aparecer sentimientos negativos. Estas significaciones se configuran a partir de la valoración del acto que se nutre de la formación moral-sexual ya revisada, que imbuye de culpa al acto o lo considera sucio e inadecuado, hasta la utilización de la práctica como sustituto del sexo, o incluso en el caso de una entrevistada, como prolongación del abuso sexual sufrida cuando pequeña. La masturbación suele ser el primer lugar de exploración sexual, y en ocasiones es una práctica que se mantiene en el tiempo, mientras las mujeres están solas (sin compañeros sexuales) como también en pareja. Algunos relataban un conflicto con la masturbación, por las asociaciones anteriormente descritas, y por ello se dejaba de realizar, o se optaba por no incursionar en ello.

Estando en el colegio como a los 15, 16 años, mirando una película de una mina masturbándose, fue la primera vez en mi vida que me toqué, y después de eso por años yo me sentí una persona sucia por haber hecho eso. Pero, o sea es normal, pero es una tontera que durante, no te voy a mentir, cuatro, cinco años, yo me sentí súper sucia, o una mala persona conmigo misma.

Mi papá una vez me pasó un libro que decía que la masturbación era malo (...) me acuerdo que me lo pasó y yo era súper chica, y leí esa parte, y me quedé con eso. Y fue una frase estúpida que leí, corta, y te juro que me quedé con eso por el resto de la vida. Y yo nunca me he masturbado y no tengo intenciones de hacerlo tampoco, me da como cosa, me provoca cierto rechazo (...) Tengo un tema con eso de la masturbación. Como que yo no lo haría, para darme auto placer, no...

Había periodos de la adolescencia, era casi como por descarga, así como una cosa que se daba. Y después ya me sentía mal, justamente no por un tema de no disfrutarlo, yo lo disfrutaba, pero después era como... 'pucha, a lo que tengo que recurrir...'. Como, no tengo pololo, y como que lo veía casi como la mujer no podía gozar sola si... o sea, yo creo que he pasado tanto tiempo sola, no he tenido como una pareja estable que como por eso me molesta, de repente, el tema de la masturbación. Porque digo, alguien puede tener pololo y

masturbarse y está bien, pero en mí como que era distinto, como ‘¿¡pucha, hasta cuándo tendré que satisfacerme así, y no con otro!?’.

Lo que me pasa es que cuando nos conocemos con mi marido, fue tan lindo porque nosotros comenzamos a hablar, y yo ahí entendí que la masturbación no era pecado, lamentablemente tomé la triste decisión de no seguir haciéndolo. Yo tomé la decisión cuando me relaciono con él, porque fue la decisión más linda de mi vida, entonces yo no necesitaba hacerlo, yo como que lo hice toda la vida, o sea igual, la masturbación en mi vida estaba asociada a algo malo, porque yo lo hacía porque el hombre que me abusó me masturbaba, te fijas entonces el me hizo como adicta a eso, entonces yo creo que tal vez por eso lo dejé (...).

Es relevante plantear aquí una reflexión en torno al conocimiento del cuerpo, que aparece en algunos relatos. Si bien varias mujeres tienen un acercamiento sexual a su cuerpo a través de la masturbación, en donde ejercitan el placer autogestionado, ésta es una práctica realizada a veces a ciegas: las mujeres se tocan, pero no se miran ni se toman el tiempo de conocer detenidamente, en profundidad o con curiosidad, todas las partes de su cuerpo en juego con la masturbación. La masturbación realizada permite conocer, por ejemplo, los labios, el clítoris o la vulva, pero no necesariamente la vagina, ya que la penetración vaginal es postergada para la experiencia con un hombre. En este sentido, la vagina, lugar de concreción de la penetración sexual normativa, es un lugar negado o desconocido para muchas de las mujeres, antes y a la hora de comenzar a tener relaciones sexuales. La vagina aparecerá luego, en la experiencia sexual penetrativa con otro, a través del cierre y del dolor.⁵²

Yo no soy de las minas que dicen ‘no, yo no me masturbo’, pero es superficial también, tampoco era como de atreverme a más, o no estaba en mi mente algo como más profundo.

⁵² La vagina también aparece y se conoce a través de la experiencia de tratamiento, en donde algunos/as profesionales de la salud incluyen en sus terapias ejercicios de acercamiento a la vagina, como mirarse con un espejo, dibujarse, aprender sobre la conformación anatómica de la vulva y vagina, etc.

Por otro lado, y como se mencionó anteriormente, la iniciación sexual de la mayoría de las entrevistadas se expresa con un otro, en relaciones de pololeo, noviazgo y matrimonio⁵³. Cuatro de las entrevistadas comentan que tuvieron sus primeras experiencias sexuales en la adolescencia, entre los 14 y 17 años. El resto de las entrevistadas comienza la exploración sexual en relaciones de pololeo a partir de los 18 años, después del colegio, siendo las décadas de los 20 y 30 años los de mayor detalle respecto a las experiencias sexuales (dado las características de edad de la muestra). Algunas entrevistadas describen su despertar sexual como tardía, y dicen haber empezado a pololear, o les surgió el deseo de tener relaciones afectivas y sexuales después de lo que veían en sus pares. En este contexto, en algunas vuelve a surgir la caracterización de la *polla/pava*, que por ser ingenua, inexperta o infantil, no le interesaron los temas sexuales o no supo cómo incursionar en esas experiencias. Por otro lado, hay quienes describen una carga de valoración al sexo, que pone ciertos criterios para tener encuentros sexuales, de carácter más *conservador* que otras personas que ellas conocen, quienes comparativamente serían más *liberales*, en su descripción. A partir de aquí podemos dar cuenta de una internalización de la formación moral-sexual anteriormente descrita, ya que se hacen diferencias entre las mujeres que ejercen una sexualidad más laxa, y mujeres que son más recatadas, nuevamente haciendo una diferenciación entre las mujeres *putas* y las que no lo son. Se reafirma la asociación entre sexualidad de las mujeres al servicio de otro, y categorías diferenciadas de valoración. El sexo resguardado, cuidadosamente escogido y reservado para momentos de entrega y afectividad, es bien visto en estas mujeres, al menos en lo que ellas recuentan fue la época de sus primeros acercamientos a la experiencia sexual.

A mí me quedó grabado, una de las primera semanas estaba con muchos compañeros de la U jugando, el 'yo nunca'. 'Yo nunca nunca... he tenido sexo', la única persona que no tomó

⁵³ También está la figura del *pinche*, o *andante*, que son hombres con los cuales salieron o tuvieron encuentros físicos que consideran de baja escala sexual (besos o caricias), pero en estos casos los hombres no son mencionados por nombre ni se les da importancia en el marco del relato, a diferencia de los pololos, novios o maridos, que tienen roles protagónicos. Sólo una entrevistada da cuenta de experiencias sexuales e intentos de penetración primigenias con *pinches*, y *andantes*, y su exploración sexual comienza a partir de los 25 años. Otra entrevistada cuenta que a los 27 años, después de relaciones de pololeo sin sexo penetrativo, tuvo un amante con el cual experimentó sexualmente para lograr tener sexo penetrativo.

de todo el grupo -y éramos como 30- fui yo. Y todos me quedaron mirando. Y empezaron las tallas, 'ya, quien le hace le favor' (...) yo me fui soltando con el tema, pero siempre fui muy conservadora con el tema, el sexo era súper importante, que no te podías acostar con cualquier persona, más si era la primera vez y todo.

Mira yo me inicié sexualmente súper tarde, como la curiosidad sexual, o sea, con otro, fue más o menos a los 25 años. Yo había tenido pololos antes pero nada serio, como una relación muy larga, y no tenía como el bichito de la sexualidad, el sexo, no era como tema.

Yo vi un programa en la tele de Contacto, que decía que a los 13 años ya dejan de ser vírgenes. Y para mí era poco, yo dije ¿qué onda, a los 13? (...) Yo tengo un grupo de amigas, te voy a poner como el ejemplo, de ellas, o sea de todas, yo te diría que yo soy la más conservadora... (risas). Es que de verdad, tú me encuentras como liberal por la edad (...) tengo amigas que son mucho más liberales que yo, que, no sé, digamos que se meten con hartas personas.

Tuve un pololo en la U que estuve como dos años con él, pero la verdad que primero éramos bien pavos, así que tampoco pasaba mucho. (...) Y cuando me puse a pololear con el que después fue mi marido, el también venía como de colegio católico, así que sin muchas experiencias de pololeo, ni nada. Entonces, claro, entramos como en esta cosa como más de relaciones sexuales, y como que para los dos fue nuevo (...) Los dos con casi nula experiencia tampoco previa entonces tampoco había mucho ahí como de inventar como estrategias y qué se yo.

La inexperiencia sexual caracterizada por ser *pava/polla* (tanto de ellas como también de sus parejas), los miedos asociados al embarazo y a la marca moral del sexo, y la negativización de la sexualidad, elementos que trabajamos anteriormente, resurgen como explicación para dilatar el encuentro sexual, tanto en el tiempo en que las mujeres no están en parejas, como también durante las relaciones. También aparecen otros miedos, ligados especialmente a la dolencia, proyectada o experimentada, durante la penetración, desde lo cual las primeras

experiencias sexuales estarán imbuidas de un fracaso anunciado. A pesar de esto, todas dan cuenta de haber incursionado en una sexualidad sin penetración por elección propia, y en gran medida incentivadas por las relaciones afectivas en las cuales se encontraban, en donde con su pareja se acariciaban y tocaban, sintiendo placer y llegando al orgasmo. Entre las entrevistadas hay diferencia de prácticas, ya que algunas dan cuenta de que sólo realizaban caricias, roces y/o frotaciones, mientras otras dan cuenta de sexo oral (felación y cunnilingus), sexo anal (penetración anal de parte del hombre hacia la mujer) e intentos de penetración sin éxito, o bien, logrado pero que eventualmente se fueron haciendo difíciles (como en el caso de las entrevistadas con vulvodinia). Algunas entrevistadas comentan que sus primeras relaciones sexuales fueron también las primeras experiencias de sus parejas, y que el mutuo desconocimiento de la sexualidad llevó a que no tenían apuro en lograr la penetración. En consecuencia, las entrevistadas describen un proceso desde el cual comienzan una exploración sexual que pareciera no tener problemas físicos, en torno al placer y el goce de estas prácticas, pero veremos que existen ciertos límites construidos psico-socialmente, al significar la vivencia desde los mandatos culturales de la sexualidad.

(Nuestra sexualidad) era como roces, cosas así. Yo creo que fue por lo mismo que él nunca exigió, o a lo mejor porque me entendía. Siempre estábamos bien igual. Claro no se llegaba a la penetración porque él nunca había tenido relaciones. Entonces tampoco sabía cómo se hacía, entonces siempre estaba como ese lado de ignorancia.

Primero fue con mi pololo anterior que claro durante mucho tiempo no tuvimos nada porque éramos más chicos, yo tampoco estaba muy segura y en el fondo también había mucho control en mi casa, que no te quedas en la casa de tu pololo, en el fondo no era una cosa sencilla comenzar una vida sexual juntos, pero después cuando sí hubo esa instancia (...) ahí me acuerdo que me puse muy nerviosa y no nos resultó, la primera vez que tratamos.

Para poder sentar las bases para el análisis de las experiencias sexuales, se expondrá a continuación un resumen de cinco relatos⁵⁴, específicamente sobre las primeras experiencias sexuales, seleccionadas según el contenido de sus historias, dado que existen elementos que se repiten en el resto de las mujeres de esta investigación. La intención es comenzar con un panorama más ilustrativo, a partir de las palabras de las mujeres, sobre lo que significa la experiencia sexual penetrativa, para quienes tienen vaginismo.

Relatos de las primeras experiencias sexuales.

Relato 1

✚ *El primer beso que yo di fue a los 20 años, era un amigo de mi hermano mayor (...)* él me pidió pololeo y fue como bueno, 'ya tengo 20 años, ya'. Y me da como un beso muy apasionado y yo lo único que recuerdo es que tanto lo que me metió la lengua que me dieron arcadas, yo tengo reflujo entonces... él juraba que yo estaba en éxtasis pero no, pero igual con él como que me encantaba dar besos y todo. (Él pedía tener sexo y ella no quería). Entonces para él era como, 'entonces no me quieres tanto', o sea, su lógica de hombre, y yo, en mi lógica, era como que me estás exigiendo casi como la prueba de amor y si no, no. Yo viéndolo a él casi como el enemigo. Tenía como ese tema, y no me acosté nunca con él. También tuve un amigo que me encantaba él. (Empezó a explorar sexualmente con él). Ahora no era lo ideal, era de caliente (...) nos encerramos en su pieza y ahí ya nos sacábamos la ropa de la cintura para arriba y ahí ya exploré un poco más el cuerpo masculino y femenino... y ahí sí le conté a él que no había tenido relaciones, y él estaba como con todas las intenciones, y a mí me gustaba pero no tanto entonces estaba ahí media dudosa, me ponía muy nerviosa, entonces al final como que no pude concretar con él, pero sí avancé un poco más, y ya empecé como con la inquietud de pucha, como que en realidad, como que me gustaría ya tener una relación seria. (Empezó a salir con un hombre). Y fuimos a mi casa y empezó todo bien, y estábamos ya en la cama, esto era la primera vez que yo llegaba a eso... y tenía como 30, porque tenía el rollo de que ya 30 años, ya no podía pasar de acá. Estábamos justos como en la mitad de la

⁵⁴ Se han juntado diversos extractos de las narrativas de las entrevistadas para dar cuenta de una cronología de experiencias sexuales, referidas a lo vivenciado antes del diagnóstico y tratamiento del vaginismo.

ropa, y yo le dije, 'esta es la primera vez que estoy con un hombre', y se cortó entero y se puso súper nervioso, entonces, 'no, es que me tienes que ayudar, chúpamelo', y yo como que así como de entrada... como primera vez, y de nuevo me dio arcadas, nunca había hecho eso. Entonces dije no. '¡Entonces lo hago yo!', y se empezó a correr la paja al lado mío, y yo así como... entonces no, mal. Bueno, al intentarlo, me dolió pero hasta el fondo del alma. Y me decía, '¡pero, relájate!'. '¡Es que no puedo, no sé qué hacer, no me puedo relajar!' Bueno, no pudimos concretar, pero sí me dolió y salió sangre, así que creo que algo pasó. Bueno, se quedó ahí conmigo esa noche (...), y ahí quedó, y no lo intentó de nuevo, y tampoco se lo pedí. (...) Y de ahí en adelante no me contestó, se borró. Entonces, como no funcionó en la cama, al weón le dejó de interesar. Igual me sentí mal, era como que lo perdí porque no soy capaz de dar la talla, y a estas alturas de la vida que una mujer no pueda tener sexo... (En otra ocasión y con otro hombre). Fuimos a la fiesta de su amigo, y de ahí me lo llevé para la casa y dije, '¡ya, ahora sí!' Y lo mismo, empezó todo bien, este era de tamaño más normal y tampoco me pidió nada, pero igual me dolía. Me dolía, me dolía, me dolía, me dolía. Yo te diría que entró más que la otra vez pero igual no fue 100%, y creo que a él también le dije, 'Pucha, es la primera vez porque antes no me resultó', y ahí fue más amoroso, 'ya, intentémoslo de nuevo', y me llevó a darnos una ducha, y qué se yo, fue un poquito más amigable, pero igual no funcionó. (...) Me dolía tanto que empezaba a correrme para afuera. O sea, era un dolor como que me estuviera quemando. Era así ese tipo de dolor. Y yo estaba pensando tal vez si aguanto un rato después se me va a pasar. Y no se me pasaba y no se me pasaba, y ya no aguantaba más. Entonces me empezaba como yo a correr. Bueno, entonces de nuevo pasó lo mismo (...). No se volvió a aparecer más, no me volvió a contestar el teléfono ni el mail, y ahí dije pucha, en verdad, cagué. No puedo tirar, no puedo tener ninguna pareja porque los hombres sencillamente se aburren si no puedo irme a la cama con ellos. Y quedé tan chata que al final dejé de intentar, o sea que me convencí de que no lo iba a lograr, y entonces ya conocía a alguien y yo decía, pero es que yo sé que voy a empezar a salir con este weón y va a querer, y yo no voy a poder y lo voy a pasar pésimo, y de nuevo se va a aburrir...y estuve así, estuve así hartito rato.

Relato 2

✚ *Mi primer pololo, yo era pequeña, entonces es como que hubo algunas caricias, algo así como a lo loco, tenía 17. Y después de ahí, me habré dado un beso con uno o dos chicos más, y después siempre sola hasta que me pongo a pololear con este chico, y con él estuvimos pololeando tres años y medio, también nos acariciábamos y todo, pero el tema era que no podíamos tener penetración. Como que llegábamos a eso.*

Cuando nosotros nos conocimos (con su esposo) teníamos 34 años. Por cariño, mi esposo le cuenta al pastor, y nos reúnen y nos dicen que teníamos que separarnos (porque él era separado). Nos separamos, pero después al final teníamos prohibidos hasta mirarnos (...). Entonces llega la esposa del pastor de nuevo, la primera que me había dicho que ni siquiera nos podíamos mirar, entonces me dice, 'lo podríamos resolver, ¿podrían ustedes llevar su noviazgo pero en nuestro departamento, en presencia nuestra?'. (Se van de esta iglesia).

De esos 5 años de pololeo, los 2 primeros años como que caíamos en la tentación de tocarnos. Y era terrible, para mí, porque yo terminaba con una culpa, me sentía pero podrida, así, mal, mal, mal, entonces después de esos dos años nunca más tuvimos nada. Un día yo le dije que yo ya no soportaba la culpa y nunca más tuvimos nada.

Nosotros nos casamos sin tener, en ese entonces, nada, nada, nada, pero sí, yo tenía muchas ganas de estar con él, cuando nos casamos, me moría de ganas de estar con él, mi cuerpo quería estar con él. (...) Obviamente esa noche era así como nuestra gran noche, y yo me compré ropa linda, compramos champagne, chocolate, y todo creando la atmosfera fascinante, y era súper emocionante para nosotros, y bueno... intentamos, empezamos todo bien así con mucha pasión y todo, y de inmediato él trata de penetrarme y no hubo caso, pero ahí yo no entendía nada, no entendía absolutamente nada. Entonces fue como, "bueno, lo intentamos mañana", y es como que, bueno, al otro día va a resultar. Yo había leído que a veces había parejas que les cuesta los primeros días y que después resulta. Lo intentamos 4 noches seguidas, y a la última terminé llorando, y no podía abrir las piernas, no podía abrir las piernas. Lo intentamos, me decía "póngase así, amor, póngase así", y lo más terrible es que ese cuarto día, y al principio yo no le decía que me dolía, porque yo en realidad no entendía bien qué es lo que me pasaba entonces yo no le decía, sólo le decía "amorcito, parece que no puedo" y lo intentamos el segundo día y lo intentamos el tercero

y el cuarto y ahí yo ya le dije, le dije que me dolía y todo, y... pero ahí sentí que se me acabó el deseo.


Relato 3

✚ Ahí en segundo año de universidad tenía como 19 años y me puse a pololear por primera vez, primer pololo, del cual yo fui su segunda polola pero primera polola seria. Empecé a pololear y empecé a descubrir lo que era la sexualidad con él, y para él también, él era virgen, yo era virgen, los 2 éramos vírgenes. Y ahí empecé a descubrir más, empecé a relajarme un poco más (...). Ahí empecé a querer más mi cuerpo, a agarrar más confianza cuando estaba con este muchacho. Empecé a conocer sobre mi sexualidad, empecé a conocer más mi cuerpo, extrañamente, más directamente el cuerpo femenino y masculino, y perdí mi virginidad con éste hombre, y empecé a tratar de tener una vida sexual pero muy escondida, sintiendo que estaba haciendo algo mal constantemente, algo prohibido, siempre con el temor de que alguien nos encontrara, nos pillara y fuera terrible. Yo creo que eso me marcó mucho porque estaba siempre tensa, con miedo, mucho miedo (...) Cualquier ruido cualquier cosa, fue así durante casi los 5 años de relación que yo tuve, nunca en toda mi relación yo pude no tener dolor, nunca pude tener una relación tranquila sin dolor.

Bueno mi pololo en ese momento fue un 7 en toda la relación. Sigo hablando con él y es un 7. Pero empieza una carga, yo no sé si a ti te pasó, como mujer, él no tenía ningún problema. Yo sentía que el problema lo tenía yo. Me empecé a sentir también como "yo no sirvo, yo no sirvo como mujer, yo estoy fallada (...) Soy tonta, ¿cómo no puedo controlar mi cuerpo? Empecé a probar muchas cosas, como cosas eróticas. Porno, juguetes, juegos (...) tampoco me servía, y yo empecé a rechazar a mi pololo. Empecé a que no quería estar sola con él. Esas situaciones de estar solos las evitaba. Empezaba a darme besos y no quería, sabía lo que podía venir y no quería que me diera besos. Antes de estar con él, yo era una persona de piel completamente. Me empecé a volver más fría, a pelear por todo, todo me molestaba y yo creo que hasta el día de hoy yo creé un rechazo hacia su persona. Después yo no quería que me tocara, no quería nada.

Me empecé a sentir... empecé a dejar de castigarme a mí misma cuando yo supe que era una enfermedad. Lo hablé con mi pololo, creo que cuando ya supe lo que era, creo que para mí y mi relación ya era un poco tarde. Yo había creado un anticuerpo hacia la persona.

Relato 4

 *Yo me inicié sexualmente súper tarde, como la curiosidad sexual, o sea con otro, fue más o menos a los 25 años. Yo había tenido pololos antes pero tampoco nada serio, como una relación muy larga, y no tenía como el bichito de la sexualidad, el sexo, no era como tema. Me pasó que tuve un pololo a esa edad, claro que con él estuve más enganchada, estuvimos unos meses juntos, 5 meses más o menos, y con él tuve mi primer encuentro sexual. Y al tiro no pudimos tener penetración, ni siquiera fue tanto el intento de penetración, me dolía como el solo intento, eso me empezó a doler, con ese pequeño ingreso. Entonces así como “no, espérame, me molesta, me duele”, pero yo ahí no entendía nada. Ya después él dijo no importa, lo dejamos pasar. Hubo un segundo encuentro y fue como parecido, y ya al tercero fue como ya... enojado, frustrado, como ya “dejémoslo hasta aquí”. Y yo derrotada, sin entender también por qué me pasaba.*

Conocí a un carabinero (...) él era así bien canchero y jugaba, simpático, se creía el cuento, y todo. Era un gallo más maduro, tenía más experiencia sexual, era como súper seguro en ese ámbito. Con él tuve como encuentros así heavy pero con dolor, o penetración pero con dolor así (...) Como no disfruté nada. Sí, con él pude disfrutar de otras formas, porque él también me hacía relajarme. Así que, con él fue como ya, entré más de lleno a la sexualidad. Eso fue a los 27... cacha.

(Tuvieron una vez penetración vaginal). Fue como, ya, no hayamos otra manera, y fue como un, dos, tres, ya... y yo “jaaaaahhh!”, o sea ahí ya, no. Entonces ahí fue que le dije no, sabí que no. Entonces eso fue, pero nunca he disfrutado, una penetración vaginal, jamás (...).

(Empezó a salir con otra persona). (...) Estaba recién empezando a salir con alguien, y justamente fue tema, totalmente tema. Él era un poco más chico y que también fue lo primero que me pasó con la primera persona que tuve como la primera relación sexual. (...) Lo de nosotros era acurrucarse, o besos aquí, ya teníamos como otros tipos de encuentros y todo, pero hasta aquí no más, de aquí para abajo (gestualiza de la cintura para abajo), no, nada

(...). Le explicaba, que yo antes igual quedaba frustrada, como bajoneada, no quería que me pasara eso y tampoco para hacerlo sentir mal a él. Pero que no se trataba de él, sino que era un tema mío, pero no hubo caso, igual se sentía mal, quedaba bajoneado y me daba cuenta. Entonces no resultó, terminó.

Relato 5

✚ Bueno, básicamente yo me di cuenta cuando me casé y no podía tener relaciones con mi esposo, normales digamos, de penetración. Si bien teníamos un goce, un disfrute de nuestro juego previo, finalmente en el momento que él quería penetrarme yo no podía, no podía aceptarlo a él, no sé, como que con una fuerza empezaba así con la espalda (arqueando espalda), casi caminaba, pero no lo pude hacer. Él fue mi primer pololo, mi esposo, y mi primer hombre. (...) Claro, yo tengo orgasmos, qué se yo, cuando mi esposo me busca, pero en el momento de, en que me pueda penetrar, no había caso, no hay forma, no, no, no. (...) Es un dolor, y miedo. Yo creo que el miedo que se genera puede ser más fuerte que el dolor. A sentir dolor, no sé si me explico, pero esa barrera mental o física que se me pone es mucho más fuerte que yo, porque si bien yo quiero, no puedo. No había caso de que mi esposo pudiera entrar en mí porque yo empezaba, ‘¡es el momento, es el momento!’ y ya desde ahí yo me empezaba a angustiar y a correrme, y no, no se podía. Antes de casarnos intentamos pero siempre surgía algo como chistoso (...) o decía ‘es que yo soy una señorita, así que no puedo hacer estas cosas antes del matrimonio’, entonces como que yo misma me daba calmante pero sin saber.

(...) Si mi esposo quería penetrar, y estaba en la vagina, yo al tiro sentía ese roce, y ese roce a mí no me gustaba, entonces, escapaba de eso, no quería sentirlo, porque yo decía aquí me voy a morir (de dolor). Yo siento que esta cuestión (el miedo al dolor) a mí me superó, más que el problema mismo. (...) Yo digo, ¿cómo? si a mí no me ha pasado nada, ¿cómo estas cosas a mí me pudieron provocar tanto daño también? Y no ser yo misma capaz de abrir mi cuerpo, conectarme con mi cuerpo, y decirle a mi cuerpo ‘ábrete’, o sea, ‘haz lo que tienes que hacer’, no puedo. Por eso el miedo que yo tengo de que quizás no lo pueda lograr después...

Mis miedos y mis fantasmas hicieron que no consultara y que esto también lo llevara a la ola a él. Porque él perfectamente pudo haberme dejado. Pudo haber pescado otra mujer y haberse ido, 'tú no te quieres mejorar, yo me quiero realizar, también quiero ser padre y no puedo por tu culpa'. También hemos tenido nuestros roces. Pero finalmente él se ha amoldado conmigo, o sea es valorable que él quiera seguir estando conmigo. Pero nos dejamos estar los dos. Yo más que nada, que soy la del problema. Y yo le agradezco a él que no me haya dejado, porque a veces eso pienso, si no estuviera con él no me podría realizar como mujer con otras personas porque si no es con él, ¿con quién? Porque cómo yo enfrentaría a otra persona, la edad que tengo y no lo he hecho. No podría, no sé... entonces yo siento que no sé, si no es con él, quizás no podría ser con nadie. No sé.

A partir de los relatos recién expuestos, daremos cuenta de algunas vivencias categoriales que se encuentran en algunas o todas las mujeres entrevistadas.

La culpa en la experiencia sexual

Recordando el contexto descrito anteriormente en el capítulo sobre la formación moral-sexual, el control de la sexualidad en la mayoría de las mujeres entrevistadas se mantenía hasta que se independizaran o cuando se iban de la casa. Por lo tanto, durante el periodo en que estaban comenzando a incursionar en las experiencias sexuales, la mayoría estaba aún bajo el escrutinio y control de padres y madres, por lo que los momentos de intimidad con su pareja debían ser cuidadosamente programadas, o bien guardadas bajo recelo. En algunos casos, las mujeres eligen esperar a tener su propio espacio (ya sea de ellas o de su pareja) para comenzar a tener relaciones sexuales, y así desprenderse de la preocupación constante de ser “pilladas” haciendo algo indebido. En este tiempo, se asienta la formación moral-sexual en algunas mujeres, lo que lleva a que las experiencias sexuales, fueran con penetración o no, tuvieran alta carga de persecución o paranoia, creyendo que alguien los fuera a encontrar haciendo algo prohibido, como también culpa durante o después del acto. Esta sexualidad, que es anterior a los intentos o experiencia de penetración vaginal, es una experiencia contradictoria y confusa para las mujeres, dado que por una parte ingresan a la complicidad sexual con sus parejas por voluntad propia, y en estas interacciones tienen y

disfrutaran de un placer carnal; pero al finalizar, se sedimenta el arrepentimiento del acto, que en algunos casos va sumándose al punto de negar futuras interacciones.

Yo por ejemplo, cuando teníamos intimidad con mi ex, igual me sentía culpable. Como que estábamos haciendo algo para lo que no había permiso. Hoy día no me pasa eso. Según mi pololo, la primera vez que yo me fui a su casa, mi mamá lo miró feo y no sé qué... seguramente sí.

No te sabría decir cuándo, pero hubo veces que me pasó, que yo estaba teniendo relaciones y (sentía culpa), por lo mismo que te decía de las imágenes religiosas (que tenía su pareja en la habitación), ahí de repente me pasó, “uy, qué estoy haciendo, no sé”, algo así. (...) Entonces por eso yo digo ¿será culpa de sentir placer? (...) (La entrevistada solía realizar bailes eróticos para otras parejas sexuales para excitarse) Es por él, pero no es porque no le guste, es que yo lo hice una vez, y él me puso una cara así como de espanto, y después me dijo que era porque le daba vergüenza... entonces su vergüenza provocó mi vergüenza y yo no lo hice nunca más, porque yo no me sentía a gusto, no me sentía en confianza, entonces no usé ningún traje de baño, ni bailé, ni nada.

Como reflexionando, me pasaba con él, no era así como cartucho ni nada, pero había estado en un colegio católico, qué se yo, y a mí me pasaba con él que sentía que, no sé si por él, pero sentía que en el fondo, ser como muy erótica como que podía ser mal visto. Entonces yo siento que igual como que me cortaba mucho con él.

La culpa se manifiesta en mayor medida en aquellas mujeres que provienen de contextos ligados a la religiosidad de manera más cercana, aunque ellas mismas no se declaren católicas practicantes, dan cuenta de una costumbre religiosa católica en sus familias, en la mayoría de los casos, y la tradición evangélica⁵⁵ en un caso. En el imaginario de estas mujeres, existe

⁵⁵ Durante el relato de la entrevistada de formación evangélica, comentó que algunos doctores con los cuales había consultado respecto a su vaginismo le contaron que recibían muchas parejas evangélicas con problemas sexuales en el matrimonio. “Yo fui como a 10 ginecólogos por este problema, y todos me decían lo mismo, todos me dicen que reciben pero cualquier cantidad de parejas evangélicas, entonces ahí te das cuenta tú que

una vigilancia constante a su comportamiento, que es tanto exterior, a través del control de sus padres, por medio de los límites de su casa y de los permisos que tenían, o de la comunidad que les juzga, como también interior, en tanto han asumido un rol de escrutinio hacia sí mismas. Recordando lo expuesto por Fuller (1995), asociamos la culpa que estas mujeres sienten al contexto cultural del modelo mariano en nuestra sociedad latinoamericana, que homologa sexo con desorden, disrupción y pecado. Bajo este modelo, la mujer debe cumplir con contener y controlar su sexualidad y la de los hombres que le buscan seducir, apelando a una supuesta superioridad moral configurada a partir de la idealización de la mujer madre/virgen. Dado que ya no se encuentra, necesariamente, bajo el control de su familia (los límites de la casa, los permisos y el control de circulación), la responsabilidad de mantenerse casta recae con mayor fuerza en la capacidad de las mujeres de ‘resistir a la tentación’. No sólo la virginidad vaginal es considerada sagrada y un bien valorado en y por las mujeres, sino que también la castidad o inocencia sexual de las mujeres es apreciado como característica importante por parte de algunas parejas, quienes también fueron formados a partir de una tradición religiosa. El goce sexual de estas mujeres, por tanto, es vivido temporalmente, en el momento de la experiencia, para luego ser significado desde lo prohibido o desde lo vergonzoso, y se llevan la culpa a cuevas después del sexo.

El dolor y el miedo: la muralla, el entierro, el fuego.

La sexualidad de las mujeres con vaginismo está muy ligada a la experiencia del dolor. En primer lugar, está la expectativa de dolor. Por la escasa educación sexual que las mujeres obtienen, y la formación moral-sexual que reprime u obstaculiza el aprendizaje, se van asentando mitos acerca del sexo y de la anatomía sexual, en especial sobre la vagina y el himen. Algunas creencias incluyen: que el himen se desgarrar o se rompe con la primera penetración vaginal, que la primera penetración hará sangrar por la vagina, que el conducto vaginal es muy estrecho, y debe estirarse para que entre el pene, o que la vagina es frágil y

se vive una doble vida.” La doble vida a la cual alude la entrevistada se refiere a la contradicción de significados otorgados a la relación sexual, que transmuta desde algo prohibido, a un deber en la vida conyugal. Se espera que el matrimonio, como ritual que transforma la realidad social de hombres y mujeres, transforme también la valorización interiorizada de la sexualidad, algo que no sucede con tanta facilidad en algunas personas.

delicada, entre otros. Algunas de las entrevistadas no tenían conciencia de dónde sacaron esta información exactamente, y otras recordaban haberlo escuchado de amigas, pares o en los medios de comunicación. Estos pequeños detalles de información (erróneos o desproporcionados) van creciendo como bola de nieve, y se suman al resto de las construcciones de la sexualidad, sustentando el resquemor a la penetración. Recuerdo en mi propia experiencia, a los 10 años, haber escuchado que las mujeres nacían con el himen rígido e intacto, y que con la penetración vaginal se rompía y sangraba. Esta descripción me la imaginaba violenta, como romper el sello de una botella atravesándolo con un lápiz sin punta. Pero también escuché que el himen podía romperse haciendo algunas actividades deportivas, como andar en bicicleta, a caballo, o cuando por gimnasia las niñas se abrían mucho de piernas. Me dispuse a hacer mucho esfuerzo en gimnasia abriéndome de piernas, expectante a sentir el desgarró en mi vagina con cada empujón, ya que prefería romper mi himen antes y sola, para así no tener que *sufrir* con la primera penetración.

Cuando me preguntaban acá, o los otros doctores que alguna vez me vieron, yo sentía que con eso no tenía problema (el orgasmo), si el problema era sólo el miedo a (la penetración). (...) Sí, y de hecho cuando, uno de los ejercicios es hacer una lista de los miedos que tú tienes, entonces yo puse 1) dolor, 2) dolor. Entonces mi prioridad es dolor.

De las entrevistadas que dieron cuenta de que la expectativa del dolor fue lo que más les preocupaba respecto al encuentro sexual, ninguna fue específica en otorgar importancia al tema de la culpa, como las personas del apartado anterior. En estos casos, la carga de la formación moral-sexual queda en segundo lugar (ya que estas entrevistadas de igual manera dan cuenta de las prohibiciones, restricción de permisos y negativización de la sexualidad y el erotismo desde su familia), y lo que prima es el miedo al dolor.

El miedo al dolor está ligado, no sólo a la información recibida respecto al proceso de penetración, sino que también a una serie de concepciones respecto al cuerpo propio. Entra en juego la ignorancia de la mecánica del cuerpo, en especial de la vagina, que en el transcurso de vida de todas las entrevistadas, está invisibilizada y negada. Primero, las mujeres entrevistadas confiesan que no tenían conocimiento sobre su anatomía genital. Ni

siquiera en la masturbación (como mencionamos anteriormente) o en la experiencia sexual, la vagina es conocida ni estudiada. Según Naomi Wolf, una de las fuentes de malestar por ser mujer en nuestra cultura es que “disponemos de un pésimo lenguaje para hablar de nuestro cuerpo, especialmente de nuestra vagina” (2013: 15)⁵⁶. La vagina desaparece tras la vulva, y se rodea de mitos y suposiciones respecto a cómo funciona, qué es capaz de hacer o soportar, e incluso, cuál es su apariencia. Ussher, respecto al aprendizaje que mujeres y hombres obtienen sobre sus genitales en nuestra cultura, destaca que:

“El modo en que los órganos sexuales visibles, los genitales, son interpretados por la sociedad, y el modo en que estas interpretaciones son interiorizadas por varones y hembras, es representativo de la estereotípica distinción de sexo varón=bueno; hembra=malo. Desde la infancia, los muchachos desarrollan más entendimiento de sus propios órganos sexuales, que son más visibles y se nombran con más facilidad que los de las muchachas. (...) así como las muchachas adolescentes llegan a la pubertad con un entendimiento inexacto de sus propios órganos sexuales, sin que la mayoría de ellas tenga conceptualización alguna del clítoris (...) Se ha afirmado también que muchas jóvenes conceptualizan sus genitales como poseedoras de una sola abertura excretora que está desprovista de toda sexualidad, y también solamente una función cloacal asociada con excreción, suciedad e inmundicia. De este modo, mientras los muchachos aprenden a percibir sus genitales como una fuente de orgullo y placer, las chicas desarrollan por lo general un sentido de vergüenza, repulsa y humillación en torno a los suyos. A así como la niña interioriza los estereotipos sociales que definen los genitales como desagradables, olorosos e inatractivos” (1991: 40).

Por otra parte, Lagarde (2011), dice que las mujeres interiorizan el silencio y la prohibición erótica, por medio de la mutilación simbólica del clítoris y de la vagina, siendo ésta última especialmente, reservada para los otros.

⁵⁶ Esto se releva también en las entrevistas, dado que a pesar de que el vaginismo, con todas las sensaciones y malestares asociados, se siente físicamente en la vagina, pocas veces se llega a una descripción detallada de ella, incluso apareciendo poco como palabra, en los relatos. Como homólogo se utilizaba “allá abajo”, “adentro”, o simplemente, “ahí”.

“No tiene nombre, ni ubicación precisa, como tampoco lo tienen las otras partes de la vulva. Aun cuando la vagina es el lugar erótico destinado, las mujeres tampoco encuentran su placer en ella: las mujeres vírgenes no deben tocarla y cuando ya no lo son, han asimilado que esa parte de su cuerpo –y de su vida- no les pertenece: sólo puede ser espacio erótico si el otro, al tocarla, la desencanta” (Op. Cit.: 215).

En esta escisión de la mujer con su vagina, creada a partir del silencio respecto a la sexualidad y la concepción de un cuerpo pasivo y delicado que recibe acciones de parte del otro, -el cuerpo fálico, activo y penetrante-, se sustentan los miedos asociados al dolor que esperan del sexo coital.

Entonces, debe haber sido un poco eso, como el sentir que te meten algo. Como pensar que te meten algo, el pene. Y yo me imagino que lo puedo haber asociado como claro, como una cosa antinatural, probablemente dolorosa, como eso. Eso fue un poco, como la imagen, como el concepto, como yo me imagino esta conversa. Como que la recreo. Siento que fue como eso. Sucio, que era doloroso, y lo raro.

De hecho yo en algún momento como que sabía que no iba a poder tener sexo por el nervio que tenía, y por eso yo al principio dije, demás que yo me metí tanto en la cabeza que me iba a, todo este nervio, que por eso no me está funcionando. (...) Hasta me imaginaba que me penetraban y me daba mucho nervio. Entonces todos los temas cercanos a la vagina, cualquier cosa que fuera con eso, me daba mucho nervio pensarlo. (...) Para mí la vagina era muy delicada

Yo pensaba que me iba a doler mucho, de hecho yo le tengo mucho miedo al dolor, no sólo el dolor de la penetración sino que cualquier tipo de dolor yo le tengo pavor, yo al dolor físico le tengo pavor, desde chica (...) el dolor físico para mí es yo creo que lo peor que puedo sufrir.

El temor al dolor es confirmado en las mujeres con vaginismo, dado que al contraerse los músculos se forma una barrera que imposibilita o dificulta la penetración, provocando

dolencia durante o después de ésta. Como vimos en los antecedentes, el vaginismo usualmente se caracteriza según grados de penetración, y hoy en día se ha establecido que el vaginismo y la dispareunia (dolor durante la penetración), se clasifican bajo el mismo rótulo en la última edición del DSM-V: trastorno de dolor genito-pélvico/penetración. Esto quiere decir que lo que se caracteriza es el dolor como efecto de la penetración, o el intento de ella. Según las entrevistas realizadas, podemos dar cuenta de diferentes sensaciones, desde lo cual proponemos 3 categorías metafóricas, que se condicen además con 3 niveles de penetración vaginal: 1) la vagina está cerrada casi completamente, por lo cual el pene choca contra ésta; 2) el pene entra en la vagina, a pesar de la contracción muscular, por medio de la acción penetrativa con fuerza; y 3) el pene se mantiene dentro de la vagina, y se realiza una frotación con las paredes vaginales. Las tres figuras metafóricas para caracterizar la sensación asociada a cada nivel son la *muralla*, el *entierro*, y el *ardor*.

La *muralla* es percibida cuando los músculos se contraen a tal punto, que el canal vaginal queda completamente cerrado, y el pene (o cualquier elemento intentando penetrar) choca contra la vulva como si fuera una pared.

No se podía, no se podía no más. Y siempre era como una muralla, no se podía (sonido y gesto de choque mano contra costado del puño).

El gesto de chocar una mano contra el costado de un puño ilustra la modalidad del cierre de la vagina. En ella, los dedos de la mano en puño se contraen sobre sí mismos, cerrando la apertura de la palma. Se puede ver desde el costado, una pequeña hendidura, donde están presionados los dedos. Sin embargo, el cierre no es infranqueable, y para lograr entrar en el espacio entre los dedos y la palma, sería necesario usar la fuerza. La *muralla* de la vagina, puede ser presionada para que se abra. De hecho, el tratamiento con dilatadores utiliza pequeños cilindros que expanden la apertura, por muy pequeña que fuera, presionando con firmeza las paredes vaginales.

Por otro lado, algunas mujeres relatan estrategias más extremas para derribar la muralla, de los cuales se incluye la penetración forzada, clavando el pene con vigor en la vagina, o presionando con fuerza contra la apertura firmemente cerrada, para lograr entrar. A diferencia

de la muralla, el gesto de presionar el pene contra la vagina coloca la fuerza en el pene y no en la vagina, lo que deviene en la sensación de estar escarbando contra las paredes, desgarrando los costados. El dolor es punzante por su fuerza, amplio y circular. Utilizo la metáfora del entierro como interpretación de sus desgarros, dolores, rupturas y gritos en la experiencia de sentir un *enterramiento*, removiendo todo el contorno de la vagina. La fuerza con la que se aproxima el pene permite que, hasta cierto grado, entre en la vagina, arrasando hacia adentro con la sensación de desgarrar de la entrada vaginal.

Fue como, ya, no hayamos otra manera, y fue como un, dos, tres, ya... y yo "¡aaaaahhh!", o sea ahí ya, no. Entonces ahí fue que le dije no, 'sabí que, no.' Entonces eso fue, pero nunca he disfrutado, una penetración vaginal, jamás (...).

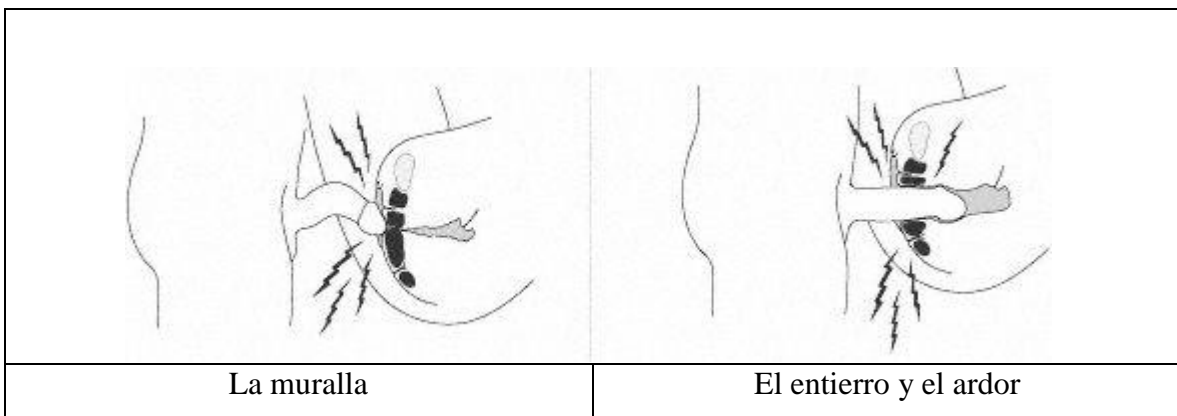
Y fue un desastre, yo lloraba, porque yo ya veía que esta cosa se venía a meter para dentro y yo pensaba que me iba a romper todo, o sea, no sé cómo explicarte, es un miedo tan absurdo que uno cree que te van a romper por dentro, entonces te pones tensa y apretaba los músculos y no había caso, y lloraba. (...) Me dolía mucho, se contraían todos los músculos (...) Empezaba a tiritar entera y sentía que me dolía, sentía que me dolía mucho, y sale, y show, y drama...

Al principio el dolor que sentía era terrible, yo le comenté a otras amigas y como que sentía que no me entendían el tipo de dolor. Ellas me hablaban de un dolor pero yo decía no ésta weá... yo no soy tan cobarde como para quejarme, o sea cuando me depilo ni un problema, me llego a quedar dormida, entonces no me vengan a decir así como tan sensible por el dolor. No, esto era como un desgarrar.

Mantener el pene adentro de la vagina, con el movimiento de vaivén o el roce de la entrada, genera otro tipo de dolor. Este dolor ya no es de *entierro*, ya que el pene se encuentra adentro, sino de la fricción entre las paredes interiores de la vagina, y el pene que se mueve para estimular(se). El dolor es caracterizado por varias como un ardor, un quemazón interno que

a veces se mantiene incluso después de la relación sexual, creando aversión contra futuras interacciones sexuales.

Y pero ya después fue pasando el tiempo y ya me empezó a doler, me empezó a doler, hasta tal punto que ya no quería tener relaciones, y se hizo un problema porque él se pasó mil rollos (...) y yo le decía pero es que me arde, yo sentía, en realidad era como un ardor, después de las relaciones, quedaba, es que no me podía ni sentar, no podía ir al baño, era algo así como terrible (...). Era durante la penetración, y era como el roce. Cuando yo estaba arriba, me movía de repente en cierta forma que no rozaba, y ahí podía hacer, ahí podíamos terminar la relación. Pero cuando él por ejemplo estaba arriba, que ahí se produce mucho más roce, no, ahí no podía. Porque ahí yo decía, no sabía cómo explicarlo, era como el roce en general o sea realmente el roce del pene adentro era como que me hacía arder (...) Para mí era como un ardor, como que yo terminaba, y me miraba, y me sentía súper inflamado. La vulva incluso, que yo me miraba y me veía rojo, me veía así, y yo decía ¿por qué?



Cabe destacar que, a pesar del miedo y luego del dolor confirmado con los intentos de penetración, las mujeres no desisten, llegando incluso a dejarse penetrar y aguantar el dolor, como se puede entrever por algunas citas anteriores. La justificación para soportar el dolor reiterativamente era la esperanza de que eventualmente funcionaría, que una vez adentro el pene, el dolor desaparecería. Sin embargo, la experiencia fue demostrando a las mujeres que

el problema del dolor no se resolvería solo, al contrario, iba sumando cada vez más angustia a la expectativa de la penetración.

La expectativa del dolor atraviesa muchas esferas de la vida sexual de las mujeres, relacionado en gran parte con una construcción del cuerpo patologizado. Como vimos anteriormente, la medicina moderna occidental erigirá a la mujer como una *eterna enferma*, en donde su cuerpo y, más específicamente su sexualidad será causa de todas sus dolencias y desequilibrios, mentales y físicos. En este sentido, los cuerpos de las mujeres requerían constante vigilancia y control médico, ya que son fuente de dolor, enfermedad e incluso, de muerte. Así se van uniendo sexualidad y dolor, a través de la expectativa constante de aguantar un cuerpo que por “naturaleza” sufrirá siempre. Por ello, las mujeres tienen miedo al dolor de la primera relación sexual, sin cuestionar la veracidad de esta suposición, ya que como muchos de los ritos vitales en la constitución de su identidad femenina normalizada, debe estar cruzada con el sufrimiento como parte de su “naturaleza femenina”. El útero y vagina sangrante e incómoda de la menstruación, el dolor de la *desfloración*, el parto sufriente en donde se juega la vida por el hijo/a, son imágenes que legitiman una experiencia socialmente aceptada y adecuada de la feminidad, en donde se vivencia el dolor corporizado como sacrificio culposo por la sexualidad que se materializa en el cuerpo. Siguiendo esta línea, podemos acercarnos a la explicación de por qué algunas mujeres seguirán sometiéndose al dolor de la penetración, en vez de rehusar de todo sexo penetrativo reconociendo inmediatamente la excepcionalidad de su experiencia desde el primer momento: el sexo (penetrativo) y dolor no son incompatibles, son esperados y legitimados dentro de un modelo que construye la sexualidad femenina como algo transgresor, que sólo tendrá justificación si la mujer sufre, si se somete a un sacrificio corporal. El sacrificio será la manifestación de la entrega, la restitución de que el cuerpo es para *otro*, para cumplir con una normalidad de sexo fundado en la penetración, un cuerpo recipiente, como destaca Irigaray (2010), que es el espacio del hombre, lo contiene, pero no se contiene a sí misma.

Yo le pido (la penetración), a él le da lo mismo, porque hay otras formas. Como que él ya está acostumbrado a un sistema, entonces, que era el mismo que teníamos cuando pololeábamos, más oral, más de provocarnos placer nosotros que en el fondo... acaba igual,

tiene orgasmo igual, igual lo pasa chanco, yo también lo paso chanco, pero yo siempre le insisto en este asunto, y en este asunto como que yo finjo un poco que estoy bien... pero igual no hay caso. Yo creo que ahí hay un rollo con él...

(Y ¿por qué haces eso entonces? ¿Por qué se lo ofreces si tú sabes que no...?) Porque siento que a lo mejor lo hago feliz, aunque me dice, 'no, si yo quiero oral', a mí me gusta, pero siento que no lo hago... no sé cómo explicarte, quiero hacerlo feliz también. Puta que tenga algo normal, que tenga una relación normal, como cualquier gallo (...).

Que a él lo desesperaba, y por otro lado, que yo le empecé a agarrar como aversión al tema de la penetración, porque en realidad era complejo, porque me dolía, entonces, yo me acostaba todas las noches así como esta cosa de "oh, no, tengo que cumplir." (...) Me sentía así como una especie de recipiente. Así como "Ya, aquí estoy, úsame, eyacúlame". Era como esa mi sensación, entonces al final era no disfrutar nada en realidad.

Este apartado merece colocar en la arena de discusión, a modo contrastante con el dolor, la experiencia del placer. Debido a que la narrativa se centraban en la dificultad de penetración y el dolor que esto provocaba, poco se mencionó acerca de la sexualidad como fuente de placer, con excepción de los relatos de encuentros sexuales previos al intento de coito, que como vimos en algunas descripciones, tenían muchas experiencias de goce físico (aunque luego, en algunos casos, fueran resignificados desde la culpa). El placer y el orgasmo, como capacidad física y psicológica, no son puestos en cuestión por las entrevistadas, ya que a través de sus encuentros sexuales pueden gozar bajo los contextos adecuados. En este sentido, la narrativa de las mujeres no coloca el placer como foco de su expectativa de “mejorarse”, sino el “no sentir dolor”, y que como consecuencia de ello, el coito se haga disfrutable, y al mismo tiempo, sea placentero para su pareja. Si bien hay algunas que sueñan con el orgasmo vaginal, en general a la hora de buscar tratamiento, hay una resignación a la expectativa de poder aguantar.

Yo lo único que le dije a ella (kinesióloga), 'ya, no te pido que me hagas gozar de la vida ni tener un orgasmo y placer de explosión y mil orgasmos, pero quiero que me deje de doler.

Eso es todo lo que quiero. Y por último si estoy con alguien, que eso no sea un impedimento. Me da lo mismo no sentir nada pero por lo menos que él lo pase bien y yo no sufrir.'

Lo mío era como bien severo, y logré como que no fuera tan severo, pero aun así, cuando tenía una relación igual lo pasaba mal. Me dolía, y qué se yo (...). Siempre para mí era como molestia. En el fondo era como que llegué a un punto en que lograba tolerar la penetración, pero nunca que lo pasara bien y que no me doliera nada. Era como una cosa mecánica, así como cuánto mentalmente puedes abrir algo.

La pareja en la experiencia sexual: el otro que contiene, empuja o abandona

Como se mencionó anteriormente, para la mayoría de las entrevistadas, la sexualidad era algo que se experimentaba en el contexto de la relación de pareja. Estas experiencias tenían una primera etapa de tocarse, masturbaciones mutuas, roces del cuerpo y en ocasiones, sexo oral y/o anal. En general, estas relaciones sexuales son caracterizadas como placenteras, especialmente cuando el límite de la penetración estaba conversada de antemano con sus parejas, quienes no presionaban por ella, y por tanto se daba rienda suelta a sentir placer con el compañero con el cuál no sólo existía una relación sexual, sino que además confianza, complicidad, y cariño. Estos varones son descritos por las entrevistadas como sujetos con los cuales ellas se sentían seguras, incluso aunque experimentaran culpa, miedo o dolor, sentimientos que asociaban a sus propios mecanismos de significación de la sexualidad. Los varones tienen un rol protagónico en el desarrollo de la sexualidad, y en encaminar a las mujeres hacia el tratamiento del vaginismo, dado que en el contexto de estas relaciones, generalmente se llegaba al intento de penetración.

La bibliografía revisada sobre vaginismo da cuenta de que tal como existe un perfil psicológico de la mujer que tiene vaginismo, existe también un perfil de los hombres que son sus parejas a largo plazo. Sáez Sesma (2009) habla, por ejemplo, del “vaginista consorte”, como figura típica del varón-pareja de la mujer que llega a terapia sexual (psicológica) por vaginismo. Este hombre es comprensivo, respetuoso de las barreras que pone la mujer frente

a la sexualidad y desligado de un erotismo masculino.⁵⁷ Estas características deben ser mitigadas para dar paso a mayor protagonismo del hombre a la hora de relacionarse sexualmente con su pareja, para lograr efectivamente la penetración.

“A ella le ayudará, a medida que evolucione su tratamiento, un hombre capaz, que sujete las riendas, que le haga sentir segura, más allá de la «obediencia o desobediencia» de sus límites pasados. Es en ese punto donde él debe asumir su masculinidad de forma más asertiva de lo que ha hecho hasta ahora. (...) Él debe saltar la valla, que hasta ahora ha respetado. Hacerlo con decisión, sin temer la reacción de ella, dado que «él sabe lo que hace»” (Op. Cit, 33).

La propuesta terapéutica de Sáez se posiciona dentro de un marco de relaciones entre mujeres y hombres bajo paradigmas de feminidad y masculinidad definidos culturalmente que colocan como “normal” la relación heterosexual y la complementariedad de los sexos, sujetando a lo “femenino” como lo pasivo, complaciente y servicial, y lo “masculino” como lo activo y sexualmente motivado. El autor considera que aunque lo políticamente correcto, o los “modelos deseados”, de estas relaciones estén cambiando, el vaginismo sigue manifestándose en un modelo tradicional, en donde la mujer asume (o se espera que asuma) un rol pasivo respecto al sexo, y espera ser guiada por un hombre que comparta y consienta la ruta y el destino de su sexualidad. Lo que se rescata de esta perspectiva es que la experiencia sexual se inicia en la realidad sexuada, es decir, en la interacción de dos sujetos –que en este caso son hombre y mujer- genérica y sexualmente definidos culturalmente. Por tanto, es importante reflexionar en torno a las dinámicas de las relaciones de las entrevistadas, que están mediadas por roles y expectativas de género.⁵⁸

⁵⁷ Se refiere a la construcción de una sexualidad basada en la masculinidad hegemónica: estar siempre activo y dispuesto sexualmente, valorar tener muchas experiencias sexuales, etc. “La ‘masculinidad’ en la cultura occidental se apoya, por lo menos en parte, en la persecución sexual de las mujeres, sostenida en cierto tipo de bravuconada sexista que deja ver tanto un miedo a la intimidad real como un horror ante cualquier muestra de ‘debilidad’ o ‘afeminamiento’” (Segal, 1995, pág. 17).

⁵⁸ Quisiera aclarar en este punto que si bien las investigaciones con perspectiva de género enfatizan en la necesidad de hacer estudios que incluyan lo relacional de la construcción de lo femenino y lo masculino, en esta investigación no se tuvo acceso a las percepciones de las parejas-varones de las entrevistadas, y por tanto no podemos dar cuenta de la manera en que ellos efectivamente construyen o significan la sexualidad, sino que sólo lo que las entrevistadas interpretan a partir de la interacción que tienen con ellos. En este sentido, lo expuesto por las entrevistadas abre muchas preguntas respecto a cómo los varones se enfrentan y significan la relación sexual, tanto como constitutivo de su identidad como también en sus vínculos con otras personas, en

Si tomamos la categoría “vaginista consorte” propuesto por Sáez Sesma, observamos que efectivamente hay un tipo de varón que se ajusta a esta caracterización según las descripciones de las entrevistadas, en especial aquellas que están en tratamiento y a la vez en una relación que consideran estable y comprometida. Las parejas de estas entrevistadas participan en el tratamiento actual, participan en las consultas, preguntan y están atentos a los ejercicios y avances; como también han participado en instancias anteriores o paralelas, como sesiones de terapia de pareja, acompañar a distintos/as doctores/as para consultas, etc. Las entrevistadas caracterizan a estas parejas como comprensivas, pacientes y que nunca presionaron para tener sexo con penetración, pero que al mismo tiempo, las empujan suavemente a solucionar sus resquemores con el sexo. Este perfil es muy valorado por las mujeres, colocando a la pareja en un lugar de altruismo para con ellas, ya que han sido capaces de persistir en acompañarlas a través de, lo que ellas caracterizan, sus fallas y problemas. Estar en relaciones afectuosas con este tipo de dinámica suaviza la presión que las mujeres tienen respecto a las exigencias de sus roles sexuales, al mismo tiempo que les da incentivo para buscar tratamiento y soluciones al vaginismo.

Entonces ahora cuando empecé a pololear, para mí también era una angustia, porque decía, ‘¿cómo le digo a este gallo que, en el fondo, yo soy virgen?’. Porque nunca tuve una penetración, porque nunca resultó. Y ahora con el pololo que tengo ahora, como que tenía que ser él para que yo enfrentara esto. Que no podría haber sido otra persona (...) entonces él ha sido como paciente pero al mismo tiempo exigente. (...) Porque cuando empezamos a pinchar, antes que nos diéramos nuestro primer beso, yo le dije “es que yo estoy fallada, yo soy puros problemas, mejor sigamos siendo amigos” y él dijo que no, que teníamos que insistir. Él me decía que yo no estaba fallada, que yo tenía muchas cosas buenas, que era súper buena compañera (...) me dijo un montón de cosas que me dejaron súper en shock. Que él iba a esperar el tiempo que fuera necesario, que no me preocupara (...), entonces yo también pienso que tenía que ser él. No podría haber sido otra persona, porque en el fondo como el también conoce todo mi pasado, ha sido positiva esa parte. Ha sido menos doloroso.

especial con las mujeres. Sería interesante partir una nueva investigación buscando resolver la otra cara de esta moneda.

Si bien en el contexto de estas relaciones las entrevistadas comentan que han tenido peleas por no poder concretar la relación sexual con penetración, esto se presenta como una situación que decanta al irse ramificando los problemas que las mujeres tienen respecto a la penetración hacia otras áreas de la relación, como cuestionar el afecto que existe entre ellos. Estas interrogantes pueden surgir a la hora de juzgar la relación de pareja y el tipo de relaciones sexuales que se tienen con el parámetro de lo considerado “normal”. Frente a ello, la imposibilidad de penetración es interpretada tanto por los varones como por las mujeres como un síntoma de que *algo está mal*. Los varones mencionados anteriormente utilizarán esta interpretación para empujar a su compañera a encontrar una solución. Las entrevistadas no significan la insistencia de sus parejas como una presión, sino como incentivo, dado que ellas también intuyen que los problemas con la penetración pueden ser síntoma de algún mal, físico o mental.

En otros casos, las mujeres relatan sobre parejas que tuvieron en su biografía que presionaban hacia el sexo, especialmente con penetración, y que frente a la negativa de las mujeres, surgían problemas en la relación, llegando a terminar. Estos varones se caracterizan en términos comparativos con los otros, que cumplen con mantener la paciencia y el apoyo, como parejas malas que no tuvieron buen trato con ellas. A diferencia de los varones considerados buenas parejas que buscaban y solicitaban tener relaciones sexuales con ellas, los varones considerados malas parejas utilizan coerción y amenazas, o las castigan con indiferencia o abandono de la relación.

Con él estuve 3 años, y bueno me dejó por lo mismo. Él me dijo “yo termino contigo al menos que tú quieras tener relaciones conmigo”. Y ahí terminamos. (...) Este hombre era súper dominante, entonces si me decía “¡ya! tengamos relaciones” y yo le decía que no, era una pelea, y toda una cuestión intensa, y todo lo terrible.

La cosa es que después de un tiempo que nació mi hijo, retomamos el tema de la relación de pareja, la actividad sexual, y nada, y no se me había pasado nada, y yo seguía con el problema. Y, en algún minuto, como que se empezó a poner súper densa la situación, porque

mi marido quedó más en este concepto del tema del vaginismo como una cosa casi mecánica, y a pesar de que habíamos trabajado en ella en terapia de que no es responsabilidad tuya y esto es un tema de pareja y la cuestión, los dos seguíamos sintiendo siempre que era un tema mío, y que yo tenía que resolverlo. Entonces, mi marido ya era así como "Oye, y ¿no habrá algún tipo de operación que se pueda hacer? ¿No habrá alguna pastilla?". O sea como que, bueno, busquémosle una solución a este cuento, ¿cachay'? (...) El cuento es que ya en algún minuto, mi marido colapsó con esto y adoptó como la estrategia de ley del hielo, o sea en el fondo pasaba mucho tiempo cuando no teníamos relaciones, entonces, ley del hielo. Y que era horrible para mí, como igual era como en el fondo una forma como de violencia psicológica.

Se entrevisté así que existen reacciones particulares del cuerpo y de los significados asociados a la sexualidad, dependiendo de la valoración que las mujeres tenían respecto a sus parejas y sus relaciones. Si bien las experiencias sexuales que comienzan en la relación parecen estar motivadas por sentimientos afectivos, algunas entrevistadas mencionan formas y tratos que reciben de parte de sus parejas que problematizan la disposición que tienen para el sexo con penetración. Por ejemplo, una entrevistada comenta que su vaginismo fue provocado por la suma de su nerviosismo ante el sexo (considerado algo prohibido y culposo) y la desconfianza que sentía hacia su pololo, producto de que lo vio en una situación comprometedora con otra mujer.

Entonces yo creo que si se sumaron esas dos cosas, como que en el fondo me puse muy nerviosa por todo esto que habíamos hablado la otra vez, como que uno siente que hace algo malo, que se lo estoy ocultando a mi mamá, y además surgió este episodio entonces siento que ahí más me cerré.

Como mencionamos al comienzo de este capítulo, las parejas o relaciones deficientes, definidas por las entrevistadas como malas, ya sea porque provocan dolor emocional, desconfianza o disgusto en las mujeres, también son un factor en la aparición de vaginismo. Aquí es importante reflexionar que la vagina no siempre será complaciente en abrirse o dejar

ingresar en sí a aquello que representa una amenaza, o lo que provoca un malestar emocional en la experiencia de la relación. Podemos pensar la vagina como un órgano que se cierra o aprieta para dejar afuera aquello que percibe como amenazante, non-grato o que le genera desconfianza. Al plantear esto, no estamos pensando en la vagina como un órgano escindido, desconectado o independiente en voluntad al resto del cuerpo de las mujeres⁵⁹, sino que parte de un sistema interconectado de estímulos, impulsos y reacciones en torno al sexo, pero también en torno a la afectividad, la seguridad en el otro y la seguridad en sí misma. En este sentido, algunas entrevistadas relacionan el vaginismo no sólo con experiencias o figuraciones respecto al dolor o tabú del sexo, sino que además en función a la persona con la cual se vinculan emocional y sexualmente, y el contexto de su relación. Por ejemplo, hay relatos en donde se describe cómo, en diferentes etapas y estados de la relación de pareja, el vaginismo se resuelve, o bien re-aparece. A veces puede ser por el tratamiento, o por un deterioro en la relación de pareja que lleva a no sólo rechazar el sexo penetrativo, sino que también todo tipo de contacto sexual, o por la aparición de otra pareja sexual. En ocasiones, las explicaciones inclusive se atribuyen a circunstancias físicas, como por ejemplo, que el pene del hombre en cuestión es muy grande, y eso hace (o se presume que) el sexo sea más dificultoso. En otras ocasiones, se trata de una peor disposición afectiva y emocional. Con esta propuesta no queremos atribuir el vaginismo siempre a una mala experiencia de pareja, o que cuando aparece vaginismo es porque la relación de pareja en la cual se está es deficiente o incompatible afectiva o sexualmente, pero sí es importante contextualizar e interiorizar en todos los factores en juego. Así, en la vivencia sexual con vaginismo, tanto en su aparición esporádica como en la perduración sostenida de ella, la pareja o la persona con la cual se mantienen relaciones sexuales es una pieza importante. Por ejemplo, en los siguientes dos casos expuestos, se trata de mujeres que después de los tratamientos escogidos para “curar”

⁵⁹ Naomi Wolf, escritora sobre sexualidad femenina, plantea en su libro *Vagina* (2013) que la zona pélvica está conectada al cerebro de las mujeres a través del nervio pélvico. “La vulva, el clítoris y la vagina se entienden mucho mejor si las consideramos la superficie de un océano plagado de brillantes redes de luces submarinas – las vías neurales, intrincadas y frágiles, tan variadas como mujeres existen.- Todas estas redes envían constantemente sus impulsos a la médula espinal y al cerebro, que, a su vez, mandan impulsos de vuelta a través de otras fibras en los mismos nervios para producir otros efectos” (Op. Cit: 40). A partir de esto, la autora plantea una conexión entre conciencia y actividad en la zona pélvica, especialmente sexual, que siendo positiva o negativa, participa en el condicionamiento psíquico de las mujeres, y en su bienestar o malestar general.

su vaginismo, continúan con dolor durante la penetración. Por ello, continúan rehusando de la penetración vaginal, y a veces hasta del sexo en general, con la persona con la cual están. Pero al cambiar de pareja sexual, encuentran nuevas disposiciones, generan otras estrategias y herramientas sexuales, y conocen el sexo sin dolor⁶⁰.

Yo te voy a reconocer, cuando estuvimos separados yo tuve otro pololo, yo ya había superado este problema, y con ese pololo, que lo tenía más pequeño, yo disfrutaba mucho más la penetración, mucho más porque lo tenía chica, más delgado, me acomodaba súper bien y hasta me acababa siendo penetrada. Y con mi marido nunca he podido porque es muy grande (...). Yo esos dos años debo decir que lo pasé súper bien sexualmente con otros tipos. Puede ser también, no porque esos tipos haya sido ¡wow!, sino que por todo lo fuerte que viví con mi marido también tratando de superar esto. A lo mejor a él con otra galla lo haga la raja, lo haga súper bien, y que haga súper feliz a la galla y que sea súper feliz con su pene gigante. Pero lo que nosotros dos vivimos nunca nos ayudó, porque a lo mejor hubo que hacer una terapia sexual mutua que nunca la hicimos.

Y me separé en agosto de ese año, y bueno seguí un poco en esta relación con esta otra pareja, y ahí como que me empecé a sintonizar como con el tema del vaginismo, pero más allá de la cosa física, corporal, porque en el fondo, él nunca me apuró. En algún momento me dijo "En realidad es un don, porque en el fondo tú puedes hacer un montón de cosas, o apelar a un montón de recursos extra por estas situación, ¿cachay'?" Y claro, y ahí me di cuenta que tenía como un montón de otros recursos, y la cosa es que la empecé a pasar súper bien, así como a inventar cosas (...) Él era mucho mayor que yo, tenía como 15 años más

⁶⁰ No hemos indagado ni categorizado diferenciadamente la experiencia sexual entre quienes al momento de la entrevistas están en tratamiento, y quienes se encuentran posterior al tratamiento, o que se definen a ratos como "curadas". La razón detrás de esto es que las experiencias de las últimas es sumamente disímil, porque es donde encontramos mayor variabilidad de tratamientos. Por otro lado, para entrar a los detalles comparativos de la sexualidad entre pre y pos tratamiento, es mejor tener una muestra de personas que sean entrevistadas antes y después del tratamiento, con tal de dar una continuidad. Finalmente, también está el factor de extensión de esta investigación, ya que la caracterización de la sexualidad después del tratamiento, de mujeres significadas por si mismas como "curadas" (que no tienen vaginismo, aunque sigan experimentando dificultades penetrativas y sexuales ligadas a la culpa, el dolor y la pareja), requeriría otras preguntas y objetivos de investigación. Queda como tarea pendiente, quizás haciendo un seguimiento a las mujeres que en esta tesis estaban en tratamiento.

que yo, mucha más experiencia obviamente. Y yo no tenía esa inhibición que tenía con mi ex, por esta cosa así como de ser señorita. Y, entonces, como me relajé con el tema. Me acuerdo, como en noviembre de ese año, o sea yo me separé en agosto. En noviembre de ese año tuve como mi primer orgasmo vaginal de mi vida. Con él. (...) Ahí entré como una seguidilla de varias parejas que duraban más o menos tiempo, y con algunos ha sido tema.

“Yo estoy fallada.” El cuerpo inservible para el sexo.

Con la aparición de los síntomas del vaginismo, en especial la imposibilidad de penetración y el dolor, las mujeres dan cuenta de asociarlo a una carencia en ellas, una falla funcional de la que se asumen como únicas responsables.

Y yo tenía esa sensación de que no era una verdadera mujer, porque no logro estar con un hombre y sentir placer, me sentía como medio fenómeno. Entonces el hecho de despertarme al día siguiente con él, como que ya... no sé cómo explicarlo, pero ya sí soy como cualquier otra mujer. Ya soy parte de la comunidad de las mujeres que se despiertan en la casa del pololo, como que ahí ya me sentí más integrada, en el mundo de la gente normal. Y recién ahí me di cuenta de todo lo anormal que me había sentido siempre.

Era sólo el hecho de que me bajaba un poco la cuestión, la autoestima como mujer, cuando lo intentaba y me sentía muy fracaso, y me ponía a llorar y era como “¿por qué yo? Todos pueden y yo no puedo”. También estaba tan enamorada que era como ¿cómo fallo tanto en esto? (...) Y muchas veces yo terminaba llorando, y no era ni siquiera por el dolor, era por sentirme tan estúpida, así como perdóname, era terrible, era un caos. Hubo un momento que yo decidí también no intentar más, porque también eran puros fracasos.

Esta supuesta falla, desde el cual las mujeres entrevistadas se identifican y se caracterizan, comienza a transformarse en el centro de la construcción de su posición y condición de mujer. Para muchas, la habilidad de establecer vínculos sexuales por medio de la penetración era un rito de pasaje importante en su identificación como mujer adulta, y al no poder realizarlo, sienten que no son normales, comparativamente con el resto de las personas. “Las

experiencias sexuales están tan ligadas a las esperanzas y las privaciones más intensamente sentidas, pero peculiarmente inexpresables, prometiendo ya sea la confirmación de, o la amenaza a nuestras identidades como personas valiosas o susceptibles de ser amadas, que es casi inevitable que conjuren inseguridades y angustias” (Segal, 1995: 19). Si bien las mujeres no necesariamente se otorgan valía a través de la relación sexual (condicionado por la desvalorización de la mujer a través del erotismo), sí pueden quitarse valor al no poder cumplir con ello, especialmente cuando están en una relación. En la mayoría de los casos, las entrevistadas sienten que su “falla” es grave ya que no les permite cumplir con otra persona, su pareja, quién espera entrega de parte de ellas, como parte de su vínculo y del contrato sexual que tienen entre ellos. Al no poder ser penetradas, las mujeres sienten que sus parejas deben frenarse, acomodarse a ellas, y esta conciliación entre ambos no es lo adecuado ni lo deseable, al contrario, por extensión daña y enferma a sus parejas, arrastrandolos hacia un cuestionamiento de su sexualidad, de su amor por ellos, y a carencias creadas en este otro cuerpo, a partir de su propia disfunción.

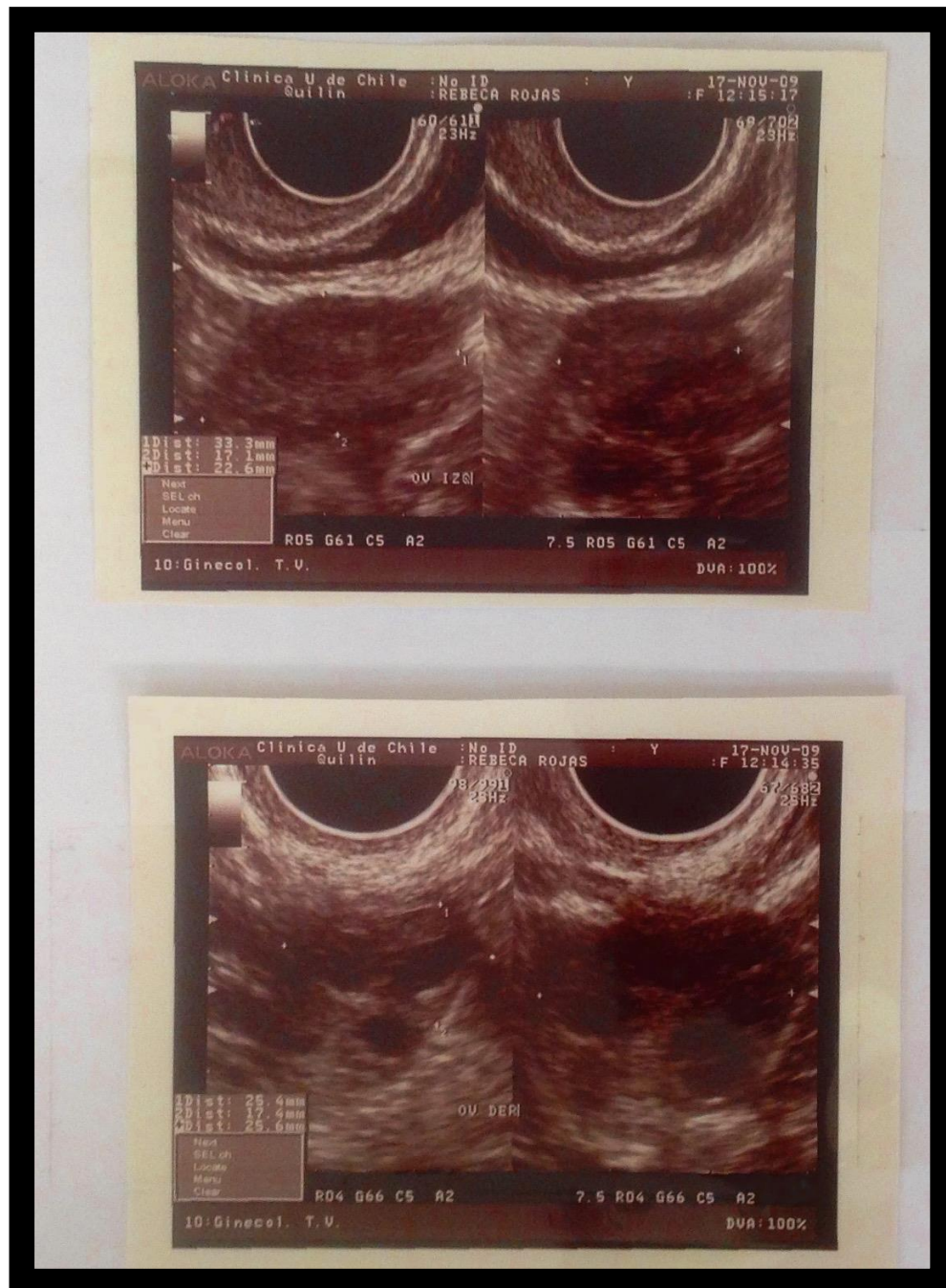
Entre todo este asunto que el hombre, en el fondo, mi marido... quedan ahí como que... también para ellos es súper fuerte y ellos necesitan un tratamiento también porque en el fondo tu abusas también de su virilidad, porque en el transcurso del tiempo que ellos quieren penetrar también se les va bajando porque se ponía a llorar. Entonces, después, ya no intentaba, pero ya esta cuestión empezó a preocuparme la cabeza, empecé con una preocupación de esto no es normal. Ya pasó un mes, pasaron dos meses, íbamos por tres meses, y no hemos consumado el matrimonio, y esto ya empieza a meterse en la cabeza y a ver que en el fondo tú tienes un problema grave, porque no es normal que tú ya hayas pasado tres meses y que estés casada y que tenga mi marido y que no exista esto, esta penetración que es tan normal.

Lloré muchas veces y fue como igual una angustia que me duró, y que yo me ponía, en el caso, por ejemplo, de mi pareja, y yo decía... realmente decía, no poder hacerlo feliz, así como que me ponía en ese caso, que de no complacerlo, y yo misma, yo misma de no poder tener una vida sexual normal, y te juro que lloré muchas veces.

Las experiencias dolorosas, tanto física como psicológicas, de las mujeres que se enfrentan al sexo coital con vaginismo, empuja hacia el recorrido de diferentes estrategias de resolución. Un importante punto de quiebre en la trayectoria cíclica de angustia y frustración es la asignación de un nombre, asignado a partir de una autoridad médica y/o de similar valoración, a la situación que están viviendo estas mujeres. Pasa tiempo sin que se hable de lo que sucede, hasta llegar a un punto de no retorno, que es ponerle nombre. Al nombrarlo como enfermedad, se exterioriza la culpa, y se calman angustias al saber que tiene “cura”. El descubrimiento de que “sufren una enfermedad”, abre el campo de las estrategias para curar o mitigar su problema. El diagnóstico de vaginismo, con la consecuente definición y explicación fisiológica y psicológica de la disfunción, permite a las mujeres escindirse de la auto-recriminación por su *falla*, aparentemente personal.

Ahora ya sé, de hecho, de verdad cuando supe que tenía vaginismo, fue un alivio gigante porque ya sé lo que tenía y ya sé que existe una solución y ahora solamente que tengo que enfocarme a solucionarlo.

Comienza el recorrido, a veces breve y claro, a veces laberíntico y oscuro, a través de las pocas y diversas terapias disponibles para tratar el vaginismo.



Primera ecografía trasvaginal en el marco de mi terapia psicológica, año 2009

VII.3. LA PROBLEMÁTICA RELACIÓN CON EL SISTEMA BIOMÉDICO

Como hemos revisado ya en los antecedentes y marco teórico-conceptual, la salud femenina ha sido construida culturalmente a partir de la relación cuerpo femenino-enfermedad, desde el presupuesto que la mujer es aquello que se extravía de la norma(lidad). En el imaginario dicotómico de los sexos, la mujer es considerada la más débil, y por tanto, la más propensa a la enfermedad, pero esto no tiene necesariamente relación con una evidencia empírica a priori, sino es en función de cómo definimos y tabulamos las enfermedades del cuerpo femenino. Siguiendo el análisis foucaultiano, Fernández (2004) expone que cada cultura define una forma propia y particular de los sufrimientos, por lo que la medicina no puede ser concebida de manera universal, sino contextual. En este sentido, la modernidad occidental redefine lo normal y lo patológico como un mecanismo de poder, que excluye y controla lo desviado, irrazonable, ilícito, según las metas político-económicas de una sociedad, dentro de lo cual se incluye a la mujer, como “lo Otro” (en oposición al Uno, Universal, que es el hombre).

“Los hombres representarían el paradigma de normalidad, mientras que las mujeres serían lo que hay que normativizar, lo patológico; de ahí la existencia de la especialidad ginecológica sin la contrapartida masculina (...). La causa de las dolencias femeninas radicaba, según la explicación científica, en sus genitales, y, en última instancia, en su sexualidad.” (Op. Cit: 195).

El asentamiento de esta ideología a partir del siglo XIX fue cimentando el aparataje médico de los cuerpos de las mujeres, que no sólo tuvo incidencia en su salud reproductiva, sino también en su salud mental y desarrollo sexual.

Bajo este contexto, el siguiente capítulo busca dar cuenta de la relación conflictiva que las mujeres entrevistadas han tenido con el sistema biomédico, referido al tratamiento y control del vaginismo, presentando los relatos de las entrevistadas, analizando el circuito que utilizan para buscar diagnósticos, terapias, y soluciones referidas al vaginismo.

Es importante reconocer que hay un punto de vista ausente en este análisis, el de los médicos/as, profesionales de la salud y terapeutas que forman parte del recorrido de las entrevistadas. Un interesante punto de partida para la profundización de estos temas sería el análisis de los discursos y prácticas médicas desde la perspectiva de quienes se encargan de

atender a mujeres con vaginismo, sin embargo se escapa de los objetivos específicos de esta investigación, que privilegia la experiencia y relato de las mujeres.

Ginecología: trato y monopolio de la salud sexual

El circuito que las mujeres recorren respecto al tratamiento de su vaginismo no comienza con la consulta por el problema sexual, sino que hay un antecedente que aparece cuando se les pregunta por la relación que han tenido con el sistema biomédico, y se trata de sus experiencias previas con el ginecólogo/a. Como ya vimos, el ciclo de vida de las mujeres ha sido histórica y culturalmente patologizado, pero también las mujeres suelen requerir más atención médica por razones evitables, dado que el cuidado y control de la salud femenina queda en las manos de otros, técnicos y profesionales, supuestamente más especializados en los procesos biológicos de las mujeres. La expropiación de la salud por parte de una institucionalización médica, que ha monopolizado los conocimientos y las estrategias preventivas de salud, deja a hombres y mujeres en la posición de tener que recurrir a un experto, no sólo para curar dolencias o enfermedades, sino también para controlar anticipadamente la aparición de estos. En el caso específico de las mujeres, alrededor de la época de la menarquia, las niñas son llevadas por primera vez al ginecólogo/a para asegurar que “todo está en orden” para las transformaciones corporales que suceden con la pubertad.

Una vez fuimos al ginecólogo, porque una amiga de mi mamá tenía unas niñas, ella era mamá de dos niñas, y yo soy la única hija de un matrimonio, o sea, tengo dos hermanos. Entonces, yo me acuerdo que dijo “tienes que llevar a tu hija para que la vean porque ya va a entrar en edad”, y parece que me llevaron. Entré con ella (la mamá) pero ella se quedó así lejos, o sea, no me miró, nada.

Nuevamente aparece la madre como un personaje significativo en el acercamiento de las mujeres con su cuerpo, esta vez no sólo con el control de la sexualidad como lugar de erotismo, sino también como lugar medicalizado, ligado a la salud reproductiva de las mujeres. Las madres también llevarán a sus hijas a los controles mientras sean aun adolescentes, en ocasiones incluso incentivando que tomen anticonceptivos, dado que,

siguiendo con lo anteriormente expuesto sobre la “evidencia del sexo”, peor que el ejercicio de una sexualidad en las mujeres, es que esta sexualidad se haga visible por medio del embarazo. En otros casos, cuando la restricción era más fuerte, las mujeres no iban al ginecólogo, ni siquiera con sus madres, o se resistían a asistir por los miedos asociados al examen pélvico. Al igual que el miedo al dolor de la penetración sexual les disuadía de éste, el miedo al dolor del examen pélvico (suponiendo que se iba a realizar) también se vuelve pretexto para no asistir a controles. En otros casos, no era la expectativa del dolor, sino vergüenza de exponer su cuerpo frente a un extraño, o rechazo porque alguien le tocara sus genitales. Recordemos que la mayoría de estas mujeres cargan con la negación de su vagina y vulva, producto de una formación sexual sustentada en la carencia de información y asociaciones negativas y prohibitivas a todo lo asociado a la sexualidad. En algunos casos, las mujeres dan cuenta que tuvieron que ir a control médico por dolencias en su vagina, por ejemplo, en el caso de quistes de bartolino⁶¹ en una entrevistada, endometriosis⁶² en otra, o problemas como hongos e infecciones, pero en la gran mayoría de los casos, por ser mujeres que no habían experimentado penetración sexual vaginal, el médico no las tocaba ni les realizaba examen con espéculos, sino que se limitaba a observar exteriormente.

El ginecólogo tenía prohibido hacer tacto, no lo dejaba (...) Porque no me gustaba. Si yo le dije mira, yo ni un problema, pero no me toques y a veces me decía, “no, sabes qué, necesito ver”, pero veía.

(¿Te hicieron examen pélvico?) No, porque siempre me preguntaban, ¿has tenido relaciones? No, ‘ah, entonces le vamos a hacer la eco por afuera’. No sé si alcancé a

⁶¹ *Quiste del bartolino o bartolinitis* es la inflamación de las glándulas de Bartolino, órganos pequeños situados en los labios vaginales, que secretan la lubricación vaginal. Cuando los orificios de las glándulas se obstruyen, pueden generarse quistes o abscesos, que son drenados con una aguja o removidos quirúrgicamente bajo anestesia local. Pueden ocasionar dolor o molestias, pero no tiene graves consecuencias físicas para las mujeres, y los tratamientos son ambulatorios.

⁶² La *endometriosis* es una enfermedad en la que el tejido que normalmente crece dentro del útero y recubre sus paredes (endometrio) crece fuera del útero, como la cavidad pélvica, ovarios, ligamentos uterinos, vejiga o intestino, entre otros. Sus principales síntomas son dolor pélvico e infertilidad o dificultad para quedar embarazada.

hacerme una intravaginal antes... nunca me habían dicho nada, entonces me dijeron todo normal, y mientras no tengas relaciones no hay que hacerse el Papanicolaou...

Otro elemento importante en la percepción de algunas mujeres sobre la ida al ginecólogo, es el poco tacto que estos tienen para hablarles o informarles sobre la sexualidad. En ocasiones las mujeres dan cuenta de haberse sentido incómodas por lo que los médicos les dijeron, en especial sobre su cuerpo o sobre su sexualidad.

Cuando yo fui la primera vez, a pedir pastillas, cuando recién me puse a pololear, porque yo dije ya esta cuestión se viene, me dijo, 'uy, ¿usted nunca ha pecado?' (...) Como si para uno no fuera suficiente tener como la tranca de, soy virgen a los 29 años, gracias.

Bueno, yo al ginecólogo no me gusta ir mucho porque a mí no me gusta que manipulen... abajo. Y claro, la primera vez que, antes de ir al psiquiatra y antes de ir a terapia, yo fui, como te dije, a una ginecóloga, y esta ginecóloga a la vez era sexóloga, me dijo que no sabía de qué tenía miedo si yo ya no era virgen. Y bueno, en verdad, habré ido dos veces al ginecólogo en mi vida, o tres veces, una cuando era cabra que fui porque la regla no me llegaba nunca, pero ahí no dejé que me tocaran. La verdad es que nunca he dejado que los ginecólogos me toquen, salvo cuando quedé embarazada que ahí ya tenía que ir al ginecólogo sí o sí, y tuvo que meterme la cuestión y... pero por ejemplo me dicen ahora, 'anda a hacerte un Pap'... ¡no, olvídate que me voy a hacer un Pap! Aunque te vaya a salir un cáncer y la cuestión... que me anden raspando allá abajo, no.

La poca aproximación que las mujeres expresan respecto a las consultas ginecológicas pueden ser problemáticas si consideramos que muchas de ellas tienen rechazo a mirar y conocer su cuerpo, en especial su vagina, por lo que algunos riesgos de salud se pueden asociar a mujeres con vaginismo, como también a mujeres que en general no tengan una buena relación o acercamiento a su cuerpo. Sin caer en la patologización de la vagina y los órganos sexuales y reproductivos de las mujeres, es relevante también hacer notar que los controles ginecológicos son importantes para la adecuada prevención de condiciones

prevenibles, o para entregar cuidados adecuados para enfermedades incurables o endémicas, como la endometriosis, que afecta a entre el 7 y 15% de las mujeres en edad reproductiva (Carvajal, Braghetto, Carvajal, & Miranda, 2007) que puede provocar infertilidad y dolores pélvicos crónicos; o el cáncer cervicouterino, que provoca 900 muertes (de 1500 diagnósticos) cada año en Chile (SERNAM, 2002). Es necesario encontrar un punto medio entre la sobre-medicalización del cuerpo de las mujeres, y su adecuada revisión enfocada al bienestar y prevención, y que el conocimiento sobre la salud y enfermedad vuelva a ser de dominio común de las mujeres, que se trabaje desde la autogestión de la prevención y cuidado del cuerpo y de la salud –sexual y reproductiva-, como también la salud general.

El circuito de las mujeres en el sistema biomédico respecto al vaginismo.

Una vez enfrentadas a la imposibilidad de penetración en sus relaciones sexuales, una de las estrategias para encontrar respuesta y solución era consultar con un médico ginecólogo. Las experiencias, en general, no fueron del todo positivas, según las entrevistadas. Primero, una gran cantidad de médicos no encontraban nada en las mujeres que se presentaban con quejas para tener sexo con penetración. En ocasiones eran revisadas con un examen pélvico, en otras el examen era netamente visual. Dado que las entrevistadas durante los exámenes estaban en posiciones que no permiten la visualización de sus vaginas (sobre los potros ginecológicos), no pueden informar sobre qué se veía, ni qué hicieron los médicos a la hora del examen. Lo que podemos entregar es la percepción de algunas entrevistadas que frente a este examen ginecológico, y el posterior diagnóstico o no-diagnóstico de un problema, dan cuenta de una despreocupación general por el contenido emocional que lleva la relación de estas mujeres con su cuerpo, en especial con su vagina y su sexualidad.

(...) Cuando fui al ginecólogo como que él quiso ayudarme pero él tampoco sabía, porque en el fondo el introdujo un dedo y encontró que estaba todo bien. (...) El ginecólogo me dijo que estaba bien, que no tenía ningún problema, que era que me ponía nerviosa no más.

Fui al ginecólogo un par de veces y le expliqué ‘doctor, sabe que me duele para tener relaciones...’. Me decía, ‘Es falta de lubricación.’ Ya.... Intenté con lubricante, vaselina, y

fui de nuevo (...) Y ese doctor después me decía, 'no, si es falta de lubricación, tienes que relajarte, tienes que estar concentrada en la relación, qué se yo, tiene que ser lubricación natural, no te sirven lubricantes de... no, no, no'. Y yo intentaba, y no pasaba nada. (...) Nunca supo, y cuando llegué acá, me dijeron que todos los ginecólogos hacían lo mismo, te decían como 'no, sabí que, tu estai puro leseando, este es maña, como que relájate', falta poco y te dicen 'ándate de vacaciones, ¿cachai?'

Y saqué hora al ginecólogo, y ahí empezó lo más horrible de todo. (...) Yo había ido a verlo, y cuando entro de nuevo, me pongo a llorar, entonces él me dice '¿qué pasa?', y yo le digo que no habíamos podido tener relaciones y me dice, 'Aaah, tú te tienes que separar, si no sientes nada por ese hombre...' Imagínate, lo primero que me dice así como... después me sienta en la silla esa y me dice 'mira, te voy a poner un espéculo de niña, es chiquito', me dice, 'no dejes de mirarme.' Y yo empiezo a gritar y a llorar y le decía que me dolía, que me dolía, que me dolía, y él no dejó de hacerlo, y me decía "mírame, no dejes de mirarme". Y yo lloraba y lloraba, y me dice, "no tienes nada, estás perfecta" me dice, 'ginecológicamente, yo te doy de alta, pero esto es un tema psicológico'... 'vaginismo', pone. Y así me enteré. Entonces, fue súper traumático, o sea, ahí, es como que me derrumbé... De ahí estuve con no sé cuántos ginecólogos, y no tienen ninguna consideración con uno.

En el caso anteriormente relatado, la experiencia ginecológica para tratar de reconocer, diagnosticar y encontrar soluciones al vaginismo se ve obstaculizado por el trato de los médicos hacia la entrevistada. La entrevistada hace un circuito que incluye no sólo a ginecólogos, sino también psicólogos/as y kinesiólogos/as, con el propósito de encontrar respuestas a lo que ella no entiende, y en cada consulta ella se siente desatendida, en especial porque hacen caso omiso a sus necesidades emocionales. Esta entrevistada, además, sufrió abuso sexual en la infancia, por lo que expresa que su vínculo con la sexualidad estuvo marcado por sentimientos de desprotección e impotencia, revividas en sus experiencias ginecológicas y en otras terapias físicas. En el fragmento a continuación, de la misma entrevistada, la experiencia es significada como un ultraje, dado que su cuerpo es tratado como un depositario pasivo de las observaciones y exámenes del médico en cuestión.

Entonces llego donde este ginecólogo y le cuento, le cuento toda la historia, o sea, primero me atiende con este otro que era una bestia, que son los típicos ingenieros comerciales que trabajan de médico, entonces me trató horrible, ahí mi esposo, ahí vivió lo que yo vivía cada vez que iba al ginecólogo, que era horrible. (...) Me revisa, y me dice así como a escondidas, me dice 'no tienes himen', o 'tienes el himen roto', o algo así, y me dice '¿tu esposo sabe...?' Y yo así como, ¿qué está hablando? me estaba dejando como que yo me hubiera engrupido a mi esposo, y yo... "Doctor, yo no sé lo que me está diciendo usted pero yo no he tenido relaciones", entonces entramos y me tenía que hacer una eco, pero él me quería hacer una transvaginal. ¡Con todo, con todo! Estando mi esposo presente, y saca esa cuestión, así. (...) Obviamente fue traumático, una vez más ultrajada, una vez más ultrajada. (...) El mundo de la medicina en este país es una mierda, una mierda, y si tienes algo así, imagínate, es lo peor que te puede pasar, o sea, ir a ver a alguno de estos tipos es lo peor que te puede pasar, al final mi tratamiento se alargó solamente por eso.

En general, la valoración del trabajo ginecológico por parte de las entrevistadas depende de la interacción que los médicos tienen con las mujeres, y el nivel de profundización que llegan respecto a su caso y sus emociones, pero también y con mayor importancia, las respuestas e información que pueden entregar a las mujeres que consultan por problemas con la penetración. Las entrevistadas comentan que lo que desean, además de un diagnóstico, es tener conocimiento sobre qué pueden hacer y cómo lograr solucionar el dolor y acceder a la penetración. Cuando el médico que les atiende puede entregar respuestas concretas, sin entrar en juicios valorativo o cuestionadoras respecto a su relación de pareja o su vida sexual, las mujeres sienten que pueden comenzar a planificar estrategias para resolver lo que les aqueja, a partir de las opciones que se les entrega. En algunos casos, los médicos les refirieron a terapia psicológica o psiquiátrica, reconociendo la calidad sintomática de la contracción, otros médicos refirieron a tratamientos kinesiológico, enfocado más a la atención fisiológica y mecánica de los músculos pélvicos. Ambos tipos de tratamientos podían ser sugeridos de manera complementaria.

(...) me sienta y me dice “no te preocupes, solamente tienes irritado, pero nada más, lo que sí tú tienes es un vaginismo”, y ahí empezó a conversar él conmigo y me empieza a decir. Y fue muy amoroso él conmigo, fue como te digo, casi una sesión psicológica porque me dijo tantas cosas que yo necesitaba saber y que alguien me dijera “anda a tal lado, y con tal persona, y que ella es súper buena, y te va a ayudar y te va a atender”.

Buscando en internet, ginecólogos y disfunciones sexuales, ahí busqué en google y me apareció un centro de la Clínica Las Condes y otro no me acuerdo donde, y pedí hora con una ginecóloga. Y fui y le expliqué, le dije ‘mire, me pasa esto, yo trato de tener relaciones y me duele mucho, no sé si es porque estoy nerviosa a veces o si en verdad tengo algo’, y ella ahí recién me explicó, ‘mira existe esto que es el vaginismo que es la contracción de los músculos y yo te puedo hacer una prueba súper sencilla y ver si es...’. Primero me hizo una eco transvaginal pero me dijo, ‘voy a usar el que uso con las niñas de 15 años’, que es una weaita así. Y ya, me dolió un poco, pero pasó. ‘Ya, eso es una buena señal, porque quiere decir que no estás cerrada completa.’ Y me revisó y me dijo ‘sí, efectivamente tienes un vaginismo moderado, y hay tratamientos para eso’ y me dio una tarea y me derivó a una kinesióloga.

Por otra parte, la terapia psicológica que trata disfunciones sexuales se ha especializado en las terapias de pareja, dado que la aparición de una disfunción sexual sólo tiene significancia en el contexto de una relación sexual. Como exponen Barrientos y colaboradores, “la disfunción sexual se presenta en el individuo; sin embargo, de acuerdo con este modelo etiológico, correspondería a una disfunción de la interacción sexual con otro individuo que participa y contribuye al origen y/o permanencia del síntoma. En consecuencia, la disfunción, aunque como síntoma es individual, aparece o es mantenida con una pareja sexual” (2004, 104). Además, los mismos autores dan cuenta de que en Chile existe una tendencia hacia las terapias conductuales en esta área, aunque también se maneja una lógica eclecticista, tanto en términos teóricos como metodológicos, dado que no existe una unicidad del método para el tratamiento sexual. Esta situación se comprueba en los relatos de las entrevistadas que buscaron o fueron derivadas a tratamiento psicológico. En especial aquellas que se

encontraban en relaciones mientras estuvieron en el circuito de tratamiento, trabajaron en conjunto con sus compañeros en terapias de pareja, o bien se involucraron con profesionales con diversidad de enfoques teóricos y metodológicos, hasta dar con el que les parecía más adecuado para sus objetivos.

Cuando se trataba de terapias psicológicas individuales, los casos con mayor éxito (en términos de que las mujeres sintieron que hubo un acercamiento profundo y específico a la temática) fueron aquellos en que las terapeutas⁶³ eran especialistas en sexualidad, -sexólogas- mientras que en los casos en que no tuvieran esta especialidad (que comentaban y especificaban a sus pacientes), la terapia se centraba más en la persona integralmente, y por tanto, tendían a extenderse más en el tiempo y tratar a las mujeres desde diferentes áreas de sus vidas, o directamente hacia ciertos diagnósticos de índole nervioso, como el trastorno obsesivo-compulsivo, depresión, o trastorno bipolar. En estos casos, tenían mayor incidencia de abandono del tratamiento, dado que no se vislumbraba a corto plazo la resolución de los problemas sexuales que tenían, y que a estas alturas las entrevistadas deseaban resolver con prontitud. Por otra parte, dada las características de una adecuada terapia psicológica que depende también del nivel de empatía que se genere entre terapeuta y paciente, algunas mujeres debieron hacer un recorrido entre varios psicólogos/as hasta encontrar la persona que más se adecuaba a sus intereses y que le generara mayor confianza.

Bueno, él me deriva donde un psiquiatra de ahí de la clínica, llego donde ese psiquiatra, y el psiquiatra que era de la Universidad de los Andes, me dice, 'no, pero yo no trato vaginismo, no te puedo atender', pero me dice 'pero mira conozco a alguien que me parece que trabaja con eso, y atiende en tal lugar, ya.' Y me cobró... ¡me cobró por darme el dato del otro médico! (...) Bueno, llego donde este otro, al principio parecía que me iban a ayudar, y cuando me recibió, me recibe muy bien, me deriva de inmediato con la psicóloga, pero la psicóloga también era nueva. Entonces igual era como, y era súper ingrato, las primeras veces, hasta que un día yo le tuve que decir, me estaba atendiendo, y estaba a cada rato mirando la hora, atendía el celular, o sea, unas faltas de respeto...

⁶³ Si bien algunas entrevistadas se atendieron alguna vez con psicólogos varones, en los relatos no se expresó que éste haya tenido el mayor impacto positivo en su tratamiento.

Dije, ya voy a pedir ayuda, como ir a un psicólogo (...) Y me conseguí, o sea por recomendación, me dieron el dato de una psicóloga que supervisaba alumnas de mi universidad, y fui. Generamos un buen vínculo y todo, pero en realidad no iba tanto al tema específico que yo iba, como motivo de consulta. Estuve dos años en bla bla bla bla bla y hablando y dándome vuelta en lo mismo y bla bla bla bla, primero fueron como 3 veces a la semana, y ya no daba más.

(¿Qué tipo de tratamiento era? ¿Terapia psicológica?) Sí, pero era como bien mecánico. Era como ver, leer revistas eróticas, ver películas juntos. Ir probando (...) Y claro, en algo avancé, pero yo sentí que la cuestión era muy mecánica. Y de hecho yo le decía "Pero, ¿por qué es esta cuestión? ¿Por qué me pasa?". "No, es que en realidad, el origen da lo mismo". En el fondo es como tratar la cosa. Y yo creo que, en ese sentido, eso no cumplió, no fue bueno, porque más allá de querer o no saber el porqué, siento que como que yo me conecté poco con el cuerpo, como que la terapia que no me conectaba a mi conmigo, con lo que yo sentía, con mi cuerpo, etcétera. (Eventualmente llega a una terapia grupal gestáltica) Ella⁶⁴, en el fondo, ella es Gestalt, tiene toda una línea de trabajo que tiene que ver con que si tú tienes un órgano afectado, ese órgano te está diciendo algo, entonces, que se yo, cada órgano tiene como una especie de personalidad. (...) 'Y cuando tú no quieres decir <<no>>, lo va a decir tu vagina. Entonces lo que tú tienes que saber es por qué estás diciendo que <<no>>'. ¿Por qué la otra psicóloga nunca me dijo esto? Me hubiera ahorrado diez años y probablemente una separación.

Entonces yo pedí hora a un psicólogo, fui como a dos sesiones y caché que era para largo, y le dije, yo vengo a esto, y ella se estaba yendo por otras ramas y al final estuvimos como cuatro sesiones hablando de algo, y yo quería una cosa muy rápida, entonces dije 'esto no me sirve', quizás me hubiese servido, pero en un año.

⁶⁴ La entrevistada se refiere a una médico-psiquiatra de la Universidad de Chile que se especializó en psicoterapia Gestalt, que trata las enfermedades desde un enfoque holístico.

A pesar de que en general las entrevistadas comentan que, dado que ya llevaban un largo recorrido de experiencias sexuales con dolor y cada vez con mayor angustia, buscaban una solución concreta que pudiera entregar resultados a corto plazo (aunque fueran paulatinos), también reconocían que a largo plazo era necesario trabajar en profundidad las percepciones negativas que tenían respecto a la sexualidad, que sentían arraigadas en su mente que les hacía rechazar o rehusar de la experiencia sexual, en especial penetrativa. Las personas que finalmente no optaron por terapia psicológica, o que la dejaron pendiente por alguna razón, desearían retornar a un análisis más profundo de su vínculo con el sexo y con su cuerpo.

Es que yo creo que, de hecho ahora quiero volver, comenzar a ir a otra psicóloga, porque la antroposofía te ayuda pero también hay rollos que quizás son más como más psicológicos, porque yo igual siento que es un tema no resuelto, o sea, a pesar de que hay más problemas en la vida, (...) como que yo no tengo una sexualidad tan plena (...) o es muy de trámite, entonces eso no es lo ideal, lo tengo claro.

¿Sabes, que todavía tengo un tema psicológico en la cabeza? Porque igual a veces me da nervio, solo que ahora entra, y tengo que estar en el momento, ya ahora relájate. Tal vez igual debería tratarme psicológicamente pero igual ya entra. Fue un paso que superé y ahora puedo tener una relación sexual sana con mi pareja, normal. Pero creo que tengo trancas todavía en la cabeza.

Cabe destacar que, a diferencia del tratamiento ginecológico (y kinesiológico que veremos a continuación) las terapias psicológicas no logran ser relatadas en profundidad por las entrevistadas, dado la complejidad de las sesiones que trabajan con los aspectos subjetivos de las mujeres, sus emociones y recuerdos de infancia, su apreciación de las relaciones sociales que tienen, y por supuesto, sus miedos y resquemores respecto a la sexualidad. Discretamente, la importancia de la terapia se releva en los relatos de las entrevistadas como una segunda voz, la voz latente de la terapeuta que entrega interpretaciones explicativas al vaginismo y a las aversiones sobre el sexo en sus vivencias. Las entrevistadas utilizan lo que surge en terapia para dar forma a su relato, hablan a través de las palabras de las terapeutas,

con tal de entregar mayor importe a sus historias. Este mecanismo, por un lado, les ayuda a enfocar su problema en momentos o hechos específicos de su vivencia, exteriorizando y objetivando el vaginismo como un problema causado por factores externos a su propia voluntad, como víctima de circunstancias inadecuadas de su formación sexual, o sus relaciones de pareja, etc.

Y cuando fui a la sexóloga ahora me dijo que seguramente, después de ese episodio, mi cuerpo lo estaba rechazando a él. Yo ya en mi interior sabía que no era el tipo de mi vida, no era para mí, y además mi cuerpo lo estaba rechazando.

Y bueno, yo no me acuerdo si fue Cecilia o Ángela, una de las dos, me hace ver eso, me dice que parte de mi negativa a tener relaciones con mi esposo era el hecho de no haberme casado (por la iglesia)... y aparte del tema Dios en sí, es todo un tema mío, o sea, mi mamá nunca se casó, mi mamá fue mamá soltera, mi hermano es papá soltero, entonces yo iba a ser la primera en nuestra pequeñita familia que me iba a casar todo como tenía que ser. Entonces estaba como la parte como mujer, la parte romántica de cuentos de princesa que te meten en la cabeza, y está el tema religioso obviamente.

Aditivo a las consultas ginecológicas y tratamientos psicológicos, las mujeres también eran derivadas a terapia kinesiológica, o llegaban a ella por su cuenta⁶⁵. En muchos casos, las entrevistadas cuentan que llegan a este tipo de tratamiento debido a un artículo encontrado en internet, o por un reportaje en una revista de circulación nacional (enfocadas a un público lector femenino), o por una nota en algún programa de televisión nacional, en donde se publicitaba específicamente este tipo de terapia. El tratamiento kinesiológico del vaginismo se enfoca en la dilatación progresiva de los músculos vaginales, utilizando ejercicio de soltar-contrair, con los dedos y con dilatadores de diferentes tamaños, que van acostumbrando los músculos a circunferencias cada vez más anchos. Los dilatadores entregan en cada sesión

⁶⁵ En la investigación realizada, se contactó y conversó con dos kinesiólogas que trabajan en Santiago, región Metropolitana de Chile, que se han especializado y realizan este tipo de tratamiento del suelo pélvico para disfunciones sexuales y otras dolencias.

según vayan practicando las mujeres en sus casas, y se acostumbren a los tamaños. Estos ejercicios son percibidos por las entrevistadas como bastante invasivos, en especial porque las enfrenta con su peor miedo y angustia: la penetración. Para aquellas que sentían especial rechazo hacia que les miraran o tocaran la vagina y vulva, el tratamiento kinesiológico conllevaba mucha angustia y vergüenza, en especial las primeras sesiones en que no sabían que se les realizaría un examen pélvico. A medida que van avanzando en el tratamiento, algunas mujeres comentaron que fueron perdiendo el rechazo a ser examinadas, y que les resultaba más fácil una vez que fueron tomando conocimiento de su cuerpo y cambiando las percepciones que tenían sobre ella. En el trabajo kinesiológico, en gran medida por ser un trabajo mecánico y localizado que relaciona directamente los músculos pélvicos con los sentidos (aunque esté relacionado directamente en primera instancia con el dolor), se crea una conciencia general de la vagina, *aparece* este lugar que estuvo negado e invisibilizado, y motiva una relación más directa con el cuerpo al generarse una memoria muscular respecto a la contracción y dilatación, como también un manejo consciente de ello.

Por otro lado, si bien las mujeres cargan con la culpa del vaginismo por localizar la falla en su propio cuerpo, el tratamiento muscular les entrega la percepción de controlar la falta, un sentido de participación en el camino hacia una solución deseada que recae en su propia voluntad y virtudes de esfuerzo.

Muchas veces buscaba excusas para no venir, porque era como muy fuerte para mi sentarme frente a ella, que toda la vida se me enseñó el valor de la virginidad y casarse virgen, y que al final terminé sentada en tantos lugares con tantas personas desconocidas, y ahora me tenía que enfrentar a ella, ella tenía que hurgar y hacer ejercicios en lo más íntimo mío. Entonces era como que rechazaba eso, entonces es como que si me indispongo y no puedo venir, como que ¡ah! Si me enfermo, o no sé, muchas veces era como que armaba excusas como para no venir. Y pero, fue pasando el tiempo, y cuando empecé a hacer los ejercicios, venía y no hacía los ejercicios entonces cuando empecé así como, ya, lo tengo que hacer aunque lo deteste, aunque lo todo, pero lo voy a hacer, era así como ops! Está ahí, entra, ¡entra el dedo!

Y ahí fui donde la kinesióloga, y ahí ella, bueno, me dijo yo creo que necesitamos 3 meses de tratamiento, y bueno, la primera sesión casi me morí, casi me morí del dolor. (...) No sé si cachai como es el sistema, pero en una camilla que con el dedo ella te va haciendo círculos como para ir expandiendo ya sea toda la orilla, y apretar y soltar varias veces al día, y además me pasó una vela⁶⁶ que era más delgadita, dos veces al día. Tú te la metes, la sacas, la giras a un lado, para el otro (...). Yo nunca pensé que fuera posible, sinceramente, yo dije esto no va a funcionar, y me hacía los ejercicios y yo veía estrellitas... ella con la cabeza metida ente medio de mi piernas, y me hablaba de “bueno, y qué haces tú, qué entretenida tu pega, cuéntame”, y yo me moría de vergüenza... la primera sesión... pero yo muerta de vergüenza, habían días que no podía caminar del dolor. Y me dolía siempre, no me dejaba de doler nunca haciendo los ejercicios, no sé... no nunca, fue un mes, dos meses. No, ni siquiera, el primer mes le dije, no sé si va a resultar, pero ella me decía sigue, sigue, sigue... y no me acuerdo si iba una o dos veces a la semana, creo que era una vez, y hacía yo los ejercicios todos los días, y ahí sí, fui súper matea.

Para otras entrevistadas, el proceso de acostumbramiento al tratamiento kinesiológico no fue tan fácil, y optaron finalmente por desistir. Las razones fueron el excesivo trauma que significaba para ellas el ser penetradas por un objeto foráneo, y el dolor que sentían con los ejercicios de dilatación. En estos casos, la descripción e interpretación de la experiencia es similar a la expuesta respecto al tratamiento ginecológico, que separa los factores emocionales y culturales del proceso fisiológico, aplicando una misma técnica transversalmente a todos los casos, y haciendo receptivo el cuerpo a la penetración, sin solucionar los significados subjetivos y simbólicos que este acto implicaba desde el punto de vista de las mujeres por sus experiencias vivenciales.

O sea lo que pasó con esa cuestión fue todo muy brutal, porque para mí, o sea si yo tuviera, yo paciente te digo mira, te cuento mi historia, te cuento la relevancia y toda la lucha que hemos tenido, te cuento de toda la vida, te cuento que me cuidé toda la vida, que ha sido

⁶⁶ La entrevistada se refiere a un dilatador, que ella le llama “vela” por su parecido a una vela de cera blanca. Esta descripción la escuché de varias entrevistadas, como también la caracterización “pene de glicerina”.

brutal lo que me han hecho los ginecólogos, y te cuento todo eso, y tú vienes y te paras delante mío, y más encima yo le había dicho a ella que para mí era toda una lucha presentarme ante a ella con las piernas abiertas entregando lo más íntimo mío, entonces si te digo todas esas cosas y tú vienes te paras con una cosa plástica y haces así, o sea, ni siquiera te fijas en mi cara en ningún momento o sea, tú solamente ves tu triunfo de que el ejercicio resultó y listo, y no piensa para nada en mí... (...) eso es lo que me lamentaba, porque lo poquito que se había logrado avanzar, siento que nuevamente se destruyó porque yo no quiero saber del tema, o sea, yo de nuevo empecé a negarme.

Algunos tipos de dilatadores usados en el tratamiento kinesiológico



Finalmente, está el caso de una entrevistada que optó por un tratamiento con Botox⁶⁷, una neurotoxina que inyectada en los músculos de su vagina, los paralizaría temporalmente (máximo 6 meses), con la intención de acostumbrar a su vagina (y por efecto, a su mente) a la penetración sin que ésta pudiera contraerse. Al momento de la entrevista habían pasado 4 meses desde las inyecciones, y la entrevistada decía que ya no tenía problemas físicos para la penetración, aunque menciona que se da cuenta que aún tiene aprehensiones respecto a la penetración y al acercamiento a su vagina, y que esto debe trabajarlo desde un enfoque terapéutico psicológico en el futuro.

Era urólogo con conocimiento en sexología, y me dijo, 'sí, tienes vaginismo, me doy cuenta, es muy obvio que lo tienes, y que la mejor solución era ponerme una inyección' y yo

⁶⁷ Botox es el nombre comercial de toxina botulínica, o botulina, una neuro toxina que, entre otras cosas, tiene como efecto la parálisis muscular.

‘¿inyección de qué?’, ‘de Botox’. Yo nunca me imaginé que una inyección de Botox servía para eso, y ahí busqué, y salía que mucha gente se la había puesto pero en foros de internet, que no es algo muy seguro. Yo hablé con mi mamá y me dijo que igual era raro, y que nunca había escuchado de eso, que mejor buscara otra opción, una inyección no es muy confiable. (...) La amiga de mi mamá tenía una amiga que ponía Botox, entonces le preguntó qué sabía ella sobre esto y la galla le dijo que sí, que de verdad era lo mejor. Que era lo último que estaban haciendo, que era instantáneo y en el momento de tener sexo, y como que era la solución más fácil y rápida. (...) Entonces fui y me puse la inyección, fue la cosa más atroz de mi vida. El señor nunca me dijo cómo iba a ser e igual fue terrible porque eran 12 inyecciones adentro donde más me dolía.

Para finalizar, es importante resaltar que varias entrevistadas dan cuenta y critican el costo del tratamiento para vaginismo, cualquiera que fuera la opción escogida. Por un lado, están las consultas psicológicas, que es un tratamiento extensivo dado que requiere sesiones continuadas durante meses (o años) cuyos precios fluctúan entre 15 y 50 mil pesos por sesión; y por otro lado, el tratamiento kinesiológico que también requiere desde 6 a 10 sesiones. A esto hay que sumarle las consultas ginecológicas con sus consecuentes exámenes, que son el punto de partida para muchas entrevistadas, aunque no presentan líneas de tratamiento continuado específico. También hay que agregar el caso de la entrevistada que pagó por una sesión con un urólogo-sexólogo, quien le inyectó Botox en sus músculos vaginales⁶⁸. En éste último caso, el tratamiento no estaba cubierto por previsión de salud, por lo que se debía pagar la totalidad al contado. En el caso de las otras consultas y procedimientos, algunas estaban cubiertas por Isapres, como también por FONASA (como el tratamiento kinesiológico), y algunas entrevistadas incluso daban cuenta de que ciertos profesionales de la salud les permitían usar la previsión de un familiar o amigo, en el caso de que la paciente misma no lo tuviera.

⁶⁸ De acuerdo a lo comentado por la entrevistada, fueron \$300.000 por el Botox, y \$200.000 en insumos y honorario del médico (pesos chilenos).

No, y aparte igual es un negocio, entonces entre más se demoren en encontrar o en decirte lo que tienes, mejor para ellos, porque uno no tiene caleta de tiempo, pero ellos prefieren tenerte harto tiempo, porque ganan mucha plata con cada consulta porque es un negocio.

El doctor X es una persona que ha tenido muchas pacientes que llegan por lo mismo, pero que no tenían ningún peso para pagarle. Yo llegue desesperada, había leído del doctor X un año antes pero como decía Clínica Las Condes, 50 lucas la consulta, yo no me atrevía a ir antes, yo llegue desesperada, cuando ya estaba desesperada. Bueno la doctora X tampoco es muy barata que digamos (...) bueno yo tuve la suerte de que todos se las arreglaron para ayudarme. Y que yo pude entrecomillas doblarle la muñeca al sistema, bueno yo tenía la plata en un momento, cuando yo le dije a mi mamá todo esto, mi mamá me ayudo. (...) Una persona que no tiene plata en Chile, no tiene tratamiento, y menos un tema como este no creo que te lo tire el GES.

Este apartado permite relevar que el circuito de tratamientos para vaginismo además de ser problemático en términos emocionales y físicos para las entrevistadas, tampoco es de fácil acceso en términos económicos, lo que sesga bastante la amplitud de atención para mujeres que se enfrentan a dificultades sexuales, y no sólo en términos de lo que se consideraría un problema fisiológico, sino que también en problemas personales con sus parejas o con el ejercicio de una sexualidad libre. En un sistema que normativiza cualquier problema como una patología o disfunción, la posibilidad de trabajarlo de forma integral está condicionado por la autonomía económica. En el caso de las entrevistadas, que recordando el apartado metodológico de esta investigación no fueron seleccionados según criterios socioeconómicos, la mayoría tiene un trabajo estable y recursos a los cuales recurrir para pagar sus tratamientos. Algunas pidieron préstamos a sus padres, otras sacaron dinero de sus ahorros, mientras que otras simplemente lo integraron a sus cuentas personales. La bibliografía clínica revisada sobre vaginismo releva que muchas de las mujeres diagnosticadas con vaginismo vienen de niveles de educación y socio-económicos altos (Moltedo-Perfetti, Nardi, & Arimatea, 2014), sin embargo en estas mismas reflexiones queda abierta la pregunta si esta correlación es por factores socio-culturales que inciden en la

aparición de vaginismo, o si sólo se está considerando a aquellas mujeres que pueden acceder a consulta y tratamiento debido a sus recursos económicos y culturales.

Reflexiones históricas sobre el vaginismo

A partir de los relatos y experiencias de las mujeres respecto a su incursión en los tratamientos para el vaginismo, y su circuito de consultas, diagnósticos y terapias, podemos también construir una continuidad histórica del proceso biomédico de control sobre la sexualidad de las mujeres, tanto desde la reproducción, como también desde el deseo y las prácticas normativas y aceptadas del sexo, a partir de la histeria.

Sigmund Freud, conocido como el fundador del psicoanálisis, posiciona la sexualidad humana en un lugar central desde donde se organiza la cultura y la sociedad, como también desde donde se forma el ser humano. Suponiendo que el desarrollo sexual adecuado constituye un sujeto social sano, Freud concluirá por tanto que las frustraciones en el desarrollo de la sexualidad son la causa de la neurosis (Sánchez Bravo, 2007), dentro de las cuales incluye la *histeria*. A modo resumido, la histeria era una enfermedad nerviosa asociada a una supuesta vulnerabilidad física y mental de las mujeres que era psicológicamente gatillada por el trauma de la castración femenina.

Freud se acercó al estudio y tratamiento de la histeria a través del doctor Jean-Martin Charcot y el doctor Josef Breuer. Éste último es conocido por haber tratado a una mujer llamada Bertha Pappenheim, por una grave crisis psíquica⁶⁹. La crisis de Bertha Pappenheim – a quién el mundo conocerá formalmente en la historia clínica de Breuer como la paciente *Anna O.* – se agudiza con la muerte de su padre, la transferencia con su terapeuta, el abandono de éste a su tratamiento, y finalmente, queda internada por ataques psicóticos. Hasta aquí queda la historia clínica de *Anna O.*, pero la vida posterior de Bertha Pappenheim incluye una valiosa carrera de activismo y política feminista,⁷⁰ y es reconocida en la historia del feminismo austriaco dado su trabajo por los derechos de las mujeres y los/as niños/as.

⁶⁹ Una interesante reflexión crítica al caso de Anna O/Bertha Pappenheim y el psicoanálisis de Freud, que inspiró el desarrollo de este apartado, se encuentra en el artículo de Álvarez-Uría, F. “La otra escena. Sigmund Freud, el teatro y las mujeres histéricas”, mencionado en la bibliografía

⁷⁰ Como parte de su biografía se puede mencionar: autoría de artículos sobre los derechos cívicos de las mujeres, tradujo el libro de M. Wollstonecraft, “Una vindicación de los derechos de la mujer”, escribió una obra de teatro

El caso de Bertha Pappenheim releva la discordancia entre el discurso formal, no sólo del psicoanálisis, sino del conjunto de taxonomías biomédicas asociadas al control de la sexualidad femenina, y el discurso silenciado del feminismo: mientras uno patologiza la sintomatología como una desviación de la norma y orden trascendental, el otro problematiza la cruda dominación que repercute y marca el cuerpo femenino. Desde una lectura crítica de género, la histeria es interpretada como la rebelión contra un papel social insoportable de sumisión, obediencia y castidad, y la historia de Bertha Pappenheim es metáfora viviente de las posibilidades otras de interpretación de la disfunción.

Por otra parte, Maines explicita que los síntomas asociados a la histeria hasta mediados del siglo XX pueden haber sido “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” (2001: 178), considerando que el modelo de la sexualidad “sana” es androcéntrico y falocéntrico, centrado en la heterosexualidad y la penetración de la vagina por el pene (y el orgasmo masculino producido por este intercambio), y cualquier actividad sexual que no incluya la penetración vaginal y el orgasmo masculino no se consideraba legítimamente sexo, tanto simbólica como también en ocasiones, legalmente⁷¹ (Op. Cit.:181). La centralidad de la penetración como norma repercutía en la insatisfacción, no sólo social, sino también sexual de las mujeres que no incluían en su repertorio sexual otras estrategias para el orgasmo. Hasta finales del siglo XX (como vimos en la discusión sobre las disfunciones sexuales femeninas) la medicina fomenta la noción de que las mujeres que no logran el orgasmo a través de la penetración vaginal sufren de defecto físico o psicológico, noción que se mantiene hasta el día de hoy. “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” (Op. Cit.: 213).

titulada “Derechos de la mujer”, y fue electa la primera presidenta de Jüdischer Frauenbund (Liga de Mujeres Judías o Asociación de Mujeres Israelitas).

⁷¹ Aun hoy en Chile, por ejemplo, se considera el delito de violación como el acceso carnal por vía vaginal, anal o bucal (penetración) sin consentimiento, mientras que el abuso sexual agrupa las agresiones sin penetración.

Lo que autoras como Maines finalmente sugieren, es que a pesar de que hoy en día ya no se utiliza la categoría *histérica* como un término diagnóstico, “lo que ha cambiado son las percepciones sobre el carácter patológico de la conducta de esas mujeres, y no la conducta en sí” (Op. Cit.: 186), ya que si bien la sexualidad heterocéntrica y coito-centrada ha sido criticada y puesta en cuestionamiento político, éste sigue influyendo en los grandes discursos normativos, en especial de la medicina. El vaginismo podría, en este sentido, ser considerado *una nueva histeria*, el lugar desde donde se manifiesta sintomáticamente la inconformidad a la normativa sexual, y que desde los discursos psicológicos y terapéuticos se negará la dominación social subyacente y se pondrá toda la fuerza sobre la locura de las mujeres y la ineptitud sexual, como cuerpos inmaduros que no han resuelto conformarse con el lugar a ocupar en la relación sexual.

En el caso de las *histéricas* del siglo XX, la rebelión somática juega a la par con el sometimiento, ya que las mujeres dentro de un contexto social que las cataloga como enfermas, desviadas o disfuncionales, aceptan esta rotulación, y buscan tratamiento para sumirse en el lugar que les corresponde y adecuarse a su destino social y sexual. Para ello, se armó una aparataje tecnológico (recordemos que el vibrador se creó como dispositivo de utilización médica para la salud sexual de las mujeres) y especializaciones médicas y psicológicas específicas para tratar la demanda de tratamiento. De manera similar, las mujeres con vaginismo se adentran en el circuito médico, buscando resolver esta *falla* de sus cuerpos, para asimilar las prácticas sexuales que definen su identidad sexo-genérica como cuerpo penetrado. En este sentido, el diagnóstico de *vaginismo*, como enfermedad o disfunción, avalado y entregado por el saber médico, es útil a las mujeres en tanto exterioriza la falla y le entrega estrategias para su control. Estas estrategias siendo, colocar en manos de la autoridad médica y sus dispositivos de corrección (como la terapia psicológica, la dilatación vaginal o la inyección de toxinas para paralizar los músculos), el proceso transformativo de mente y cuerpo hacia la sexualidad normada. Al respecto, son de especial interés las técnicas de dilatación, ya que dan cuenta de un conocimiento mecánico del cuerpo que se exterioriza y profesionaliza, y que crece dentro del mercado médico-sexual⁷². Así, a

⁷² Similar al vibrador, que pasa de ser un aparato médico a un aparato doméstico (Maines, 2001), el dilatador se encuentra en el mercado también como dildo. Por otra parte, en el dilatador vemos mayor potencial de

través del recorrido de las mujeres en el circuito médico en busca de tratamientos para el vaginismo, damos cuenta de la existencia de una normativa médica actual que se encuentra genealógicamente conectada a la histerización de las mujeres, y que replica elementos como la sexualidad androcéntrica y falocéntrica, la creación de dispositivos tecnológicos de disciplinamiento del cuerpo y el monopolio de los saberes del cuerpo de las mujeres.

democratización y domesticación del aparato médico-sexual, ya que existen en circulación masiva, gracias al internet, manuales de dilatación vaginal y de construcción artesanal de dilatadores (con materiales desde la silicona hasta vegetales corrientes).

VIII. CONCLUSIONES Y REFLEXIONES FINALES

Temas cerrados y temas abiertos.

En esta investigación se han trabajado los relatos de las mujeres bajo tres objetivos específicos, que se convirtieron en los tres últimos capítulos del cuerpo de investigación. Primero, recorrimos y analizamos la experiencia de las mujeres respecto al sexo y la sexualidad, a partir de su formación moral-sexual. Luego, describimos y reflexionamos en torno a las vivencias en torno al sexo, considerando la experiencia del vaginismo, la culpa y el dolor, cuestionamientos en la valoración de parejas y en la identidad de género de las mujeres, asociados a esta experiencia. Finalmente, transitamos por el circuito de terapias y tratamientos que las entrevistadas utilizan para curar su vaginismo, lo que a su vez releva la relación que existe entre sexualidad y medicalización, y que en muchas ocasiones se presenta como un espacio de violencia, que coloca a las mujeres en posiciones vulnerables, tanto mental como físicamente, pero que está además genealógicamente conectado a una historia del tratamiento de la sexualidad femenina.

Como vimos en los antecedentes, uno de los perfiles que investigaciones psicológicas y médicas han formado de las mujeres que presentan vaginismo es que provienen de contextos formativos restrictivos respecto a su cuerpo y la sexualidad. Corroboramos, en el primer capítulo, que las mujeres entrevistadas dan cuenta de una formación moral sexual que entrega las bases de sus percepciones y preocupaciones negativas sobre el sexo. Sin embargo, al trabajar estos relatos podemos al mismo tiempo situar sus percepciones en un marco cultural mayor, que no es particular ni específico a estas mujeres. Es decir, al analizar los mensajes, explícitos e implícitos, transmitidos a las entrevistadas sobre la sexualidad en general, y en especial sobre el ejercicio del suyo propio, nos damos cuenta que no se desvía necesariamente de la socialización cotidiana de las mujeres de nuestro contexto cultural. Es por ello que las categorías teórico-analíticas trabajadas desde la construcción simbólica de la sexualidad y el cuerpo femenino en América Latina calzan para explicar la trascendencia cultural de estas vivencias, que siguen moldeando y formando cuerpos femeninos que tiendan hacia el *ser para otros*, restringidas y domesticadas, con asociaciones negativas acerca de su sexualidad. En éste sentido, es pertinente el análisis simbólico de sus relatos, ya que resitúa el problema del vaginismo en los discursos y percepciones culturales sobre la sexualidad femenina, y no

exclusivamente como una falta particular psicológica o fisiológica de las mujeres. Esta lectura nos permite definir el vaginismo no sólo como un problema de índole nervioso, particular de ciertas mujeres, sino como un problema con causas culturales, provocadas por una construcción negativa de la sexualidad de las mujeres en nuestra sociedad.

Por otra parte, la vivencia misma del sexo se construye como un lugar problemático, dado que en el cuerpo se asienta el dolor y la angustia, a partir de las asociaciones negativas mencionadas anteriormente. En primer lugar, para algunas mujeres existe rechazo hacia el sexo ya que lo asocian a algo sucio, inadecuado y prohibido, lo que cubre con un halo de culpa cualquier experiencia placentera, sean relaciones sexuales o placer autogestionado. Luego, se le teme a los significados de la penetración, como también al dolor, miedos que se han instalado en el cuerpo desde tiempo, y que trunca las primeras incursiones al coito, convirtiéndolo en una profecía auto-cumplida de dolor y frustración. Las mujeres en general, al enfrentarse a esto, se cuestionan las razones del cierre pero es a partir de lo relacional, es decir, desde el otro varón, que la experiencia pasa de ser simplemente una situación *extraña*, a un *problema*. Dado que el acto sexual es visto como manifestación de amor y entrega, si el cuerpo rechaza a este otro, se caerá en la controversia en la relación, no sólo de la mujer con respecto al varón, sino también de ella respecto a los estándares culturales de lo que es ser mujer. Podríamos argumentar que si no fuera porque parte de los patrones culturales para ser mujer, genéricamente considerada, es tener una pareja y ser sexualmente activa, no existirían razones para que estas mujeres buscaran tratamiento o ayuda. Todas experimentan placer con otras técnicas sexuales, como estimulación del clítoris, pero buscan también ser un cuerpo que entregue y que reciba placer a través de la penetración. Este es el incentivo hacia la búsqueda de tratamientos.

En el tercer capítulo, nos damos cuenta que el recorrido que hacen las mujeres buscando terapias que les ayuden las coloca en un lugar de vulnerabilidad emocional. En general, los/as médicos/as ginecólogos/as muestran poca empatía con las mujeres, viendo el vaginismo casi exclusivamente como un problema mecánico, o peor, como un tema de voluntad de las mujeres, que sólo requieren relajarse, lubricarse o cambiar de pareja sexual, para que funcione la penetración. Las experiencias relatadas dan cuenta de que lo que las mujeres buscan son respuestas y opciones concretas hacia la solución del vaginismo, y que en

ocasiones lo encuentran en terapias sexuales y terapias kinesiológicas. Sin embargo, el circuito es en ocasiones laberíntico, dependiendo mucho de la empatía y disposición de los profesionales de la salud respecto a los aspectos más subjetivos del vaginismo, y las dolencias físicas y emocionales que conllevan. En este sentido, cada mujer es un sujeto único de experiencias, y no se puede homogeneizar la manera en que ellas reaccionarán ante diferentes modalidades de tratamiento. Para quien puede ser útil y necesaria la terapia psicológica, para otra será considerada una pérdida de tiempo o una herramienta a ser utilizada para otros fines. Habrá quienes encuentran en el tratamiento kinesiológico una terapia que soluciona permanentemente los problemas fisiológicos del vaginismo y le entregan control sobre los músculos pélvicos, mientras que otras sentirán que las estrategias de dilatación con objetos foráneos, la manipulación de la terapeuta y el sentimiento de desposesión en el procedimiento sumarán más angustia a la relación con su cuerpo y con su sexualidad.

En esta investigación, hemos presentado en los resultados un recorrido de la vivencia del vaginismo y la sexualidad ligado a ello, hasta el momento de la búsqueda y utilización de tratamientos. Nos ha quedado pendiente, en este sentido, indagar y reflexionar en torno a la sexualidad *post-tratamiento*⁷³. La mitad de las mujeres entrevistadas, al momento de presentar sus relatos, se encontraban en tratamiento, mientras que la otra mitad había buscado tratamiento anteriormente, y no estaban en ese momento utilizando algún método terapéutico, ya sea físico ni psicológico. Esto no significa, sin embargo, que la vivencia de una sexualidad plena, sin culpas ni miedos, estuviera asentado en la cotidianeidad de sus relaciones sexuales. Al contrario, varias entrevistadas dan cuenta que incluso después de distintos tratamientos, y tras lograr la penetración vaginal sin dolor o con dolor o molestia moderada (*tolerable*, describen algunas), la relación conflictiva con la sexualidad se mantiene a lo largo de su biografía, incluso retornando el dolor durante la penetración, en ocasiones de manera intermitente, relacionado a su vez con diferentes momentos de su vida o con diferentes parejas sexuales. Otras entrevistadas comentan que tienen buenas experiencias sexuales, placenteras, incluso teniendo orgasmos durante la penetración vaginal, pero para que esto se concrete es necesario una preparación mental, emocional y física

⁷³ Ver comentario de página 104

previa⁷⁴. La razón por la cual no hemos incursionado en profundidad en estos relatos responde por un lado a la variabilidad de las experiencias post-tratamiento, que responden tanto a etapas de la vida (las mujeres entrevistadas que podrían considerarse post-tratamiento tienen, en promedio, más edad que las que están en tratamiento), como también al uso de distintos tratamientos. Por otra parte, dado que las entrevistadas construían relatos que dieran cuenta de una cronología vivencial, se llegaba a las experiencias post-tratamiento al final de las sesiones, quedando en ocasiones pendiente para una siguiente entrevista, que por razones de tiempo no pudieron concretizarse. Por tanto, éste sería uno de los temas que esta tesis deja como apertura hacia nuevas investigaciones, quizás como seguimiento a las entrevistadas (para incluir tanto a las que estaban en tratamiento como aquellas que no).

Otro tema que queda abierto para seguir analizando es el trabajo desde el punto de vista de los varones, aquellas parejas sexuales y afectivas de las mujeres que vivencian vaginismo. Hemos visto en el segundo capítulo de resultados que las parejas son un factor clave en el entendimiento de la experiencia del vaginismo, dado que es en la relación y en la búsqueda de cumplir estándares culturales de identificación como pareja heterosexual, interconectada en un nivel sexual normativo, que el vaginismo se vuelve un *problema*. Además, se relata que los varones tienen diferentes reacciones al rechazo de sus parejas a la penetración, pudiendo estos utilizar tácticas para presionar o incentivar hacia la búsqueda de soluciones, abandonar a las mujeres, o bien, ser el consorte que acompaña a las mujeres, no sólo en las terapias, sino también en la comprensión general de su relación con el sexo. Al respecto, sería interesante indagar en este otro lado de la relación, ya que en este estudio sólo tenemos la interpretación de las mujeres, y falta el relato y experiencia de los varones en cuestión.

También hemos comentado la necesidad de pensar sobre cómo el vaginismo pasa de ser un *problema vivencial*, a una *disfunción sexual*. Para ello, se debe trabajar a partir de los discursos y prácticas médicas, desde el punto de vista del sistema bio-médico y de los profesionales de la salud. Hemos discutido a lo largo de esta investigación que las mujeres y el sistema médico tienen una relación compleja, ya que este último tiende a patologizar el

⁷⁴ Por ejemplo, una entrevistada que había realizado terapia kinesiológica relata que minutos u horas antes de tener relaciones sexuales con penetración realizaba ejercicios de dilatación con sus dedos o con los dilatadores. La necesidad de los ejercicios variaba con las parejas sexuales, pero eran especialmente importantes cuando ella consideraba que el tamaño del pene de su amante podría complicar la penetración.

cuerpo femenino a partir de sistemas de normativización de su sexualidad y su capacidad reproductiva. Además, los conocimientos y saberes de salud, del cuerpo y la sexualidad han sido históricamente expropiados de las mujeres, y puestos en el lugar de supersticiones, ignorancia o negligencia. Frente a ello surgen muchas preguntas, como por ejemplo: los ejercicios de dilatación vaginal como saber médico/kinesiológico ¿de dónde surge? ¿Es un conocimiento expropiado⁷⁵, o creado a partir de una necesidad médica? Tal y como lo trabajó Rachel Maines (2001) respecto a la creación del vibrador, -primero como tecnología médica para tratar la histeria, y luego su conversión en un aparato doméstico, democratizado para el placer autogestionado de las mujeres-, sería interesante incursionar en la historia médica del dilatador y las técnicas asociadas a ella. Hoy en día en internet circulan manuales didácticos para la dilatación vaginal, lo que podría eventualmente significar que las técnicas fisiológicas para tratar el vaginismo dejen de ser un conocimiento dominado sólo por los tratantes. Nos parece que una adecuada política sexual educativa debe incluir la entrega de este conocimiento a las mujeres, ya que potenciaría la autonomía corporal de éstas, no sólo en términos de su sexualidad, sino también respecto a su salud sexual y reproductiva.

Finalmente, en el transcurso de la investigación ha surgido la reflexión en torno al vaginismo como un síntoma o metáfora de las contradicciones culturales en torno a la sexualidad femenina. Dado que este estudio tenía la característica de ser una primera aproximación, descriptiva y exploratoria, no hemos profundizado en algunas variables culturales de las mujeres entrevistadas, como por ejemplo el nivel socio-económico, raza o etnia. Sin embargo, al revisar la muestra no se debe pasar por alto que las mujeres entrevistadas responden a ciertas características que las sitúa en una posición socio-económica, y por tanto cultural, específica. La mayoría de las entrevistadas son mujeres profesionales, con educación superior finalizada, o bien tienen un trabajo remunerado que les permite costear tratamientos particulares⁷⁶, lo que se condice con la bibliografía referida. Al respecto, queda

⁷⁵ Sabemos, por ejemplo, que las mujeres de la cultura Rapa Nui manejan interesantes técnicas de embellecimiento y limpieza vaginal que consideran la manipulación de la vulva y apertura vaginal. Ver Leyton, Daniela (2004) *Hacia una Antropología del Cuerpo. Significación Cultural de los Cuidados Corporales en Mujeres Rapa Nui*. Tesis para Optar al Título de Antropóloga Social, Universidad de Chile.

⁷⁶ Aunque algunas mujeres comentan que el costo acumulado en el circuito médico hacia la búsqueda de diagnóstico y tratamiento ha calado hondo en sus finanzas, todas tenían los medios suficientes para hacerlo, ya sea porque podían conciliar otros gastos, o porque podían pedir prestado o aceptar un endeudamiento a plazo.

abierta la pregunta de si esta correlación de variables da cuenta de que el vaginismo se presenta sólo en mujeres de niveles socio-económicos y de educación alta, o si la muestra se encuentra sesgada por otros factores, como por ejemplo, acceso a recursos y capital cultural que permita moverse en los circuitos de diagnóstico médico, y por tanto, de reconocimiento sobre el nombre que se la adjudica clínicamente a la experiencia del dolor o imposibilidad de la penetración. Por otra parte, como hemos visto, en ocasiones se debe realizar un recorrido largo y laberíntico en los servicios de salud para encontrar diagnóstico y soluciones a los problemas para tener sexo con penetración, y quizás aquellas personas con menos recursos tendrán un camino aún más complejo. Para poder responder a esta interrogante, sería necesario partir por buscar en los servicios de salud pública y consultorios para verificar si se posee registro de mujeres que llegan consultando por dificultades en la relación sexual, y cuántos de estos casos se trataría de problemas de dolor genito-pélvico y/o de penetración, como vaginismo. Sumado a ello, sería importante hacer un estudio de cruce de variables de niveles socio-económicos con los significados asociados a la sexualidad, y las principales razones para la aparición de los síntomas del vaginismo a modo diferencial. Esto a partir de la existencia de un cuerpo de investigación que demuestra que diferentes grupos culturales, como las clases sociales, mantienen diferentes significados asociados al cuerpo y a la sexualidad de las mujeres. Es el caso del estudio de Franch (2008), que trabaja la construcción cultural hegemónica del cuerpo de mujeres de clase alta, en donde el cuerpo de las mujeres está normativizado en función de un ideal de cuerpo-madre, lo que a su vez condiciona el ejercicio de la sexualidad. Quizás en clases o niveles socio-económicos de mayor vulnerabilidad social, las asociaciones negativas a la sexualidad femenina no estén tan directamente relacionados con los estatutos de una sexualidad casta y al temor del embarazo no deseado, sino con mayores factores de riesgo de violencia sexual en contextos de inseguridad o desprotección social. Como hemos dicho, son preguntas que quedan abiertas y que tendrán que ser trabajadas en investigaciones con otros objetivos, y mayor especificidad muestral.

Para finalizar no queremos cerrar, sino abrir.

Para cerrar este trabajo, es necesario volver al comienzo, y aparecer como sujeto observante situado que a la vez se observa a sí misma a través de las otras. Este estudio es un ejercicio académico, político, pero también personal, parte de un proceso reflexivo que se entremezcla con sanación y reivindicación. El vaginismo fue y es parte de mi vivencia corporizada de la sexualidad, que aún hoy se presenta a ratos como síntoma de un malestar profundamente arraigado en mi cuerpo, debido a los mandatos interiorizados de una feminidad que define a las mujeres como cuerpos receptáculos, cuerpos para otros, cuerpos sin placer. Cuando comencé el camino hacia la reprogramación de estos mandatos, siempre tuve como meta escribir sobre esta experiencia, sin embargo aún me es difícil aparecer desnuda en la escritura, aunque en la oralidad tenga más soltura. Por tanto, en esta investigación, en vez de incluir mi experiencia de manera detallada a través de la auto-etnografía o auto-biografía (aunque no descarto que en el futuro pueda realizarlo) me he utilizado más bien como herramienta metodológica, una sujeto situada en la investigación, entregando un giro de vulnerabilidad y empatía a las reflexiones y análisis de los relatos de quienes, con tanta confianza y entrega, han participado de esta exploración. Tengo claridad respecto a que este relevamiento me coloca en una posición de mayor escrutinio, en especial de quienes esperan que el cientista social mantenga una distancia prudente de su objeto de estudio, con tal de mantener una visión más objetiva de lo que observa. Hemos revisado en el marco metodológico de esta investigación que tales prudencias no son alcanzables, sino que es mejor reconocer y trabajar con el observador como parte del proceso investigativo. Por ello, he querido dar cuenta del lugar desde el cual me sitúo en esta investigación, con tal de presentar una visión más completa y más compleja, del estudio de la sexualidad desde un enfoque feminista.

Se podría pensar que el análisis de la sexualidad desde una perspectiva crítica de género y feminista es un campo que se ha trabajado siempre, dado que en la interacción de los cuerpos sexuados nos encontraremos sin duda con los fundamentos de la diferencia de género, trabajados tanto desde lo simbólico que remite al cuerpo gestante de la mujer, como desde lo social que da cuenta de la división sexual del trabajo basado en la distinción público/privado de las labores. El análisis de la sexualidad sería, en este sentido, lugar excepcional para trabajar etnográficamente la variabilidad de las prácticas, psíquicamente la internalización de

las ideologías, y desde el género, la crítica y desarticulación de las desigualdades. Sin embargo, el campo de estudio de la sexualidad se ha ido desviando desde el análisis cultural hacia áreas consideradas más “objetivas”, en especial hacia la biología y la salud, lo que ha centrado la investigación desde una supuesta naturaleza trascendental del cuerpo, definiendo aquello considerado “normal” de lo que se desvía, de lo diferente. Cuando de sexualidad se trata, la normalidad estará definido por la heterosexualidad desde una perspectiva androcéntrica, que centra la funcionalidad, el placer y la finalidad del sexo entre un hombre y una mujer en la penetración vaginal como el lugar de culminación por excelencia.

Bajo estos paradigmas, el vaginismo como disfunción sexual femenina, mirado desde la histerización del cuerpo femenino, se manifiesta como el cuerpo femenino-enfermo, debido a que es considerado una disfunción hacia la constitución del cuerpo femenino-madre, el lugar hacia el cuál van todos los esfuerzos, por lo que es esta distinción lo que crea la patología. En este sentido, el vaginismo, como contracción mecánica e incontrolable del cuerpo, se erige como una desviación peligrosa en la mantención de la norma sexual, y es por eso que esta vivencia ofrece un interesante punto de inflexión en la experiencia sexuada de las mujeres, ya que tendrán que problematizar la sexualidad en función de explicar y reparar el desvío. En la narrativa de las mujeres relevamos que existe una articulación normativa sobre los roles y prescripciones sexuales, como también una vivencia centrada en el dolor, la angustia y la culpa que hacen que la experiencia sexual no sea gratificante ni deseable, sino que es trabajado desde un lugar del *deber ser*, colocando el cuerpo a la satisfacción y cuidado de otro para ser considerada “normal”. Podemos entonces considerar que el vaginismo, como también otras disfunciones sexuales, son enfermedades creadas a partir de la desviación de este *deber ser* como norma sexual, específicamente el cuerpo femenino como receptáculo del pene. El cuerpo de la mujer tiene un problema en tanto no puede cumplir con el otro, y no necesariamente consigo misma. Ese otro no es sólo el hombre con quien tiene relaciones sexuales, sino un orden dominante que establece su lugar en una estructura de poderes. La negación a la penetración expresada en la contracción es un desvío de la norma y por tanto debe ser controlada, y el sistema biomédico con sus terapias interdisciplinarias ha construido un discurso potente en su contra: el vaginismo, como *disfunción sexual*, repercute en la sexualidad humana, genera graves repercusiones en la vida

de pareja, y como tal, rompe el tejido mismo de la bases sociales superpuestas sobre el ideal de la familia/pareja heteronormativa.

Desde el comienzo, este trabajo buscó ubicarse en la corriente de estudios que, en las últimas décadas, han enfatizado la necesidad de definir y describir el vaginismo, y otras disfunciones sexuales, no sólo desde la medicina, sino que también desde los efectos culturales y el análisis de las relaciones de género. Existe un aumento en estudios que tienden hacia la búsqueda de una re-definición del vaginismo que englobe las causas psicológicas y sociales del fenómeno, que incluyen perspectivas desde el psicoanálisis, las teorías del aprendizaje y el feminismo (Ng, 2010). Respecto a éste último, los trabajos a partir de este enfoque problematizan la construcción de la sexualidad de las mujeres desde un punto de vista masculino, enfatizando que el sexo se encuentra sujeto a convenciones sociales y mitos acerca de la masculinidad y la femineidad, enmarcado en una agenda sexual coito-céntrico y heteronormativo, tal y como hemos descrito en los párrafos anteriores. Bajo este enfoque, la resistencia a la penetración puede ser interpretada como una intención inconsciente de rechazar el modelo tradicional del sexo, y por tanto se enfatiza hacia la consideración del vaginismo como manifestación de la autonomía sexual de las mujeres. En otras palabras, las reflexiones que parten desde el enfoque crítico de género y feminista, plantean el vaginismo como una performance contestaría –no voluntaria, pero sí justificada – que exige pensar la interacción sexual desde otras alternativas, y que validan el vaginismo como un lugar de autonomía corporizada de las mujeres.

Partiendo de esta base, cuando emprendí esta investigación y especialmente al momento de recolección de relatos, esperaba encontrar mujeres que, como yo, eran conscientes de la interiorización del paradigma coito-céntrico de sexo, unido a un sistema desigual de géneros, en donde la sexualidad era utilizada como herramienta de poder y coerción en un modelo heteronormativo que definía el sexo como la unión entre lo masculino/activo y lo femenino/pasivo. Prontamente en el recorrido de las entrevistas, me encontré sola con esta interpretación, ya que la mayoría de las entrevistadas no compartía explícitamente esta perspectiva. Aunque existiera un cuestionamiento crítico acerca del aprendizaje sobre la sexualidad y las prescripciones sexuales impuestas a las mujeres en nuestra cultura, las entrevistadas daban cuenta de diferentes razones para rechazar (inconscientemente) o

perseguir la penetración sexual. Por ejemplo, se puede dar cuenta de que algunas mujeres manifiestan vaginismo frente a ciertas situaciones que les provoca reticencia al modelo sexual, en especial cuando no se sienten cómodas con su pareja, cuando se sienten intimidadas o desconfían de la persona con la cual se relacionan. Sin embargo, la interpretación se complejiza cuando lo aplicamos a aquellas mujeres que quieren confirmar una norma sexo-género, que desean tener sexo con penetración vaginal y que no cuestionan el modelo sexual, al contrario, lo legitiman y utilizan para confirmar su identidad de género. Aun así, no se debe rechazar esta teoría, sino que ser cautelosa en la aplicación e interpretación diferenciada de cada experiencia personal. Frente a ello, se hizo más patente la necesidad de relevar las historias y legitimar los deseos de las mujeres desde su particular punto de vista, en un intento de dar tribuna a sus voces y sus propias propuestas a la construcción del sexo. En este sentido, no deja de ser relevante que el sexo con penetración, aquella que hemos trabajado críticamente, es parte importante del repertorio de prácticas sexuales. Con esto no tenemos la intención de legitimar las relaciones sexuales penetrativas heteronormativas y coito-céntricas como un *deber ser* o colocarlas en mayor valor que otras formas de sexo, sino que instalar en un plano de horizontalidad valorativa la diversidad de prácticas sexuales, entre las cuales se incluyen la penetración del pene en la vagina, aunque no se reduzca a ello. En otras palabras, se debe pensar la penetración vaginal con un bio-pene –o cualquier otro objeto que se desee- como *placer posible*, y no desde el discurso normativo. Se ha trabajado extensamente la separación entre penetración y placer femenino en el campo de la sexualidad, en especial desde el feminismo (Gerhard, 2001), colocando mayor énfasis político en la fisionomía del clítoris⁷⁷ como potencia de la expresión sexual de las mujeres. Por la historia de vindicación de la vagina utilizada por el paradigma heterosexual y androcéntrico, es peligroso situarse en este lugar, y no es la idea relocalizar el placer en la vagina y la penetración de manera única. Tampoco tenemos la intención (al menos en esta investigación) de desenmarañar la compleja funcionalidad sensorial de la vagina y sus órganos colindantes. Podemos aceptar o no la existencia del orgasmo vaginal, sin embargo

⁷⁷ La vuelta política al clítoris dejó de lado a la vagina. Como consecuencia, en nuestra era el problema ya no es el orgasmo de las mujeres sino la invisibilidad de la vagina.

no hay necesidad de justificar el placer respecto a la persecución del orgasmo, como tampoco es necesario justificar la sensibilidad de la vagina para incluirla en el repertorio sexual accesible a las mujeres. Una cosa es localizar el placer, y otra es placenterizar los cuerpos, y el placer tiene justificación en sí mismo. Lo que proponemos como placer posible es la democratización de la vagina. En este sentido, aunque observemos a partir del cuestionamiento, es importante apoyar a las mujeres en la búsqueda del control de sus propios cuerpos, y de sus vaginas, que tengan/tengamos la habilidad de cerrar y abrir a voluntad, si ello es lo que se desea, o si es ello lo que se quiere explorar.

Pensar la penetración vaginal como *placer posible*, y no como *deber ser* o como *norma*, permite despatologizar el síntoma, y por tanto el vaginismo como *disfunción* deja de existir, sino que se presenta como una de tantas complejidades del cuerpo que reacciona ante estímulos confusos, mixtos, negativos. Bajo esta reflexión, me pregunto si será posible pensar en *vaginas inteligentes*, como metáfora de cuerpos que, motivados por los aprendizajes interiorizados a lo largo de su biografía, combaten y se protegen contra aquello que parece amenazante, sea esto dolor, sea eso deshonra, sea esto peligro. Más que una disfunción, pareciera ser un mecanismo de defensa útil, quizás descontextualizado en los cuerpos de mujeres que históricamente se han construido como complacientes e indefensos. Tal y como alguna vez la *histeria* fue la rebelión de las mujeres en contra de las constricciones de su identidad femenina, ¿será el vaginismo síntoma de una nueva era de rebeldía sexual de las mujeres? ¿Se puede, a partir de la vivencia del vaginismo, re-plantearse la relación que se tiene con el cuerpo sexual, ya no a partir de un mandato, sino como un lugar de autonomía?

IX. BIBLIOGRAFÍA

- Aguirre, R. (2001). La multidimensionalidad del género. En A. M. Araujo, L. Behares, & G. Sapriza, *Género y Sexualidad en el Uruguay* (págs. 11-16). Montevideo: Ediciones Trilce.
- Allegue, R., & Carril, E. (2001). Psicoanálisis, sexualidad y género. Entredichos. En A. M. Araujo, L. Behares, & G. Sapriza, *Género y Sexualidad en el Uruguay* (págs. 17-21). Montevideo: Ediciones Trilce.
- Altamirano, M., & Pacheco, M. (2001). *Rasgos de personalidad asociados a la disfunción sexual femenina vaginismo: un estudio exploratorio descriptivo. Profesor Guía: Rolando Zapata*. Santiago: Tesis para optar al grado de licenciado en Psicología. Universidad Diego Portales.
- Álvarez-Uría, F. (2008). La otra escena. Sigmund Freud, el teatro y las mujeres histéricas. *Anuario de Sexología, N° 10*, 107-123.
- Araujo, A. M. (2001). Lo femenino: desde la historia, desde los orígenes. En A. M. Araujo, L. Behares, & G. Sapriza, *Género y Sexualidad en el Uruguay* (págs. 22-30). Montevideo: Ediciones Trilce.
- Barrientos, J., Palma, I., & Gómez, F. (2014). Discursos sobre sexología en Chile. Ambivalencias del discurso profesional sobre la sexología en Chile. *Terapia Psicológica, Vol. 32 (2)*, 101-110.
- Bartra, E. (1998). Reflexiones metodológicas. En E. Bartra, *Debates en torno a una metodología feminista* (págs. 141-158). México D.F.: UAM-X, CSH.
- Basilio, C. M. (2001). Sociología: Adiós al Sexo y al Género. En A. M. Araujo, L. Behares, & G. Sapriza, *Género y Sexualidad en el Uruguay* (págs. 68-77). Montevideo: Ediciones Trilce.
- Basson, R. (2005). Women's sexual dysfunction: revised and expanded definitions. *Canadian Medical Association Journal Vol. 172 (10)*, 1327-1333.
- Bechara, A. J. (2004). *Disfunción Sexual Femenina. Tesis de Doctorado*. Buenos Aires: Facultad de Medicina. Universidad de Buenos Aires.
- Behar, R. (1996). *The Vulnerable Observer. Anthropology that breaks your heart*. Boston: Beacon Press.
- Bernal, G. E., & Mies, M. (1998). ¿Investigación sobre las mujeres o investigación feminista? El debate en torno a la ciencia y la metodología feminista. En E. (. Bartra, *Debates en torno a una metodología feminista* (págs. 63-102). México D.F.: UAM-X, CSH.
- Blanco, M. (2012). ¿Autobiografía o autoetnografía? *Desacatos, N° 38*, 169-178 [En línea] http://www.ciesas.edu.mx/desacatos/38%20Indexado/esquinas_5.pdf.
- Blanco, M. (2012). Autoetnografía: una forma narrativa de generación de conocimientos. *Andamios. Revista de Investigación Social. Vol. 9. N° 19*, 49-74.
- Bolívar, A., Domingo, J., & Fernández, M. (2001). *La investigación biográfico-narrativa en educación. Enfoque y metodología*. Madrid: Editorial La Muralla S.A.
- Boyer, S., Dargie, E., & Pukall, C. (2010). Vaginismus. A true disorder? *Sexuality Matters, Vol. 35*, 36-41.

- Butler, J. (2002). *Cuerpos que importan. Sobre los límites materiales y discursivos del "sexo"*. Buenos Aires: Paidós.
- Butler, J. (2007). *El género en disputa. El feminismo y la subversión de la identidad*. Barcelona: Paidós.
- Canales, M. (. (2006). *Metodologías de la Investigación Social. Introducción a los oficios*. Santiago: LOM Ediciones.
- Canner, L. (Dirección). (2009). *Orgasmo Inc.* [Película].
- Carvajal, A., Braghetto, I., Carvajal, R., & Miranda, C. (2007). Endometriosis en la pared abdominal. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, Vol. 72, N° 2, 105-110.
- Castroviejo Royo, F. (2010). *Función Sexual Femenina en Castilla y León: Rangos de Normalidad. Tesis doctoral*. Valladolid, España: Facultad de Medicina, Departamento de Cirugía, Oftalmología, Otorrinolaringología y Fisioterapia. Universidad de Valladolid.
- Chuchryk, P. (1992). Metodología de Investigación Feminista en Ciencias Sociales. *Primer Encuentro Multidisciplinario Sobre Estudios de la Mujer "Mujer y Academia: Rompiendo Fronteras"*. USACH. Santiago. 26-27 de Noviembre.
- Crowley, T., Goldmeier, D., & Hiller, J. (2009). Diagnosing and managing vaginismus. *BMJ*, Vol. 339, 225-229.
- De Barbieri, T. (1998). Acerca de las propuestas metodológicas feministas. En B. (. Eli, *Debates en torno a una metodología feminista* (págs. 103-140). México D.F.: UAM-X, CSH.
- de Beauvoir, S. (1954). *El segundo sexo*. Buenos Aires: Editorial Psique.
- Dides, C. (2006). *Voces en emergencia: El discurso conservador y la píldora del día después*. Santiago, Chile: FLACSO.
- Drenth, J. (2005). *The Origin of the World: science and fiction of the vagina*. Londres: Cromwell Press.
- Ehrenreich, B., & English, D. (1998). *Brujas, comadronas y enfermeras: Historia de las sanadoras. Dolencias y trastornos: política sexual de la enfermedad*. Barcelona: La Sal, Ediciones de les dones.
- Fernández, I. (2004). Medicina y poder sobre los cuerpos. *Thémata. Revista de Filosofía*, N° 33, 191-198.
- Forcades, T. (2006). *Los crímenes de las grandes compañías farmacéuticas*. Barcelona: Cuadernos Cristianisme i Justícia, Ediciones Rondas S.L.
- Forcades, T. (5-6 de Octubre de 2013). La medicalización en la sexualidad y en el impulso de la sed. Conferencia en VI Feria de Alimentación y Salud. Balaguer, Cataluña, España. Obtenido de <https://www.youtube.com/watch?v=TVmpz1v3sjw>
- Foucault, M. (1992). *La vida de los hombres infames. Ensayos sobre desviación y dominación*. España: La Piqueta.
- Foucault, M. (1998). *Historia de la sexualidad. Volúmen I: La voluntad del Saber*. México D.F.: Siglo Veintiuno.
- Franch, C. (2008). *Identidad y Prácticas Alimenticias: construcción cultural del cuerpo en mujeres de clase alta de la ciudad de Santiago. Tesis para optar al grado de magíster en estudios de Género, mención Ciencias Sociales*. Santiago: Universidad de Chile.

- Fuller, N. (1995). En torno a la polaridad marianismo-machismo. En M. Viveros, L. Arango, & M. León, *Género e Identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino* (págs. 241-264). Bogotá: Tercer Mundo Editores en coedición con Ediciones Uniandes y Programa de Estudios de Género, Mujer y Desarrollo, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia.
- García Canal, M. (1998). Espacio y diferenciación de género (hacia la configuración de heterotopías de placer). *Revista Debate Feminista, Año 9, Vol. 17*.
- Gerhard, J. (2001). De vuelta al "Mito del orgasmo vaginal": el orgasmo femenino en el pensamiento sexual estadounidense y el feminismo de segunda ola. *Debate Feminista, Año 12, Vol. 23*, 220-253.
- Gutierrez y González, E. (1880). *El vaginismo: tesis doctoral leída el 20 de octubre de 1880 en la Facultad de Medicina de Madrid*. Madrid: Imprenta de los Señores García y Caravera. [En línea] books.google.com/about/El_vaginismo.html?id=s15bAAAACAAJ. Última revisión: 6 de Mayo 2014 .
- Harding, S. (1998). ¿Existe un método feminista? En E. (. Bartra, *Debates en torno a una metodología feminista*. (págs. 9-34). México D.F.: UAM-X, CSH.
- Heritier, F. (1996). *Masculino/Femenino. El pensamiento de la diferencia*. Barcelona: Ariel.
- Hernández Sampieri, R., Fernández Collado, & Baptista Lucio, P. (2003). *Metodología de la Investigación*. México: McGraw-Hill.
- Irigaray, L. (2010). *Ética de la diferencia sexual*. Ellago Ediciones.
- Jackson, S., & Scott, S. (2007). Faking like a woman? Towards an Interpretative Theorization of Sexual Pleasure. *Body & Society, Vol. 13(2)*, 95-116.
- Kaplan, H. (2002a). *La nueva terapia sexual, Vol I*. Madrid: Alianza Editorial.
- Kaplan, H. (2002b). *La nueva terapia sexual, Vol. 2*. Madrid: Alianza Editorial.
- Lagarde, M. (2011). *Los cautiverios de las mujeres. Madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México D.F.: Siglo Veintiuno.
- Lamadrid, Silvia; Muñoz, Soledad;. (1996). *La investigación social en sexualidad en Chile 1984-1994. Serie Apuntes Docentes 2*. Santiago: PIEG, Universidad de Chile. .
- Lamas, M. (1995). Cuerpo e identidad. En M. Viveros, L. Arango, & M. León, *Género e Identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino* (págs. 61-81). Bogotá: Tercer Mundo Editores en coedición con Ediciones Uniandes y Programa de Estudios Género, Mujer y Desarrollo.
- Lamas, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. *Cuicuilco, Vol. 7, N° 18*.
- Lamas, Marta. (1994). Cuerpo: diferencia social y género. *Debate Femnista, Año 5, Vol. 10*, 3-31.
- Laqueur, T. (1990). *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Madrid: Ediciones Cátdra.
- Laqueur, Thomas. (1990). *La construcción del sexo. Cuerpo y género desde los griegos hasta Freud*. Madrid: Ediciones Cátdra.
- León, M. (1995). La familia nuclear: origen de las identidades hegemónicas femenina y masculina. En L. G. Arango, M. León, & M. Viveros, *Género e Identidad. Ensayos sobre*

lo femenino y lo masculino (págs. 169-192). Bogotá: Tercer Mundo Editores en coedición con Ediciones Uniandes y Programa de Estudios de Género, Mujer y Desarrollo, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia.

- Lévi-Strauss, C. (1981). *Las estructuras elementales del parentesco*. Barcelona: Paidós.
- Leyton, D. (2004). *Hacia una Antropología del Cuerpo. Significación Cultural de los Cuidados Corporales en Mujeres Rapa Nui. Tesis para optar al Título de Antropóloga Social*. Santiago de Chile.: Universidad de Chile.
- López, A., & Güida, C. (2001). Sexualidad. Campo de investigación interdisciplinaria. En A. M. Araujo, L. Behares, & G. Sapriza, *Género y Sexualidad en el Uruguay* (págs. 31-36). Montevideo: Ediciones Trilce.
- Maines, R. (2001). La tecnología del orgasmo. *Debate Feminista, Año 12, Vol. 23*, 166-219.
- Maines, Rachel. (2001). La tecnología del orgasmo. *Debate Feminista, Año 12, Vol. 23*, 166-219.
- Mariscal, E. (1999). El vaginismo como cuestión de barreras emocionales. *Revista de Psicoterapia, Vol. X, N° 38-39*, 63-66.
- Marradi, A., Archent, N., & Piovani, J. I. (2007). *Metodología de las Ciencias Sociales*. Buenos Aires: Emecé.
- Martínez Miguelez, M. (2011). *Ciencia y Arte en la Metodología Cualitativa*. México: Trillas.
- Martínez, M. (2003). Epistemología feminista y postmodernidad. *Cinta Moebio. N° 16*, 50-56. [En línea] www.moebio.uchile.cl/16/martinez.htm.
- Masters, W., & Johnson, V. (1981). *Incompatibilidad sexual humana*. Buenos Aires: Eitorial Intermédica.
- Matamala, M. I., Gálvez, T., & Gómez, E. (2005). *Género. Desiguales en salud y enfermedad*. Santiago.
- McDowell, L. (2000). *Género, identidad y lugar*. Madrid: Ediciones Cátedra, Universitat de Valencia.
- McDowell, Linda. (2000). *Género, identidad y lugar*. Madrid: Ediciones Cátedra, Universitat de Valencia.
- Moltedo-Perfetti, A., Nardi, B., & Arimatea, E. (2014). Coherencia sistémica e identitaria en mujeres con vaginismo primario. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología, Vol. 79, N° 1*, 56-63.
- Montecino, S. (1995). Identidades de Género en América Latina: Mestizajes, sacrificios y simultaneidades. En L. G. Arango, M. León, & M. Viveros, *Género e Identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino* (págs. 265-280). Bogotá: Tercer Mundo Editores en coedición con Ediciones Uniandes y Programa de Estudios de Género, Mujer y Desarrollo, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia.
- Montecino, S. (1996). Devenir de una traslación. De la mujer al género o de lo universal a lo particular. En S. Montecino, & L. Rebolledo, *Conceptos de Género y Desarrollo* (págs. 9-36). Santiago: PIEG, Universidad de Chile. Serie Apuntes Docentes I.
- Montecino, S. (1997). *Palabra Dicha. Escritos sobre Género, Identidades, Mestizajes*. Santiago: Universidad de Chile.

- Montecino, S. (2007). *Madres y huachos. Alegorías del mestizaje chileno*. Santiago de Chile: Catalonia.
- Montecino, S. (2013). Relaciones de género y vida privada en Chile. La casa y la calle. En S. Montecino, C. Franch, & (comp), *Cuerpos, domesticidades y género*. Santiago, Chile: Catalonia.
- Montecino, S.; Castro, R.; de la Parra, M. A. (2003). *Mujeres: Espejos y Fragmentos. Antropología del género y salud en el Chile del siglo XXI*. Santiago: Editorial Aconcagua.
- Moreno, H. (1995). Relaciones sexuales. *Debate Feminista. SExualidad: Teoría y Práctica. Año 6 Vol. 11*, 5-16.
- Moynihan, R. (2003). The making of a disease: female sexual dysfunction. *British Medical Journal, Vol. 326*, 45-47.
- Moynihan, R. (2005). The marketing of a disease: female sexual dysfunction. *British Medical Journal, Vol. 330*, 192-194.
- Ng, H.-n. (2010). *The meaning of sexual intercourse: personal accounts of Hong Kong Chinese married women who have experienced difficulty in vaginal penetrative sex*. . Hong Kong: Thesis in fulfillment of the requirement for the degree of Doctor of Philosophy at the University of Hong Kong.
- Nieto, J. A. (2003). *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural*. Madrid: Talasa Ediciones.
- Nieto, José Antonio (edit.). (2003). *Antropología de la sexualidad y diversidad cultural*. Madrid: Talasa Ediciones.
- Obach, A., & Sadler, M. (2009). Cuerpo femenino, medicina y poder: Reflexiones en torno a las disrupciones en la atención de salud reproductiva. En *Nación golpeadora. Manifestaciones y latencias de la violencia machista*. (págs. 80-90). Santiago: Red Chilena contra la Violencia Doméstica y Sexual.
- Olivares Crespo, M., & Fernández-Velasco, R. (2003). Tratamiento cognitivo-conductual de un caso de vaginismo y fobia a la exploración ginecológica. *Clínica y Salud, Vol. 14, N° 1*, 67-99. [En línea] www.redalyc.org/pdf/1806/180617967004.pdf. Última revisión: 6 de mayo, 2014.
- Ortiz, F. (2008). *Diccionario de metodología de la investigación científica*. México D.F.: Limusa.
- Preciado, B. (2011). *Manifiesto Contrasexual*. Barcelona: Anagrama.
- Ricci, P. (2010). Vulvodinia: un diagnóstico olvidado frente al dolor vulvar. *Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología*, 64-76.
- Rosenbaum, T. (2009). Applying theories of social exchange and symbolic interaction in the treatment of unconsummated marriage/relationships. *Sexual and Relationship Therapy Vol. 24 (1)*, 38-46.
- Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo. *Nueva Antropología, Vol. VIII, N° 30*, 95-145.
- Rubin, G. (1989). Reflexionando sobre el sexo: notas para una teoría radical de la sexualidad. En C. S. Vance, *Placer y peligro. Explorando la sexualidad femenina* (págs. 113-190). Madrid: Ed. Revolución.

- Sáez Sesma, S. (2009). El Vaginismo y sudialéctica sexuada. *Anuario de Sexología, N° 11*, 27-33 [En línea] sexologiaenredessociales.files.wordpress.com/2013/08/a11-3-saez.pdf. Última revisión: 7 de mayo, 2014.
- Sánchez Bravo, C., Carreño Meléndez, J., Corres Ayala, N., & Henales Almaraz, C. (2010). Perfiles e indicadores psicológicos relacionados con la dispaurenia y el vaginismo. Estudio cuantitativo. Primera parte. *Salud Mental, Vol. 33, N° 4*, s/n [En línea] www.redalyc.org/pdf/582/58219793008.pdf. Última revisión: 6 de mayo, 2014.
- Sánchez Bravo, C., Carreño Meléndez, J., Corres Ayala, N., & Taracena Ruiz, B. (2010). Perfiles e indicadores psicológicos relacionados con la dispaurenia y el vaginismo. Estudio cualitativo. Segunda parte. *Salud Mental, Vol. 33, N° 5*, s/n. [En línea] www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252010000500008. Última revisión: 6 de mayo, 2014.
- Scott, J. (2008). *Género e historia*. México D.F.: Fondo de Cultura Económica.
- Segal, L. (1995). Repensando la heterosexualidad: las mujeres con los hombres. *Debate Feminista. SExualidad: Teoría y Práctica. Año 6 Vol. 11*, 17-32.
- Seidler, V. J. (1995). Los hombres heterosexuales y su vida emocional. *Debate Feminista. Sexualidad: Teoría y Práctica. Año 6 Vol. 11*, 75-107.
- Serman, F. (2002). Cáncer cervicouterino: epidemiología, historia natural y rol del virus papiloma humano. Perspectivas en prevención y tratamiento. *Revista Chile de Obstetricia y Ginecología, Vol. 67, N° 4*, 318-323.
- Sharim, D., Silva, U., Rodó, A., & Rivera, D. (1996). *Los discursos contradictorios de la sexualidad*. Santiago: Ediciones Sur.
- Stephenson, M. (1998). Hacia una análisis de la relación arquitectónica entre género femenino y raza en Bolivia. *Debate Feminista, N° 17*, 47-57.
- Taylor, S., & Bogdan, R. (1994). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación. La búsqueda de significados*. Buenos Aires: Paidós.
- Ussher, J. (1991). *La psicología del cuerpo femenino*. Madrid: Arias Montano Editores.
- Valdés, T., & Guajardo, G. (2003). Investigación en sexualidad en Chile 1990-2002. En T. Valdés, & G. Guajardo (edit.), *Hacia una agenda sobre sexualidad y derechos humanos en Chile. Seminario-Taller, 17 y 18 de noviembre de 2003*. Santiago: FLACSO-Chile.
- Viveros, M. (1995). Saberes y dolores secretos. Mujeres, salud e identidad. En L. G. Arango, M. León, & M. Viveros, *Género e Identidad. Ensayos sobre lo femenino y lo masculino* (págs. 149-168). Bogotá: Tercer Mundo Editores en coedición con Ediciones Uniandes y Programa de Estudios de Género, Mujer y Desarrollo, Facultad de Ciencias Humanas, Universidad Nacional de Colombia.
- Wolf, N. (2013). *Vagina. Una nueva biografía de la sexualidad femenina*. Barcelona: Kairós.

X. ANEXOS

Convocatoria para participar en estudio sobre mujeres con vaginismo, correspondiente a tesis de postgrado.

Se buscan mujeres para ser parte de la muestra de una tesis de posgrado, que tengan vaginismo en cualquiera de sus formas (primera, secundaria, leve, severa, selectiva, etc.).

La participación contempla la realización de al menos 2 entrevistas por persona, que consisten en entrevistas libres al estilo de una conversación, de entre 1 y 2 horas de duración, cuyo audio será grabada. La entrevista será realizada y transcrita por Manuela Cisternas, quien lo usará para su tesis de posgrado. Manuela es antropóloga social de la Universidad de Chile y tesista del Magíster en Estudios de Género y Cultura, mención Ciencias Sociales, de la Universidad de Chile. También es investigadora y docente del Centro Interdisciplinario de Estudios de Género de la Universidad de Chile, y docente de la Universidad Diego Portales.

Previo realización de la entrevista, la entrevistada recibirá un compromiso de confidencialidad firmado por la tesista, en donde se asegura el resguardo de los datos personales de la entrevistada, al igual que cualquier otra información que la entrevistada exprese como confidencial y que no desea que sea utilizado por la tesista. Se le solicitará a la entrevistada firmar una carta de consentimiento informado, donde da cuenta que se le han explicado los detalles del proceso de investigación. También, la entrevistada tendrá derecho a copias de las grabaciones, las transcripciones y la tesis finalizada antes de la defensa de tesis. La entrevistada tiene el derecho a retirarse de la investigación cuando lo desee, como también solicitar el no uso de sus entrevistas.

La investigación de la tesis, además de la publicación del informe final, considera la realización de artículos, ponencias, y otros productos académicos y literarios con los insumos de la investigación. En todo producto, los datos personales de las entrevistadas serán resguardados.

Se espera poder realizar las entrevistas entre Agosto y Noviembre del año 2014, previo acuerdo entre las entrevistadas y la tesista, en lugares de comodidad y confianza de cada una de las entrevistadas.

Si desea conocer más sobre el proceso de esta investigación, puede comunicarse directamente con Manuela Cisternas al correo mxclisternas@u.uchile.cl

Solicitud de Consentimiento Informado

Usted ha sido invitada a participar en un estudio sobre mujeres con vaginismo. La realización de esta investigación tiene como fin la entrega de tesis de postgrado de Manuela Cisternas Gasset, para optar al grado de Magíster en Estudios de Género y Cultura, mención Ciencias Sociales, del departamento de Antropología, Facultad de Ciencias Sociales de la Universidad de Chile.

La participación en este estudio contempla entrevistas personales, en donde se solicitará que se relacionen experiencias relacionadas a la sexualidad (actual y pasada), a la percepción, opinión y valoración del cuerpo, sus experiencias personales en relaciones de pareja y sexuales, y a la experiencia en el sistema médico.

La entrevista es confidencial y voluntaria. Su identidad sólo será conocida por la persona que realice la entrevista y su nombre no quedará registrado en las publicaciones que se realicen con este material, a menos que se desee lo contrario. Sólo será reconocida por un pseudónimo que usted misma puede elegir.

Cada entrevista dura entre una (1) y dos (2) horas. Si lo estima pertinente puede suspender su participación en cualquier momento, como también rechazar a contestar preguntas durante la entrevista.

Las entrevistas realizadas serán grabadas para luego ser analizadas y hacer notas y citas acorde a lo dicho. Si por motivos personales prefiere que no se utilicen ciertas citas o información mencionada en la entrevista, será debidamente respetado.

Tiene derecho a recibir copias de las grabaciones y transcripciones de sus entrevistas cuando estén disponibles, y acceso al informe final de tesis.

Esta investigación no tiene fines de lucro ni ha sido solicitada por entidad alguna que vaya a obtener beneficios económicos de ella. Quienes son entrevistadas no recibirán compensación económica por su participación.

Si existe alguna pregunta sobre sus derechos como participante en esta investigación, si se encuentra insatisfecho con algún aspecto del estudio, o desea suspender su participación, puede comunicarse con la investigadora responsable del estudio cuyos datos se mencionan a continuación:

Manuela Cisternas
Antropología Social, Universidad de Chile
Teléfono 65961424
Correo electrónico: mxclisternas@u.uchile.cl

Firma investigadora responsable: _____

Fecha: _____

Formulario de Consentimiento Informado

He sido invitada a participar en la tesis “*Sexualidad y cuerpo en relatos de mujeres con vaginismo*” de Manuela Cisternas Gasset, para optar al grado de Magíster en Estudios de Género y Cultura, mención Ciencias Sociales. Entiendo que mi participación consistirá en la realización de al menos dos (2) entrevistas abiertas, al estilo de una conversación que durarán entre una (1) y dos (2) horas, según mi conveniencia y disposición.

Estas entrevistas tratarán temáticas referidas a mis vivencias y percepciones relativas a la sexualidad, a la percepción, opinión y valoración del cuerpo, mis experiencias personales en relaciones de pareja y sexuales, y a la experiencia en el sistema médico.

He leído (o se me ha leído) la información del documento de consentimiento. He tenido tiempo para hacer preguntas y se me ha contestado claramente. No tengo ninguna duda sobre mi participación.

Yo, _____, acepto voluntariamente participar y sé que tengo derecho a terminar mi participación en cualquier momento.

Firma de la participante

Firma de la investigadora

Compromiso de Confidencialidad

El/la suscriptor/a de la presente carta se compromete a mantener la confidencialidad en relación a toda la información obtenida en el proceso de transcripción de las entrevistas y conversaciones realizadas en el marco de la tesis “*Sexualidad y cuerpo en relatos de mujeres con vaginismo*” de Manuela Cisternas Gasset, para optar al grado de Magíster en Estudios de Género y Cultura, mención Ciencias Sociales.

Al respecto, el/la transcriptor/a declara que está de acuerdo con lo siguiente:

- a) No divulgar a terceras personas o instituciones el contenido de las grabaciones de entrevistas y conversaciones, entregadas a el/ella para transcripción, en especial nombres, lugares y eventos relatados.
- b) No compartir a terceras personas o instituciones las grabaciones o transcripciones, parciales o completas.
- c) No conservar las grabaciones, ni permitir que se realicen copias de los archivos, una vez finalizado el trabajo de transcripción.
- d) No conservar las transcripciones, ni permitir que se realicen copias de estos, una vez finalizado el trabajo de transcripción.
- e) Si existe la posibilidad de que, una vez comenzado el trabajo de transcripción, el/la transcriptor/a se percatara de que pueda tener algún conflicto de interés respecto a la información (ejemplo: conoce a la persona entrevistada, o a alguien mencionado en la entrevista), notificará el hecho y se abstendrá de seguir transcribiendo dicha grabación.

Declaro haber leído, entendido y aceptado, y aceptar el cumplimiento de lo anteriormente requerido.

Si por algún motivo faltase a cualquiera de mis compromisos, acepto mi responsabilidad por cada uno de mis actos y sus posibles consecuencias, incluyendo, el no pago de mi trabajo.

Fecha:

Nombre:

Rut:

Firma: