



PERINATOLOGÍA Y REPRODUCCIÓN HUMANA

www.elsevier.es/rprh



REVISIÓN

La vasectomía desde una perspectiva psicosocial



R.D. Hernández-Aguilera^{a,*} y M.L. Marván-Garduño^b

^a Estudiante del Doctorado en Psicología, Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana, Veracruz, México

^b Investigadora del Instituto de Investigaciones Psicológicas, Universidad Veracruzana, Veracruz, México

Recibido el 5 de septiembre de 2014; aceptado el 3 de diciembre de 2014

PALABRAS CLAVE

Vasectomía;
Hombres;
Salud reproductiva;
Planificación familiar

Resumen Al hablar de salud reproductiva es necesario enmarcar el papel de la planificación familiar. El auge de los métodos anticonceptivos en los países desarrollados se da en la década de 1960 con la *revolución sexual*. El involucramiento del hombre en la planificación familiar apareció en la Conferencia Internacional sobre Población y Desarrollo de 1994, donde se pretendía un papel equitativo en el control de la natalidad. Desgraciadamente, la participación del hombre en la anticoncepción es muy limitada, debido a posturas machistas, miedo a una disminución de su hombría, virilidad y potencia sexual, así como el desconocimiento de las ventajas de los métodos anticonceptivos para hombres. La vasectomía en un inicio se usaba para conocer sus efectos sobre la próstata, después como rejuvenecimiento quirúrgico masculino y finalmente como método anticonceptivo. El Dr. Li Shuguang, en 1973, desarrolló la vasectomía sin bisturí para reducir el temor de los hombres ante este procedimiento. En el mundo hay 37 millones de hombres que optaron por la vasectomía, principalmente en países desarrollados.

Las razones por las cuales la vasectomía no es tan preferida en países subdesarrollados tiene que ver con temores que principalmente son de índole sexual, los cuales se fundamentan en el desconocimiento del procedimiento, además de pensar que la anticoncepción es cosa de mujeres y que es mejor que ellas se operen. Es importante que el hombre se implique en la planificación familiar como parte de su salud reproductiva y no solo como una opción que podría o no tomar.

© 2015 Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Publicado por Masson Doyma México S.A. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

*Autor para correspondencia.

Correo electrónico: thenaid@hotmail.com (R.D. Hernández).

KEYWORDS

Vasectomy;
Men;
Reproductive health;
Family planning

Vasectomy from a psychosocial perspective

Abstract When speaking of reproductive health it is necessary to define the role of family planning. The contraception boom in developed countries occurred in the 1960s thanks to the sexual revolution. The involvement of men in family planning appeared in the 1994 International Conference on Population and Development, which was intended to encourage an equal role in birth control. Unfortunately, male participation in contraception is very limited because of *macho* posturing and fear of a reduction of their manhood, virility and sexual prowess, as well as ignorance of the benefits of contraception for men. The vasectomy was used initially for its effects on the prostate, then as male surgical rejuvenation and, finally, as a contraceptive. In 1973 Dr. Li Shuguang developed the no-scalpel vasectomy to reduce men's fear of the procedure. Worldwide, there are 37 million men who chose vasectomy, mainly in developed countries.

The reasons why vasectomy is not as preferred in developing countries have to do with fears that are primarily sexual in nature, which are based on ignorance of the procedure, as well as thinking that contraception is just for women and that it is best if they get operated. It is important for men to be involved in family planning as part of their reproductive health and not just as an option that they may or may not choose to take.

© 2015 Instituto Nacional de Perinatología Isidro Espinosa de los Reyes. Published by Masson Doyma México S.A. This is an open access article under the CC BY-NC-ND license (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Introducción

La salud reproductiva es un tema de gran trascendencia para la Organización Mundial de la Salud (OMS), y se define como aquella condición de bienestar físico, mental y social vinculada al sistema reproductivo¹. Cabe hacer notar que esta definición es muy reduccionista, pues la reproducción enmarca aspectos mucho más amplios, como lo son el derecho a procrear hijos, un embarazo sin riesgo, el uso de métodos anticonceptivos, interrupción del embarazo, tratamientos contra la infertilidad y cuidados preventivos relacionados con el sistema reproductor².

Al hablar de salud reproductiva, es necesario enmarcar el papel de la planificación familiar, la cual permite a las personas decidir el número de hijos que desean y en qué momento tenerlos. De esta manera se pueden evitar riesgos para la salud, como los asociados a un embarazo a corta edad o a edad avanzada, así como a abortos voluntarios. Así mismo, con la planificación familiar se tiene un control sobre el crecimiento poblacional con el fin de evitar efectos negativos sobre la economía, medio ambiente y alcanzar mejores niveles de desarrollo, considerando esta como una política pública¹.

El auge de los métodos anticonceptivos en los países desarrollados se da en la década de 1960 donde se gesta la denominada *revolución sexual*, en la que hubo un cambio en los modelos poblacionales tradicionales, centrando especial atención en el control de la fecundidad, y brindando a la población un gran número de técnicas anticonceptivas. Es en este contexto que se propone la reducción de la familia con la premisa de que una familia pequeña vive mejor, exaltando además la importancia de la relación con la pareja y por ende la realización personal³. La anterior situación se apoya en la integración de la fuerza de trabajo femenino al campo laboral, lo que permite a la mujer tener una percep-

ción diferente de su papel en la sociedad y, por ende, la posibilidad para decidir, planificar y espaciar sus embarazos de acuerdo a sus propios proyectos de vida.

La explosión demográfica anterior a la revolución sexual llevó a los gobiernos de distintos países a adoptar medidas para controlar la tasa de natalidad, las cuales han rendido frutos en las últimas décadas, pues han logrado disminuir los nacimientos en los últimos 50 años tanto en los países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo. Es así como el promedio en 1950 era de 6 hijos por mujer, y para la década del 2000 disminuyó a 2.8 para el caso de los países desarrollados⁴. Datos recientes reportados por la OMS ubican la tasa de fecundidad mundial en 2.4 hijos por mujer. Estas tasas varían según las distintas regiones; por ejemplo, en África la tasa es de 4.8; en la región de las Américas es de 2.1; en Asia Suboriental es de 2.4; en Europa es de 1.7; en la región Mediterráneo Oriental es de 3.2, y en el Pacífico Occidental es de 1.7⁵.

Las políticas gubernamentales se han apoyado sin duda alguna en el uso de métodos anticonceptivos, donde en cuanto a números, la OMS¹ alude a que el uso de anticonceptivos se ha incrementado en general de un 54% en 1990, hasta un 63% en el 2007, primordialmente en Asia y América Latina, no así en África subsahariana.

El involucramiento del hombre en la planificación familiar apareció a raíz de la Conferencia Internacional de 1994 sobre Población y Desarrollo celebrada en El Cairo, cuyo objetivo era el control de la natalidad equitativo para hombres y mujeres, para disminuir la desigualdad de la carga anticonceptiva, donde la participación del hombre no solo incluiría uso de métodos anticonceptivos, sino paternidad y comportamiento sexual responsable⁶.

Si bien es cierto que existe la propuesta de que el hombre se involucre en la planificación familiar, no existe una claridad en cuanto a los derechos reproductivos de estos, pues

se ha legitimado la reproducción como algo femenino y se ha desestimado la responsabilidad reproductiva de él. Sin duda alguna, es necesario el involucramiento de ellos en la vida familiar y doméstica, así como dar una nueva concepción a su libertad sexual, donde participe en la crianza de sus hijos y tome decisiones reproductivas⁷.

Por desgracia, la participación del hombre en la anticoncepción es muy limitada debido a varios factores, como son algunas posturas machistas, miedo a una disminución de su hombría, virilidad y potencia sexual, así como el desconocimiento de las ventajas de los métodos anticonceptivos para hombres⁸. Además de lo anterior, existe una limitada oferta de métodos anticonceptivos para hombres, puesto que solo cuentan con la vasectomía, condón y el coito interrumpido⁹.

La desigualdad y el involucramiento del hombre en la salud reproductiva y especialmente en materia de anticoncepción se refleja desde los programas gubernamentales, los cuales están centrados principalmente en la mujer, pues pocas veces se involucra al hombre o se da una información muy pobre de cómo estos pueden participar activamente. Implícitamente, se ha otorgado a las mujeres el poder de decisión y la responsabilidad en cuanto a la procreación y anticoncepción, relegando al hombre, en la mayoría de los casos, a asumir un papel pasivo en decisiones que deberían de ser tomadas y asumidas por ambos, situación que hasta cierto punto ha resultado muy cómoda para ellos⁸.

¿Qué es la vasectomía?

La práctica de la vasectomía ha sido documentada desde el siglo XIX, cuando lo que se pretendía era conocer sus efectos sobre la próstata como prevención de epididimitis postadenomectomía prostática, la cual fue una práctica de rutina en pacientes adenomectomizados y era, además, un tratamiento común de la hipersexualidad hasta la década de 1960-1970 en países como España y Estados Unidos^{10,11}.

Es importante destacar que con la vasectomía no se dan alteraciones ni en la fisiología testicular ni en la función endocrina en términos generales; es decir, no existen variaciones y, por ende, no existen riesgos de enfermedad cardiovascular, problemas con la próstata o cáncer¹².

Entre los años 1920 y 1940, la vasectomía era denominada como *operación Steinach* y se empleaba como medio de rejuvenecimiento quirúrgico masculino. Años más tarde se empleaba como medio de planificación familiar, promovándose primordialmente en países en desarrollo de Asia, donde tan solo en la ciudad de Kochi, en la India, se llevaron a cabo 60,000 vasectomías en un mes¹³. Con el tiempo, la técnica de la vasectomía ha cambiado hasta adoptar el método creado en China por el Dr. Li Shuguang en 1973, denominado vasectomía sin bisturí, que pretendía reducir el temor de los hombres ante este procedimiento. Esta técnica es la que actualmente se utiliza en México^{14,15}.

La vasectomía junto con la obstrucción tubaria bilateral (OTB) son clasificadas como métodos definitivos, quirúrgicos, permanentes, de esterilización voluntaria. Estos métodos son preferidos en países desarrollados, pues son eficaces, presentan complicaciones relativamente bajas y son la alternativa más viable para las parejas que ya no desean más hijos¹⁶⁻¹⁸.

En general, tanto la OTB como la vasectomía implican una oclusión ductal bilateral, pues en la primera se obstruyen las trompas de Falopio y en la vasectomía se obstruyen los conductos deferentes. No obstante, esta última está rodeada de una serie de mitos que impiden su promoción o preferencia por los usuarios de métodos anticonceptivos, a pesar de ser eficaz y de que su procedimiento no implica una disminución ni del placer ni del desempeño sexual^{18,19}. Contrario a lo que se piensa, la esterilización masculina es más segura y menos costosa en contraste con la femenina, pues haciendo una comparación entre ambas, los cuidados postoperatorios son menores en los hombres e implica menores riesgos en la cirugía^{20,21}.

El mecanismo de acción de la vasectomía consiste en que el esperma generado en los testículos no se mezcle con el semen, lo que no se logra hasta algunos meses posteriores a la operación, por lo cual en este tiempo se requiere de un método anticonceptivo adicional^{20,21}. En cuanto a la OTB, la esterilización es inmediata, pero implica un procedimiento más invasivo²².

Córdoba Basurto, Mercado Sánchez y Sapién López²³ realizaron un estudio en México con parejas de hombres vasectomizados, con respecto a lo que ellas piensan de la vasectomía y lo que les dicen sus esposos a ellas con respecto a este procedimiento. Estos autores encontraron que las principales quejas de los hombres vasectomizados son el dolor durante la intervención y recuperación en casa, inflamación, incomodidad cuando son intervenidos por una mujer y no por un hombre, así como arrepentimiento de la intervención debido a limitaciones temporales por el dolor como no poder caminar, manejar y cargar cosas pesadas. Estos hombres emplearon diversas estrategias para ocultar la intervención, como por ejemplo, ocupar periodos vacacionales o días de descanso para no exhibir un justificante médico o bien no comentarlo. Las parejas de estos hombres comentaron que el que sus parejas se practicaran la vasectomía las hacía sentirse queridas y contentas, pues ellos ya no tendrán la posibilidad de tener más hijos en caso de separación.

Un efecto positivo derivado del procedimiento es que las parejas suelen aumentar la frecuencia de las relaciones sexuales al no existir ya el temor de un embarazo. Además, las mujeres ya no tienen que usar anticonceptivos, lo que es un apoyo en el control de la natalidad y, en algunos casos, hasta beneficioso en la economía del hogar, al no tener que comprar otros anticonceptivos. Además de lo anterior, es importante señalar que se modifica la percepción que tienen las mujeres hacia sus parejas, quienes los ven como valientes, responsables y no machistas, aunque hay que mencionar que también se refleja el temor de favorecer relaciones extramaritales²³.

Algunas situaciones por las que se puede practicar la vasectomía en algunos países tiene que ver con una cirugía curativa y no tanto de forma voluntaria. Esta puede ser indicada médicamente en cuatro casos. En primer lugar, por gestación de alto riesgo; en segundo lugar, por consejo genético para evitar la transmisión de enfermedades genéticas; en tercer lugar, por contraindicación en la toma de anticonceptivos hormonales en las mujeres, y en último caso, por orden judicial en el caso de hipersexualidad o retraso mental^{10,24}.

La vasectomía en México y en el mundo

La esterilización en general constituye un tercio de toda la práctica anticonceptiva. Según los datos de la OMS en 2002, mientras 187 millones de mujeres en el mundo se habían realizado la OTB, solo entre 40 y 50 millones de hombres eligieron la vasectomía, lo cual representa el 8% de las parejas en edad reproductiva⁴.

De acuerdo a la Organización de las Naciones Unidas (ONU) para el año 2005, 262 millones de parejas en edad fértil habían decidido usar la esterilización como método anticonceptivo. De estas parejas, 225 millones prefirieron la OTB (94.4%) y solo 37 millones (5.6%) optaron por la vasectomía^{14,15}.

Para el caso particular de México, según los resultados de la *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009*, realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI) y el Consejo Nacional de Población (CONAPO) efectuada a personas de entre 15 a 49 años, el 50.1% de las personas reportaron el uso de OTB como método preferido, mientras que solo el 3.1% prefirieron la vasectomía²⁵.

Según datos por lustros del Instituto Mexicano del Seguro Social (IMSS), para el año 2000 se practicaron 205,518 OTB y solo 22,641 vasectomías; para el 2005 se realizaron 181,527 OTB y 26,309 vasectomías y, para el 2011 se llevaron a cabo 179,738 OTB y 23,549 vasectomías²⁶. Para el caso del Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado (ISSSTE), también por lustros, para el año 2000 se practicaron 20,196 OTB y 1 842 vasectomías; para el 2005, se llevaron a cabo 12,045 OTB y 1,749 vasectomías y, para el 2010 se realizaron 10,660 OTB y 1,541 vasectomías²⁷.

Los datos anteriores evidencian que en ambas instituciones, a pesar de que poco a poco el porcentaje de vasectomías se va incrementando, sigue siendo mucho mayor el número de OTB que de vasectomías, lo cual es de esperar en tanto que México es un país subdesarrollado y dista mucho de los países que encabezan la lista en preferencias en cuanto a la vasectomía, a pesar de las campañas que se llevan a cabo promoviéndola y enfatizando que es un medio más económico, confiable y rápido para la planificación familiar permanente.

El hombre que se practica una vasectomía en los países desarrollados (como Estados Unidos y Canadá) corresponde a un perfil muy particular: es una persona en la década de los 30 años, con un nivel educativo superior a la media nacional, un promedio de tres hijos o menos, habitante de zona urbana y con historial de uso de anticonceptivos previos^{28,29}.

Para el caso de México, el perfil del hombre que se somete a una vasectomía en el sector público salud es el siguiente: la edad varía entre los 20 y los 59 años (los varones de entre 35 y 40 años recurren más a esta), casados, con al menos dos hijos, con un nivel educativo superior al bachillerato y con un nivel socioeconómico medio alto o muy alto. El motivo reportado por el que se hicieron la vasectomía es la satisfacción de la paridad^{12,30-32}.

Creencias asociadas a la vasectomía

Si bien es cierto que la vasectomía es uno de los métodos menos conocidos y por lo tanto menos utilizado, también

se debe de tomar en cuenta que el poco o nulo involucramiento de los hombres en la anticoncepción está influido por diversas creencias y actitudes negativas hacia los anticonceptivos, y por ende hacia la vasectomía³³.

De acuerdo a datos de la ONU, existe una diferencia importante en la práctica de la vasectomía entre algunos países. Por ejemplo, la vasectomía es un método más común que la OTB en países desarrollados: en Bhután (8 veces más común que la OTB), Canadá (2 veces más común que la OTB), Países Bajos (2 veces más común que la OTB), Nueva Zelanda (un tercio de veces más común que la OTB) e Inglaterra (3 veces más común que la OTB) (Pile & Barone 2009)²⁹. En cambio, en América Latina y Medio Oriente es menos común que los hombres elijan la vasectomía como método anticonceptivo. Esta situación puede deberse a la existencia de diversos temores que reflejan, entre otras cosas, la falta de información de este método anticonceptivo³³.

Algunos de los temores evidentes en los hombres surgen de la idea de que la anticoncepción es cosa de mujeres y que la OTB no tiene tantas consecuencias para las mujeres como la vasectomía para los hombres, además de no ser justo para ellos. Los temores que se han asociado a la vasectomía son en su mayoría de índole sexual, ante la idea de que cualquier procedimiento que tenga que ver con los genitales es una amenaza a la función sexual, y por lo tanto, se convierte en una preocupación por el desempeño sexual, a sentirse menos hombre, la posible disminución de la libido, y de la potencia sexual, pérdida del placer propio o de la pareja, así como la posibilidad de una disfunción eréctil y dolor. Estos temores se alimentan al desconocer las características de la operación, pues muchos la equiparan a mutilación o castración o que puedan existir complicaciones posquirúrgica o que la cirugía no sea efectiva. Además, algunos hombres asocian el procedimiento de la vasectomía con grandes riesgos, como incapacidad para orinar, cambios de personalidad, acumulación de semen en el cuerpo o dejar de eyacular, disminución o cambio del color del semen y aumento de peso^{12,31,33,34-36}.

Adicional a los temores antes descritos pueden sumarse algunos arrepentimientos y dificultades posteriores a la cirugía que tienen que ver con complicaciones en la vida marital, mismo que está influido por la cultura, miedo a la cirugía y el postoperatorio, por lo que esta decisión debe realizarse en pareja, sin coacción y con una consejería amplia³⁷. Muchos hombres que optan por realizarse una vasectomía experimentan ansiedad, situación que dificulta la adaptación a esta nueva situación, pues además existen algunos remordimientos por ya no poder tener más hijos, muerte de su pareja o promiscuidad de la misma, situaciones culturales y religiosas que los hacen dudar de su decisión y de su posterior adaptación^{8,33,34,36,38-41}.

Lo anterior puede notarse en los reportes que realizan los hombres vasectomizados, que resultan contradictorios, pues si bien la satisfacción sexual así como el hecho de que la vasectomía sea una operación sencilla, sin riesgos, rápida y sin dolor contribuye a un mejor ajuste psicológico a este procedimiento, algunos hombres recomendarían a otros que se la practicaran a pesar de referir dificultades posteriores a esta como problemas de erección, dolor, disminución de la sensibilidad durante el orgasmo y prostatitis, mismos que son efectos poco comunes^{38,42,43}.

Sin duda alguna, la vasectomía está acompañada por múltiples factores que pueden promoverla o no. Otra forma de

ver el comportamiento del hombre que se vasectomiza es que hay compromiso con su pareja y/o presión de esta al percibirla como un ser frágil que necesita protección, además de implicar una fuerte responsabilidad con su familia, de participar y controlar la reproducción. Por lo tanto, el hombre asume un rol protector que se aprecia como un acto de valentía, heroico, de responsabilidad, coparticipación, solidaridad, como algo único e incluso como un acto de sacrificio ante la pérdida de fertilidad en caso de nuevas nupcias, dejando de lado los preceptos que ponen en riesgo su masculinidad, pues es una nueva forma de esta, y el temor a una disminución de su función y potencia sexual o de dejar de ser hombre por practicarse una vasectomía^{38,42,44-46}.

Terry y Braun⁴⁵ refieren que la vasectomía podría percibirse como un acto fuera de la norma, totalmente diferente al uso de pastillas anticonceptivas, por lo que este acto puede ser visto como una forma de protección masculina a sus frágiles parejas. Esta situación puede ser explicada por la *economía de la gratitud*, que no es más que la gratitud que se espera al realizar actividades que están fuera de los límites del género, considerando al hogar como marco de referencia, por lo que para guardar un equilibrio, se esperaría una recompensa al sobrepasar estos límites. Por lo tanto, a pesar del igualitarismo que pueda tenerse en una pareja, existen ciertos arreglos tradicionales explícitos.

El papel del personal de salud en la promoción de métodos anticonceptivos

Es necesario mencionar que el personal sanitario tiene un papel muy importante en la promoción de los métodos anticonceptivos. Young, Nguyeih, Weiss-Laxer, Signan & Nolan⁴⁶ resaltan que si bien los proveedores de salud tienen conocimiento de los beneficios de la vasectomía y de la OTB, a la primera la describen como segura, menos cara y menos invasiva, pero no es valorada y casi no se utiliza o recomienda en los Estados Unidos. Por lo anterior, es claro que la consejería es muy importante en la decisión del uso de algún método definitivo que no se centre solo en las mujeres y que no se excluya a los hombres de planificación familiar.

Por otro lado, en un estudio realizado en Nigeria con ginecólogos residentes que brindan asesoría sobre la planificación familiar, se encontró que la mayoría de los médicos tenían un buen conocimiento sobre la vasectomía; no obstante, menos de la mitad la recomendarían como un método definitivo, sustentando razones como la cultura, la religión y cuestiones psicológicas. En este sentido, los médicos pueden estar sesgados contra el uso de la vasectomía a nivel personal y pueden transferir consciente o inconscientemente sus prejuicios a los pacientes. De igual forma se resalta que si se diera una información completa y se considerara la vasectomía como una opción viable como método anticonceptivo, la aceptabilidad de esta sería más amplia⁴⁷.

Conclusiones e implicaciones

Sin duda alguna, la aceptación de la vasectomía como método anticonceptivo es muy baja, pues algunos hombres toda-

vía asumen que los métodos permanentes son cosa de mujeres, además de tener temores que científicamente son infundados.

Particularmente en los países en desarrollo donde la vasectomía no es popular, es necesario que esta vaya acompañada de comunicación interpersonal y consejería, pues la educación por sí sola no aumenta su aceptación. Es necesario que el hombre que decida optar por la vasectomía como método anticonceptivo tome la decisión en conjunto con su pareja, evaluando los pros y contras de la decisión, de modo que al solicitar la consejería pueda despejar todas sus dudas, temores y conocer si las creencias que tiene con respecto a la vasectomía son realidades o mitos. De igual forma es deseable que conozca el procedimiento y a los profesionales que se encargarán de este con la finalidad de disminuir la ansiedad que puede generar la manipulación de los genitales y despejar las dudas que puedan surgir. Lo anterior, acompañado de un seguimiento que considere desde la decisión de practicarse la vasectomía hasta el ajuste del hombre vasectomizado. Además de lo anterior, esta opción anticonceptiva debe estar disponible para los usuarios en los servicios de planificación, donde el personal tenga pleno conocimiento de este y deje de lado sus propias creencias para poder dar una consejería objetiva que brinde certeza a los usuarios de planificación familiar^{35,48}.

Otra cuestión importante de mencionar es la participación multidisciplinaria en el procedimiento de la vasectomía, desde la consejería, la decisión, el procedimiento como tal y el seguimiento como una forma de generar mayor confianza en el equipo médico, disminución de la percepción del dolor, ansiedad y temor, esto con la finalidad de que los mismos hombres sean promotores del uso de este método definitivo^{12,30-32}.

Si bien es cierto que se cuenta con un conocimiento mayor con respecto a la vasectomía, esta sigue siendo un tema tabú en algunos países en vías de desarrollo, donde la falta de conocimiento tanto para el personal sanitario como para los posibles usuarios dista mucho de lo que se tiene en los países desarrollados.

Es necesario volcar las investigaciones hacia el entendimiento psicosocial de las motivaciones de los hombres para usar este método anticonceptivo. Las variables de género podrían dar un entendimiento más cercano a esta realidad y poder así generar propuestas de promoción de este procedimiento para los proveedores de salud. Lo anterior, para que el hombre se implique totalmente en la responsabilidad de la planificación familiar como parte de su salud reproductiva y no solo como una opción que podría o no tomar.

Si la apuesta actual gira en torno de la equidad de género, el involucramiento del hombre en salud reproductiva debe ser prioridad para la salud.

Bibliografía

1. OMS. Planificación familiar, Nota descriptiva N.º 351. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2011.
2. Vonrell Díaz JA. Concepto de Salud reproductiva, derechos reproductivos y salud sexual. En: De la Gándara Martín JJ, Puigvert Martínez A, editores. Sexualidad humana: una aproximación integral. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2005. p. 65-74.

3. Margulis M. Factores culturales en las prácticas anticonceptivas. En: Margulis M, editor. *Juventud, cultura, sexualidad: la dimensión cultura en la afectividad y la sexualidad de los jóvenes de Buenos Aires*. Buenos Aires: Biblos; 2003. p. 199-214.
4. Levine R, Langer A, Birdsall N, Matheny G, Wright M, Bayer A. Contraception. En: Jamison DT, Breman JG, Measham AR, Alleyne G, Claeson M, Evans DB, et al, editores. *Disease Control Priorities in Developing Countries*. Washington: World Bank; 2006. p. 1075-90.
5. OMS. *Estadísticas Sanitarias Mundiales 2013*. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2013.
6. Mundigo A. Re-conceptualizing the role of men in the post-Cairo era. *Culture, Health Sex*. 2000;2:323-37.
7. Figueroa Perea JG. ¿Y si hablamos de derechos humanos en la reproducción, podríamos incluir a los hombres? En: Careaga Pérez G, Sierra CC, coordinadores. *Debate sobre masculinidades: poder, desarrollo, políticas públicas y ciudadanía*. México: UNAM; 2006. p. 403-28.
8. Vega-Briones G, Jaramillo-Cardona MC. Percepciones y actitudes de los hombres de la frontera norte de México en relación con el uso de condones, práctica de la vasectomía y chequeos de próstata. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2010;9:50-77.
9. Bremner WJ. Contraception for men: A breakthrough new approach. *Cell*. 2012;50:667-8.
10. Romero P, Merenciano F, Rafie W, Amat M, Martínez M. La vasectomía: estudio de 300 intervenciones. Revisión de la literatura nacional y de sus complicaciones. *Actas Urol Esp*. 2004;28:175-214.
11. Sheynkin YR. History of vasectomy. *Urol Clin North Am*. 2009;36:285-94.
12. Malagón O, Hernández J, Garduño M, Calzada L. Precedentes y efectos en la anticoncepción masculina sin bisturí. *Anticoncepción masculina*. *Bol Coleg Mex Urol*. 2011;26:14-7.
13. Krischel M, Moll F. History of vasectomy, with special attention to eugenics. *Eur Urol Suppl*. 2011;10:60.
14. Xiaozhang L. Técnicas de oclusión por vasectomía para la esterilización masculina: Comentario de la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS. Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2008.
15. Xiaozhang L. Incisión con bisturí versus sin bisturí para la vasectomía: Comentario de la Biblioteca de Salud Reproductiva de la OMS; Ginebra: Organización Mundial de la Salud; 2009.
16. Finoulst M, Amy J. Female sterilisation is becoming less popular. *EJCRHC*. 2010;15:385-8.
17. Anticoncepción quirúrgica en: vasectomía y oclusión tubaria. En: Bajo AJM, editor. *Fundamentos de reproducción*. México: Médica Panamericana; 2009.
18. Urbadt P, Bostiancic MC. Esterilización femenina y derechos reproductivos: libertad de acción vs. libertad de decisión. *Mar de Plata (Argentina)*: Universidad de Mar del Plata; 2007.
19. Bajo Arenas JM. *Fundamentos de reproducción*. Madrid: Medica Panamericana; 2009.
20. Calaf J. *Manual básico de anticoncepción*. 3.ª ed. Barcelona: Masson; 2005.
21. Dohle G, Diemer T, Kopa Z, Krausz C, Giwercman A, Jungwirth A. European Association of Urology guidelines on vasectomy. *Eur Urol*. 2012;61:159-63.
22. Shih G, Turok D, Parker W. Vasectomy: the other (better) form of sterilization. *Contraception*. 2011; 83:310-5.
23. Córdoba D, Mercado T, Sapién J. Opiniones y experiencias de la vida sexual de mujeres con parejas con vasectomía. *Rev Esp Med-Quir*. 2010;15:144-55.
24. Ortensi A, Coppola GA, D'Orazi V, Marchese V, Faloci C, Fabi F, et al. La sterilizzazione maschile volontaria: aspetti medici, social e legali della vasectomía. *GIMSeR*. 2007;14:162-85.
25. INEGI & CONAPO. *Encuesta Nacional de la Dinámica Demográfica 2009*. Panorama sociodemográfico de México. Principales resultados. México: Instituto Nacional de Estadística y Geografía; 2011.
26. IMSS. *Salud reproductiva y materno infantil*. México: Instituto Mexicano del Seguro Social; 2012.
27. ISSSTE. *Anuarios estadísticos 2000-2010*. México: Instituto de Seguridad y Servicios Sociales de los Trabajadores del Estado; 2011.
28. Keramat A, Zarei A, Arabi M. Barriers and facilitators affecting vasectomy acceptability (a multi stages study in a sample from north eastern of Iran), 2005-2007. *Asia Pacific Fam Med*. 2011;10:1-6.
29. Pile JM, Barone MA. Demographics of Vasectomy-USA and International. *Urol Clin North Am*. 2009;36:295-305.
30. Córdoba D, Sapién J, Valdepeña R, Patiño S, Castellanos H. Vasectomía: reseña de 25 años en el Centro de Cirugía Ambulatoria del ISSSTE. *Rev Esp Med Quir*. 2011;16: 33-8.
31. Córdoba D, Valdepeña R, Patiño S, Sapién J, Rosas J. Temores de hombres que recurren a la vasectomía sin bisturí en el Centro de Cirugía Ambulatoria del ISSSTE. *Rev Esp Med Quir*. 2007;12:27-9.
32. Lara R, Velázquez N, Reyes E. Vasectomía sin bisturí. Perfil del usuario y resultados. *Ginecol Obstet Mex*. 2010;78:226-31.
33. García J, Solano L. Aceptación y rechazo de vasectomía en hombres del medio rural. *Rev Med Inst Mex Seguro Soc*. 2005;43:205-14.
34. Arratia J, Cortés J, Garza R, Gómez L. Evaluation of male sexual satisfaction after vasectomy. *Actas Urol Esp*. 2010;34:870-3.
35. Ezegwui H, Enwereji J. Attitude of men in Nigeria to vasectomy. *Int Health*. 2009;1:169-72.
36. Sandlow J, Westefeld J, Maples M, Scheel K. Psychological correlates of vasectomy. *Fertil Steril*. 2001;75: 544-8.
37. Rogstad KE. The psychological effects of vasectomy. *Sex Marital Ther* 1996;11:265-72.
38. Amor C, Rogstad K, Tindall C, Moore K, Giles D, Harvey P. Men's experiences of vasectomy: a grounded theory study. *Sex Marital Ther*. 2008;23:235-45.
39. Baldé A, Légaré F, Labrecque M. Assessment of needs of men for decision support on male sterilization. *Patient Educ Couns*. 2006;63,301-7.
40. Labrecque M, Paunescu C, Plesu I, Stacey D, Légaré F. Evaluation of the effect of a patient decision aid about vasectomy on the decision-making process: a randomized trial. *Contraception*. 2010;82:556-62.
41. Untiveros Mayorga CF, Mauricio Pachas J. Consecuencias a largo plazo de la vasectomía, en hombres operados en el Hospital Nacional Cayetano Heredia. *Rev Med Hered*. 2004;15:131-5.
42. Córdoba D, Valdepeña R, Sapién J, Salguero A, Patiño P. Recomendaciones sobre esterilización voluntaria que hacen los hombres con vasectomía sin bisturí. *Rev Esp Med-Quir*. 2008;13:167-72.
43. Smith A, Lyons A, Ferris J, Richters J, Pitts M, Shelley J. Are sexual problems more common in men who have had a vasectomy? A Population-Based Study of Australian Men. *J Sex Med*. 2010;7:736-42.
44. Terry G, Braun V. I'm committed to her and the family': positive accounts of vasectomy among New Zealand men. *J Reprod Infant Psychol*. 2011;29:276-91.
45. Terry G, Braun V. It's kind of men taking responsibility for these things: Men, vasectomy and contraceptive economies. *Feminism Psychol*. 2011;21:477-95.
46. Young E, Nguyeih B, Weiss-Laxer N, Signan M, Nolan P. Factors associated with family planning and vasectomy discussions: results from a health provider survey. *Med Health R I*. 2010;93:48-50.
47. Ebeigbe P, Igberase G, Eigbefoh J. Vasectomy: A survey of attitudes, counseling patterns and acceptance among nigerian resident gynecologists. *Ghana Med J*. 2011;45;101-4.
48. Hosseini H, Abdi F. Experiences of vasectomy: a phenomenological study. *N Am J Med Sci*. 2012;4:619-23.