

Congreso Internacional de Educación Superior

Doris Fernández Carvajal
Master en Estudios de la Mujer
Instituto de Estudios de la Mujer
Universidad Nacional
dfernand@una.ac.cr

La salpingectomía¹: una decisión compleja

La investigación denominada **Vivencias de Sexualidad femenina: un estudio con mujeres que optaron por la esterilización, residentes en una zona rural costera**, realizada en el año 2007, mostró que la decisión de la esterilización o salpingectomía a la que recurren las mujeres para cortar con su ciclo reproductivo, resulta ser un fenómeno de gran complejidad que cada mujer vive de acuerdo con su condición de clase social, de género, edad, región, creencia religiosas, ya que ella se articulan aspectos de tipo económico, social y cultural.

Esta ponencia muestra los hallazgos se obtuvieron del trabajo de investigación realizado con 40 mujeres, residentes en las comunidades costeras aledañas al Golfo de Nicoya de Morales, Costa de Pájaros y Manzanillo de Chomes de Puntarenas, Costa Rica, que optaron por esta cirugía de manera voluntaria, acogándose al derecho que les otorgaba el Decreto Ejecutivo N° 27913-S, aprobado en junio del 1999.

Para una mejor ubicación de las participantes, es importante mencionar que este grupo de mujeres de extracción rural-costero, se operaron entre los años de 2001 y 2005, a una edad promedio de 30 años, con 3.5 hijos(s) promedio, con convivencia en pareja de aproximadamente 13 años.

La vida de las mujeres experimenta cambios significativos después de esta experiencia que se traduce en un mejoramiento de su vida integral y particularmente en su salud reproductiva.

¹ Salpingectomía: es la intervención quirúrgica que tiene lugar el cuerpo de la mujer en la cual cortan las trompas de Falopio no permitiendo la concepción o embarazo.

Desde una mirada sociológica y con perspectiva de género a continuación describiremos los aspectos que mediaron en esta importante decisión en la vida de las mujeres.

a. Situación económica de las mujeres y sus familias:

El principal motivo que señalaron las mujeres que las llevó a tomar la decisión de la esterilización, fue la difícil situación económica que vivía la familia. En vista de ello, nos dimos a la tarea de indagar sobre la condición económica de las mismas, para ello tuvimos que determinar cual era el estado de la pesca artesanal en ese momento, ya que era la principal actividad generadora de ingresos para las familias de esas comunidades costeras.

Como dato relevante, hay que mencionar que esta actividad ha venido experimentando un descenso en el volumen de captura, un ejemplo de ello lo podemos encontrar cuando en el año 2000 se capturaron 25.815.766 Kgr. de productos marinos y para el 2005 sufrió un descenso significativo llegando a ser de 7.167.674 Kgr.²

Esta situación hace que los ingresos de los(as) pescadores(as) sean muy bajos e inestables, con el agravante que en esos lugares prácticamente no existen otras opciones generadoras de empleo para hombre ni para mujeres, además la pesca artesanal es una actividad de fuerte tradición en la zona y para muchos hombres es la actividad que han realizado toda su vida.

De acuerdo a lo manifestado por las participantes, un 95% de sus las familias (38 familias) tenían ingresos mensuales inferiores a los ¢35.000, los cuales se ubicaban por debajo de la Línea de Pobreza. Según la Encuesta de Hogares y Propósitos Múltiples realizada por el Instituto Nacional de Estadística y Censo para el año 2007, la Línea de Pobreza para la zona rural estaba en ¢43.261

² Elaboración propia con base a datos del Proyecto Manejo Sostenible de la Pesquería para el Golfo de Nicoya. Puntarenas. 2002-2007. Universidad Nacional, Agencia de Cooperación Internacional del Japón, Instituto Costarricense de Pesca y Acuicultura.

por lo que es evidente que estas familias se encontraban viviendo en una condición de pobreza.

El ingreso promedio de las familias era ¢122.000 mensuales para una familia de 5 integrantes, un papa, una mamá y 3 hijos(as) lo que nos da un ingreso per cápita para cada integrante de ¢24.400, que si bien los mantiene dentro de una condición de pobreza se acerca a más a la pobreza extrema, ya que para el 2007 el costo de la Canasta Básica era de ¢21.960.

Esta situación se torna más dramática en períodos de veda, que son 3 o 4 meses al año en el cual se prohíbe pescar, para posibilitar la recuperación de las especies marinas y durante los cuales el Estado otorga un subsidio a los pescadores(as) que tienen permiso de alrededor de ¢45.000 mensuales con el que apenas pueden adquirir la alimentación básica.

Aunado a lo anterior, la mayor parte de las mujeres no registraron ingresos ya que se dedicaban por completo a los oficios domésticos y el cuidado de sus hijos (as) y ante la escasez de alternativas de empleo en la zona, las colocaba en una condición de vulnerabilidad al depender económicamente del esposo o compañero.

Dada esta situación, la llegada de un nuevo hijo(a) venía a incrementar las presiones económicas ya que eso significaba alimentar una “boca más”. El siguiente relato así lo evidencia.

“Bueno por que la situación económica se pone difícil, apenas con dos (hijos) medio se puede ahora con un montón más... aparte de que también vivo mal porque ese carajo es muy irresponsable, si se va qué hago yo después si no me ayuda y uno con ese montón de guilas”. Mirna

Los ingresos más bajos se registraron en aquellas familias que estaban a cargo de una mujer y que no recibían pensiones alimentarias, con el agravante de no tener con quien dejarlos para salir a trabajar.

b. Anticonceptivos causan problemas de salud

Un 48% (19 mujeres) de las mujeres manifestaron que los anticonceptivos les producían malestares físicos como, dolores de cabeza, presión alta, fuerte sangrado menstrual, aumento de peso, ansiedad y resequedad e irritación vaginal. Los anticonceptivos que éstas ingerían eran pastillas e inyecciones y algunos pocos casos condón dados por el Seguro Social del lugar. Ninguna de ellas disponía de medios económicos para poder comprar otro tipo de anticonceptivo u otro de mejor calidad que tuviera un efecto menos nocivo para su salud. El siguiente relato nos muestra como vivía una de ellas esta situación.

“Yo empecé la planificación con pastillas 6 meses y fue muy positivo, después se me comenzó a complicar porque me daban muchos dolores de cabeza, era como si estuviera embarazada me alteraba la presión, entonces ya me cambiaron al preservativo, pero el cuerpo mío como que no se sentía bien porque me daban infecciones, entonces el doctor me suspendió la planificación”. Ema

c. Desconfianza en los métodos anticonceptivos

Los problemas de salud que padecían las mujeres, hacía que los métodos tuvieran que alternarse regularmente para atenuar el impacto en la salud, esto ocasionó que en esos *impasses* de cambio entre un método y otro se produjeran “fallos”-como ellas mismas los definieron-, que dieron lugar a embarazos no deseados y que ponían en duda la confiabilidad del método.

Es muy posible que también estos “fallos” tuvieran que ver con el poco conocimiento que tenían las mujeres sobre el uso de los anticonceptivos, sobre el funcionamiento del ciclo menstrual y sobre su propio cuerpo. Su extracción de origen rural y su baja escolaridad, podrían ser elementos que coadyuvaron en esos “fallos”, ya que no tenían consigo la información pertinente y dependían de las recomendaciones del personal médico de la Clínica del Seguro Social del lugar.

También en esas situaciones de *impasses*, la mujer quedaba totalmente expuesta ante la posibilidad de embarazos no deseados, dado que su marido o

compañero presionaba por relaciones sexuales “*con cuidado*”, (eyaculación fuera de la vagina) práctica que resultaba ser totalmente insegura.

Las mujeres manifestaron que los hijos e hijas que vinieron después del primer embarazo, no fueron producto de una decisión, pensada y racional, tal vez en unas pocas de ellas el segundo(a) hijo(a), pero no así con los demás hijos(as) ya que éstos vinieron producto de “*fallos*” que se dieron con los métodos anticonceptivos. Esto nos muestra que a las mujeres se les hizo difícil tener control de su propia reproducción.

Los “*fallos*” incidieron en una pérdida de confianza hacia los métodos anticonceptivos, lo que les generaba una gran incertidumbre, ya que sentían mucho temor de que se reprodujese un embarazo no deseado después de tener dos, tres o más hijos. Algunos testimonios así lo revelan.

“La pastilla fue el primer método, como tres años seguidos, pero aún tomando la pastilla quedé embarazada, después usé condón pero me caía mal, como ardor vaginal, luego usé inyección como cuatro años y me cayó un poco mejor, todo me lo daba el Seguro sin pagar”. Yerly

“El método que más he utilizado han sido las pastillas, me iba regular, pero me aburría, y a veces se me olvidaba tomármela, entonces utilizaba otros como la inyección que la primera vez no me cuidé y salí embarazada... el condón me daba resequedad, lo he usado poco porque a él (el compañero) no le gustaba, decía que no sentía placer”. Olga

d. Anticoncepción a cargo de las mujeres

Las mujeres inician su experiencia reproductiva después del nacimiento de su primer hijo o hija, a través de la “*planificación*” que recibían en el Seguro Social, como parte de la atención post parto.

Un 85% de las mujeres hacían uso de algún método anticonceptivo, los más utilizados eran las pastillas, la inyección y el condón. Prácticamente durante todo su ciclo reproductivo la anticoncepción estuvo concentrada en sus

cuerpos, con los efectos ya mencionados. El uso prologando de anticonceptivos les generaba un estado de cansancio y tedio ya que estar pendientes de tomar la pastilla o de ponerse la inyección ocasionaba situaciones estresantes para ellas.

Antes esta situación, encontramos en casi todos los hombres no solo una actitud desinteresada y poco solidaria hacia la salud de sus esposas o compañeras aún cuando los problemas de salud que les ocasionaban los anticonceptivos eran serios, visibles y evidentes, sino que además la falta de compromiso de asumir por su cuenta la anticoncepción a través del uso del condón. El siguiente testimonio así lo revela.

“El (el compañero) nunca se fijó si tomaba o no tomaba, yo lo tomaba sola, él es un hombre muy desentendido, nunca se interesó por saber si estaba planificando, aunque eso está cambiando, ahora si les interesa porque ahora hay tantas enfermedades que se han dado a conocer”. Olga

Algunos pocos hombres que utilizaban condón no lo hacían como parte de un acto voluntario de asumir la anticoncepción, sino porque era la única alternativa que tenía ante los problemas de salud de la esposa o compañera y en estos casos se utilizaba de manera transitoria. Pero hay que decir también que el condón tampoco contaba con la aprobación o anuencia de las mujeres, ya que éste les ocasionaba picazón e irritación vaginal.

En nuestra sociedad todavía la responsabilidad de la anticoncepción sigue recayendo sobre los cuerpos de las mujeres, de ahí que algunos autores se refieran a este hecho como la *“feminización de la reproducción”*. (Figueroa; 2005)

Está pendiente la tarea de generar los cambios culturales para que los hombres asuman de manera compartida la responsabilidad de la anticoncepción como parte de un ejercicio de derechos reproductivos.

Si estas mujeres hubiesen tenido hombres más sensibles y solidarios que se preocuparan por la salud de ellas y comprometidos con la anticoncepción, a través del uso del condón o la vasectomía de repente las mujeres no hubieran tenido que recurrir a la esterilización.

e. Dificultad en el acceso a servicios de salud

Un 55% de las mujeres (22) presentaba dificultad para acceder a servicios de salud por parte del Estado. Uno de los requisitos para optar por esta vital atención, era tener *“todos los papeles al día”* (certificaciones de nacimiento, de bienes inmuebles y otros). En muchas ocasiones debido a lo escasos recursos económicos de las familias, hacía imposible tener los pasajes de autobús para desplazarse a Puntarenas para obtener tales documentos. Esta situación las ponía muchas veces en una disyuntiva, entre utilizar el dinero para los pasajes del autobús o para comprar algo de alimentación. Debido a ello, muchas veces las familias se quedaban sin seguro social y las mujeres sin poder obtener los anticonceptivos.

f. Maternidad omnipresente

En relación con la maternidad, encontramos que las experiencias maternas fueron omnipresentes ya que aparecen las mujeres como las principales responsables de los cuidados y atención de los mismos. Por su parte los hombres ejercieron funciones de una paternidad más convencional, limitada a proveer el sustento material para ellos (as) y de la familia en general, pero muy desvinculados de la atención, de los cuidados y del afecto hacia los mismos.

En estas condiciones el ejercicio de la maternidad resultó ser una tarea muy dura que no solo les producía mucho desgaste físico sino que también era una limitación para su desarrollo personal. Se ha afirmado que la división sexual del trabajo ha sido uno de los aspectos que ha propiciado la subordinación de la mujer al haberla confinado al espacio doméstico y al cuidado de los hijos. (Lamas; 2005)

En otros casos estos padres estaban ausentes totalmente, (material y afectivamente) dejando en manos de las mujeres toda la responsabilidad de la manutención de los hijos(as).

Esta situación se vivía con mayor dificultad en aquellas mujeres que dada su condición de “jefas de familia”, experimentaban mayores problemas para el cuidado de sus hijos y poder salir a trabajar fuera de esas comunidades.

Hay que recordar que en nuestra sociedad es a partir de la maternidad cuando las mujeres construyen su condición de sujetas, ya que ser mujer significa ser (Moreno; 2001 y Paterna; 2005).

g. Número suficiente de hijos(as)

Aún cuando las mujeres le asignaron una gran importancia a la maternidad, la mayoría al momento de tomar la decisión de la cirugía, consideraban que tenían un número suficiente de hijos, algunas incluso hasta más de los que hubiesen querido tener, por tanto daban por satisfecha su maternidad.

Aunado a lo anterior, la mayor parte tenían hijos de ambos sexos, que para ellas tenía un gran significado, ya que en esta sociedad se ha construido un ideal de familia en la que al menos se tenga una “*parejita*”, o sea un hombre y una mujer.

Habíamos mencionado que la maternidad de estas mujeres se caracterizaba por ser omnipresente ya que ellas eran las responsables de todo lo que tenía que ver con el cuidado y la atención de los hijos (as). Por tanto las mujeres consideraron que su maternidad estaba satisfecha, porque “*ya sabían lo que ser madre*” y que habían cumplido con el mandato social de la misma. Hay que recordar que el promedio de hijos(s) por mujer era de 3.5.

Para las mujeres era sumamente importante tener pocos hijos por dos razones: una, para poder atenderlos debidamente en términos de darles alimentación y educación y que no pasaran por las carencias materiales que ellas vivieron cuando niñas en sus familias de origen. Por otro lado la educación reviste una

gran importancia para ellas, ya que han visto en ello la posibilidad de que sus hijos e hijas puedan aspirar a una vida mejor, más allá de la pesca artesanal que ofrece el lugar.

h. Vida sexual insatisfactoria

Un porcentaje alto, 73% (27) de las participantes en esta investigación expresaron vivir una vida sexual insatisfactoria y poco gratificante. Si ubicamos la vida sexual de las mujeres en el marco de los elementos anteriormente expuestos; como la deficiente situación económica, mala salud producto de los anticonceptivos, una maternidad recargada en ellas, y un número suficiente de hijos, veremos que estos aspectos hacían mucha presión en su vida sexual que se expresaba en poco o ningún interés en relaciones coitales.

Esta situación de rechazo sexual generaba discusiones y tensiones dentro de la pareja, ya que los hombres sentían celos al pensar que su mujer tenía otro hombre. Esta situación ponía a las mujeres en un *dilema*, por un lado aceptar tener sexo en condiciones de poco o ningún disfrute, más el riesgo de un embarazo no deseado y por otro lado el temor de no satisfacer adecuadamente las necesidades sexuales de su pareja y jugarse el riesgo de que éste buscara a otra mujer que no tuviera esos “*problemas*” de ella y que sí estuviera dispuesta a satisfacerlo sexualmente.

Entendemos que dentro del marco de una relación de poder, las mujeres tenían pocas o ninguna posibilidad de negociar con su pareja encuentros sexuales que ofrecieran mayor seguridad, ya que éstos no estaban en capacidad de pensar en las necesidades de la otra persona, para él la mujer no es un “*sujeto*”, sino un “*objeto sexual*”. (MacKinnon; 1995). Un relato en este sentido nos dice que:

“Al principio era todo bien, después que nació mi tercera hija que fue muy seguida de la segunda... porque casi en cuarentena quedé embarazada, para serle sincera ya yo no quería tener...(relaciones sexuales) porque tenía temor de quedar embarazada...yo le decía a él a veces que no y se enojaba todo, pero él decía que me cuidara para que no saliera embarazada... él se cuidaba echando afuera”.
Yerly

i. Mala relación de pareja

Los “*problemas de pareja*”, que revelaron las mujeres, tenían que ver con la irresponsabilidad de sus esposos o compañeros para atender las necesidades materiales de la familia, compra de alimentación fundamentalmente. Hay que recordar que la mayor parte de estas familias vivía de un solo ingreso y era aportado por los hombres. Otros problemas eran el consumo de alcohol y la infidelidad. En este sentido las mujeres se plantean *cómo voy a seguir teniendo hijos de este hombre tan irresponsable* .

Particularmente la infidelidad o infidelidades que experimentaron las mujeres por parte de sus esposos o compañeros, resultaron ser eventos muy desagradables, no sólo porque les causaron un gran sufrimiento y dolor, sino porque además afectaron su vida sexual, ya que muchas de ellas con un sentido de culpa, asumieron que en algo habían “*fallado*” como amantes y por esos motivos sus parejas habían buscado otra mujer. Los comportamientos de los hombres, como el consumo de alcohol, la violencia y la infidelidad son aspectos constitutivos de una masculinidad muy arraigada en nuestro medio. (Kimmel; 1997)

Hay que recordar que en nuestra sociedad la infidelidad masculina hay que ubicarla dentro de la construcción de una masculinidad que es legitimada a partir de muchas parejas sexuales como una característica entre otras.

j. Violencia física y sexual

Una vez establecidas las relaciones de pareja con el transcurso del tiempo comienzan a manifestarse una serie de situaciones, en las cuales las mujeres comenzaron a recibir maltrato físico, verbal y emocional. Un ejemplo de ello lo encontramos en el relato de Olga que dice:

“Cuando mi hija tenía 5 meses, yo ya no quería nada con él, él me seguía, me golpeaba...me atravesaba la bicicleta y me tiró a un barranco, un día me cortó por acá con un cuchillo de cortar pan y me amenazaba de muerte, por eso me vine de ese lugar”. Olga

La violencia también se expresaba en el plano sexual ya que muchas veces éstas eran obligadas a tener contactos coitales en contra de su voluntad, denominado de manera muy acertada por ellas mismas como *violación*, porque eran relaciones obligadas y no deseadas.

Este tipo de violencia resultó muy riesgosa porque en algunas situaciones la vida de ellas estuvo en peligro, además de la posibilidad de tener embarazos no deseados. Algunas de los embarazos que tuvieron algunas mujeres se dieron en estas circunstancias.

La dependencia económica de las mujeres las hacía pensar que, tener más hijos en esta condición venía aumentar su nivel de vulnerabilidad, por tanto la posibilidad de la salpingectomía resultaba ser una solución urgente y necesaria. Veamos el siguiente relato:

“Al principio todo andaba bien (la vida sexual), pero ya después él quería las cosas (relaciones coitales) a la fuerza y así yo no podía, por eso me operé”. Dora

k. Temor a Dios

Algunas mujeres se vieron enfrentadas con sus creencias religiosas al momento de tomar la decisión de la esterilización. La disyuntiva principal en la que se vieron envueltas fue la *“duda”* con respecto a la función reproductora que otorga la religión judeo cristiana al cuerpo de la mujer. (Infesta; 2005)

Fue interesante la respuesta que las mismas construyeron para disipar las *“dudas”* ya que al haber tenido hijos, sentían que habían cumplido con el mandato de la maternidad, por tanto se sentían eximidas de toda culpa y más relajadas. Sin embargo algunas de ellas decidieron compartir su decisión con el padre o pastor de la iglesia de su comunidad. En todos los casos ésta decisión estuvo avalada por ellos, lo que vino a darle una mayor tranquilidad.

Para algunas de las mujeres la operación significaba quitarle funciones al cuerpo, era algo así como mutilar el cuerpo.

“Algunos en la iglesia decían que era malo, que uno tenía que tener los hijos que Dios le manda, otros me decían que estaba bien, yo decía que era más malo hacer que los hijos sufran y no tener que darles”. Mujer asistente a la iglesia Asambleas de Dios.

Si para algunas mujeres la idea de la operación constituía un *“pecado ante Dios”*, también se plantearon que *“era más pecado traer hijos al mundo a pasar necesidades”*, que era precisamente lo que la mayoría de ellas estaban queriendo evitar con más embarazos. Poner la decisión en ese plano significaba para muchas de ellas tener un poderoso argumento que las animaba en su decisión *“porque Dios no quiere que sus hijos pasen necesidades”*, por tanto Dios sabe que se está tomando una decisión presionada por las dificultades económicas.

Consideramos que la suma de los factores antes mencionados llevaron a las mujeres a: optar por la operación como la salida más viable a esa compleja experiencia de vida, a tomar la decisión por sí sola sin tomar en cuenta la opinión o criterio del esposo o compañero y a mantener su decisión aún en contra de la opinión de la pareja y de algunos otros familiares.

Algunas conclusiones

Como podemos observar, en la base de la decisión de la salpingectomía encontramos factores de tipo social, económico y cultural que permiten comprender y dimensionar el contexto en el que se desenvolvían las mujeres y en el cual toman esa importante decisión.

Las mujeres acumularon una importante cantidad de motivos que tuvieron mucho peso en la decisión, de ahí que sostengamos que la decisión de la esterilización fue un acto voluntario, conciente y racional por parte de ellas. Una prueba de ello la podemos encontrar cuando un 88% (35 mujeres) de ellas no se ha arrepentido de haberse esterilizado y valora de manera muy positiva los cambios que experimentó su vida después de la misma.

La mayoría de las mujeres hizo una valoración entre “*positiva y muy positiva*” de la experiencia de haberse operado, un 90% de ellas (36 mujeres) manifestó experimentar cambios relevantes en su vida en general a partir de la misma, solamente un 10% manifestó que la esterilización había sido “*poco o nada positivo*” en sus vidas.

Las mujeres manifestaron haber experimentado cambios significativos en la vivencia de su vida sexual después de la esterilización. El haber concluido su ciclo reproductivo les producía una sensación de seguridad y tranquilidad que se expresaba en una mayor disposición al encuentro sexual.

En un plano más personal, las mujeres recuperaron para sí espacios que anteriormente estaban ocupados por el ejercicio de la maternidad. O sea ellas comienzan a vivir un poco “*para sí mismas*” en vez de “*para otros*”, realizando una serie de actividades que les gustaba y les sentaba bien como: visitar familiares y amistades, salir a caminar, tiempo para leer y visitar la iglesia, para salir con su pareja y para descansar y dormir.

Las mujeres no tuvieron la posibilidad de controlar su propia reproducción, a la mayoría de ellas les hubiese gustado tener menos hijos(as) de los que realmente tuvieron. Desde una perspectiva de derechos a estas mujeres les violentó uno de los derechos reproductivos más importantes, que es el poder determinar el número de hijos(as).

No obstante la importancia de la opción de la esterilización para muchas mujeres no podemos dejar de lado que la misma ha generado una serie de efectos negativos en la salud de las mismas, como un sangrado menstrual más abundante y una menopausia precoz que llega hasta suspender el flujo menstrual.

También se han generado otros factores de riesgo que se asoman a la vida de las mujeres después de esta experiencia, particularmente aquellas que tienen varias parejas sexuales ya que están expuestas a contraer alguna Infección de

Transmisión Sexual (ITS) al no utilizar ningún método de protección como el condón.

La anticoncepción de las mujeres en la Clínica del lugar se sigue desde brindando todavía desde el enfoque de la “*planificación familiar*” cuyo objetivo principalmente está centrado en controlar la reproducción femenina. Enfoques más recientes hablan de salud reproductiva, la cual promueve cambios en la relación entre los géneros y busca transformar las desigualdades en el ejercicio de la sexualidad y de la anticoncepción, por tanto involucra a mujeres y hombres.

Sin lugar, a dudas la aprobación del Decreto Ejecutivo N° 27913-S, vino a significar una importante herramienta legal para las mujeres ya que les permitió asumir por sí mismas una decisión que antes les estuvo negada.

BIBLIOGRAFÍA

- CEPAL. (2002). Educación reproductiva y paternidad responsable en el Istmo Centroamericano. Naciones Unidas.
- Figuroa Perea Juan Guillermo. (2005). **Sexualidades en los integrantes de las fuerzas armadas**". En: Pantelides Edith Alejandra y Elsa Gómez (comp.) Varones Latinoamericanos: estudio sobre sexualidad y reproducción. Editorial Paidós . Buenos aires.
- Infesta Domínguez Graciela (2005). **"Decisiones anticonceptivas en la pareja"**: En: Pantelides Edith Alejandra y Elsa López (comp.) Varones latinoamericanos: estudios sobre sexualidad y reproducción. Editorial Paidós. Buenos Aires.
- Instituto Interamericano de Derechos Humanos. (2008) Los derechos reproductivos son derechos humanos. San José, Costa Rica.
- Instituto Nacional de Estadística y Censos. Encuesta de Hogares y de Propósitos Múltiples. Julio 2007. Cifras Básicas sobre Pobreza e Ingresos. Costa Rica
- Kimmel Michael. (1997). "Homofobia, temor, vergüenza y silencio en la identidad masculina". Ediciones de las Mujeres N° 24. Isis Internacional. Santiago de Chile.
- Lamas Marta. (2005). Sexualidad y género: la voluntad del saber feminista. Sexualidades en México. Algunas aproximaciones desde la perspectiva de las ciencias sociales. El Colegio de México. Ivonne Szasz y Susana Lerner.
- Mackinnon Catherine (1995). Hacia una teoría feminista del Estado. Ediciones Cátedra S. A. Madrid.
- Ortega Hegg Manuel. (2004). Masculinidad y paternidad en Centroamérica. Revista Centroamericana de Ciencias Sociales. N° 2, vol 1. San José, Costa Rica.
- Paterna Consuelo y Martínez Carmen. (2005). La maternidad hoy: claves y encrucijada. Minerva Ediciones. Madrid.
- Proyecto Manejo Sostenible de la Pesquería para el Golfo de Nicoya. Puntarenas. 2002-2007. (2007). Presentación de conclusiones y recomendaciones. Universidad Nacional, Agencia de Cooperación Internacional del Japón, Instituto Costarricense de Pesca y Acuicultura.
- Rivera Roy y Yajaira Ceciliano. (2004). Cultura, masculinidad y paternidad: representaciones de los hombres en Costa Rica. San José. FLACSO.

Rubin, Gayle. (1996). **“El tráfico de mujeres: notas sobre la “economía política” del sexo”**. En: Marta Lamas (comp.) El género: construcción cultural de la diferencia sexual. Universidad Nacional Autónoma de México. Programa Universitario de Estudios de Género. México.

Weeks, Jeffrey. (1998). Sexualidad. Universidad Nacional Autónoma de México. Programa Universitario de Estudios de Género. México.