

SEXO Y EMBARAZO: IDEAS DE PROFESIONALES DE LA SALUD

SEXO E GRAVIDEZ: IDEIAS DE PROFISSIONAIS EM SAÚDE

SEX AND PREGNANCY: HEALTH PROFESSIONALS' IDEAS

José Salvador Sapién López e Diana Isela Córdoba Basulto

Universidad Nacional Autónoma de México, Tlalnepantla de Baz, México

RESUMEN

El objetivo fue conocer las ideas de profesionales de salud sobre sexo y embarazo. Se hizo un análisis de contenido de registros escritos sobre los discursos de profesionales que impartían un diplomado de educación perinatal en un hospital público de la ciudad de México. Sus ideas fueron que: es mejor el embarazo planeado; las mujeres embarazadas deben ser atractivas y sensuales para sus compañeros; el sexo no tiene que ser coital ni eliminarse en este período, salvo prescripción médica; algunas posiciones sexuales son más recomendables que otras para fetos y embarazadas; y el parto será saludable si en el embarazo se previenen infecciones de transmisión sexual. Se concluyó que algunas ideas de los profesionales sobre sexo y embarazo provienen de su formación académica y su práctica de servicio, y propician bienestar y equidad de género, pero otras implican aprendizajes cotidianos y visiones del sentido común de sesgos sexistas.

Palabras clave: sexo; embarazo; ideas; profesionales; salud.

RESUMO

O objetivo foi conhecer as ideias de profissionais de saúde sobre sexo e gravidez. Foi feita uma análise de conteúdo dos registros escritos sobre os discursos de profissionais que atuam em uma pós-graduação de educação perinatal em um hospital público na Cidade do México. Suas ideias foram que: é melhor a gravidez planejada, as mulheres grávidas devem ser atraentes e sensuais para os seus pares, o sexo não tem que ser coital ou removido durante este período a não ser por indicação médica; algumas posições sexuais são mais recomendáveis que outras para fetos e grávidas e o parto será saudável se doenças sexualmente transmissíveis forem prevenidos durante a gravidez. Concluiu-se que algumas ideias de profissionais sobre sexo e gravidez provém de sua formação acadêmica e de suas práticas e promovem bem-estar e igualdade de gênero, mas outras envolvem aprendizagem cotidiana e visões do senso comum de preconceito de gênero.

Palavras-chave: sexo; gravidez; ideias, profissionais; saúde.

ABSTRACT

The objective was to determine the ideas that health professionals have about sex and pregnancy. It was made a content analysis of written records about the speeches of professionals who were giving a perinatal education course in a public hospital of Mexico City. Their ideas were that: it is better a planned pregnancy; the pregnant women must be attractive and sensual for their companions; the sex has neither to be coital nor be eliminated in this period, except medical prescription; some sexual positions are more advisable than other ones for fetuses and pregnant women; and the childbirth will be healthy if in the pregnancy infections of sexual transmission are avoided. In conclusion, some ideas of professionals on sex and pregnancy come from the career education and practice, and they propitiate well-being and gender equity, but other ideas imply daily learning and visions of the common sense of sexist biases.

Keywords: sex; pregnancy; ideas; professionals; health.

Introducción

La educación perinatal promueve la salud materna e infantil durante el embarazo. Para lograr ese fin,

unas de sus preocupaciones se centran en la sexualidad. Por esto, la manera como los profesionales de la salud en el área perinatal conciben la relación entre el embarazo y el sexo es un objeto de investigación psicosocial

plausible. Los términos *maneras de concebir*, *formas de pensar* e *ideas* corresponden a lo que Abric (2001) llama *representaciones*, esto es, las visiones que los individuos o grupos sociales tienen del mundo en relación recíproca con sus acciones o prácticas.

Por lo que respecta al concepto de *sexualidad*, éste es histórico y, como tal, inacabado, contextual, pleno de contenidos artificiales y convencionales, en permanente definición. En el mundo occidental contemporáneo, tiende a asociarse con la intimidad del coito. Este vínculo afectivo y erótico que busca la reproducción de la especie o el placer (o las dos cosas), tiene lugar en un ámbito de poder inequitativo (Minello, 2000). El término *sexualidad* designa comportamientos, prácticas y hábitos que involucran al cuerpo, pero también relaciones sociales, conjuntos de ideas, moralidades, discursos y significados que las sociedades y sus instituciones construyen en torno a deseos eróticos y comportamientos sexuales. A un comportamiento, un deseo, una fantasía, los vuelven sexuales los significados socialmente aprendidos; entonces, lo que es sexual en una cultura no lo es en otras. Asimismo, lo que es sexual varía entre los individuos y se transforma a lo largo de la vida de una persona (Szasz, 2000). Obviamente, esta afirmación relativista comprende también los significados que la sexualidad tiene para los profesionales de la salud en el área perinatal.

Por su parte, *reproducción* refiere un fenómeno biológico, pero también uno social y relacional entre los géneros masculino y femenino. En los procesos reproductivos los hombres son actores tan importantes como las mujeres, aunque sean distintos sus papeles en estos y los significados que les atribuyan (Figuerola, 1998; Lerner, 1998). Algo análogo se puede afirmar sobre acerca del embarazo: es un proceso de interés biológico, sociocultural y psicológico que une, o separa, a mujeres y hombres implicando sus respectivas experiencias y significaciones. De hecho, entre estas experiencias y significaciones están las de los profesionales de educación perinatal.

En el presente trabajo se apuesta por que la perspectiva de género (Cazés, 2000; De Beauvoir, 1997; Lagarde, 1997; Lamas, 2003a, 2003b; Rubin, 1986) y la investigación cualitativa (Castro, 1996; Córdoba, 2005; Córdoba, Sapién, & Salguero, 2010; Martínez, 1996; Martínez & Leal, 1998; Sapién, 2006; Sapién & Córdoba, 2010; Tarrés, 2004) han de permitir una mirada sobre las ideas que los profesionales de educación perinatal tienen sobre sexo y embarazo. La primera amalgamaría los fines científicos de conocer ideas sobre el comportamiento sexual humano en el embarazo y una postura ética y política a favor de las ideas de equidad entre géneros; la segunda sería fructífera en el registro de discursos que expresen

ideas sobre los aspectos sanitarios, y de otra clase, del comportamiento sexual y reproductivo.

En el presente estudio la perspectiva de género y la metodología cualitativa se integran para explorar las formas de pensar que los profesionales de la salud en educación perinatal tienen sobre el sexo y su relación con un proceso gestacional saludable. Se supondría que estas ideas serían, por un lado, construcciones académicas, científicas y, por otro, construcciones ordinarias con posibles sesgos que provendrían de sus aprendizajes cotidianos desarrollados en el denominado sistema sociocultural de sexo/género (Rubin, 1986). Por ello, el objetivo fue determinar estas formas de pensar y determinar el modo en que son sexistas o no. Se optó por el análisis del contenido de documentos (Taylor & Bogdan, 1996) como método para lograr este objetivo. Se espera que el reporte permita un conocimiento psico-social más detallado sobre la mentalidad profesional que ha prevalecido en la educación y atención perinatal que se brinda en la zona metropolitana de la capital del país.

Método

Se empleó una variante del método de análisis de documentos (Taylor & Bogdan, 1996), particularmente de los registros escritos y notas de campo hechos por los investigadores en un diplomado para formar instructores en psicoprofilaxis perinatal. Estos registros y notas son fuentes indirectos de las ideas de los profesionales de salud sobre sexo y embarazo. Si bien sirvieron antes para un trabajo reportado por Sapién (2006), en el presente texto sus contenidos son analizados con más amplitud y un sentido más crítico.

Diplomado de Psicoprofilaxis Perinatal. El diplomado mencionado fue avalado por el Instituto de Seguridad Social al Servicio de los Trabajadores del Estado y la Universidad Nacional Autónoma de México. Se realizó entre febrero de 2003 y febrero de 2004, en sesiones sabatinas. Incluyó temas relacionados con el desarrollo gestacional y el aprendizaje de la gimnasia obstétrica, tópicos de utilidad para educar y entrenar a la pareja para el nacimiento (Sapién, 2006).

Lugar del diplomado. El ambiente del diplomado fue un hospital público de la ciudad de México, el cual destacaba por ser un centro de salud pública que en 2005 todavía ofrecía de manera continua el servicio de psicoprofilaxis perinatal.

Participantes. Fueron considerados como participantes los nueve profesionales del diplomado cuyos discursos se refirieron explícitamente a la relación entre sexo y embarazo: tres gineco-obstetras (dos varones, calificados como primero y segundo, y una mujer), una médica general, un pediatra, una instructora en

psicoprofilaxis perinatal, dos psicólogas (que son identificadas como primera y segunda) y un sexólogo. La identidad, el género y otros datos de los participantes se omiten intencionalmente para mantener su anonimato, por razones éticas.

Codificación de los datos. Después de reunir los registros escritos y las notas de campo, los investigadores marcaron en éstos los fragmentos discursivos de los profesionales que hacían referencia a la relación entre sexo y embarazo, para su posterior clasificación y análisis. Los temas en que se clasificaron los contenidos de los discursos son los rubros que aparecen en la siguiente sección.

Resultados

A continuación se presentan las ideas y nociones de los profesionales en torno a distintos temas: la planeación del embarazo, la necesidad de educación sexual en el embarazo, la estética del cuerpo embarazado, el apetito sexual en el embarazo, el tipo de relaciones sexuales y sus consecuencias en este período, las infecciones transmitidas sexualmente y el efecto de fármacos sobre el desarrollo sexogenital del feto.

Relaciones sexuales y anticoncepción. Existió el consenso entre los profesionales de que lo mejor es que los embarazos sean planeados. Es lamentable, dijo el primer gineco-obstetra que "*A veces la mujer se embaraza en el primer contacto sexual*". Además, la anticoncepción no es responsabilidad sólo de la mujer, y su impacto tampoco. Consignó: "*Los métodos anticonceptivos naturales son en pareja. Los hombres participan en el coito interrumpido, pero éste trae consecuencias negativas para la pareja*". Afirmó también que si un hombre no se quiere practicar la vasectomía entonces debe cuidar su eyaculación. Las parejas tienen dudas elementales sobre anticoncepción y sexualidad, y un educador se las debe aclarar. Relató con admiración: "*¿Hay quien llega a preguntar cuántos preservativos usar!*" (un condón encima de otro condón).

Las ideas de que la falta de información en las y los pacientes es pernicioso y de que debe haber corresponsabilidad en la anticoncepción son congruentes con las nociones e ideales a favor de la equidad intergenérica.

Conocimientos sobre sexualidad en el embarazo. Según la médica general, el segundo gineco-obstetra y la instructora de psicoprofilaxis perinatal, se debe dar educación sexual, a quienes cursan un embarazo, acerca de: infecciones de transmisión sexual, uso correcto del condón y sexualidad en la infancia, adolescencia, adultez y adultez mayor. Se les debe hablar sobre el ciclo menstrual y la sexualidad en el embarazo y el puerperio, abordando: diferencias entre relaciones

sexuales y coito; impacto negativo de la interrupción del coito en la pareja; el trabajo de los hombres con los pezones de la compañera para que amamante; cómo usar preservativos; los métodos anticonceptivos existentes; y el impacto de las relaciones sexuales en el feto o bebé.

Además, la médica y la instructora plantearon que se les debe advertir a las parejas que no se espanten si el feto se mueve durante la relación sexual. Manifestaron que habría que explicarles en qué consiste la respuesta sexual humana y cómo ellos están funcionando sexualmente.

En breve, se debería incidir, mediante discursos, ambientes y actividades *ex profeso*, en el comportamiento reproductivo de mujeres y varones y los múltiples aspectos de su sexualidad.

Atractivo y sensualidad de las embarazadas. A partir de la experiencia de la médica general, la instructora en psicoprofilaxis y las dos psicólogas sobre la desvalorización estética que socialmente se hace del cuerpo de las mujeres embarazadas, visualizaron la conveniencia de que éstas se habitúen a su nueva imagen que resulta del aumento en el volumen de su vientre. Por ello, el salón de ejercicios obstétricos tiene espejos grandes en dos de sus muros para que se miren. La médica general, la instructora de psicoprofilaxis y la primera psicóloga dijeron recomendar a las mujeres cuidar su arreglo personal y que prosigan con su vida íntima, quizá no a manera de coito pero sí de "faje", con su pareja; que sean "*Gordas, como se les llama, pero sensuales*". Así, la película y el libro del Kama Sutra pueden ser útiles para mantener el interés sobre el sexo y lo sensual en la pareja embarazada. Dinámicas como "La Danza Erótica" (donde las embarazadas han de bailar adoptando movimientos sensuales) permiten, afirmaron ellas, desinhibición y expresividad corporal. La instructora enfatizó:

Les digo que cuando vengas al hospital vengas bonitas, como en la primera cita con su marido, no lleguen como enfermas. Esto tiene un impacto psicológico. Vean el embarazo como el gran acontecimiento de su vida. Les hago bromas: ¿Cuándo se bañaron juntos la última vez? Quitarles la parte dramática.

Agregó: "*A ellos se les recomienda otra vez la conquista, juegos eróticos, obsequiar una florecita. Un buen regalo para la mujer embarazada es una cajita de preservativos. Darse cuenta ella de que la quieren cuidar*".

En síntesis, se trata de que el cuerpo, redondeado y pesado por el embarazo, sea aceptado por la mujer y resulte atractivo visual y sexualmente al compañero; que ella se sensibilice y sea receptiva y activa hacia lo sensual, lo erótico y lo sexual ante él. Se contradice así la idea de que las embarazadas no son atractivas y sensuales. Se espera que las embarazadas se ornamenten

y actúen para tornarse objetos de deseo; que den placer sexual a su pareja, y eventualmente lo obtengan.

El deseo sexual en el embarazo. La médica general y la instructora recomendaban indagar la variación del apetito sexual de la pareja en el embarazo. Reportaron testimonios de que el deseo depende de cada persona. Decía la instructora sobre su experiencia con mujeres al respecto: “*Que no me dan ganas porque huele feo, porque no se bañó, porque huele a carnisas*”. Circunstancias como éstas provocan náuseas a las mujeres al principio del embarazo.

El tema del deseo sexual en el transcurso del embarazo es relevante también por su impacto en los hombres. La instructora mencionó esa importancia: “Es para que no se sientan heridos los señores en el embarazo ya que se sienten usados y desplazados”.

Aunque hubo reconocimiento de la indisposición de las embarazadas al sexo, la médica general, la instructora y el sexólogo aludieron formas y dinámicas de relaciones sexuales a las que se puede recurrir para beneficio de un varón afectiva y sexualmente insatisfecho durante el embarazo: masajes con aceite, caricias, masturbación.

Las embarazadas tendrían dos deberes: generarle condiciones adecuadas al embrión o feto, y esforzarse por satisfacer el deseo sexual del cónyuge. Esto implica a dos personas en posiciones opuestas: una embarazada poco interesada en el sexo y un hombre fecundo con límites para dar cauce a sus impulsos sexuales con su pareja.

Tener o no relaciones sexuales en el embarazo. Todos los profesionales identificaron este dilema en las parejas. La instructora sostuvo que bajo ciertas circunstancias conviene a éstas tener relaciones en el embarazo: “*Se les recomiendan a las mujeres que se les bajó la pila en el embarazo, para provocar una mejor lubricación vaginal*”. Sin embargo, explicó el pediatra, puede haber contraindicaciones para tener sexo. Esto es, no hay una regla que aplique para todas las mujeres; incluso, hay quienes cursan el embarazo sin sexo. Decía la gineco-obstetra: “*Depende de los organismos, hay unos que las aceptan bien y otros que las rechazan. También está en función de la individualidad*”.

La gineco-obstetra también dijo que hay que hacer aclaraciones a quienes tengan ideas incorrectas sobre las relaciones sexuales, pero no disuadirlas de practicarlas. Al respecto, la instructora ironizaba: “*Por el tamaño del pene, piensan que le van a picar el ojo al enano*”. Entonces, el punto de vista de los profesionales con respecto a las relaciones sexuales es de una relativa apertura.

No obstante, el supuesto subyacente es que el cuerpo femenino se comporta de manera más pasiva que el masculino ante el sexo. Si antes del embarazo las mujeres no acostumbran buscar sexo tanto como

los hombres, sino aceptarlo sólo en alguna medida, después de la concepción lo buscan menos. Así, sus cuerpos son vistos como idóneos para la maternidad y más adecuados para dar que para buscarse placer sexual.

Tipo de relaciones sexuales recomendables en el embarazo. Para profesionales como la médica general, la instructora y el pediatra, ha de ser rutinaria la indagación de la relación íntima de la pareja embarazada, y el dar orientación de cómo podría ser esta relación. Por ejemplo, el pediatra relató que alguna vez le preguntaron: “*¿En qué posición, doctor?*”. Él respondió: “*En la que puedan, como usted guste. Vaya y tenga relaciones sexuales con su marido*”. Amplió, bromeando: “*Iban, pero igual, ja ja*” (ella no obtenía satisfacción sexual).

La instructora y el sexólogo consideraron que hay que explicarle a la pareja que no es lo mismo una relación sexual que una relación coital y sugerirle tener más relaciones de tipo “faje” (besos, caricias, masajes) que coito. La instructora consideró que sería muy estimulante que “*él le sobe la panza durante el baño y ella también lo acaricie*”. Sería reconfortante que exploren su cuerpo y lo disfruten. La experiencia profesional le ha indicado que por lo general la gente que pregunta sobre sexualidad es quien ha tenido problemas con ésta.

Se puede tener sexo en el embarazo, pero con ciertos cuidados. “*Pueden tener relaciones sexuales, menos el salto del tigre*”, ironizaba el pediatra. Avanzado el embarazo, dijo, la pareja debe evitar posiciones donde él esté encima de ella. La gineco-obstetra hizo un comentario audaz sobre el sexo:

En la relación sexual hombre-mujer, en cuarto de cuatro paredes, se vale de todo, pero al término de la relación, sea oral, anal o vaginal, debe hacerse un buen aseo vaginal, una ducha vaginal. Como le dé su gana, no es pecado, no es malo.

Pero, alertó: “*Cuando la mujer está embarazada sólo relaciones pene-vagina*”, en caso de desear sexo con penetración.

Aquí hay una deducción obligada: la condición de embarazo restringe la vida sexual de las mujeres y sus compañeros, pero hay formas y procedimientos del sexo factibles para preservar el desarrollo fetal o lograr una asepsia urogenital femenina. De acuerdo con la opinión del pediatra, el mayor valor en juego es la salud materna e infantil, aunque a veces merezca más relieve la salud de uno de los dos.

Consecuencias de las relaciones sexuales en el embarazo. Según ideas de los profesionales, el sexo puede tener efectos positivos o negativos. Por un lado, dijo la instructora de psicoprofilaxis, las relaciones sexuales dan felicidad en el embarazo, por las catecolaminas que se producen. Asimismo, adicionó, el feto presenta una respuesta importante ante los cambios

emocionales que se suscitan en la madre ante la relación sexual: "Si la mujer se siente emocionada, el bebé se pone chiflado [contento]". Por otro, dijo la médica general, si a la embarazada se le dan masajes en los senos, o se le acarician, entonces se estimula la producción de oxitocina, que puede provocar contracciones uterinas, y a su vez una amenaza de aborto. Además, las relaciones sexuales pueden producir taquicardia. En sí, las relaciones sexuales pueden realizarse hasta el final del embarazo; pero quienes padezcan amenazas de aborto deben suspenderlas, ya que el semen lleva espermatozoides y prostaglandinas, las cuales podrían desencadenar contracciones uterinas y un parto prematuro. Por esto, afirmó, las relaciones deben ser más esporádicas e incluir condón. Cuando las relaciones son únicamente pene-vagina, sugirió, es mejor no duchar la vagina para no estimular el cérvix del útero, y dejar que ésta se lave sola.

En estas ideas pueden ser advertidos unos hechos que son sustentables o hipotéticos: (a) la provocación de estados o reacciones fisiológicas por la conducta sexual, (b) la inducción de estados subjetivos a raíz de esos estados y mecanismos fisiológicos asociados a la conducta sexual y (c) el vínculo entre la conducta sexual y algunos mecanismos que desencadenarían reacciones uterinas intensas y, por lo tanto, aborto o parto prematuro. Las consecuencias de las relaciones sexuales pueden ser de tal gravedad, incluso fatales para madre e hijo, que los especialistas recomendaron practicar el sexo con sumo cuidado.

Infecciones urogenitales de las mujeres. La gineco-obstetra explicó que la infección vaginal es de pareja. El papiloma humano, por ejemplo, es transmitido sexualmente. Comentó que las mujeres desconocen muchas cosas sobre las infecciones vaginales; creen que tener flujo vaginal es normal. No conocen su cuerpo. Sentenció: "Quien tiene flujo tiene infección". Es preciso saber de los compañeros sexuales de las mujeres embarazadas, la vida cotidiana por la que se tiene flujo y los hábitos que propician infecciones. Por ejemplo, las mujeres después de defecar suelen hacerse la limpieza de recto a vagina y uretra, en vez hacerlo del recto hacia atrás, para no arrastrar los agentes infecciosos hacia éstas.

La gineco-obstetra explicó que las infecciones tienen diferentes causas. La vaginosis bacteriana es provocada por *gardnerella vaginalis*. Produce proteasas que actúan sobre aminos, los que producen potricina, que huele mal y es cadaverina. Se manifiesta como un flujo gris blanquecino, que huele a pescado, más en contacto con el semen, porque éste contiene proteínas. Después de las relaciones sexuales huele muy mal. Se transmite a partir de parejas múltiples. Bromeó la gineco-obstetra: "¿Qué hacemos? ¿Se lo cortamos [el pene]? No, aunque sí tiene que ver con contactos sexua-

les. Se necesita tratamiento para los dos, los tres, los cuatro. Para todos con los que se tuvo contacto sexual".

La infección vaginal, prosiguió, puede deberse a la *clamydia tracomatis*. Esta es de acción intracelular (adentro de la célula infectada). La va llenando, la revienta y afecta a otras células. No se diagnostica por análisis de flujo sino de tejido, se requiere biopsia. Es un parásito energético. No tiene enzimas para producir ATP (adenocin trifosfato), la energía necesaria para el funcionamiento celular. No puede producir su energía y la obtiene de las células. Se contagia por parejas sexuales. Se presenta un flujo amarillento verdoso. Se encuentra en sangre potscoital (en eritrositos), en el cuello de la vagina congestivo (rojo e inflamado), caliente, que sangra al tacto de la mucosa vaginal.

La cervicovaginitis, recalcó, es la infección más común. Dijo: "Es la que nos da de comer a los ginecólogos". Recomendaba:

La higiene adecuada de las partes sexuales es muy necesaria. Hay que lavarse las manos, el pene, bañarse antes de tener relaciones coitales para no infectar a la vagina de la mujer. Lavarse las partes que se van a usar y disfrutar.

Otras infecciones provienen de perforaciones, incluso en glande. Pueden ser impactantes, según testimonio del primer gineco-obstetra: "El pene le quedó cucho, quedó feo. El hombre no quiere ir a baños y lo vean hacer pipí. Puede haber desgarre de glande. También pueden originarse al colocar un arete en clitoris, que causa dolor o placer". Contó de este último caso: "Cada 6 meses va a que la revise, no a que se lo quite". Él se preguntaba si la paciente se arrepentirá y se retirará el arete.

Toda mujer, de cualquier edad, embarazada o no, puede contraer cada infección urogenital. Pero, la gineco-obstetra instruyó con ironía:

No hay espermatozoides voladores, ni te infectas por meterte a una alberca. Quizá sí por ponerte el calzón utilizado por otro. Estas bacterias requieren tiempo para reproducirse. Los contagios pueden deberse a malas técnicas de aseo, ciertos hábitos sexuales, uso de manos sucias, meter los dedos.

Aconsejó: "El secreto, para no infectarse, está en la higiene. Los chavos están teniendo relaciones anales y luego vaginales. Puede padecerse una amibiasis peneana. En el caso de las niñas pueden tener flujo por infecciones. ¡Y las madres o familias, horrorizadas!".

A su parecer, las bacterias ya no tienen locus. Las que antes infectaban la parte baja de la zona genital ahora atacan también las de arriba y viceversa. Asimismo, la mayor incidencia de las infecciones no se debe a cambios en las prácticas sexuales sino a factores demográficos: "Ya somos muchos".

Todos los profesionales piensan que la vagina es un medio húmedo, caliente y cerrado, características que la hacen muy susceptible a la acción de agentes infecciosos. “*Lo que infecta a la mujer, al hombre no*”, afirmó la gineco-obstetra. Explicó el origen de las infecciones: “*¿Tuvo la culpa el marido? No necesariamente, la mujer pudiera estar contaminándolo*”.

Por su parte, la médica general afirmó que la preeclampsia es la mayor causa de riesgos en el embarazo; las infecciones en vías urinarias son frecuentes pero menos severas que ésta, sin embargo, producen amenazas de aborto o parto prematuro.

Respecto a una infección fatal -el sida- hubo datos por verificar. La gineco-obstetra decía: “*Es de mayor incidencia en amas de casa que en prostitutas, y más en médicos por confiarse con sus galanes o galanas que por manejar pacientes*”.

Brevemente, para los profesionales hay una problemática sanitaria en torno a las infecciones urogenitales de las mujeres: (1) ellas son más susceptibles que los hombres a contraer esas infecciones por diferencias anatómicas sexuales y genitales entre ambos; (2) ellas desconocen varios signos que indican el padecimiento de esas infecciones; (3) ellas y los varones tienen hábitos no higiénicos y sexuales que son perjudiciales para su salud y la de sus parejas; (4) esa clase de infecciones se relacionan con el hecho de que sus compañeros o ellas mismas tengan relaciones con más de una pareja; y (5) las infecciones vaginales de transmisión sexual y no sexual pueden propiciar aborto y parto prematuros. Por fortuna, estas infecciones se pueden prevenir con medidas de higiene de la mujer o de su(s) pareja(s), o ser tratadas médicamente si no fueron prevenidas.

Fármacos y desarrollo sexo genital del feto. La gineco-obstetra dio una explicación interesante acerca del impacto de fármacos sobre el desarrollo físico y sexogenital del *producto*:

Algunos fármacos tienen potencial teratogénico. Pueden producir anomalías de conducta, funcionales o estructurales, manifiestas o latentes, importantes o leves. Tienen mayor impacto en la etapa de organogénesis, entre las cuatro y diez semanas, desde la última menstruación. Si era niño se feminiza, y si era niña sufre alteraciones en el aparato genital externo: crecimiento de senos, menstruación, engrosamiento de labios vaginales.

Se percibe aquí a la femineidad y la masculinidad dependiendo de la anatomía y fisiología de los cuerpos, desde el comienzo de la gestación.

Discusión y conclusión

El análisis del contenido de los discursos de los profesionales (Taylor & Bogdan, 1996) permitió

conocer tanto sus ideas doctas y sus conocimientos cultivados como sus prejuicios de sentido común acerca de la sexualidad y el embarazo. La comprensión de esas formas de pensar fue factible desde una perspectiva de género, entendida como una aproximación científica, ética y política que analiza, critica y busca reducir las desigualdades entre los seres humanos con base en el género, en interacción con la clase social, la etnia, la edad y las capacidades físicas y mentales, entre otras (Cazés, 2000; De Beauvoir, 1997; Lagarde, 1997; Lamas, 2003a, 2003b; Rubin, 1986).

En los discursos de los profesionales aparecieron sus maneras de pensar, comprender y valorar aspectos de la sexualidad y el embarazo. En ellos se integraron los saberes, costumbres y actitudes de sus grupos socioculturales y académicos de origen.

Algunas ideas de sus discursos son congruentes con una cultura de subordinación femenina, donde los varones son sujetos de sexualidad y las mujeres son sujetos u objetos para la sexualidad de ellos: (1) las “gordas” pueden ser tan sensuales y casi tan sexuales para los varones como lo son cuando no están embarazadas; (2) hay menos relaciones sexuales de la pareja durante el embarazo; (3) los varones son sujetos más interesados en el sexo que sus compañeras embarazadas, y por ello es importante que ellas sean más responsables al sexo; (4) cuando las mujeres tengan sexo deben cuidar al embrión, feto o bebé y complacer a su pareja; (5) la aceptación de las relaciones sexuales en las mujeres depende de su organismo, que las acepta o las rechaza; y (6) los cuerpos femeninos son considerados más adecuados para procrear que para el sexo.

En los discursos doctos se pueden reconocer algunas regulaciones entre mujeres y cónyuges sobre el sexo durante el embarazo, las cuales concuerdan con la supremacía social masculina (Bourdieu, 2000). En una parte de esos discursos se vislumbran diferencias sustanciales, intrínsecas, “naturales”, entre embarazadas y cónyuges, según las cuales a ellas corresponde el cuestionable instinto materno (Ferro, 1991) o el deber de la procreación, la obligación de prepararse de alguna forma para la crianza, y a ellos el mayor posible disfrute sexual durante el embarazo. Entonces, aunque a las mujeres se les coloque a la altura de diosas madres, y se les idealice, esto no cuestiona el poder masculino. En la visión de los profesionales, las mujeres pueden ser exaltadas como futuras madres en su condición de embarazadas, asumiendo así la idea de superioridad social masculina en las relaciones sexuales (Heritier, 1996).

Las mujeres son vistas también como más susceptibles por naturaleza que los hombres a las infecciones en genitales porque la vagina es un medio húmedo, caliente y cerrado, idea cuestionada por Córdoba (2005),

quien documentó numerosas debilidades serias de la salud sexogenital masculina.

Sin embargo, los conocimientos de los profesionales buscan incidir en las creencias y hábitos populares: (1) la educación perinatal se ha de dirigir a múltiples aspectos del comportamiento sexual y reproductivo; (2) los conocimientos objetivos sobre sexualidad son útiles para corregir o desterrar algunas creencias o prácticas no saludables sobre sexualidad y reproducción (creer que tener siempre flujo vaginal es normal, arrastrar restos fecales hacia la vagina cuando se limpian después de ir al baño, introducir los dedos sucios en vagina o ano, ponerse aretes en glándula o clítoris); (3) mientras que para varones y mujeres existen dudas y desconfianzas de tener o no relaciones sexuales durante el embarazo, para los profesionales las relaciones sexuales pueden ser benéficas para el trío mujer-feto-varón, si toman determinadas formas, o para la mujer y el varón si toman otras; (4) la práctica gineco-obstétrica cuenta con consejos, máximas o regulaciones con respecto a la sexualidad durante el embarazo (por ejemplo, el coito vaginal, el coito anal, las posiciones donde el hombre copula sobre la mujer y los movimientos masculinos bruscos, son menos recomendables que el contacto íntimo de besos y caricias); (5) puede ser más conveniente para la salud materna y fetal que las relaciones sexuales sean esporádicas y con condón (para evitar infecciones que podrían precipitar un aborto o parto prematuro), e incluso suspenderlas cuando haya amenaza de aborto; y (6) los profesionales de salud deben saber de los compañeros sexuales de las mujeres embarazadas y recomendar tratamiento a los involucrados.

Hubo aseveraciones de los profesionales que definitivamente conllevan ideales que se aproximan o conducen hacia la equidad intergeneracional en sexualidad y reproducción: (1) las infecciones vaginales son de pareja, siendo posible el contagio de cualquiera al otro; (2) los hombres deben lavarse para no infectar la vagina de la mujer; (3) los hombres deben cuidar sus eyaculaciones si no se hacen la vasectomía, pues la anticoncepción y la planeación familiar deben ser responsabilidades de la pareja, no sólo de las mujeres; (4) es lamentable que las mujeres queden embarazadas en su primera o primeras relaciones sexuales; (5) es alto el índice de sida en amas de casa; y (6) las y los profesionales de la medicina se contagian más de sida teniendo sexo que ejerciendo su profesión.

Asimismo, se tiene en mente que las profesiones relacionadas con la salud sexual y reproductiva están insertas en la economía: la atención de las infecciones vaginales y padecimientos y fenómenos relacionados con la sexualidad y la reproducción permite a los profesionales conseguir *el pan*.

Aunque los conocimientos perinatales son vastos y favorecen la salud materno infantil, todavía es preciso transformar algunas ideas sexistas que prevalecen en los profesionales de la salud sobre el vínculo sexo-embarazo. Ideas como éstas requieren de cambios porque existe una íntima relación recíproca entre representaciones y prácticas (Abric, 2001), y porque las prácticas educativas en el ámbito perinatal y las prácticas médicas en gineco-obstetricia, si bien son provechosas y efectivas, a veces conllevan actitudes y modos de relación interpersonal que son congruentes con la subordinación social femenina que ya no debe prevalecer (Galván, Córdoba, & Sapién, 2005). La expectativa de conservar las ideas sustentables y cambiar las ideas de sesgos sexistas apuntaría al ofrecimiento de servicios de salud sexual y reproductiva en el embarazo quer sean de mayor equidad entre los géneros.

Referencias

- Abric, J. C. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. México: Ediciones Coyoacán, S.A. de C.V.
- Bourdieu, P. (2000). *La dominación masculina* (Colección Argumentos). Barcelona: Anagrama.
- Castro, R. (1996). En busca del significado: supuestos, alcances y limitaciones del análisis cualitativo. In I. Szasz & S. Lerner (Eds.), *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad* (pp. 57-85). México: El Colegio de México.
- Cazés, D. (2000). *La perspectiva de género. Guía para diseñar, poner en marcha, dar seguimiento y evaluar proyectos de investigación y acciones públicas y civiles*. México: CONAPO y Consejo 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, Antropología, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.
- Córdoba, B. D. I., Sapién, L. J. S., & Salguero, V. M. A. (2010). *Sexualidad de los varones: su relación con la anticoncepción, la gestación y la paternidad*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- De Beauvoir, S. (1997). *El segundo sexo. 1 Los hechos y los mitos*. México: Alianza Editorial Siglo Veinte.
- Ferro, N. (1991). *El instinto maternal o la necesidad de un mito*. España: Siglo Veintiuno de España Editores.
- Figueroa, P. J. G. (1998). La presencia de los varones en los procesos reproductivos: algunas reflexiones. In S. Lerner (Ed.), *Varones, sexualidad y reproducción* (pp. 163-189). México: El Colegio de México.
- Galván, T. M., Córdoba, B. D. I., & Sapién, L. J. S. (2005). Experiencias de mujeres en exploraciones e intervenciones ginecológicas y obstétricas. *Revista de Estudios de Antropología Sexual*, 1(1), 141-173.
- Heritier, F. (1996). *El pensamiento de la diferencia*. Barcelona: Editorial Ariel.
- Lagarde, M. (1997). *Los cautiverios de las Mujeres: madresposas, monjas, putas, presas y locas*. México: Universidad Nacional Autónoma de México.

- Lamas, M. (2003a). La antropología feminista y la categoría género". In M. Lamas (Ed.), *El Género. La construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 97-125). México: UNAM, PUEG.
- Lamas, M. (2003b). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría "género". In M. Lamas (Ed.), *El Género. La construcción cultural de la diferencia sexual* (pp. 327-366). México: UNAM, PUEG.
- Lerner, S. (1998). Participación del varón en el proceso reproductivo: recuento de perspectivas analíticas y hallazgos de investigación. In S. Lerner (Ed.), *Varones, sexualidad y reproducción* (pp. 9-45). México. El Colegio de México.
- Martínez, S. C. (1996). Introducción al trabajo cualitativo de investigación. In I. Szasz & S. Lerner (Eds.), *Para comprender la subjetividad. Investigación cualitativa en salud reproductiva y sexualidad* (pp. 33-56). México: El Colegio de México.
- Martínez, S. C. & Leal, F. G. (1998). Investigación cualitativa en el terreno del sector salud. In F. J. Mercado Martínez & L. Robles Silva (Eds.), *Investigación cualitativa en salud: perspectivas desde el occidente de México* (pp. 13-32). Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Minello, M. N. (2000). De las sexualidades. Un intento de mirada sociológica. In I. Szasz y S. Lerner (Eds.), *Sexualidades en México: Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales* (pp. 35-47). México: El Colegio de México.
- Rubin, G. (1986). El tráfico en las mujeres: notas acerca de la 'economía política' del sexo. *Nueva Antropología*, 8(n. spe. 30), 95-145.
- Sapién, L. J. S. (2006). *Prácticas y representaciones sobre sexualidad de varones que asisten a psicoprofilaxis perinatal*. Tesis de Doctorado, Antropología, Escuela Nacional de Antropología e Historia, México.
- Sapién, L. J. S. & Córdoba, B. D. I. (2010). *Parejas embarazadas: Experiencias y significaciones sobre amor, sexo, paternidad y maternidad*. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores Iztacala.
- Szasz, I. (2000). Primeros acercamientos al estudio de las dimensiones sociales y culturales de la sexualidad en México. In I. Szasz & S. Lerner (Eds.), *Sexualidades en México: Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales* (pp. 11-31). México: El Colegio de México.
- Tarrés, M. L. (2004). Lo cualitativo como tradición. In M. L. Tarrés (Ed.), *Observar, escuchar y comprender sobre la tradición cualitativa en la investigación social* (pp. 35-60). México: FLACSO, El Colegio de México, Grupo Editorial Miguel Ángel Porrúa.
- Taylor, S. J. & Bogdan, R. (1996). *Introducción a los Métodos Cualitativos de Investigación*. México: Paidós.

Recebido em: 18/07/2010

Aceite em: 13/03/2011

José Salvador Sapién López es Doctor en Antropología, Maestro en Psicología, Diplomado en Psicoprofilaxis Perinatal, Licenciado en Psicología. Profesor Titular de la Carrera de Psicología en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM. Tutor del Posgrado de Enfermería de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la UNAM. Dirección: Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM). Avenida de los Barrios 1, Los Reyes Iztacala, Tlalnepantla/Estado de México, C.P. 54090.
Email: josesapien@hotmail.com

Diana Isela Córdoba Basulto es Doctora en Antropología, Maestra en Servicios de Salud. Diplomada en Psicoprofilaxis Perinatal, Licenciada en Psicología. Profesora Titular de la Carrera de Psicología en la Facultad de Estudios Superiores Iztacala de la UNAM. Responsable del Proyecto "Género, Salud y Sexualidad".
Email: dicordoba@hotmail.com

Como citar:

Sapién, L. J. S. & Córdoba, B. D. I. (2011). Sexo y embarazo: ideas de profesionales de la salud. *Psicología & Sociedade*, 23(3), 608-615.