

Parto fisiológico, episiotomía y cesárea: su impacto en el reinicio sexual masculino¹

Physiological delivery, episiotomy and cesarean section: Their influence on the male sexual restart

José Salvador Sapién López y Diana Isela Córdoba Basulto²

RESUMEN

La investigación sobre la influencia que las cirugías ginecoobstétricas tienen sobre el comportamiento sexual en el período posparto ha centrado su atención en las mujeres. Por ello, el objetivo del presente estudio fue analizar el impacto que el parto fisiológico, la episiotomía y la cesárea tienen sobre el reinicio sexual masculino. Se entrevistó a hombres de la zona metropolitana de la Ciudad de México, cuyos descendientes nacieron en alguna de estas condiciones de parto, y se categorizó el contenido de sus discursos. Se encontró que las complicaciones de salud derivadas del parto fisiológico, pero principalmente de la episiotomía y la cesárea, demoraron el reinicio sexual masculino e incidieron en la forma, experiencias y significados de su ocurrencia. La cuarentena y la fragilidad atribuida al cuerpo femenino recién parido y convaleciente fueron prácticas y saberes socioculturales que también contribuyeron a su postergación. A partir de los hallazgos, se sugiere que los profesionales de ginecoobstetricia y disciplinas del comportamiento den asesoría a los hombres y no únicamente a las mujeres, de manera sistemática, abierta y oportuna, sobre sexualidad, embarazo, desarrollo gestacional, intervenciones ginecoobstétricas y puerperio, a fin de coadyuvar a la salud y bienestar individual, de la pareja y de la familia.

Palabras clave: Reinicio sexual; Hombres; Parto fisiológico; Episiotomía; Cesárea.

ABSTRACT

Research on the influence of gynaeco-obstetrical surgeries have on sexual behavior during the postpartum period has narrowly focused on women. Thus, the aim of the present study was to analyze the impact of physiological delivery, episiotomy and Cesarean section deliveries, on males' sexual restart. Men living in the metropolitan area of Mexico City, whose descendants were born in any of these situations, were interviewed, and the content of their verbal responses analyzed. Results show that health complications derived from childbirth in these circumstances, but especially episiotomy and Cesarean section, delayed men's sexual restart. Findings also suggest that such childbirth conditions affected the form, experiences and meanings of sexual restart. The quarantine and the fragility attributed to the feminine body as convalescing from childbirth involved socio-cultural practices and conceptions also contributing to postponement. Findings suggest that the professionals of both gynaeco-obstetrics and behavioral disciplines should advice men, not only women, in a systematic, open and timely way, on sexuality, pregnancy, uterine gestation, gynaeco-obstetrical interventions and puerperium, in order to contribute to the health and well-being of the couple, its family and each of their members individually.

Key words: Sexual restart; Men; Physiological delivery; Episiotomy; Cesarean section.

¹ Investigación financiada por la Universidad Nacional Autónoma de México, Proyecto PAPCA 2013 y 2014, Num. 29: "Comportamiento sexual y deseo sexual de hombres en su trayectoria de vida: diferencias generacionales". Artículo recibido el 7 de octubre y aceptado el 26 de noviembre de 2015.

² Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la Universidad Nacional Autónoma de México, Av. de los Barrios 1, Los Reyes Iztacala, 54090 Tlalnepantla, Edo. de México, México, tel. (55)56-23-12-05, correos electrónicos: josesapien@hotmail.com y dicordoba@hotmail.com.

INTRODUCCIÓN

El comportamiento sexual conlleva construcciones socioculturales y personales. Lo que Rubin (1986) denominó “sistema de sexo/género y parentesco” —el orden sociocultural y político que marca las diferencias y jerarquías entre mujeres y hombres, los criterios definitorios del parentesco, los derechos y obligaciones de cada sexo dentro y fuera de la parentela, y otras distinciones sociales importantes— influye en el comportamiento sexual. Este sistema procura a hombres y mujeres determinadas posibilidades, imposiciones y prohibiciones en su ejercicio sexual. El *desideratum*, o conjunto de deseos y normas sociales sobre lo que corresponde a lo masculino y a lo femenino (Cazés, 2000), y los *guiones sexuales* (Gagnon, 1980) inciden en el acto sexual: quién lo propone, con quién se practica, a qué edades, en qué períodos, de qué forma, en qué lugar y momento, con qué frecuencia y por qué motivos y fines. Esta normatividad patriarcal se traduce en prácticas de enculturación y socialización (Sapién y Córdoba, 2011) y es un referente para que los individuos, con sus posiciones, intereses y puntos de vista, generen opciones y resistencias en su actuación sexual.

De acuerdo con la perspectiva teórica de género, la cual identifica, analiza, critica y busca deconstruir las determinaciones históricas, políticas, económicas, sociales, culturales, éticas y psicológicas de la subordinación femenina (Cazés, 2000; De Beauvoir, 1997; Lagarde, 1997) y de la dominación masculina (Bourdieu, 2000), y con la concepción de Foucault (1996) acerca del carácter histórico, relativo y dinámico del poder en la sexualidad, se puede afirmar que los varones y mujeres negocian y transforman su actividad sexual de acuerdo con el balance de poder en la pareja, los contextos de vida, las condiciones corporales de ambos y las concepciones arraigadas y las experiencias de cada uno, todo ello a través de etapas, períodos y momentos claves.

Los varones transforman su actividad sexual a través de su vida, implicados personalmente y asignando significados y buscando sentido. En México, por ejemplo, la iniciación sexual marca su paso a otra etapa vital (Amuchástegui, 2001). En su juventud temprana y en condiciones de soltería, ha-

biendo sido formados en una cultura que exalta la sexualidad masculina e invisibiliza su vulnerabilidad (Córdoba, 2005), se abren a la experimentación sexual. De modo análogo, según reportan trabajadoras sexuales, hombres de distintas edades y clases sociales pagan sus servicios a cambio de placer sexual (Checa, Córdoba y Sapién, 2005). Algunos varones solteros o casados se involucran de manera machista en relaciones sexuales que ocasionan embarazos no deseados que devienen abortos inducidos, como relatan mujeres que, orilladas a ello, los han padecido física, psicológica y socialmente (Vargas, Córdoba y Sapién, 2007). Otros hombres, durante el embarazo de su compañera, modulan sus relaciones sexuales en forma, intensidad y frecuencia tales que protegen la salud materno-fetal, desarrollando su paternidad naciente y considerando o no significados prohibitivos atribuidos al cuerpo preñado (Sapién, Salguero y Córdoba, 2011). Asimismo, algunos hombres reportan, durante los primeros tres meses posparto, que se masturban y reciben sexo oral de su pareja antes del reinicio coital (Van Anders, Hipp y Low, 2013). Se ha mostrado asimismo que varones de Tanzania se abstienen sexualmente con la puérpera, pero practican sexo extramarital con el fin —según sus constructos culturales— de preservar la salud de sus hijos, pues de otro modo éstos contraerían *kubemenda*, esto es, diarreas, delgadez extrema, debilidad física y pobre crecimiento (Mbekenga, Pembe, Darj, Christensson y Olsson, 2013). De modo similar, padres jamaquinos reportaron el intercambio con dos o más parejas sexuales (30%) y una mayor apertura al sexo casual (50%) en los doce meses del posparto (Gray et al., 2015).

Sin embargo, ¿qué ocurre con el comportamiento sexual masculino a raíz de las intervenciones quirúrgicas en la compañera durante la expulsión fetal? Se sabe que el parto fisiológico es un proceso reproductivo en el que se ponen en marcha los mecanismos materno-fetales para que nazca el bebé en un medio hospitalario; si madre y feto comparten un embarazo saludable, entonces el parto tiene lugar sin necesidad de cirugías.

La episiotomía es una incisión quirúrgica realizada en la zona del perineo femenino para ampliar la vagina, abreviar el parto y agilizar la

salida del feto. Esta operación se realiza con tijeras o bisturí y requiere sutura. Su uso rutinario, no específico, está contraindicado porque no hay evidencia de sus beneficios en las madres; incluso algunos resultados han sido peores por haberla practicado (Hartmann et al., 2005).

Por su parte, la cesárea es una incisión quirúrgica practicada en el abdomen y el útero de la mujer embarazada para extraer el feto. Es una cirugía mayor, con los riesgos y eventos que esta conlleva. El dolor en la incisión puede ser intenso y la recuperación posparto de la movilidad física puede tomar semanas.

Como Mourichon (s/f) afirma, los desgarros sufridos en partos distócicos y las heridas causadas por la episiotomía o la cesárea pueden dejar secuelas dolorosas y antiestéticas que perturben la vida sexual de las mujeres. Still (1986) reportó que los procesos fisiológicos maternos asociados a la lactancia y las molestias dejadas por la episiotomía desalientan a las mujeres de tener relaciones sexuales en el posparto. Khajehei, Ziyadlou, Safari, Tabatabaee y Kashefi (2009) hallaron que las mujeres tardaron cuarenta días tras una episiotomía o diez desde una cesárea para reiniciar sus relaciones sexuales. Los problemas sexuales asociados a la episiotomía fueron la disminución de la libido (80%), la insatisfacción sexual (65%) y la herida vaginal (55%); los relacionados a la cesárea fueron la resequedad vaginal (85%), la insatisfacción sexual (60%) y la disminución de la libido (35%). La pregunta que aquí se plantea es: ¿Qué sucede con el reinicio coital de los compañeros de mujeres sometidas a estas cirugías? Dado que el coito es un comportamiento relacional (Van Anders et al., 2013), estos procedimientos podrían repercutir en el deseo y la decisión de los varones —mucho menos considerados que las mujeres en esta área de investigación (Van Anders et al., 2013; Williamson, McVeigh y Baafi, 2008)— para reemprender su actividad sexual. Los autores citados hallaron que en la mayoría de hombres la actividad sexual decrece después del nacimiento de sus hijos, aunque en otros puede aumentar o permanecer igual; no obstante, al centrarse en el efecto de la paternidad, no analizaron la influencia del tipo de intervención médica en el parto. Así,

el objetivo del presente estudio fue analizar el impacto que el parto fisiológico, la episiotomía y la cesárea practicadas a su compañera tienen sobre el reinicio coital de los varones, así como sus experiencias y significados.

MÉTODO

Se eligió la entrevista cualitativa (Rapley, 2004; Sapién, 2006; Taylor y Bogdan, 1996) para lograr el objetivo de la presente investigación en virtud de que su forma conversacional y narrativa, su realización cara a cara y su similitud con otras prácticas comunicativas permiten la producción de discursos que recuperan retroactivamente los comportamientos sexuales de los varones —en particular el reinicio coital después que la pareja parió— y sus experiencias, puntos de vista, explicaciones y versiones al respecto.

Participantes

Se invitó a participar a padres que habían tenido una vida conyugal aun después del nacimiento de sus hijos. Participaron catorce varones cuyos datos sociodemográficos se muestran en la Tabla 1.

Los datos de edad de las cónyuges de cada participante, así como los del número, sexo y edad de los descendientes de ambos, y los del tipo de intervenciones quirúrgicas practicadas a las madres en el parto, se presentan en la Tabla 2. Las edades menor y mayor de las mujeres fueron de 21 y 48 años, respectivamente, con un promedio de 31.81 años. El número de hijos fue de uno o dos. El parto fisiológico de la compañera fue una modalidad común. La cesárea fue la intervención quirúrgica por nacimiento más numerosa. Sólo tres mujeres tuvieron un parto con empleo de episiotomía.

Instrumento

Se elaboró un guión temático de entrevista, cuyos tópicos fueron los datos generales de los participantes y ciertos aspectos relativos a su vida amorosa y sexual antes, durante y después de los períodos de embarazo de su compañera.

Tabla 1. Datos generales de los varones que participaron en el estudio.

Participante	Origen	Residencia	Edad	Estado civil	Religión	Nivel de estudios	Ocupación
Andrés	Cd. de México	Cd. de México	31	Casado	Católica	Licenciatura	Jefe administrativo
Víctor	Puebla	Edo. de México	40	Casado	Católica	Licenciatura	Gerente de empresa
Antonio	Cd. de México	Cd. de México	28	Casado	Cristiana	Secundaria	Reparador de motos
Beto	Edo. de México	Edo. de México	30	UL	Católica	Bachillerato	Electricista
Luis	Hidalgo	Edo. de México	49	Separado	Cristiana	Primaria	Maestro de la Biblia
Ricardo	Veracruz	Edo. de México	20	Casado	Cristiana	Secundaria	Trabajador eventual
Alex	Edo. de México	Edo. de México	27	Separado	Católica	Secundaria	Cargador
Alberto	Edo. de México	Edo. de México	32	Casado	Católica	Secundaria	Supervisor en abarrotes
Jorge	Cd. de México	Cd. de México	23	UL	Católica	Bachillerato	Supervisor de autoservicio
José	Cd. de México	Cd. de México	31	Casado	Católica	Secundaria	Empleado nocturno
Manuel	Baja California	Cd. de México	27	Casado	Católica	Posgrado	Empleado en el sector salud y estudiante
Julio	Cd. de México	Cd. de México	35	UL	Católica	Carrera técnica	Reparador de sinfonolas
Tony	Edo. de México	Edo. de México	36	Casado	Católica	Bachillerato	Ejecutivo de banco
Alfredo	Edo. de México	Edo. de México	33	Casado	Cristiana	Bachillerato	Empleado de empresa

Tabla 2. Datos de la pareja y de los descendientes de los participantes.

Participante	Edad de la cónyuge	Edad de los hijos	Intervención quirúrgica en el parto
Andrés	SD*	Un hijo de 11 meses	Parto fisiológico
Víctor	43	Una hija de 16 años	Parto fisiológico
Antonio	26	Una hija de 5 años	Parto fisiológico
Beto	28	Dos hijos de 4 y 2 años	Partos fisiológicos
Luis	48	Un hijo de 30 y una hija de 27 años	Partos fisiológicos
Ricardo	21	Dos hijas: una fallecida y otra de un año	•Parto fisiológico •Episiotomía
Alex	27	Un hijo de 9 años	Episiotomía
Alberto	SD*	Una hija de 8 y un hijo de 4 años	•Episiotomía •Parto fisiológico
Jorge	35	Una hija de 2 años	Cesárea
José	29	Un hijo de 6 meses	Cesárea
Manuel	32	Una hija de 7 meses	Cesárea
Julio	29	Un hijo de 4 años y una hija de 11 meses	Cesáreas
Tony	32	Un hijo de 6 y una hija de 4 años	Cesáreas
Alfredo	SD*	Un hijo de 11 y una hija de 3 años	Cesáreas

* SD: sin datos de edad.

Procedimiento

Negociación. Se explicó a los participantes que el propósito del estudio era conocer algunos aspectos de su sexualidad antes, durante y después del embarazo o los embarazos de su compañera. Asimismo, por razones éticas, se les prometió preservar

el anonimato de ambos, sustituyendo sus nombres por seudónimos, y dar un trato confidencial a la información que iban a proporcionar, todo lo cual se cumplió cabalmente.

Entrevista. Las entrevistas cualitativas, de clase semiestructurada, se realizaron siguiendo el

guión temático mencionado, de conformidad con un formato de conversación *vis a vis* entre los entrevistadores y cada participante por separado. Los varones (solamente “Beto”) participaron en una o

en dos sesiones de entrevista de duración variable, hasta cubrir el citado guión, en escenarios que permitieron al entrevistado expresarse con privacidad y confianza (Tabla 3).

Tabla 3. Lugar, número y duración de las sesiones de entrevista con los participantes.

Participante (seudónimo)	Lugar de entrevista	Número de sesiones	Duración de cada sesión
Andrés	Su oficina	1	46 minutos
Víctor	Casa de un amigo	2	•1 hora, 40 minutos •30 minutos
Antonio	Oficina de una bodega	1	55 minutos
Jorge	Conserjería de escuela	1	27 minutos
Beto	Su casa	2	•1 hora, 29 minutos •37 minutos
Luis	Salón de un templo	2	54 minutos 25 minutos
Ricardo	Oficina de un templo	2	45 minutos 30 minutos
Alex	Casa de un amigo	1	1 hora, 10 minutos
Alberto	Casa de un amigo	1	1 hora, 17 minutos
José	Casa de un amigo	1	48 minutos
Manuel	Cubículo de su facultad	1	1 hora, 18 minutos
Julio	Su casa	1	1 hora, 50 minutos
Tony	Casa de un amigo	1	45 minutos
Alfredo	Salón de un templo	1	1 hora, 10 minutos

Los temas fueron abordados en la misma secuencia, involucrando variaciones y ampliaciones que dependieron de los relatos generados por los entrevistados. Cada entrevista fue audiograbada con su consentimiento explícito.

Transcripción. Cada sesión de entrevista fue transcrita en el transcurso de la siguiente semana a su realización considerando literalmente las palabras y expresiones de los participantes.

Codificación y análisis. Se seleccionaron sólo los relatos de los participantes que referían la sexualidad de la pareja después del nacimiento de sus hijos. Se ajustaron algunos fragmentos de los relatos mediante la eliminación de repeticiones de palabras, pero conservando su contenido, con la finalidad de presentarlos en un español más estandarizado a fin de lograr una mejor comunicación pública. Se hizo un análisis del discurso (Mbeken-

ga et al., 2013) o análisis de contenido de los relatos (Trutnovsky, Haas, Lang y Petru, 2006; Williamson et al., 2008) para formular dominios y categorías (Steinfeldt et al., 2011). Se emplearon como testimonios algunos segmentos *ad hoc* de los relatos.

RESULTADOS

Los hallazgos sobre el comportamiento sexual de los varones durante el período de posparto de su compañera correspondieron a tres dominios: tiempo transcurrido entre el parto y el reinicio coital, experiencias y significados del varón en torno al reinicio sexual en función de la clase de intervención médico-quirúrgica practicada a su pareja en el parto, y otros eventos del puerperio cuyos significados postergaron el reinicio coital masculino.

Tiempo para el reinicio coital en el posparto

Excepto Andrés, todos los varones permanecieron al menos cuarenta días sin actividad coital después del parto. Los participantes postergaron su reinicio coital, en promedio, después de un parto fisiológico,

una episiotomía y una cesárea, en este orden decreciente. El reinicio de menor y de mayor latencia (un mes y seis meses, respectivamente) fueron por parte de aquellos cuya pareja había parido sin intervención quirúrgica alguna (Tabla 3).

Tabla 3. Tiempo transcurrido para el reinicio coital de los participantes en función de la intervención quirúrgica practicada a su pareja.

Intervención médico-quirúrgica a la pareja	Participante	Tiempo para el reinicio coital posparto
Parto fisiológico	Andrés	Un mes
	Antonio	Respeté su cuarentena
	Luis	La cuarentena
	Víctor	Casi los setenta días
	Alberto	Como a los tres meses
	Ricardo	Cuatro meses
	Beto	Como seis meses
Media estimada		81 días
Episiotomía	Ricardo	La cuarentena y diez días más
	Alex	La cuarentena y quince días más
	Alberto	A los dos meses y medio, casi a los tres
Media estimada		65 días
Cesárea	Manuel	La cuarentena
	Tony	Yo respeté ese período (de cuarenta días)
	Jorge	Cuarenta y cinco días más o menos
	Julio	La cuarentena y una semana
	Alfredo	La cuarentena y unos días más
	José	A los tres meses
Media estimada		51 días

Impacto de las intervenciones quirúrgicas

En todos los casos, el proceso de recuperación puerperal y las intervenciones ginecoobstétricas hechas a la mujer afectaron el reinicio coital masculino.

Reinicio coital después del parto fisiológico

El tiempo de abstinencia coital de los varones después del nacimiento de su descendiente mediante parto fisiológico fue variable. Andrés y su compañera fueron los únicos que no completaron el

período acostumbrado de cuarenta días sin coito; sin embargo, retomaron su vida sexual hasta que había cesado el flujo de loquios. Andrés señaló: “Fue yo creo que como al mes después de que ella se alivió [...] Duran como cuarenta días todavía sangrando [...] A ella le daba miedo que me fuera a infectar [...] Entonces, como al mes, ya tuvimos otra vez nuestra vida sexual”.

Víctor, Alberto, Ricardo, Beto y Luis se abstuvieron de tener relaciones sexuales con su pareja durante diferentes tiempos después del parto fisiológico, superando con holgura la estricta cuarentena. Víctor y su pareja, a pesar del deseo

sexual de él, aguardaron un lapso de setenta días. Relató: «Hay un proceso que se llama cuarentena y no tuvimos relaciones sexuales hasta casi los setenta días [...] Respetas eso, y aunque haya atracción dices: “No, no, *back*”».

Alberto y su compañera rebasaron notoriamente la cuarentena sin contacto sexual. Él dijo: “Volvímos a tener relaciones sexuales como a los tres meses”. El reinicio coital puede posponerse por un tiempo mayor después de la cuarentena debido no a la recuperación puerperal sino al sufrimiento paterno, y sobre todo el materno, provocado por la muerte del producto. Ricardo contó: “Nació de parto natural. Como al mes falleció. Falleció en el hospital por neumonía [...] Nos pusimos a ayunar y en oración. La llevé un rato de vacaciones otra vez al mar para ver si se le quitaba ese trauma [...] Tardamos cuatro meses en tener relaciones [...] Ya se dio porque yo insistí. De tanto que le insistí, ya accedí”.

Beto retomó la actividad sexual con su compañera (dedicada a la crianza, opuesta a vivir un nuevo embarazo y renuente al sexo) al medio año de un parto fisiológico sin complicaciones de salud. Relata: «No hubo nada de eso [sexo]. Y no fueron cuarenta días, fueron como seis meses [...] Le dije: “¿Cuándo vamos a tener relaciones?”, “Es que tengo miedo de quedar embarazada”. Le dije “Usamos protección”, “No, es que tengo miedo”. Entonces dije “Okey, no” [...] Llegué un día, la empecé a besar y me dice: “¿Quieres que tengamos relaciones?”. Para mí era: “Nada más porque tú tienes ganas” [...] Al otro día tomó una pastilla para no quedar embarazada».

Luis tampoco tuvo sexo en el puerperio, pero, aclaró, nunca antes fue satisfactorio ni suficiente con su esposa. Dijo: “Vino una etapa de cuarentena. De por sí casi nunca pasaba (tener relaciones sexuales), o si lo hacíamos era siempre con reclamos de ella”. El caso de Antonio y su esposa también implicó conflicto. Narró: “Respeté su cuarentena. Después de esos días empezamos a discutir, a pelear más”.

De modo terminante, aunque en unos casos fue largo el retraso del reinicio coital, en otros se debió al luto y a la particular dinámica de pareja, no a las dificultades del puerperio.

Reinicio coital después de la episiotomía

Los varones cuya compañera tuvo parto con episiotomía (Ricardo, Alberto y Alex) se abstuvieron de tener sexo más allá de la cuarentena debido a las complicaciones de la cirugía. Para Ricardo, la episiotomía en el segundo parto fue un factor de su abstinencia sexual de cincuenta días: “Después de la cuarentena nos esperamos diez días más para que su matriz se fortaleciera. Ella tenía miedo de tener relaciones sexuales porque cuando están en la cuarentena sacan mucha sangre y sacan todo lo feo (loquios) [...] Se llegaba a poner un pañal para adulto. Teníamos que venderla y desvendarla cada vez que tenía que bañarse o se le desacomodaba la venda [...] Mi suegra le sobaba el vientre y las piernas, que se le inflamaban [...] Empezamos con cuidado, poco a poco [a tener sexo]. El doctor lo recomendó, y ya después fui yo quien lo retomó”. Tales cuidados y curaciones tuvieron efecto. Ricardo agregó: “Cuando se alivian normal [parto vaginal] le abren tantito su vagina. Sus puntos [de la sutura] se le estaban madurando. Mi suegra la curaba y yo le ayudaba a retirarle los puntos. Eso era muy molesto [para su compañera]”.

Las secuelas de la episiotomía de la pareja condujeron a Alberto a un período cercano a los noventa días sin actividad coital: «Me empieza a explicar: “Mira, te rasuran (tricotomía); como el bebé sale, a lo mejor te abren más la vagina, y entonces ya te dan unas puntadas” [...] “¿Entonces no podemos tener relaciones sexuales?”, y dice: “No, todavía te aguantas” [...] Yo ya tenía ganas. Le digo: “Si ves que a los cuarenta días no te hago caso es que ya perdí por otro lado” [tuvo sexo con otra persona] [...] Esperó más de la cuarentena [y entonces] me dice: “¡Ahora sí, ya estoy lista!”. Pero todavía a mí me quedaba la idea de “¿Y si la lastimo?”. Ya no era tanta mi fantasía de tener relaciones, sino “Si ves que te estoy lastimando, me avisas” [...] Así fue esa vez, después de los cuarenta días, yo creo que como a los dos meses y medio, casi a los tres».

El reinicio coital de Alex y compañera tuvo una menor latencia que el mencionado antes, pero fue una experiencia más dramática debido a los cambios físicos, fisiológicos y estéticos resultantes de la episiotomía, a la congestión mamaria provo-

cada por los medicamentos y a las molestias de las curaciones. Relató: «Cuando se alivió le abrieron mucho su parte, le rasgaron mal, le cosieron mal y estuvo sufriendo mucho por sus curaciones [...] Le abrieron más y tenía chueco, tenía cosido... muy feo [...] Por los medicamentos que tenía que tomar por lo mismo, no le salía casi la leche y sus pechos estaban bien inflamados. Nada más le tocaba sus pechos y le dolían mucho, y todo el tiempo de su cuarentena se la llevó así. La abrazaba porque lloraba: “Amor, aquí voy a estar”. Le daba sus besos y abrazos, pero nada de relación; no la podía tocar porque le dolía [...] Para retomar las relaciones pasó la cuarentena y quince días más [...] Me dice: “Ya tócame” [...] Sí había caricias porque yo tenía que chupar sus pechos para sacar la leche y la tocaba también. Lo hacía para ayudarla con la herida. Los pechos, grandes, le dolían [...] La primera vez después de la cuarentena fue complicado porque yo pensaba que al penetrarla la iba a lastimar, que ella iba a sangrar y yo no quería hacerlo. Ya estábamos en el acto porque me lo pidió: “Anda, tengo ganas, quiero sentirte”, y yo: “Ya, bueno”. Uno como hombre debe cumplir, pero cuando comenzamos con el ‘69’ (posición sexual donde el rostro del varón queda frente a la vagina) y la miré rasurada y con la herida, no me gustó; sentí que podía lastimarla. Luego se pasó arriba de mí, y como que gritó y yo ya no quise continuar. Y ella: “No, mira ya estamos excitados, continúa, muévete, anda”, y yo pasmado; creía que la había lastimado, que le había abierto la herida. Y nos esperamos otros días».

En resumen, la episiotomía tuvo un efecto consistente y notorio en el retraso del reinicio de la actividad coital de los participantes.

Reinicio coital tras la cesárea

Los participantes a cuyas cónyuges se les practicó cesárea (Manuel, Jorge, José, Toni, Alfredo y Julio) tardaron al menos la cuarentena para reanudar la vida sexual. El dolor resultante de la cirugía sentido por la esposa de Manuel propició que ésta reiniciara en ese término. Dijo Manuel: «Duramos la cuarentena [sin sexo] Tratamos de estar cerca, pero también, como ella estaba muy adolorida y yo tenía tanto trabajo, realmente no te cuestionas

mucho eso. Después ya empezamos a ver eso —hay que retomarla, ¿no?—, cuando ya nos estabilizamos y teníamos más callo [pericia] en cuidar a la bebé». Tony y su compañera se abstuvieron coitalmente en la cuarentena a causa de cada una de las dos cesáreas padecidas. Él no percibió otro cambio significativo adicional a las secuelas de la cirugía: “La cumplimos. Yo respeté ese período. Ella se vio muy delicada porque le hicieron cesárea [...] Yo le curaba su herida, le cambiaba el vendaje todos los días, le demostraba cuánto la quería haciendo todo eso por ella [...] Empecé [a proponerle tener relaciones sexuales]. Ya teníamos la necesidad de estar juntos”. Jorge y su pareja reiniciaron su actividad sexual solo unos días después de completar la cuarentena. En su percepción, la cesárea influyó en ello: «Volvimos a tener una vida sexual activa después de los cuarenta días, como a los cuarenta y cinco días. Los dos ya teníamos ganas. Recién cuando tenía la cicatriz me daba miedo de que se le fuera a abrir [...] No quería lastimarla y dije: “No, mejor hasta que se ponga bien”». Alfredo y su compañera también rebasaron sin sexo el período acostumbrado debido a la cirugía: “Se respetó la cuarentena, pero nos dimos unos días más para que se fortaleciera, porque fue cesárea”. En cuanto a Julio, aun cuando la recuperación de su compañera ocurrió sin obstáculos, él consideró necesario acatar, más que ella, el período de cuarentena después de la primera cesárea: «Una semana antes de que terminara la cuarentena me dijo [le propuso tener sexo] y le dije “¡Espérate, ya va a acabar la cuarentena!”». Volvimos a una vida sexual activa después de la cuarentena. No sé si pasó la cuarentena y una semana». El reinicio coital después de la segunda cesárea también rebasó la cuarentena, pero esta cesárea fue percibida por Julio como una cirugía inapropiada que alteró la vida familiar y de pareja, incluida la sexualidad. Julio recordó: “Del niño le hicieron cesárea, pero su herida había quedado bien. De mi hija le hacen su cesárea, ¡pero, ay, una cesárea tan horrible! El viernes siguiente regresa porque le está saliendo líquido. La internan que porque trae temperatura y que tiene infección, y estuvo una semana internada”. Por su parte, José declaró concisamente: “Recuperamos la vida sexual activa a los tres meses de nacido el bebé”.

Brevemente, las secuelas visibles y las infecciosas debidas a algunas cesáreas provocaron que los varones pospusieran su reinicio coital más allá de la cuarentena acostumbrada.

Eventos que retardan el reinicio coital

Los significados de algunos eventos del puerperio desalentaron el reinicio coital. A Víctor le fue difícil recuperar el interés por el sexo después del parto fisiológico. Los senos y la vagina de su compañera, importantes en las relaciones sexuales, le evocaban la imagen, incompatible eróticamente para él, de su hija recién nacida y en lactancia. Además, veía menos atractivo el cuerpo de la compañera. Estas situaciones causaban reclamos. Él contó: «Había atracción porque a una mujer así le crecen los senos, pero ¿cómo tocar sus senos? Dio a luz. ¿Cómo voy a tocarle los senos si de allí come mi hija? [...] De allí viene el reclamo por parte de ella: “¿Ya no te gusto? ¡Pues claro! ¡Mira cómo me dejó tu hija!”. Porque ella era delgada, de vientre plano [...] Entonces yo: “Oye, ¿ya te creció la lonjita” [...] Había en la relación el acostarse, platicar, caricias, besos, pero después de eso: “Ya eres mamá”. Me decía: “¿Qué pasa?, ¿qué ha cambiado?”, y yo le decía: “Dame tiempo, ¿cómo voy a penetrar algo donde nació mi hija? No, no”».

Las prácticas y las ideas en torno al cuerpo femenino y sus cuidados en el posparto también contribuyeron a la decisión de retardar tras una episiotomía el reinicio coital masculino. Ricardo dijo: “No se pueden tener relaciones porque todavía tiene inflamada su vagina y tienen que volverse a contraer los músculos [...] Existe un huesito que si ella se *alivia* [pare], se desprende. Hay que fajarla para que ese hueso se vuelva a acomodar”. Análogamente, la secreción de leche propició experiencias y significados que alargaron el período sin sexo. Alex relató: «Cuando pasó la cuarentena y teníamos relaciones se le tiraba la leche. Ella me decía: “Tú eres mi bebé” [...] Le salía la leche y le decía: “Ya no quiero leche, ya no quiero saber nada de leche, y más por la forma en que te sale”».

Julio explicó su comportamiento posterior a las dos cesáreas de su esposa: “Yo sí tenía el deseo, pero me pasa lo mismo que en sus períodos [menstruales]: no la puedo ver ni tocar. Eso es de respetarse, porque aparte, pobrecillas, sí se la pa-

san mal”. Después de ambas cesáreas, Alfredo experimentó y significó el cuerpo y el erotismo con su compañera de modo semejante al de Víctor. Declaró: “Realmente los senos se hicieron para amamantar a los bebés, y sí, yo sentía raro, y la dejé de tocar en esa parte. Podía abrazarla, besarla en todo su cuerpo, y besaba sus senos, pero con menos frecuencia”.

DISCUSIÓN

El presente estudio cualitativo (cf. Rapley, 2004; Sapién, 2006; Steinfeldt et al., 2011; Taylor y Bogdan, 1996; Trutnovsky et al., 2006; Williamson et al., 2008), con perspectiva teórica de género (Cazés, 2000; Córdoba, 2005; Lagarde, 1997; Rubin, 1986) se suma a las escasas exploraciones existentes sobre el comportamiento sexual de los varones en el período del posparto de la compañera (Van Anders et al., 2013; Von Sydow, 1999; Williamson et al., 2008). Muestra que el reinicio coital de los hombres es sensible a algunos eventos puerperales y a las complicaciones de salud de la mujer derivadas de las cirugías ginecoobstétricas.

Cuarentena. El período de abstinencia coital que varones y cónyuges consideraron obligatorio fue la cuarentena, impuesta por su cultura para la recuperación y cuidado de la mujer después del parto. Hombres y cónyuges acordaron abstenerse coitalmente hasta que se superara este período o ellas recobraran su bienestar y fortaleza. Este período de abstinencia coital posparto es similar al de seis semanas hallado por Williamson et al. (2008) en un estudio hecho en Australia, pero difiere del de ochenta días encontrado por Awusabo-Asare y Anarfi (1997) en Ghana. La abstinencia coital fue una necesidad, una convicción, una obligación, un deber de proteger en la cuarentena el “delicado” cuerpo de la cónyuge recién parida, concordando esto con el *desideratum* (Cazés, 2000) y constituyendo un “guión” (Gagnon, 1980) para los roles conyugales y maternos/paternos y para la conducta sexual. Estos significados imperativos cobraron realismo en las experiencias cotidianas con la puerpera convaleciente.

Si bien las construcciones socioculturales permitían a los participantes establecer relaciones sexuales con otras mujeres durante la convalecencia

posparto de la compañera, declararon no haberlas tenido. Quizá en una muestra más numerosa aparecerían casos en los que eso sí ocurre, como en Jamaica (Gray et al., 2015), Ghana (Awusabo-Asare y Anarfi, 1997), Tanzania (Mbekenga et al., 2013) y Nigeria (Bello, Olayemi, Aimakhu y Adekunle, 2011; Lawoyin y Larsen, 2002, país este último en que las practican hombres monógamos y polígamos (Mitsunaga, Powell, Heard y Larsen, 2005).

Reinicio coital masculino tras parto fisiológico, episiotomía o cesárea. El comportamiento sexual masculino posparto fue diverso (cf. Williamson et al., 2008) en cuanto al tiempo de reinicio, topografía, dinamismo (movilidad, vigor) y placer producido, y en función de los significados de los procesos fisiológicos puerperales y las secuelas de las cirugías ginecoobstétricas. Los varones pospusieron el reinicio coital más allá de la cuarentena al sentirse impresionados por las secuelas que el parto fisiológico (inflamación y sangrado de la vagina), la cesárea (sutura y dolor agudo en el tejido afectado) y la episiotomía (tricotomía e incisión, sutura y cicatrización perineales) dejaron en el cuerpo de la mujer, en especial si los síntomas puerperales eran notorios y las cirugías se hicieron con deficiencia o sanaron con lentitud.

Aunque el reinicio coital más tardío ocurrió después del parto fisiológico, la causa atribuida por los varones no fue la modalidad de nacimiento sino algunos aspectos poco relacionados con aquél, como el luto, la falta de amor, las expectativas reproductivas dispares y los conflictos en la pareja. Así como Khajehei et al. (2009) encontraron que el reinicio coital femenino era más tardío después de una episiotomía que de una cesárea, el presente estudio mostró un efecto similar, aunque menos pronunciado, en el reinicio coital masculino. El efecto diferente de la episiotomía y la cesárea sobre los hombres se debió a las huellas o marcas sensibles y graves que estas dejaron en el cuerpo femenino y a sus significados dispares: la cesárea afecta y lastima el vientre de la mujer, pero la episiotomía hiere y modifica la zona genital femenina, que tiene un significado sexual esencial para los varones. Algunos efectos de las cirugías fueron tan impactantes para los hombres que algunas compañeras, siendo las auténticas convalecientes del parto, paradójicamente tuvieron más interés que ellos en reiniciar la vida sexual, en tener más ac-

tividad sexual o en culminar una relación sexual, bien para satisfacer su propio deseo, bien para prevenir la infidelidad masculina y proteger así el nexo conyugal que consideraban en riesgo (Bello et al., 2011).

Estos hechos apoyan la concepción de De Beauvoir (1997) de que los cuerpos de las mujeres son simbolizados en el mundo patriarcal. El cuerpo recién parido, maternal, intervenido quirúrgicamente, convaleciente, es vivido y significado por la propia mujer, pero también por el varón, lo que incide en el reinicio de la actividad sexual masculina.

Significados del cuerpo femenino que retardan el reinicio coital. La congestión y el dolor de los senos, el uso de fajas o vendas y la secreción láctea en la recién parida causaron impresiones de delicadeza, compasión o rareza en algunos varones, con un efecto inhibitorio sobre su deseo y conducta sexual. Estos cambios son equiparables a las sintomatologías puerperales que afectan la sexualidad de las mujeres, como dispaurenia, irritación mamaria por la lactancia (Trutnovsky et al., 2006) y molestia perineal residual, músculos pubococcygeos relajados, sensaciones vaginales eróticas disminuidas y lubricación vaginal y respuesta orgásmica reducidas durante la lactancia (Still, 1986).

Otros significados atribuidos por los varones a la recuperación puerperal también postergaron el reinicio coital. El respeto, la espera, la paciencia, el temor, el cuidado y la precaución, más que la evitación de culpa señalada por Still (1986), pospusieron el coito más allá de la cuarentena. Algunos hombres vivieron el contraste simbólico del cuerpo sexual *versus* el cuerpo maternal de la compañera: sintieron atracción sensual hacia sus senos más voluminosos y firmes en el puerperio, pero ¿cómo tocarlos si eran la fuente de alimento del hijo?; deseaban las relaciones sexuales, mas ¿cómo penetrar con el miembro viril la vía por donde aquel había nacido? Podrían tener relaciones sexuales con ella, pero no las disfrutarían porque ella *ya era madre*. Significaron a las púerperas como intocables sexualmente aun en contra del deseo de ellas. También, el deseo sexual masculino disminuyó eventualmente por la mayor talla corporal de la mujer en el posparto, opuesta a la moda de la delgadez femenina.

La reducción y el ajuste de la actividad sexual masculinas asociados al embarazo (Sapién y Córdoba, 2011; Sapién et al., 2011), a los procesos puerperales, a las secuelas quirúrgicas y a los significados del cuerpo recién parido y del sexo posparto, contradicen la presunción de que los varones están siempre y en todas las situaciones y condiciones dispuestos al sexo, como ya lo planteó Córdoba (2005). Deben considerarse los cambios físicos en las mujeres que han parido bajo cualquier intervención ginecoobstétrica, pero también ciertas construcciones socioculturales (cuarentena, masculinidad, paternidad, delicadeza de la puerpera, sexualidad) y experiencias de los hombres con estas mujeres, a fin de comprender mejor el reinicio coital en el posparto ya que es relacional y contextual. En efecto, según Hipp, Kane y van Anders (2012), la sexualidad en el posparto es multidimensional.

Debido a la necesidad de orientación a varones y mujeres sobre su sexualidad antes, durante y después del embarazo, y dado que la viven como tema íntimo, emotivo, impactante o vergonzoso, es preciso que, como Still (1986), Sapién (2006) y Williamson et al. (2008) sugieren, los profesionales de ginecología y obstetricia y de disciplinas del comportamiento los asesoren sobre su salud sexual y reproductiva, pero también acerca de las interven-

ciones ginecoobstétricas, para ayudar a la cohesión de la pareja y la familia (Bello et al., 2011) y al bienestar de sus integrantes, en un marco de conocimiento y equidad intergenerativa.

En conclusión, la perspectiva teórica de género y la metodología cualitativa permitieron mostrar que la cuarentena fue considerada discursiva y fácticamente tanto por hombres como mujeres como un referente del tiempo mínimo obligatorio y conveniente de abstinencia coital en el posparto. Tiempo, forma, dinámica y experiencia del reinicio coital masculino se vieron afectados también por las cirugías practicadas a la compañera (episiotomía y cesárea, en este orden) y por sus complicaciones de salud derivadas de tales operaciones y las propias del parto fisiológico. Dicho impacto fue mediado o afectado por significados, compartidos o no por la pareja, sobre género, sexualidad en el posparto, cuerpo femenino recién parido, proceso de recuperación del puerperio y cuidados. Aún se requiere una indagación más precisa de la relación del comportamiento sexual de los hombres con las intervenciones médico-quirúrgicas por parto; los cambios físicos, fisiológicos, psicológicos y sociales de la puerpera y el varón, y los cuidados sanitarios médicos y los tradicionales durante el período de posparto.

REFERENCIAS

- Amuchástegui, A. (2001). *Virginidad e iniciación sexual, experiencias y significados*. México: Edamex/Population Council.
- Awusabo-Asare, K. y Anarfi, J.K. (1997). Postpartum sexual abstinence in the era of AIDS in Ghana: prospects for change. *Health Transition Review*, 7(Supp.), 257-270.
- Bello, F.A., Olayemi, O., Aimakhu, C.O. y Adekunle, A.O. (2011). Effect of pregnancy and childbirth on sexuality of women in Ibadan, Nigeria. *International Scholarly Research Network. Obstetrics and Gynecology*, Article ID 856586.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina*. Barcelona: Anagrama (Col. Argumentos).
- Cazés, D. (2000). *La perspectiva de género* (1ª reimp.). México: CONAPO/Comisión Nacional de la Mujer.
- Córdoba B., D.I. (2005). *Ellos y la vasectomía: temores, precauciones, deseos y mitos de la sexualidad masculina*. Tesis de Doctorado. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Checa R., M.A., Córdoba B., D.I. y Sapién L., J.S. (2005). Entorno, experiencias sexuales e imagen corporal de sexoservidoras de la zona metropolitana. *Psicología y Ciencia Social*, 7(1-2), 51-62.
- De Beauvoir, S. (1997). *El segundo sexo* (t. 1. *Los hechos y los mitos*) (7ª ed.). México: Alianza Editorial/Siglo Veinte.
- Foucault, M. (1996). *Historia de la sexualidad. I La voluntad de saber* (24ª ed.). Madrid: Siglo Veintiuno Editores.
- Gagnon, J. (1980). *Sexualidad y cultura*. México: Pax México.
- Gray, P.B., Reece, J.A., Coore-Desai, C., Dinnall-Johnson, T., Pellington, S. y Samms-Vaughan, M. (2015). Sexuality among fathers of newborns in Jamaica. *BMC Pregnancy and Childbirth*, 15(44), 1-9. doi: 10.1186/s12884-015-0475-6.
- Hartmann, K., Viswanathan, M., Palmieri, R., Gartlehner, G., Thorp, J. y Lohr, K.N. (2005). Outcomes of routine episiotomy: a systematic review. *The Journal of the American Medical Association*, 293(17), 2141-2148.

- Hipp, L., Kane, L., y Van Anders, S.M. (2012). Exploring women's postpartum sexuality: Social, psychological, relational, and birth-related contextual factors. *The Journal of Sexual Medicine*, 9(9), 2330-2341.
- Khajehei, M., Ziyadlou, S., Safari, R.M., Tabatabaee, H.R. y Kashefi, F. (2009). A comparison of sexual outcomes in primiparous women experiencing vaginal and caesarean births. *Indian Journal of Community Medicine*, 34(2), 126-130.
- Lagarde, M. (1997). *Los cautiverios de las mujeres: madresposas, monjas, putas y locas* (3ª ed.). México: Universidad Nacional Autónoma de México.
- Lawoyin, T.O. y Larsen, U. (2002). Male sexual behavior during wife's pregnancy and postpartum abstinence period in Oyo State, Nigeria. *Journal of Biosocial Science*, January, 34(1), 51-63.
- Mbekenga, C.K., Pembe, A.B., Darj, E., Christensson, K. y Olsson, P. (2013). Prolonged sexual abstinence after childbirth: gendered norms and perceived family health risks. Focus group discussions in a Tanzanian suburb. *BMC International Health and Human Rights*, 13(4), 1-11.
- Mitsunaga, T., Powell, A., Heard, N. y Larsen, U. (2005). Extramarital sex among Nigerian men: polygyny and other risk factors. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 39(4), 478-488.
- Mourichon, L. (s/f). *Sexualité après accouchement*. Disponible en línea: http://www.geyreelectronique.com/perineologie/publications/publication_id100.pdf (Consultado el 18 de junio de 2015).
- Rapley, T. (2004). Interviews. En C. Seale, G. Gobo, J. F. Gubrium y D. Silverman (Eds.): *Qualitative research practice*. London: SAGE.
- Rubin, G. (1986). El tráfico de mujeres: notas sobre la "economía política" del sexo. *Nueva Antropología*, noviembre, 8(30), 95-145.
- Sapién L., J.S. (2006). *Prácticas y representaciones sobre sexualidad y reproducción de varones en psicoprofilaxis perinatal*. Tesis de Doctorado. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia.
- Sapién L., J.S. y Córdoba B., D.I. (2011). *Diferencias sexuales entre hombres y mujeres*. México: UNAM.
- Sapién L., J.S., Salguero V., A. y Córdoba B., D.I. (2011). Dificultades sexuales vividas por los varones durante el embarazo. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala*, 14(3), 129-155.
- Steinfeldt, J.A., Foltz, B.D., Mungro, J., Speight, Q.L., Wong, Y.J. y Blumberg, J. (2011). Masculinity socialization in sports: influence of college football coaches. *Psychology of Men & Masculinity*, 12(3), 247-259.
- Still, H. (1986). Sexuality during and after pregnancy. *Canadian Family Physician*, 32, 2177-2179.
- Taylor, S.J. y Bogdan, R. (1996). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación* (3ª reimp.). Barcelona: Paidós.
- Trutnovsky, G., Hass, J., Lang, U. y Petru, E. (2006). Women's perception of sexuality during pregnancy and after birth. *Australian and New Zealand Journal of Obstetrics and Gynecology*, 46, 282-287.
- Van Anders, S.M., Hipp, L.E. y Low, L.K. (2013). Exploring co-parent experiences of sexuality in the first 3 months after birth. *Journal of Sexual Medicine*, 10, 1988-1999.
- Vargas R., M.R., Córdoba B., D.I. y Sapién L., J.S. (2007). Impacto psicológico del aborto inducido en mujeres jóvenes. *Psicología y Ciencia Social*, 9(1), 5-18.
- Von Sydow, K. (1999). Sexuality during pregnancy and after childbirth: A metacontent analysis of 59 studies. *Journal of Psychosomatic Research*, 47(1), 27-49.
- Williamson, M., Mcveigh, C. y Baafi, M. (2008). An Australian perspective of fatherhood and sexuality. *Midwifery*, 24, 99-107.