

## **Mujeres, placer sexual y empoderamiento: reflexiones desde el trabajo de campo**

**María Olivella Quintana**, Candidata a Doctora en Antropología (Universitat Rovira i Virgili, España) e investigadora en Derechos y Salud Sexual y Reproductiva.

**Ana Porroche Escudero**, Doctora en Antropología y profesora de Antropología y Estudios de Desarrollo (Universidad de Sussex, Reino Unido).

### **1. Introducción**

Dos argumentos han inspirado este artículo. El primero emerge de nuestra constatación de que las conversaciones sobre salud se siguen reduciendo a la enfermedad, a pesar de avances importantes en la teoría de la salud que reclaman su vertiente más positiva o no patogénica (García y Lineros 2010). Una de las principales consecuencias de este hecho es que cuando hablamos de salud, y aún más cuando hablamos de salud sexual y/o reproductiva, tendemos a olvidarnos de hablar de placer. Las consecuencias son importantes tanto en el ejercicio de nuestro trabajo como en el bienestar de las personas con las que trabajamos. El segundo argumento deriva de nuestra realización de que las asociaciones teóricas entre la sexualidad, el placer, la salud y el poder son complicadas y merecen un análisis cuidadoso. Con esto queremos expresar que si bien es importante reivindicar las vinculaciones entre estos conceptos, es igual de necesario no realizar generalizaciones ni negar experiencias. Nuestra trayectoria profesional y académica nos ha llevado en los últimos años a reflexionar sobre estas cuestiones. Este artículo empieza, pues con dos historias personales y que son las que nos han empujado a escribirlo.

María lleva años dedicándose a la promoción y el activismo en salud sexual y reproductiva, entre otras cosas a través de la facilitación de talleres para jóvenes. Recuerda que los primeros talleres que facilitó fueron financiados por una institución pública bajo una subvención para prevención del VIH. Así, diseñó los primeros talleres alrededor de las ITS (Infecciones de Transmisión Sexual), preparando dinámicas que permitieran darlas a conocer, cómo se transmiten, cómo se pueden identificar... ¡Hasta llegó a imprimir fotografías de vaginas y penes con sífilis, gonorrea, virus del papiloma humano (VPH) o herpes! Pronto se dio cuenta que así sólo conseguía “acojonar” a los y las jóvenes. Y no solo eso, se

dio cuenta de que mostrar lo peligroso que es tener relaciones desprotegidas así, de repente, solo conseguía bloquearlos o desinteresarse por la actividad. Entendió que entrar en un aula y empezar directamente a hablar de ITS, relaciones abusivas o sexismo puede ser contraproducente.

Esta reflexión hizo que de repente se acordase de su primera clase de educación sexual, facilitada por el Centre Jove d'Anticoncepció i Sexualitat (CJAS Barcelona) en su instituto. Debía de tener unos 15 años por aquel entonces. La facilitadora tenía una perspectiva sobre la sexualidad radicalmente diferente y basada en el gozo. María todavía se acuerda del mensaje que aprendió aquel día: el sexo gusta tanto porque está basado en producir, dar, y recibir placer. Aquellas palabras clave fueron liberadoras y permitieron aliviar sentimientos de culpabilidad y bloqueos respecto su sexualidad. Estas experiencias fueron determinantes para su trabajo y siempre intenta conseguir ese efecto positivo en sus talleres.

El posicionamiento teórico, político y personal de Ana viene de su frustración con el discurso del cáncer de mama. El cáncer de mama ha sido investigado hasta la saciedad, no porque sea la causa de muerte más prevalente entre las mujeres, sino porque representa tabúes y ansiedades sociales en torno a la feminidad y la maternidad. De hecho, ha llegado a ser definido como una “enfermedad sexy”. ¿Por qué sexy? Porque las historias que narran las tragedias maritales en la vida de las mujeres que han sido operadas vende. También venden las historias heroicas; ya sean de madres embarazadas que prefieren sacrificar su vida al posponer los tratamientos y seguir adelante con su embarazo (Saywell et al. 2000), o de mujeres que se someten a una doble mastectomía bilateral al descubrir que tienen el gen canceroso aunque esto no sea garantía de que desarrollen un tumor.

Sin embargo, Ana pronto se daría cuenta de que esta ansiedad por la sexualidad y la sexualización del cáncer de mama, esta más basada en la preocupación por el bienestar del “otro” (ya sean pareja, hijos, vecinos o profesionales de la salud) que en el bienestar de las mujeres. Tradicionalmente se supone que la esencia sexual de las mujeres radica en su feminidad, brutalmente reducida a la belleza (simétrica) corporal y a su capacidad para ejercer de madre y ciudadana responsable. Como resultado el eslogan “ponte guapa, siéntete bien” es tan poderoso porque ha sido promovido ferozmente por los profesionales de la salud y determinadas asociaciones con el objetivo de ayudar a restaurar la supuesta feminidad perdida que tanto incomoda a la sociedad. Así, las mujeres afectadas reciben presiones sociales y médicas para que usen “artefactos” (Lorde 1997) que oculten la calvicie, la pérdida de pecho o cualquier síntoma del cáncer que nos recuerde nuestra mortalidad. Por supuesto que en la categoría de

artefactos se incluye la reconstrucción mamaria.<sup>1</sup> Como ya habrá podido imaginar la lectora la reducción de la sexualidad de las mujeres a su imagen corporal es altamente problemática por varias razones que no podemos desarrollar en este artículo. Solo mencionaremos que no se tiene en cuenta el hecho que para algunas mujeres los pechos son un órgano sexual tan importante, o más, que el clítoris (Porroche-Escudero 2011a). Por tanto, la reconstrucción sirve para satisfacer la necesidad visual y sexual de la pareja, también puede reconfortar a los hijos, familia y sociedad “de que todo está bien”, pero no puede devolver a las mujeres la capacidad de sentir placer encarnado. Con esto no quiere decir que para muchas mujeres no sea terapéutica. Lo que queremos decir es que el aspecto estético para satisfacer al “otro”, no es la única preocupación de *todas* las mujeres: para algunas la reconstrucción es una manera de reestablecer el “yo” y la integridad física que ha sido dañada con la mutilación de una parte del cuerpo; para otras muchas no puede restablecer el “yo” completamente puesto que no restaura la capacidad de aprehender el mundo a través de los sentidos del cuerpo; tampoco devuelve la capacidad de experimentar placer encarnado. Explicaremos algunas de las implicaciones de esta lectura miope del placer de las mujeres basada en modelos patriarcales más adelante.

Y retomando el argumento de nuestro artículo es obligatorio enfatizar que nuestro objetivo aquí es poner el placer en el punto de mira; y aún más en un contexto de crisis donde parece que cuestiones de bienestar encarnado son secundarias. Revindicamos así el derecho al placer, no solo desde un punto de vista instrumental, que lo es, sino también desde la certeza de que el placer es un derecho negado que puede resultar profundamente transformador (ver Jolly et al. 2013). En la primera sección de este artículo nos preguntamos qué es el placer y reivindicamos una definición amplia, que no excluya ni estigmatice a nadie, que sea entendido como un derecho humano en sí mismo y no como un mero instrumento para prevenir la enfermedad. A continuación, elaboramos una serie de argumentos que justifican porque enfocar la sexualidad y la salud sexual y reproductiva desde el punto de vista del placer es recomendable y empoderador. Finalmente, a modo de advertencia, señalamos que el enfoque del placer no es un

---

<sup>1</sup> Es necesario destacar que escritoras como Mari Luz Esteban Galarza\*, Sue Wilkinson y Celia Kitzinger (1993, 1994), y activistas como Cathie Malthoutr \*\* o la propia Audre Lorde (1997), y muchas de las mujeres entrevistadas por Ana, han señalado que la reconstrucción se prescribe de una manera casi “impositiva” basada en valores morales de género y heterosexistas. Tal es así que para muchos equipos médicos la opción de no reconstruirse *no* es una opción imaginable. Por si fuera poco, esta prescripción de lo que es una “feminidad normal” supone que en muchas ocasiones la enumeración de las maravillas de la cirugía estética encubra la crudeza de posibles efectos secundarios. \*Mari Luz Esteban Galarza, comunicación personal electrónica, 7 de abril del 2013. \*\*Cathie Malhouitre, comunicación personal, Brighton 5 de marzo del 2013.

discurso simplista y que depende de cómo sea utilizado puede acarrear el peligro de normalizar lo que es y lo que no es placer. Concluiremos con la presentación de tres herramientas que pueden ser útiles a la hora de abordar el tema del placer en nuestro trabajo diario.

## **2. ¿Qué entendemos por placer sexual?**

Mucho se ha escrito sobre el placer a lo largo de la historia. Filósofos clásicos como Aristóteles o Epicuro dedicaron parte de su obra a hablar del placer. Una de las creencias más comunes es que el placer es la ausencia de sufrimiento o de dolor. Al mismo tiempo, las personas organizadas alrededor del movimiento BDSM<sup>2</sup> opinan todo lo contrario, que el dolor puede ser una gran fuente de placer. La idea de placer cambia con la edad, muta, y también está influenciada por el contexto: varía de una cultura a otra, va cambiando a lo largo de la historia y dependiendo de la experiencia personal y gustos de las personas. Para algunas el placer es estar bien con uno/a mismo/a, para otras la sexualidad es la principal fuente de placer, para otras el placer se obtiene a través del trabajo bien hecho o el éxito y para otras todas las anteriores. Tal como describe Heathwood (2007) el placer se puede situar tanto en lo corporal, como en lo emocional o en lo cognitivo. Si escuchamos a las personas, entenderemos que el placer es polimórfico y que no puede ser definido de manera unívoca ya que cada persona entiende el placer de manera distinta. Lo que sí que parece común en esta variedad de definiciones es el elemento de gozo y felicidad que conlleva el placer y la certeza que puede llegar a ser una necesidad vital del género humano, igual que comer, respirar o dormir. A nosotras nos gusta la siguiente definición de Alston:

“Placer es tener una experiencia que, a partir del momento en que se tiene, uno/a preferiría tenerla que no haberla tenido” (Alston, 1967 citado en Heathwood 2007:26)

Ahora bien, creemos importante señalar que para nosotras el placer es mucho más que el placer sexual. Por placer sexual entendemos aquél placer que se obtiene de prácticas sexuales, ya sean corporales o de otra índole, como por ejemplo espirituales o de sugestión. El placer sexual tiene la misma heterogeneidad que el resto de los placeres, tal como hemos visto con anterioridad, y puede ser obtenido a través de diferentes caminos, no todos corporales.

Sin embargo, establecer una estricta línea divisoria entre placeres sexuales y placeres no-sexuales nos parece equívoco. El placer sexual y otros placeres se

---

<sup>2</sup> Acrónimo de Bondage, Dominación, Sumisión y Sadomasoquismo.

mezclan en el ámbito de lo simbólico. Por ejemplo, Sharma (2011) nos explica cómo en unos talleres realizados por la organización Nirantar en áreas rurales de India se usó el hablar de comida como simbolismo para hablar de sexualidad:

Una de las participantes habló, por ejemplo, de cómo si una se quiere comer cinco *rotis* (trozos de pan) y obtiene sólo dos, uno tendrá que ir a buscar los otros tres, incluso tomarlos de un/a vecino/a si fuera necesario. Por otro lado, si una mujer se ve obligada a comer siete *rotis* puede sufrir una indigestión<sup>3</sup>. (Sharma 2011: 15)

El trabajo de campo realizado por María en Reino Unido arroja conclusiones similares. María entrevistó a 15 mujeres de diferentes nacionalidades sobre sus experiencias en sexualidad. RH, de Zambia, por ejemplo, recuerda una discusión con un profesor sobre el concepto de placer y nos expresa la dificultad de separar placer sexual de otros placeres:

Lo único que podía pensar cuando él me hablaba de placer era de placer sexual. Pero más tarde me di cuenta de que cuando estoy hablando con mis amistades y estoy emocionada, ¡es un placer! Incluso cuando estoy comiendo y lo estoy disfrutando me da un tremendo placer, una tremenda satisfacción (RH, Zambia, Julio 2012, Brighton, Reino Unido).<sup>4</sup>

Así podemos ver que según algunas personas el placer y el placer sexual serían sinónimos, o se encuentran en similares campos experienciales. Tomando este punto de vista nos podríamos replantear también el concepto de sexualidad, que se expandiría fuera del ámbito corporal y del orgasmo y que podría representarse por cualquier experiencia de placer.

Insistimos también en la idea que acotando demasiado la definición de placer corremos el riesgo de normalizar, es decir, imponer una definición de lo que es normal y lo que es patológico. En este sentido los movimientos BDSM nos ayudan a entender que es necesario no restringir ni patologizar algunas representaciones del placer. Retomaremos este punto en la tercera sección.

El objetivo de este artículo no es establecer una articulación lógica sobre el fenómeno del placer pues nos ocuparía un artículo entero; nuestro objetivo es establecer una serie de reivindicaciones sobre la necesidad de tomar en cuenta las

---

<sup>3</sup> Traducción del inglés al español por parte de las autoras. Importante recalcar que en inglés las palabras que tienen género neutro como “neighbor” se han traducido como vecino/a. Esta es una interpretación de las traductoras ya que la persona que emite el discurso no especifica si la persona vecina es masculina, femenina o transgénero.

<sup>4</sup> Traducción del inglés al español por parte de las autoras.

experiencias de placer sexual de las personas con las que trabajamos, ya sea en el ámbito profesional, académico o activista. Partiendo siempre del punto de vista que el placer sexual es uno de los muchos placeres, que puede expresarse de múltiples formas y que puede trascender lo que es comúnmente definido como “sexualidad”. Aquí nos centraremos en la dimensión sexual del placer sin olvidar como de mezclado se encuentra con otros placeres. También, como ya hemos indicado, evitaremos normativizar qué es placer y qué no lo es y seremos críticas con posiciones que así lo generen.

### **3. ¿Por qué es importante el discurso del placer (sexual)?**

A menudo las personas que nos dedicamos al activismo y a tareas sociales nos olvidamos del placer. Estamos tan empeñadas en luchar, en cambiar el mundo, en dar a conocer las injusticias, que nos olvidamos que el deleite y el gozo también son necesidades humanas. Una de las muchas razones de este fenómeno se encuentra en que la única manera que tenemos de justificar una intervención social es su problematización. Este enfoque es muy claro en las disciplinas de políticas públicas o desarrollo donde se tiende a intervenir para solucionar un determinado “problema”. También podemos observar este fenómeno en el ámbito de la educación, la psicología o cualquier ámbito del conocimiento y de la acción social. La obsesión por las patologías se agrava en el campo de la medicina donde parece que la tarea de los y las profesionales es solucionar únicamente carencias de salud. Así, la salud pública y la sexología no son una excepción. Lo que conocemos como sexología se viene dedicando desde hace unos 100 años a solucionar disfunciones sexuales y la mayoría de servicios de salud sexual y reproductiva se especializan en atender enfermedades de transmisión sexual, patologías reproductivas o a medicalizar embarazos. Dentro del campo de salud pública cabe destacar el área de promoción de la salud ya que ilustra magníficamente este enfoque patogénico; a pesar de que el principal objetivo es mejorar la salud de la población, el objetivo es erradicar las enfermedades y controlar los factores de riesgo. Solo en contadas ocasiones los programas de salud o promoción de la salud se dedican a potenciar el bienestar social, la felicidad, la resiliencia, las capacidades, el talento o las potencialidades de las personas.

Desde enfoques foucaultianos se considera que la sexualidad, mayoritariamente en las sociedades occidentales aunque no exclusivamente, es uno de los principales espacios de intervención por parte del Estado y de su biopoder (Foucault 1978; Harding 1997; Ávila y Montenegro 2011). De este modo la construcción biomédica de la sexualidad (khanna 2007) es una de las principales consecuencias del interés del Estado por controlar y acotar cualquier expresión de la sexualidad (véase también Platero-Méndez 2009a, 2009b). Es en

este tipo de contextos políticos en los que un enfoque positivo centrado en el placer se considera intrascendente, pues hay otras realidades “materiales” o “tangibles” más primordiales, y peligroso pues amenaza el orden social.<sup>5</sup>

Es este régimen de biopoder combinado con elementos culturales o religiosos, que genera que las actividades de promoción del sexo seguro continúen centrándose en los aspectos negativos del sexo, el riesgo, la enfermedad, la enfermedad mental y los resultados negativos (Singhal 2003; Ingham 2005; Philpott et al., 2006 citados en Knerr and Philpott 2009). La experiencia que María explicaba al principio no dista mucho de las experiencias de muchas mujeres educadas en Estados Unidos. Así es como MF recuerda sus clases de educación sexual:

MF: Era fatal, era muy embarazoso el tema. Solía ser en grupos todo el tiempo y después docencia...

MO: ¿Por qué era embarazoso?

MF: Por lo general tendrías este hombre de mediana edad explicándote cómo usar un condón... y es muy incómodo porque te sientes como que no es alguien con quien puedas hablar sobre sexo. Aunque tengas a alguien más joven con el que te puedes relacionar, te pones nerviosa. Porque te han dicho toda la vida que no se debe hablar sobre sexo, pensar sobre sexo, que el sexo es malo, y la forma en que lo expresas es algo que has visto en las películas, es muy cool ... pero que tienes que ocultarlo de tus padres<sup>6</sup> (Entrevista, MF, USA, Julio 2012, Brighton, UK)

A través de esta anécdota que nos cuenta MF podemos ver como la clase de educación sexual se convierte en un espacio de incomodidad, un espacio que genera ansiedades y absolutamente reñido con cualquier discurso basado en el placer.

Pocas veces oímos hablar de profesionales u organizaciones que trabajan para empoderar a las personas a través de erotizar las prácticas de sexo seguro, celebrar el cuerpo y hacer las clases de educación sexual sexy y divertidas<sup>7</sup> (Pleasure Project 2013). Lo cierto es que la demonización del sexo es desempoderadora

---

<sup>5</sup> Véase especialmente el artículo de Carol Groneman (1994) sobre la ninfomanía. La autora investiga tanto la historia del concepto (los orígenes) y su diagnóstico que reflejan creencias sociales sobre como las mujeres han de comportarse social y sexualmente.

<sup>6</sup> Traducción del inglés al español por parte de las autoras.

<sup>7</sup> Cabe la pena destacar el trabajo fantástico e inspirador que está llevando a cabo la cooperativa *Desmontando a la Pili*. Como ellas mismas dicen: “En *Desmontando a la Pili* a través de los juguetes eróticos (de la asesoría y los talleres de formación) para niñas grandes fomentamos el consumo responsable hasta en la cama para pedalear hacia otra sexualidad basada en la diversidad, el respeto, el placer y la salud.”

porque tiene efectos colaterales perjudiciales. Primero crea sentimientos de culpa y vergüenza; la imposibilidad de hablar con honestidad de determinados sentimientos o deseos sexuales hace que muchas personas sufran en silencio y se culpabilicen por tener gustos, inclinaciones y anhelos que van contra de lo que es considerado “normal”. Anais Bertrand-Dansereau (2013) argumenta que esta situación produce un proceso de enajenación entre el deseo sexual (del individuo) y el individuo mismo creando una sexualidad forzosamente dicotómica, cartesiana, que divide e ignora las motivaciones principales por las que las personas practican y tienen sexo: “el placer, la intimidad, el amor, la curiosidad y no solo la coerción, la pobreza o la presión de grupo” (2013: 187). Esto conlleva que en nuestra práctica profesional produzcamos un abismo entre las necesidades sexuales de las personas y el tipo de (des)información que ofrecemos, generalmente basada en la negación, abstinencia o perpetuación de roles y estereotipos de género que raramente cuestionamos. Uno de los ejemplos más claros es el fracaso estrepitoso de los discursos de abstinencia para prevenir los embarazos y las enfermedades de transmisión sexual. Los jóvenes se saben la teoría de carretilla sin embargo incurren en comportamientos de riesgo cuando el amor, la curiosidad y el placer son más poderosos que el miedo (NCAC 2002; Knerr and Philpott 2009).

Pero lo que parece fácil de decir, no es tan fácil de poner en práctica. Como Julia Ojuel pone de manifiesto en este libro, el peso de los modelos de salud centrados en la enfermedad, combinado con nuestras cargas personales fruto de nuestra aculturación y trayectorias personales, hace que estemos poco acostumbradas a tener en cuenta que las personas con las que trabajamos (pacientes, alumnas, participantes, compañeras...) son seres sexuales; más aún, se nos olvida que son sujetos de placer. La “erotofobia” (Knerr and Philpott 2009) o incomodidad al hablar de sexo de una manera explícita, más todavía si es de una manera positiva, es uno de los motivos por los que el placer está ausente de nuestro diccionario médico y profesional causándonos (in)directamente una cierta amnesia. De nuestra “erotofobia” o amnesia debemos de dar las gracias a nuestro legado católico apostólico romano que nos ha educado para pensar que el placer es sucio y banal. Nuestra formación positivista y atomística también nos impide ver la sexualidad como parte integral del ser humano y la fragmenta. En la práctica significa que con frecuencia damos por hecho que solo somos necesarias si la persona con las que interactuamos son desvalidas o tienen disfunciones. En resumidas cuentas, la lógica biomédica y el peso de la religión es una combinación peligrosa que puede desempoderar a las personas que tratamos de ayudar.

El trabajo de campo de Ana descubrió que hay mujeres que sufren o han sufrido cáncer de mama y que están preocupadas por el impacto que los



tratamientos tienen en su sexualidad. Esta preocupación no se debe sólo a la apariencia física, sino a las dificultades para tener orgasmos y pensamientos eróticos años después de haber terminado las sesiones de quimioterapia y radioterapia. Muchas de estas mujeres se quejaban de que nadie les hubiese informado de los efectos secundarios en su sexualidad a corto, medio y largo plazo, contrastando con la rapidez con la que se informa a los hombres cuando son diagnosticados con cáncer de próstata (Dowsett 2008; AECC 2004). Esto da lugar a dos situaciones en las que las mujeres nunca ganan. Una, si las mujeres se conforman con las reglas patriarcales, que dictan que la modestia es dignidad y la sexualidad es inmoral, no se atreven a plantear sus problemas a los y las profesionales de la salud. Por lo tanto, sus preguntas permanecen sin resolver, lo cual puede agravar los temores de la reaparición del cáncer. Nótese que las mujeres reciben lo que Marian Suárez (2000) irónicamente llama el “programa de festejos” o hoja de consentimiento informado al iniciar cualquier tipo de procedimiento diagnóstico o tratamiento. Si los efectos secundarios que experimentan no están reflejados en el “programa de festejos” no debe sorprendernos que las mujeres muestren síntomas de preocupación y ansiedad. Dos, aquellas mujeres que sí se atreven a exponer sus problemas sexuales están expuestas a ser juzgadas, puesto que sus quejas pueden ser tildadas de insustanciales.

Reproducimos a continuación fragmentos de una entrevista con Arantxa, una de las informantes de Ana, que había sido diagnosticada siete años antes de la entrevista. Merece la pena dar un poco de contexto para entender la situación mejor. Arantxa es una mujer de más de 60 años y toda su vida trabajó como educadora sexual, profesora y planificadora familiar. Palabras como sexualidad, placer, orgasmo, clítoris, masturbación y empoderamiento eran y son su pan de cada día. A medida que iban pasando los meses, incluso los años tras el diagnóstico, se fue dando cuenta de que había perdido la libido. Esto le sorprendía pues siempre había tenido una relación saludable y placentera con su pareja y su sexualidad. Cuando empezó a indagar los médicos le aseguraron que probablemente se debía a la pérdida del pecho, excusa que se negó a aceptar pues con toda su trayectoria profesional y activista se ha “trabajado esa parcela como mujer, de no valorarme por mi cuerpo, sino por lo que pienso y lo que soy”.

Insatisfecha siguió pidiendo explicaciones incansablemente que incomodaron a propios como su pareja, y extraños como los profesionales de la salud. En varias ocasiones, incapaces de diagnosticar “otro” problema le dijeron que eso eran cosas secundarias, cosas de la edad, que era un problema de su marido o que probase a ponerse lubricante (que como Arantxa dice humedece la vagina pero no devuelve el apetito sexual). Si la falta de libido era frustrante, las respuestas paternalistas y condescendientes lo eran más:

Que no es un tema prioritario [la sexualidad] lo he constatado yo... En este momento las mujeres seguimos de alguna manera negando que nuestra sexualidad sea importante. O sea, en España, a niveles normales, nos parece que el dar importancia a nuestra vida sexual es sentirte un poco putilla por así decirlo, un poco salida. Y si eso es así en la realidad, en la vida normal con cáncer... ¿Qué pasa cuando estás hablando de una cosa seria como es el cáncer y se lo comentas a tu oncólogo? A mí me dijo: “esos son cosas pequeñas”. Dije: “vaya, otro”. Es que hay que tener mucha... ¡hay que tener las cosas muy claras para plantearle las cosas a los médicos eh! El otro día la enfermera que tenía al lado el oncólogo yo creo que se estaba haciendo cruces [ante la insistencia]. Mi marido pegándome por los bajines para que no me pasara. Ya estoy cansada, y ya te dije que la edad y los ambientes por los que me he movido dan cierta experiencia. Y si no lo consigo yo, el resto de las mujeres mucho menos. Se les debería decir a las mujeres: `oiga mire, Ud. va a tener un periodo así, no se preocupe y no se siente mal´, porque es que yo tengo mujeres que se culpabilizan: `ay, es que no tengo ganas, es que no soy capaz de... es que no quiero que mi marido me vea sufrir´ y todo... al final otra carga más. (Arantxa, 2008)

Las palabras de Arantxa no solo reclaman el placer sexual como un derecho, sino que ponen de relieve tres de las cuestiones clave de este artículo y que desarrollaremos en la tercera parte: primera, cómo las percepciones sociales sobre la sexualidad de las mujeres combinan con el edadismo,<sup>8</sup> capacitismo<sup>9</sup> y clasismo<sup>10</sup> para violar descaradamente los derechos sexuales de las mujeres al silenciar la sexualidad y negar el placer sexual como derecho humano. Segunda, cómo la combinación de la autoridad médica, y la cultura biomédica pueden ser perjudiciales para la salud ya que dictan cómo la sexualidad debe ser vivida, y margina y medicaliza a todas aquellas personas cuyas sexualidades son disidentes (Vance 1984).

### ***3.1. Es importante porque expande la definición de salud***

---

<sup>8</sup> Edadismo es el prejuicio, actitudes negativas y/o discriminación basada en la edad de las personas.

<sup>9</sup> Capacitismo es el prejuicio, actitudes negativas y/o discriminación basada en las habilidades funcionales de las personas.

<sup>10</sup> Arantxa explica que ni siquiera el privilegio que le otorgaba su clase social, al ser doctora y experta en temas de sexualidad, le libró de la discriminación descarada y los juicios moralistas; lo comparaba con la experiencia de otras mujeres que por diferentes circunstancias personales pueden ser más reticentes a expresar sus preocupaciones por temor a ser juzgadas.

Un enfoque sobre el placer nos permite abordar uno de los aspectos más debatidos y disputados en la medicina desde 1948: la definición de salud que va más allá de la tradicional perspectiva centrada en la ausencia de “afecciones o enfermedades” (OMS, 2013). Como ya hemos dicho el aspecto positivo de la salud no es considerado ni tan importante en la definición ni tan urgente en la práctica por diversas circunstancias culturales y políticas. Esto crea una jerarquía de derechos sobre la salud donde la enfermedad está por encima de la felicidad y el bienestar. De alguna manera esta jerarquía reproduce violencias sistémicas; al mismo tiempo que la identidad de la persona se reduce a su enfermedad (paciente de cáncer, impotente, persona con SIDA), se asume que no tiene necesidad de experimentar una vida placentera en cada una de las dimensiones de su vida. Esta violencia se agrava doblemente cuando la persona enferma o afectada es pobre, mayor, discapacitada o pertenece a minorías sexuales.

Si en alguna ocasión hemos tenido en cuenta el placer desde el ámbito de la salud suele ser para considerarlo como un medio para evitar la enfermedad a través de la prevención de síntomas de tristeza, depresión u atrofia orgánica, reduciendo el placer a un instrumento al servicio de la medicina patogénica. De hecho, cada vez oímos con más frecuencia eslóganes como que “una vida sexual activa mejora el sistema cardiovascular y la piel debido a las hormonas”, o que “eyacular frecuentemente puede reducir los riesgos de cáncer de próstata” o “el sexo es un antidepresivo natural”. La sexóloga Leonor Tiefer (2003, 2006) lleva advirtiéndolo durante años de los peligros de estos mensajes que tienden a normalizar y homogeneizar las conductas humanas: dictan cómo, cuándo y con quién el placer debe ser experimentado. Peor aún, también prescriben la estética y el tamaño del cuerpo y de los órganos sexuales; todos aquellos milímetros de músculo o tejido que no alcanza el ideal son víctimas del bisturí en un intento de normalizar la sexualidad. Retomaremos este punto más adelante.

En este artículo proponemos que hay que ser muy cautelosas y reflexivas antes de censurar, medicalizar y utilizar el placer sexual meramente como un instrumento al servicio de la prevención de enfermedades. Creemos que el placer sexual es un derecho humano y un fin en sí mismo que nos recuerda la vertiente más holística y menos victimista de la salud.

### ***3.2. Porque democratiza las relaciones sexuales y sociales y, al estar fundamentado en el principio de la justicia social, permite el empoderamiento.***

Reciprocidad, respeto, corresponsabilidad y escucha activa son los ingredientes básicos para un enfoque basado en el placer. Un enfoque de este tipo enseña a las personas a aprender a conocer sus cuerpos, reconocer sus gustos y verbalizar sus ansiedades y deseos. Es una herramienta poderosa para reescribir los guiones sociales negativos que están basados en estereotipos sobre la sexualidad de las

personas y los roles de género. Al legitimar los derechos sexuales de todas las personas a una sexualidad placentera, la idea del placer-como-respeto se interioriza en el imaginario colectivo social y es percibida como un derecho natural. Esto conlleva a que las situaciones de opresión, coerción y violencia, por más sutiles y simbólicas que sean, se inscriban en el reino de lo improbable; en el caso hipotético de que ocurran es más probable que sea juzgadas por la sociedad como aberraciones que merecen el castigo social más punitivo (ver Schwartz y Rutter 1998).

Hay quienes creen que el placer promueve la “promiscuidad” y el sexo de riesgo, sin embargo estudios transnacionales indican todo lo contrario (véase, por ejemplo, Kner and Philpott 2006). La nigeriana Dorothy Akenova (2008) muestra en su trabajo que poner el foco en el placer es empoderador porque al mismo tiempo que aumenta la autoestima de las personas disminuye la necesidad de violencia para reafirmar roles sociales negativos. Argumenta, por ejemplo, que el aumento de autoestima es proporcional al aumento de comunicación entre la pareja; permite a las personas sentirse cómodas para retrasar relaciones sexuales si no se sienten preparadas, demandar el uso de medidas anticonceptivas o aventurarse a pedir o explorar prácticas sexuales que puedan ser más placenteras. Al mismo tiempo, la otra persona no siente que su ego esté dañado y acepta el “no” como una respuesta natural y legítima. También suele tener un papel más activo en plantear temas de sexo seguro y es más proclive a prestar atención al cuerpo de su pareja para ver indicios de disfrute. De ahí que digamos que el placer puede democratizar las relaciones sexuales pues desarma tabúes sobre la sexualidad y las construcciones de género hegemónicas que son opresivas: libera a las mujeres de los mitos sobre su sexualidad pasiva y asexual; y libera a los hombres de su rol de género hipermasculino que da por hecho que ellos son los villanos, tienen todo el conocimiento sobre el sexo y no deben preguntar (Bejar 2004; Mane and Aggleton 2001). Según Akenova (2008), las personas con las que trabaja definen la experiencia como revitalizadora, da energías y es afirmativa.

El trabajo de la organización turca Women for Women’s Human Rights (Mujeres por los Derechos Humanos de las Mujeres) ilustra perfectamente cómo un enfoque positivo de la sexualidad puede ser emancipador para todas las personas y es un paso previo para la democratización de las relaciones sexuales/sociales. El siguiente testimonio, de una participante en los talleres facilitado por la organización, habla por sí mismo:

Antes de participar en esta capacitación, yo no sabía que las niñas o las mujeres podíamos sentir placer sexual. Ahora digo: “cuando las mujeres no quieren, pueden decir no. Tú quieres, y yo no. Así que ahora mismo no estoy disponible”. Los hombres deben respetar eso. Cuando es forzado, es como

una violación. Sí que existe la violación conyugal. Las mujeres deberían saber que tienen el derecho a ir a un tribunal. Aun que él sea su esposo, ella tiene el derecho a no hacer el amor. Es necesario que las mujeres lo sepan. Pienso que las mujeres deberían descubrir sus propios cuerpos primero y luego preguntarse qué es lo que ellas quieren. No lo que el hombre quiere. La sexualidad es algo creado por la naturaleza; no puede existir sin la mujer. (Ercevik-Amado 2005; 2006 in Esplen 2007).

Esta otra referencia es un buen ejemplo del impacto directo que la educación puede tener en las parejas de las personas que asisten a los programas de capacitación. Desmonta mitos sociales de género sugieren que las mujeres son pasivas y que los hombres son villanos (Jolly 2007) y que no se preocupan por sus familias, y revela cómo muchos hombres también pueden sufrir la tiranía de un sistema de género que les desanima a hablar abiertamente sobre el sexo, aprender sobre su sexualidad y cuidar a sus parejas:

Un día un marido de una de las participantes vino al centro comunitario y dijo que, inicialmente, se había opuesto a que su mujer viniese a los talleres de “asuntos sobre derechos de las mujeres”. Pero parece que ahora había cambiado de parecer. Quería agradecer a la facilitadora especialmente porque había mejorado la vida sexual de la pareja. Preguntó: “que le has hecho a mi mujer para ayudarla a relajarse sobre su sexualidad? Me solía desesperar persiguiéndola pero siempre me contestaba que era pecado y vergonzoso, y que debería mantenerme alejado de ella. Ahora todo a cambiado. Por favor dime qué le habéis dicho para que yo se lo pueda decir a todos mis amigos que están teniendo los mismos problemas con sus mujeres” (Ilkharacan and Seral 2000: 191)

Estos dos ejemplos indican que el descubrimiento del placer como derecho sexual está estrechamente relacionado con experiencias de empoderamiento<sup>11</sup>. En definitiva, como la activista china Xiao Pei dijo en el taller sobre placer sexual y empoderamiento realizado en el Instituto de Estudios de Desarrollo de la Universidad de Sussex en diciembre del 2009, “hablar de placer nos permite a las

---

<sup>11</sup> Estos derechos son (1) decidir de forma libre sobre el cuerpo y la sexualidad; (2) manifestar públicamente afectos; (3) ejercer y disfrutar plenamente de la vida sexual; (4) derecho al respeto de la intimidad y vida privada; (5) decidir con quién compartir la vida y la sexualidad; (6) igualdad de oportunidades y a la equidad; (7) vivir libre de toda discriminación; (8) vivir libre de violencia sexual; (9) libertad reproductiva; (10) derecho a los servicios de salud sexual y reproductiva; (11) información completa, científica y laica sobre sexualidad; (12) recibir educación sexual; y (13) participar en políticas públicas sobre sexualidad (Júarez et al. 2010: 21).

mujeres liberarnos del rol opresivo de víctimas y disfrutar más de nuestra autonomía”.

### ***3.3. Porque reconoce que todas las personas son seres sexuales***

Nótese que nuestro enfoque tiene en cuenta a todas las personas, inclusive personas asexuales,<sup>12</sup> con diversidad funcional, mayores, migrantes, religiosas, jóvenes, trabajadoras sexuales, personas que viven con HIV, LGTQI, etc. En la práctica esto quiere decir que todas las personas tienen deseos y derecho al placer; el deseo a no tener relaciones sexuales también es un derecho. Por lo tanto, todo el mundo es susceptible de necesitar consejo y ayuda en relación a su Salud Sexual y Reproductiva (SSyR). Este cambio radical de visión se consolidó en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo llevada en el Cairo en 1994. Quizá los dos logros más interesantes de la conferencia fueron la expansión de la definición de salud reproductiva a salud reproductiva y sexual, como dos aspectos diferentes de las personas aunque relacionados; y el énfasis en un enfoque de derechos humanos en su vertiente más positiva inspirada en el derecho bienestar y disfrute.

Es cierto que ha habido progresos en los debates, práctica profesional y política social pero han sido tímidos. Todavía existe una gran maquinaria invisible engrasada con prejuicios y tabúes en torno al género y la sexualidad que minan el derecho a una sexualidad plena a todas aquellas personas que no encajan en los modelos de género/sexualidad normativos. Se pueden decir sin riesgo a equivocarse que estas personas están adscritas involuntariamente a una “asexualidad obligatoria” (Welbourn 2013), “reforzando el punto de vista que estas personas no son completamente humanas” (Shakespeare et al. 1996: 87 in Couldrick and Cowan 2013). Retomaremos este punto en la siguiente sección cuando explicamos la representación asexual del tercer mundo.

## **4. Complejizando el discurso del placer: retos que nos plantean las prácticas cotidianas**

Como ya dijimos en la introducción uno de las motivaciones de este artículo es llamar la atención sobre algunas de nuestras prácticas profesionales, que por muy bien intencionadas que sean pueden ser perjudiciales o, al menos, tener consecuencias negativas. En nuestro trabajo nos dimos cuenta de que las asociaciones teóricas entre la sexualidad, el placer, la salud y el poder son complicadas y merecen un análisis cuidadoso.

---

<sup>12</sup> La asexualidad (permanente o temporal) también es una identidad sexual legítima y debe ser respetada como tal.

En realidad, los términos “sexualidad” y “placer” se han ido incorporando a nuestro lenguaje cotidiano y forma parte del discurso habitual en el ámbito médico y en los medios de comunicación. Nuestro argumento, sin embargo, es que se ha convertido en un arma política de doble filo: por un lado puede ser empoderador y al mismo tiempo un mecanismo para reafirmar normatividad y roles de género. El discurso de la sexualidad y del placer sexual ha permeado a la esfera pública a través de las revistas, películas, anuncios televisivos, videos musicales e incluso a través de las industrias farmacéutica y de la moda. Esta mención recurrente de la sexualidad ha sido positiva en cuanto que ha permitido que muchas personas puedan explorar, imaginar y visibilizar una sexualidad que antes era inimaginable simplemente porque estaba prohibida. Nos atreveríamos a decir que de alguna manera ha democratizado el derecho a ser sexuales al hacerlo visible. Pero esta celebración también tiene un alto precio: “la hipersexualización de la cultura”. Muchos de estos mensajes están enmarcados en discursos autoritarios que dictan qué tipo de sexo es bueno, cuánto y con quién. También suelen prescribir que personas tienen acceso al placer (jóvenes, de clase media, blancos, en buena condición física y mental, etc.). Estos mensajes corren el riesgo de desempoderar a todas aquellas personas que no encajan con el ideal, que somos la gran mayoría. Nótese también que el término “sexualidad” no está muy bien definido y suele ser identificado con otros términos tales como “placer”, “orgasmo”, “coito” o “cantidad de encuentros sexuales”. Esta confusión o intercambiabilidad de los conceptos hace que a veces el placer sea confundido con el número de coitos, a expensas de la “calidad” o el placer propio.

Tal como hemos visto, en el ámbito médico el placer se ha convertido en un instrumento de control de la sexualidad humana y, en definitiva, de las personas. Lo que parece una preocupación por el bienestar y la vida sexual de las personas podría entenderse como una consecuencia del “moralismo” social que permea en el campo de la medicina y otras disciplinas han legitimado un orden sexual determinado. No nos olvidemos que gran parte de la investigación y ejercicio teórico se sustentan en la hipocresía de la moral sexual, el desconocimiento sobre la belleza de la diversidad humana y los modelos androcéntricos sobre la sexualidad. Esta ansia de control no es nueva; lo que sí es nuevo es el reconocimiento del placer y la obsesión por cuantificarlo como parte del proceso de estar sano “a toda costa” y, por tanto, de adaptarse a una “normalidad” social. En pocas palabras: mucho sexo es malo, poco sexo también. Sin embargo, la censura, medicalización y normalización del placer “transgresor” nos recuerda que el poder en general necesita categorías nítidas para asegurar su dominio.

Hay muchos ejemplos que ilustran la tendencia biomédica a homogeneizar el placer o determinar qué produce placer y qué no produce placer, hasta el punto de que se convierte en un dogma. La información en torno a las consecuencias del

cáncer de próstata en la sexualidad masculina es un claro ejemplo. Tradicionalmente la sexualidad masculina se mide por su virilidad o su capacidad fálica para la penetración, confundiendo el placer con el rendimiento, actuación, penetración y eyaculación. De este modo los tratamientos recomendados para la “disfunción sexual” se centran en “mejorar la potencia sexual, consiguiendo una erección que permita desarrollar una actividad sexual para el enfermo y su pareja” (AEEC 2004: 79). Pastillas que facilitan los estímulos sexuales a nivel del pene, auto-inyecciones directas en el pene, anillos constrictores en la base y prótesis son las opciones terapéuticas recomendadas para “poder mantener una actividad sexual satisfactoria” (AEEC 2004: 80). Estas soluciones responden a narrativas culturales edadistas, capacitistas, heteronormativas (ver Marshall 2002; Tiefer 2006) y genitalcéntricas de masculinidad. Esta visión limitada de la sexualidad de los hombres explica algunas de las carencias en la formación de los sanitarios que les impide entender y aceptar las realidades corporales de las personas con las que trabajan. Los problemas de erección o la (in)capacidad para eyacular son aspectos relevantes en la medida que son importantes para los hombres (y, en algunos casos, para sus parejas). Sin embargo, la pregunta clave que deberíamos hacer es si los tratamientos reducen la sensibilidad del pene, y cuáles son las otras zonas erógenas que se pueden trabajar. Esta perspectiva nos abre a otras experiencias humanas que auguran enriquecedores modelos sexuales no centrados en el coito. De hecho, creemos que solo a partir del desarrollo de esta sensibilidad, y a través de trabajar modelos alternativos de sexualidad basados en el erotismo, la sensualidad, la parafernalia sexual, las caricias, la masturbación y el sexo oral, los profesionales podrán ayudar a sus pacientes a reconciliar sus nuevas realidades sexuales con su identidad de género.

Como apuntamos anteriormente, las definiciones encorsetadas de lo que es placer tienden a negar y asexualizar (Welbourn 2013) a personas discapacitadas, enfermas, trans, adolescentes mayores, embarazadas, HIV positivos, inmigrantes, trabajadoras sexuales, etc. Aquí es necesario hacer una pausa para subrayar uno de los tropiezos más estrepitosos y desconocidos del feminismo del “del norte” y muchas de las profesionales de la cooperación al desarrollo: la asexualización, invisibilización y negación de la sexualidad de las personas del sur o del “tercer mundo”, especialmente de las mujeres. Como dice Mohanty (1991: 51 in Mosedale 2005: 245) la definición de la mujer del sur como una categoría homogénea caracterizada por la asexualidad, pobreza, ignorancia, pasividad y victimismo, se basa en una relación de poder asimétrica norte/ sur; el norte no solo concreta las prioridades del sur (muchas veces sin consultar con las interesadas), sino que subestima la capacidad “del sur” de tomar decisiones estratégicas para vivir la vida que quiere (ver Kabeer 1999: 437 in Mosedale 2005: 249). Peor aún, se da por hecho que las mujeres del norte están



empoderadas y libres de todos los males que acachan al sur (Mosedale 2005).<sup>13</sup> Precisamente activistas africanas como Patricia McFadden (2003) han criticado fuertemente el carácter desempoderador de la obsesión occidental por el sexo patológico o de riesgo: por un lado, deshumaniza a las mujeres al negar su agencia, sexualidad e inclinaciones eróticas; por otro lado, alimenta la maquinaria patriarcal y colonial al reproducir estereotipos que dictan cómo debemos experimentar la sexualidad y que niegan el hecho de que las mujeres del tercer mundo pueden y de hecho disfrutan su sexualidad.

Parte de esta miopía condescendiente se debe a las que las batallas contra la violencia doméstica, el abuso sexual, la violación, el tráfico de esclavas sexuales, las enfermedades de transmisión sexual, los embarazos indeseados y la ablación han sido muy feroces. Así, las actividades de promoción de la salud hasta hace muy poquito eran impensables al considerarse triviales o secundarios a la “pobreza, el crimen o la desigualdad social” (Armas 2006: 21). Las propias activistas del sur también han sido participes en el proceso de construir una representación negativa del sexo (Sharma 2011); en parte por la inmediatez de las experiencias brutales vividas; en parte por las exigencias de los organismos donantes del norte que tienen ideas muy limitadas, y nos atreveríamos a decir conservadoras, de cómo las actividades de promoción de la salud y derechos sexuales deben ser (Petchesky 2003).

Para finalizar, cabe destacar que muchas personas no relacionan la sexualidad con el placer, sino con el dolor, la violación, humillación, guerra, pérdida personal, roles sociales o enfermedad. Así de claro se lo explicaba MLA a María en una entrevista:

La sexualidad en Pakistán tiene que ver con la feminidad, sobre la atracción, ser sexual. Pero no es para ti, es para otras personas. Hay muy poco placer en tu cuerpo si eres mujer en Pakistán. Estoy hablando de mi contexto (...) No creo que el sexo sea placentero para las chicas que conozco. El sexo se basa en hacerle feliz, y es muy difícil salir de eso y pensar en ti misma. Quiero decir, incluso para mí. Así que no puedo imaginar por otras chicas que

---

<sup>13</sup> Es necesario entender el empoderamiento “como un viaje, no un destino o meta” (Pathways of Women’s Empowerment 2012). Esto quiere decir que el empoderamiento no es algo concreto y tangible que hayamos conseguido completamente pues aún quedan muchos frentes abiertos y muchas injusticias por lidiar a niveles personales y sociales. Tampoco quiere decir que las victorias que se han conseguido sean definitivas; la injusticia siempre está al acecho y operativa; y se manifiesta en múltiples formas, muchas ya conocidas pero también de nuevas maneras. Por lo tanto, el proceso de empoderamiento está continuamente siendo redefinido, renegociado y reafirmado por aquellas personas a las “se les han negado la capacidad de tomar decisiones estratégicas que son vitales para vivir la vida que quieren” (Kabeer 1999: 437 in Mosedale 2005: 249).

conozco, con los mismos niveles de educación... No creo que se trate de placer en absoluto (Entrevista, MLA, Pakistan, Julio 2012, Brighton).

Esta percepción del placer sexual como imposible o como experiencia no vivida es importante y debemos tenerla en cuenta si queremos mostrar nuestro respeto a las personas con las que trabajamos. Si nos obcecamos en abordar la sexualidad únicamente desde la perspectiva del placer, podemos llegar a negar las experiencias subjetivas de quienes están acudiendo a nosotras buscando ayuda. En este sentido, reivindicamos que, de la misma manera que reclamamos el derecho a hablar de sexualidad y de salud desde el placer, también reivindicamos que es necesario recordar que para muchas personas estos ámbitos pueden ser fuente de sufrimiento, trauma o dolor. La negación de éstos es también una negación de derechos.

## **6. Herramientas para el trabajo con el placer (sexual)**

Antes de finalizar este ensayo queremos exponer dos puntos que nos parecen esenciales y para los cuales no tenemos respuestas muy concretas. El primero apunta a los posibles peligros de hablar directamente (“entrar al trapo”) cuando hablamos de sexualidad. Habría que ser cautelosas para no imponer discursos ni dogmas, presentando el tema de una manera que permita a las personas llegar a sus propias conclusiones y validando siempre sus experiencias. El contexto social, político y personal, el lenguaje y la forma que utilizamos son claves. Ya hemos dicho que los conocimientos sobre el placer y la sexualidad dependen mucho de la cultura, la edad o generación en que las personas se han socializado, el género y otras muchas vivencias personales que pueden haber sido positivas o negativas. Dada esta heterogeneidad, sería ideal, si se está haciendo una actividad de varias sesiones, dedicar al menos un par de sesiones a trabajar otros temas relacionados con el placer, pero más livianos. Los objetivos deberían ser tantear el contexto de las informantes, familiarizarlas poco a poco con el tema y crear un espacio íntimo y de respeto para que se sientan seguras para participar, tanto escuchando, como compartiendo vivencias, como resistiendo o contradiciendo las narrativas presentadas.

La experiencia docente de Ana demuestra que la atención al lenguaje y la forma (no solo el contenido) que utilizamos en nuestro trabajo diario es trascendental; tiene el poder de silenciar a las personas, auspiciar discursos de odio o conflicto o, por el contrario, tiene el poder de promover el respeto y la comunicación. Por ejemplo, determinadas palabras como “clítoris”, “orgasmo”, “vagina”, “sexualidad” o “pene” pueden incomodar o violentar a muchas personas.

Nuestro segundo dilema es hasta qué punto tenemos que cuestionar los límites de una persona si ésta se resiste a entablar un diálogo. Hay una línea muy fina, y muy subjetiva entre el empoderamiento y el desempoderamiento. Por un lado, si presionamos demasiado, aunque bien intencionadamente, corremos el riesgo de enajenar a la persona al reproducir discursos normativos basados en la necesidad de “hablar”. Por otro lado, esto no debe servir de excusa fácil para evitarnos la incomodidad de abordar la sexualidad. Pero no nos llevemos las manos a la cabeza con la desesperación de que no sabemos cómo abordar un tema tan delicado. Disponemos a nuestro alcance de la experiencia y nuestra capacidad para empatizar con las personas que nos permitirá intuir cuando debemos insistir, resignarnos o derivar a otra profesional más capacitada que nosotras. Además, disponemos de varias herramientas para trabajar el tema con prudencia y sensibilidad. A continuación describimos muy brevemente tres herramientas que nosotras hemos usado y que nos han dado resultados muy positivos: los mapas corporales, el teatro y los juegos sobre comida.

### ***6.1. Mapas corporales***

María utiliza mucho los mapas corporales; de hecho, hace tiempo que decidió que sus talleres de educación sexual empezarían con este tipo de actividad. Los mapas corporales son una herramienta de reflexión, debate o investigación en la que las personas participantes dibujan diagramas de cuerpos, propios o ajenos. En estos diagramas se pueden dibujar elementos de anatomía o de fisiología pero también dar rienda suelta a la creatividad y hacer representaciones de estados de ánimo, momentos vitales o experiencias vividas. El mapa corporal se convierte en una manera de hablar de experiencias corporales sin el uso de la palabra. Tal como dice Cornwall nos permite hablar del cuerpo alejándonos de narrativas biomédicas, y “establecer puentes entre conocimientos, experiencias y expectativas, entre lo biológico y lo social” (Cornwall 2002, citado en Vasquez 2004: 5; Cornwall 1992).

El mapa corporal mostrado en la Imagen 1 fue dibujado por un grupo de mujeres en el marco de un taller facilitado por María Olivella y Anna Salvia, del colectivo Nahia. En aquella ocasión las facilitadoras sugirieron a las participantes que situaran la sexualidad en un diagrama del cuerpo humano. Este tipo de actividades facilita empezar cualquier tipo de conversación sobre sexualidad.



Imagen 1: Mapa corporal realizado en Cataluña, 2010.

La herramienta ha sido muy utilizada en procesos de empoderamiento en muchos países. Por ejemplo, en el contexto Sudafricano la herramienta ha sido muy utilizada por el proyecto Memory Box para el trabajo con personas con VIH (Vasques 2004). Dirigido por el terapeuta Jonathan Morgan, el proyecto desarrollado en 1999 en la Universidad de Cape Town fue pensado inicialmente como una metodología de preparación para la muerte; se utilizó como una manera de recoger y elaborar recuerdos para dejar como herencia a los hijos de las personas VIH positivas.

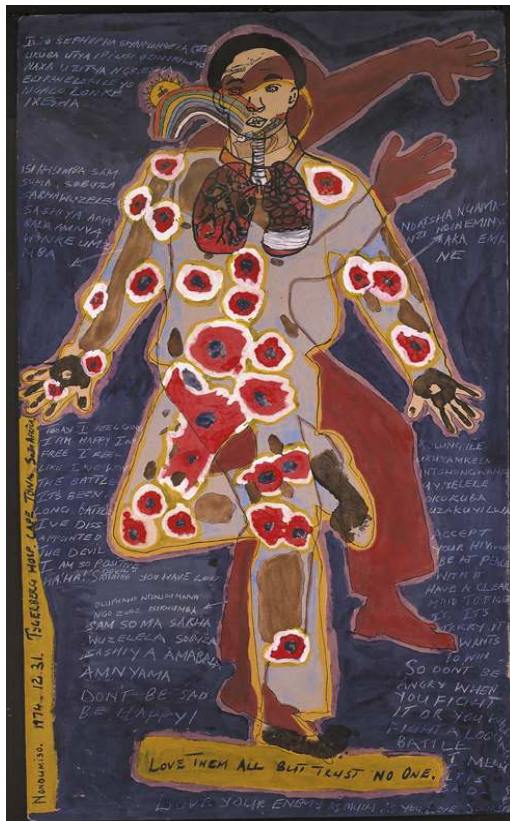


Imagen 2: Mapa Corporal de Nondumiso Hlwele, desarrollado en el marco del proyecto Memory Box, Sudáfrica

Jaya Sharma, de la organización Nirantar en India y de la que ya hemos hablado con anterioridad, también utiliza los mapas corporales. En esta ocasión, el propio cuerpo de las mujeres que participan en sus talleres son el “lienzo” del mapa. Por ejemplo, para deconstruir el concepto de “buena mujer ” versus “mala mujer” se solicita a una voluntaria que se ponga en el centro del grupo. El resto de participantes tienen que escribir en retazos de tela blanca diferentes cualidades que describan a la “buena mujer”. Una vez que todo el mundo ha escrito una cualidad en su retazo de tela éstas deben colocarse una por una en la parte del cuerpo de la voluntaria que corresponda con cada cualidad. Pongamos por caso que en un trozo de tela alguien ha escrito que la buena mujer baja la mirada cuando está hablando con un hombre (porque es modesta), entonces el lazo se pondría de tal manera que tape los ojos de la voluntaria. Si otro lazo leía que la buena mujer no salía de casa por la noche el lazo se colocaría en los pies de la voluntaria. Según el testimonio de las participantes del taller efecto visual es poderoso y perturbador pues el cuerpo de la buena mujer se encuentra restringida por todos los roles de género y expectativas sociales.



Imagen 3: Mapa corporal desarrollado por la organización Nirantar, India

### **6.2. Teatro/Monólogos de la Vagina**

A través del VDay, un movimiento internacional de activistas que trabajan para detener la violencia contra mujeres y niñas, Ana ha utilizado la obra de teatro *Los Monólogos de la Vagina* para iniciar diálogos sobre la violencia y el placer sexual en su pueblo en la provincia de Zaragoza y en la Universidad de Sussex. En otro artículo (Porroche-Escudero 2011b) ya hemos comentado que en la producción de la obra hay dos elementos importantes: la magia del texto que contagia tanto a las actrices como al equipo organizador y la audiencia y el sentimiento de comunidad que se crea entre las participantes. Aquí solo mencionaremos que la visceralidad de los monólogos los convierte en una herramienta poderosa para fomentar la reflexividad en las actrices (y la audiencia en general). Permiten entender las formas sutiles en las que la violencia de género se manifiesta y permite hacer conexiones entre el sufrimiento sexual y el derecho al placer. La comicidad de algunos monólogos suele ser el detonante que rompe el silencio y mueve a las personas a hablar de sus experiencias placenteras.

### **6.3. Metáforas/ historias**

Un ejemplo de esta herramienta son los talleres de Jaya Sharma (2011) que ya hemos explicado. Sharma utiliza la comida como herramienta pedagógica para hablar del deseo sexual, transgresiones de género, diversidad de gustos y cómo estos cambian con el tiempo, ya sea a causa de la curiosidad de descubrir nuevos sabores o a consecuencia de experiencias negativas como pueden ser una violación o una enfermedad que incapacite o dañe alguna parte sensorial del cuerpo. Aquí conocer el contexto social de las personas con las que trabajamos puede ser un plus para saber qué tipo de metáforas pueden ser poderosas

para abordar el tema. ¡Si tenéis otras sugerencias estaríamos encantadas de escucharlas!

## **7. Conclusiones**

Con este artículo reivindicamos la necesidad de introducir una perspectiva del placer cuando trabajamos alrededor de la Salud Sexual y Reproductiva. A lo largo del texto hemos querido expresar que un enfoque de este tipo puede resultar sumamente empoderador para activistas, profesionales de la salud y pacientes, pues no solo ayuda favorecer los objetivos de cualquier programa sanitario, sino que además supone una reivindicación de un derecho olvidado: el derecho al gozo. Hemos querido recordar que no tener en cuenta el placer de las personas con las que trabajamos puede llevar a procesos de victimización y la negación de una dimensión afectiva-encarnada fundamental para cualquier persona.

En primer lugar hemos presentado el concepto placer y hemos constatado la dificultad, sino imposibilidad, de definirlo. Cada persona tiene una experiencia distinta de lo que es placer y la línea divisoria entre lo que es placer sexual, placer o erotismo es imposible de trazar. Para algunas personas todo placer es placer sexual y para otras existe una clara diferenciación entre lo que es sexual y lo que son otros placeres. También hemos querido recordar que el placer no es ausencia de dolor, tal como a veces se suele considerar. Por ejemplo, para el colectivo BDSM, el placer precisamente se encuentra en la intersección entre sexualidad y dolor.

A continuación hemos defendido la necesidad de trabajar con un enfoque del placer, evitando enfoques puramente biomédicos, y lo hemos justificado con tres argumentos. Primero, porque nos permite expandir la definición de salud y situarla mas allá que la ausencia de enfermedad. Segundo, porque incorpora una dimensión de justicia social ya que conlleva a que las situaciones de opresión, coerción y violencia, por más sutiles y simbólicas que sean, se inscriban en el reino de lo improbable en el ámbito de la salud sexual y reproductiva. Tercero, porque al considerar que todas las personas son sujetos de placer sexual reconoce que todas las personas son seres sexuales. Este punto es sumamente importante para aquellos colectivos cuyas sexualidades se encuentran invisibilizadas.

Hemos recordado, sin embargo, que la vinculación entre sexualidad, placer y empoderamiento no puede ser simplista, sobretodo cuando estamos interactuando como profesionales. En primer lugar nos negamos que el placer se recete como imperativo, y solo se visibilicen algunas modalidades encorsetadas. Este punto ha sido largamente desarrollado por Ana Porroche (2012) en su tesis doctoral sobre los enfoques “rosas” sobre el cáncer de mama. También, en esta misma línea, hemos resaltado que in enfoque de placer no puede conducir a una negación de

experiencias donde hay ausencia de placer. Nos referimos aquí a que como profesionales tenemos que también reconocer que para muchas personas no existe la posibilidad de vincular sexualidad y placer.

Finalmente hemos planteado brevemente tres metodologías diferentes que nos pueden ser útiles para hablar de placer y sexualidad: los mapas corporales, el teatro o el uso de metáforas y narrativas. Estas herramientas ayudan a evitar discursos normativos y reducen el riesgo de que incomodemos a las personas con las que trabajamos. Reivindicamos que debemos tomar cuenta la forma en la que abordamos el tema, tanto o más que los contenidos. Díganoslo de manera sencilla, hablar de sexualidad y placer sexual no es un acto de violencia ni tiene porque violentar a las personas; lo que sí que puede ser violento es la forma en la que abordamos el tema o *lo ignoramos*.

El juego, las artes plásticas, el trabajo corporal son herramientas que facilitan más un enfoque del placer, y en este contexto de crisis y recortes en el que nos encontramos, estas pueden ser maneras económicas y transformadoras de hablar de salud sexual y reproductiva para potenciar el bienestar.

## **8. Agradecimientos**

Queremos agradecer a Redcaps la oportunidad de presentar este ensayo en el encuentro anual que se produjo en Barcelona el 9 de noviembre del 2013. A Mari Luz Esteban Galarza por su paciencia para leer un borrador de este artículo y compartir su opinión, experiencia y conocimiento. A Andrea Cornwall, Susi Jolly y Kate Hawkins por su generosidad al compartir su libro “*Women, Sexuality and the Political Power of Pleasure*” antes de que el manuscrito estuviese finalizado y mucho antes de que fuese a la imprenta; en particular a Andrea por ser un gran estímulo para nosotras. Finalmente, queremos agradecer a todas y cada una de las mujeres y personas jóvenes que compartieron sus experiencias con nosotras durante nuestro trabajo de campo y cotidiano y por todo lo que nos enseñaron sobre la sexualidad y el placer.

## **9. Bibliografía**

AECC. (2004). *Cáncer de Próstata: Una Guía Práctica*. Madrid: Asociación Española contra el Cáncer.

Abrams, K. (1995), *Sex Wars Redux: Agency and Coercion in Feminist Legal Theory*, *Columbia Law Review*, Vol. 95 (2): 304-376

Akenova, Dorothy, (2008) ‘Sexual pleasure and safer sex - The under-explored synergy’, in Jolly, S. and Petchesky, R. (Eds.) ‘Rethinking Sexuality and Policy’ *ID21 Insights* Oct/Nov 2008, disponible en <http://www.id21.org/insights/insights75/art03.html>



Armas, H. (2006), Exploring Linkages Between Sexuality and Rights to Tackle Poverty'. In Cornwall, A. and Jolly, S. (Eds). *IDS Bulletin, especial Issue Sexuality Matters*. Vol. 37 (5): 21-26.

Ávila R, Montenegro M, (2011), Barebacking: condiciones de poder y prácticas de resistencia en la biopolítica de la Salud Sexual, *Athenea Digital. Revista de pensamiento e investigación social*, Vol.11 (3): 27-49.

Béjar, S., (2004), *Tu Sexo es Tuyo. Todo lo que Hay que Saber sobre la Sexualidad Femenina*. Barcelona: DeBolsillo.

Bertrand-Dansereau, A. (2013), Sex is a Gift from God: Paralysis and Potential in Sex Education in Malawi. In Jolly, S.; Cornwall, A.; and Hawkins, K. (Eds), *Women, Sexuality and the Political Power of Pleasure. Sex, Gender and Empowerment*. London: Zed Books.

Cornwall, A. (1992), Body mapping in health RRA/PRA. *RRA Notes*. Vol. 16: 69-76.

Couldrick, L. y Cowan, A. (2013), Enabling Disabled People to Have and Enjoy the Kind of Sexuality they Want. In Jolly, S.; Cornwall, A.; and Hawkins, K. (Eds), *Women, Sexuality and the Political Power of Pleasure. Sex, Gender and Empowerment*. London: Zed Books.

Dowsett, G. (2008). 'Losing My Chestnut': One Gay Man's Wrangle with Prostate Cancer. *Reproductive Health Matters*, Vol.16 (32): 145-150.

Duggan L (1990), From Instincts to Politics: Writing the History of Sexuality in the U.S., *The Journal of Sex Research*, Vol. 27 (1): 95-109.

Esplen, E. (2007), Género y Sexualidad. Colección de Recursos de Apoyo. *Bridge*. Brighton: Institute of Development Studies

Foucault M, (1978), *The History of Sexuality, Vol. 1: An Introduction*, Pantheon Books, New York.

García, M. y Lineros González, C. (2010), Los Activos para la Salud. Promoción de la Salud en Contextos Personales, Familiares y sociales, *Revista Fundesfam* Vol. 2.

Groneman, C. (1994). Nymphomania: The Historical Construction of Female Sexuality. *Signs*, Vol. 19 (2): 337-367.

Harding J, (1997), *Bodies at risk. Sex, surveillance and hormone replacement therapy*. En Petersen A, Bunton R (Eds.), 1997, *Foucault, Health and Medicine*, Routledge, New York.

Heathwood, C. (2007), The reduction of sensory pleasure to desire, *Philosophical Studies: An International Journal for Philosophy in the Analytic Tradition*, vol. 133 (1): 23-44.

Ilkcaracan and Seral, (2000), 'Sexual Pleasure as a Women's Human Right: Experiences from a Grassroots Training Program in Turkey', *Women and Sexuality in Muslim Societies*, Istanbul: Women for Women's Human Rights

Jolly, S.; Cornwall, A.; y Hawkins, K. (Eds.), *Women, Sexuality and the Political Power of Pleasure. Sex, Gender and Empowerment*. London: Zed Books.

Júarez, F.; Palma, J.L.; Singh, S. y Bankole, A. (2010), *Las Necesidades de Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes en Mexico: Retos y Oportunidades*. New York: Guttmacher Institute.

khanna, a. (2007), *The Right to Health and Sexuality*, Mumbai: CEHAT.

Knerr, W. (2013), *The Global Mapping of Pleasure. A Directory of Organizations, Programmes, Media and People Who Eroticize Safer Sex*. The Pleasure Project.

Knerr, W. y Philpott, A. (2006), Putting the Sexy Back into Safer Sex: The Pleasure Project, *IDS Bulletin*, Vol.27 (5): 105-109.

Knerr, W. y Philpott, A. (2009), Promoting Safer Sex through Pleasure: Lessons from 15 countries, *Development*, Vol.52 (1): 95–100.

Lorde, A. (1997 ). *The Cancer Journals*. San Francisco: Aunt Lute Books. (First published in 1980).

Marshall, B.L. (2002), "Hard Science": Gendered Constructions of Sexual Dysfunction in the "Viagra Age", *Sexualities*, Vol. 5: 121-158.

Mane, P., y Aggleton, P., 2001. Gender and HIV/Aids: What do Men have to do with it? *Current Sociology*, 49 (6): 23-37.

McFadden, Patricia (2003) 'Sexual Pleasure as Feminist Choice', *Feminist Africa*, Vol. 2.

National Coalition Against Censorship (2002), *Abstinence-only Education?*, New York: NCAC.

Organización Mundial de la Salud (2013), *¿Cómo define la OMS la salud?*. Disponible en <http://www.who.int/suggestions/faq/es/>

Platero Méndez, R. (2009b). Lesboerotism and Female Masculinities in the Francoist Spain. *Bagoa*, Vol.3: 15-38.

Platero-Méndez, R. (2009a). La Masculinidad de las Biomujeres: Marimachos, Chicazos, Camioneras y Otras Disidentes. *Jornadas Estatales Feministas de Granada*. Granada.

Petchesky, R., 2003. *Global Prescriptions: Gendering Health and Human Rights*. London: Zed Books.

Porroche-Escudero, A (2011a), Writing from breast cancer patients' lives: The erotic significance of the lived nipple. En García Sánchez, S.M., Alhadeff, C.J. and Kuennan, J. (Eds.), *The Erotic in Context*. Oxford: Inter-Disciplinary Press, pp.25-36

Porroche-Escudero, A (2011b), *The Vagina Politic. Towards a New a New Approach to Gender Violence from Grassroots in a Spanish Village*. Comunicación presentada en la II Conferencia Europea sobre Política y Género. 11-13 de enero del 2011. Central European University, Budapest, Hungría.

Porroche-Escudero, A (2012), *Listening to Women: Political Narratives of Breast Cancer in Spain*. Tesis Doctoral. Departamento de Antropología, Universidad de Sussex, UK.

Saywell, C., Beattie, L., y Henderson, L. (2000) sexualized illness: the newsworthy body in the media representations of breast cancer. In Potts, L. (Ed.), *Ideologies of breast cancer. feminist perspectives*, London: Macmillan Press Ltd., pp. 37-62.

Sharma, J. (2011), Bringing Together Pleasure and Politics: Sexuality Workshops in Rural India, *IDS Practice Paper 6*, Brighton: Institute of Development Studies.

Schwartz, P. y Rutter, V. (2008), *The Gender of Sexuality: The Gender Lens*. Thousand Oaks, CA: Pine Forge Press.

Tiefer, L. (2003), The Pink Viagra Story: We Have the Drug, but What is the Disease? *Radical Philosophy*, Vol. 21: 2-5.

Tiefer, L. (2006), Female Sexual Dysfunction: A Case Study of Disease Mongering and Activist Resistance. *PLoS Medicine*, Vol.3: 436-440.

Tiefer, L. (2006), The Viagra Phenomenon. *Sexualities*. Vol. 9 (3): 273-294

Vance, C. (Ed.) (1984), *Pleasure and danger: exploring female sexuality*, Boston: Routledge & K. Paul.

Vasques, G. (2004), Body perceptions of HIV and AIDS: The memory Box project, *CSSR Working paper*, N.64

Weiss, M. (2006), BDSM Sexuality in the San Francisco Bay Area, *Anthropologica*, Vol. 48 (2): 229-245.

Welbourn, A. (2013), Desires Denied: Sexual Pleasure in the Context of HIV. In Jolly, S.; Cornwall, A.; and Hawkins, K.(Eds), *Women, Sexuality and the Political Power of Pleasure. Sex, Gender and Empowerment*. London: Zed Books.

Wilkinson, S. y Kitzinger, C. (1993), 'Whose Breast Is It Anyway?' A Feminist Consideration of Advice and 'Treatment' for Breast Cancer". *Women's Studies International Forum*. Vol.16 (3): 229-238.

Wilkinson, S. y Kitzinger, C. (1994), Towards a Feminist Approach to Breast Cancer. In Wilkinson, S. and Kitzinger, C. (Eds), *Women and Health. Feminist Perspectives*. London: Taylor and Francis, pp.124-140.