

ACTAS

Congresos Internacionales de Reconocimiento de la Fertilidad



INSTITUTO VALENCIANO DE
FERTILIDAD, SEXUALIDAD Y
RELACIONES FAMILIARES

III Congreso Internacional en Reconocimiento de la Fertilidad. Universidad de Piura. LIMA 2012.



INSTITUTO VALENCIANO DE
FERTILIDAD, SEXUALIDAD Y
RELACIONES FAMILIARES

Editorial.

La Revista Actas, *Congresos Internacionales en Reconocimiento de la Fertilidad* publica su tercer número en el que recogemos las contribuciones del III Congreso Internacional en Reconocimiento de la Fertilidad que se ha celebrado en la Universidad de Piura (UDEP) los días 9 a 11 de noviembre de 2012.

Los días del congreso han sido una experiencia fantástica y académicamente de mucho nivel. El clima estupendo. La ciudad de Lima nos ha gustado mucho. Lima tiene un litoral preciosísimo, está en pleno crecimiento urbanístico y el centro histórico tiene mucho encanto y estilo. La gente es maravillosa, como en otros lugares de Latinoamérica nos dan lecciones a los europeos de respeto, amabilidad, sencillez y delicadeza en el trato. La demostración pública de la fe llama la atención por innumerables imágenes religiosas por las calles, algunas de gran tamaño, y personas o familias rezando delante de ellas. Y lo más grande ha sido el encuentro, las relaciones interpersonales y el intercambio científico entre los expositores y participantes de al menos 10 países: México, Nicaragua, Argentina, Colombia, Cuba, Costa Rica, Chile, EEUU, España y Perú entre otros.

La Universidad de Piura, en su sede de Lima, ha sido un lugar maravilloso para la celebración del III CIRF, todos los detalles han estado muy cuidados. Gerardo Castillo, presidente del Comité Organizador nos ha dicho que tanto los expositores, como los participantes nacionales y extranjeros se han ido muy contentos por el nivel científico del Congreso y que todos en UDEP se alegran de haber celebrado el evento y confían en los buenos frutos que traerá a la universidad. Desde aquí les damos las gracias porque han trabajado mucho y bien.

Nos alegra recordar que en el I Congreso Internacional en Reconocimiento de la Fertilidad, que tuvo lugar en Managua en octubre de 2008, tratamos de la necesidad de ponernos de acuerdo en el término que utilizemos para referirnos a los métodos que sirven para reconocer los periodos de fertilidad del ciclo ovárico. También expresamos entonces la necesidad de encontrar un término adecuado para referirnos no sólo a estos métodos sino también al área de trabajo y de conocimiento desde la cual los enseñamos, desde la cual trabajamos en clínica de fertilidad o diseñamos e impartimos cursos de educación de la sexualidad. Tratamos entonces de lo importante del uso de una terminología adecuada para ser bien entendidos y para transmitir lo esencial, lo que sirve al bien y cómo nos habíamos desvinculado de otros para mostrarlo con más claridad. El IVAF propuso entonces el término *Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad (MRF)* para referirnos a todos aquellos métodos que sirven para determinar con precisión los periodos de posible fertilidad del ciclo ovárico mediante la observación o detección de los signos biofísicos relativos al momento ovulatorio, y ello distinguiendo entre 1. *Métodos de reconocimiento de la fertilidad para usuarios o de uso en casa* 1.1. MRF tradicionales (Billings, Sintotérmico y Temperatura basal) y 1.2. MRF técnicos (PERSONA, BIOSELF y otros) y 2. *Métodos de reconocimiento de la fertilidad de uso clínico* (ecografía vaginal, determinación de hormonas séricas y otros). Propusimos en dicho congreso denominar al área desde la cual trabajamos en fertilidad y sexualidad humana como *Área de Reconocimiento de la Fertilidad (ARF)* y definimos el Reconocimiento de la Fertilidad (RF) de forma sintética como *descubrimiento o reconocimiento de la vocación al amor don y a la paternidad y de sus signos en el cuerpo y en el alma del hombre, varón y mujer*. Propusimos estos términos no sin antes haberlos utilizado durante un tiempo suficiente con buenos resultados¹. Esta terminología fue propuesta a todos en las conclusiones del congreso de Managua, y es defendida y exigida desde la entidad CIFER².

1 Concepción Medialdea y José Pérez Adán. "El área del reconocimiento de la fertilidad y los métodos de reconocimiento de la fertilidad. Concepto y terminología". Actas del I CIRF, Managua, Octubre 2008.

2 CIFER: Certificación Internacional de Centros y Cursos de Reconocimiento de la Fertilidad (Entidad certificadora).

En el II Congreso Internacional en Reconocimiento de la Fertilidad celebrado en Monterrey en noviembre de 2010 recordamos la importancia de enseñar los MRF dentro del Área del Reconocimiento de la Fertilidad (ARF) para que su enseñanza se pueda constituir en una verdadera educación de la sexualidad de la etapa adulta. No sólo educar la sexualidad en las etapas infantil, adolescente y juvenil desde el ÁRF sino también educar la sexualidad adulta desde el reconocimiento de la fertilidad, dentro y desde el ARF. En Monterrey, tratamos concretamente sobre terminología y significado en relación a la eficacia de los MRF y continencia periódica, pero también recordamos la necesidad de cuidar la terminología que usamos así como de transmitir bien su significado en la educación de la sexualidad para el amor durante la etapa infantil y adolescente y también en la formación de novios y matrimonios, padres y profesores. En el II CIRF analizamos además el término «paternidad responsable» y dijimos que hay que enseñarla desde los primeros años de vida como una virtud, con una educación de la sexualidad basada en el reconocimiento de la fertilidad, en el reconocimiento de los signos en el cuerpo y en el alma de la futura paternidad, que incluya la práctica de las virtudes aprendidas en casa y en el colegio al verlas encarnadas en los padres y profesores. Entonces recordamos que *la paternidad responsable se practica al abstenerse de las relaciones sexuales antes del matrimonio o fuera del mismo, se pone en práctica en el matrimonio con la continencia periódica cuando los esposos tienen causas graves para posponer o evitar el embarazo, se realiza engendrando a los hijos a través del acto sexual conyugal preferiblemente como fruto de una entrega lúcida y no permitiendo que sean producidos por otros sin vinculación con el mismo. Que se hace presente respetando la vida desde su concepción por duras que sean las circunstancias y se ejercita implicándose personalmente en la educación de los hijos*³ y ello se recogió en las conclusiones de dicho congreso.

En el III CIRF hemos querido dirigir el foco hacia otros términos como «salud reproductiva» y «salud sexual» que han estado unidos desde el principio con términos como «planificación familiar» y «control de la natalidad», y hacer notar que el «área de la salud sexual y reproductiva» es un área de conocimiento sociosanitario impregnada de «ideología de género» desde la cual se invierte, se ofrece en clínica y se investiga principalmente en contracepción, aborto y técnicas de fecundación artificial y se educa a los jóvenes y a la población general con las premisas, conceptos y contravalores de la salud reproductiva-ideología de género. Creemos que podemos y debemos hacer frente a lo negativo de éstas actuaciones y contribuir a los objetivos positivos comunes trabajando, ofreciendo en clínica, investigando y educando en todos los ámbitos desde el ARF, enseñando, desde esta área de conocimiento, a reconocer la fertilidad junto con una educación en virtudes para todas las edades.

La conferencia inaugural del III CIRF fue un buen marco, por su contenido, de lo que se iba a escuchar en los días del congreso. Ahora, con todas las ponencias y comunicaciones editamos las actas con el deseo de ayudar a conformar académicamente entre todos el *Área de Reconocimiento de la Fertilidad*.

³ Concepción Medialdea. "Terminología adecuada a propósito de la eficacia de los MRF y de la enseñanza desde el ARF". Actas del II CIRF, Monterrey, Noviembre de 2010.

PONENCIA INTRODUCTORIA// EL ÁREA DE RECONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD HUMANA. IDEAS PARA LA REFLEXIÓN. Concepción Medialdea Fernández.

Resumen

Es muy difícil enseñar bien los Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad (MRF) si se enseñan desde el área de la salud y sexualidad reproductiva y si usamos la misma terminología que se emplea en la misma, aunque se añada el término «natural» que la mayoría de las personas entiende como «carente de efectos adversos para la salud». Aunque podamos hacerlo, no transmitiríamos bien lo esencial, que es acorde a la naturaleza integral del hombre, que es razonable. Proponemos trabajar desde un área de conocimiento adecuada: *investigar desde el área de reconocimiento de la fertilidad, tratar la infertilidad desde el reconocimiento de la fertilidad. Educar la sexualidad basados en el reconocimiento de la fertilidad, atender la consulta de relaciones familiares anclados en el área de reconocimiento de la fertilidad* y enseñar los MRF al servicio de la paternidad responsable en los distintos ámbitos, clínico, asistencial, universitario etc. desde un área de conocimiento «ad hoc» de la cual apuntamos algunas ideas para el análisis.

Introducción

Proponemos una nueva área de conocimiento: *el área de reconocimiento de la fertilidad*. Queremos enseñar los métodos de reconocimiento de la fertilidad en la consulta clínica, en la universidad, en los centros de orientación familiar... pero siempre desde un área de trabajo y estudio adecuada, desde el *área de reconocimiento de la fertilidad*. Investigar en fertilidad y sexualidad humana desde el reconocimiento de la fertilidad. Conducir la consulta de orientación familiar fundamentados en el reconocimiento de la fertilidad. Tratar la infertilidad desde el *área de reconocimiento de la fertilidad*. Educar la sexualidad infantil, adolescente o adulta desde un área de conocimiento ad hoc cuidando mucho la terminología para que todos puedan entender dónde está el *quid* de la cuestión.

Reconocimiento de la Fertilidad Humana es un área que se nutre de la antropología teológica y de las ciencias humanas, principalmente las ciencias de la salud y de la educación para profundizar en lo relativo a las diferencias y complementariedad entre el varón y la mujer y el sentido que ello conlleva: cómo hemos nacido como una hija o como un hijo para poder llegar a ser una madre o un padre, la vocación al amor aprendida en la familia con asistencia del ámbito educativo y de profesionales especializados. La ayuda mutua entre varón y mujer para la construcción de la familia y la sociedad, o la vocación de la persona en el matrimonio o en el celibato apostólico, en la familia, en la sociedad, y en la Iglesia.

Desde esta área se puede llegar, con distintas claves y peculiaridades, a cualquier persona, creyente o no, adultos, jóvenes y niños, contiene grandes posibilidades pedagógicas, y proyecta luz sobre el inicio y gestación de la vida humana, sobre la identificación y afirmación sexual (la alegría de ser mujer o de ser varón y de aportarlo), sobre el sentido del amor y de la sexualidad humana como entrega y acogida

Concepción Medialdea Fernández. Miembro fundador y directivo del IVAF, imparte la asignatura Reconocimiento de la Fertilidad Humana en el PIJPII sección española (Valencia). El contenido de este artículo lo leyó por primera vez en la sede del PIJPII en Valencia dentro del seminario preparatorio de la 2ª reunión internacional de profesores del PIJPII, Roma, mayo de 2007. [cursos@ivaf.org]

interpersonal, sobre la maternidad y la paternidad biológica y sobre la maternidad y paternidad espiritual a través de la sponsalidad con Cristo. En definitiva sobre los signos de la vocación al amor don en el cuerpo y en el alma de la persona humana.

Queremos educar la sexualidad en la verdad con una ciencia de primera línea y también con ayuda de lo aprendido de Juan Pablo, de San Josemaría, a través de los documentos de la Iglesia Católica. Pretendemos contribuir a labrar una nueva cultura de la sexualidad y fertilidad humana, ayudar a redescubrir la verdad de la persona, de su sexualidad y fecundidad y aportar claves para que los niños, los adolescentes, los jóvenes y los adultos puedan encajar las piezas en su entendimiento y después ensamblar entendimiento y voluntad.

Con espíritu positivo, afirmativo y atractivo ayudaremos a desvelar un nuevo horizonte, a borrar la falsa imagen que se transmite con frecuencia a través de los medios de comunicación, la que pretenden imponer desde altas instancias y poderes y que ha penetrado en tantos ambientes donde ya no se entiende la sexualidad como don de uno mismo en el amor y para la vida, sino como un juego de ruleta rusa, sin trascendencia ni opción vital, como un uso y un abuso que incluye o lleva a la negación y aniquilamiento de la persona.

A través de la educación en virtudes capacitaremos para vivir la belleza que contiene en sí misma la relación interpersonal que conforman un hombre y una mujer que descubren su vocación en el matrimonio y que deciden unir sus vidas para siempre y formar una familia, así como la belleza de la vocación a la virginidad por el reino de los cielos, para que niños y jóvenes puedan prepararse desde antes de proyectar lo que serán en un futuro y que antes que nada será ser un buen padre o una buena madre, si bien cada cual en su vocación particular.

Ideas para el análisis en relación al área de reconocimiento de la fertilidad

1.- La forma sigue a la función:

Se trata del plan Divino de la Creación pero mostrado en principio de forma que lo pueda entender también quien no lo conoce o no tiene fe. Cuando un diseñador se plantea diseñar un objeto lo primero que hace es pensar en el uso que va a tener, en cual será su finalidad. Necesita saberlo para poder darle una forma y potencialidad adecuada. Observar cómo es el hombre: varón y mujer nos ayuda a entender el sentido de su vida, su vocación.

El hombre lo es como varón o como mujer¹, hay diferencias entre el uno y la otra, diferencias físicas y diferencias psíquicas, unas observables a simple vista y otras reconocibles a través del estudio científico o de la simple observación del comportamiento que han sido base de muchos estudios y se reflejan en diversos libros², y hay diferencia espiritual en el modo de entender y de amar.

El sistema genital masculino tiene la función de hacer posible la procreación, lo mismo que el sistema genital femenino, y el ciclo ovárico es un ciclo de fertilidad. Pero el sistema genital femenino necesita del masculino para la procreación y viceversa, el hombre y la mujer se necesitan para tener a los hijos. A otros niveles del cuerpo humano se aprecian también diferencias, así el cerebro, las manos, los músculos, la estructura ósea... no son iguales pero, aunque ello tiene también su sentido, pueden cumplir su función por separado. Pero varón y mujer están incompletos para la procreación. Mujer y varón se complementan

¹ Dios creo al hombre, "hombre y mujer los creó": Génesis 1, 27.

² Cfr. Natalia Lopez Moratalla, Cerebro de mujer y cerebro de varón, Rialp, Madrid 2007; María Calvo Charro, Niñas y niños, hombres y mujeres: Iguales pero diferentes; Almuzara, Córdoba 2007; A. y B. Pease, Por qué los hombres no escuchan y las mujeres no entienden los mapas, Amat, Barcelona 2002.

perfectamente hasta el punto de que pueden compenetrarse al máximo en cuerpo y alma, ser una sola carne con afectación de toda su persona y de su vida. Se trata de una unión pensada para la comunión interpersonal varón-mujer, y para la transmisión de la vida y educación de los hijos. Varón y mujer son distintos en todo su ser personal, y en la complementariedad pueden descubrir la co-vocación a la copaternidad en su co-fertilidad, a ser padre el uno a través y con el otro.

También en los animales es distinto el aparato reproductor del macho y de la hembra, los animales contribuyen también a la creación pero la diferencia es que no lo saben, no lo pueden saber, lo hacen siguiendo su instinto y no pueden desentenderse de ello, no son libres. No es así en la persona, porque habiendo una atracción y un impulso sexual hacia el sexo contrario, puede desentenderse de ello. El hombre que decide mantener relaciones sexuales puede conocer cómo funciona su co-fertilidad y puede decidir, de mutuo acuerdo, su conducta sexual. La persona puede, y por ello tiene que descubrir el plan de Dios para poder colaborar con El con inteligencia y libertad. El hombre está llamado ser co-responsable y co-creador, así en el hombre hablamos de pro-creación porque está llamado a colaborar con el Creador. Sólo el ser humano que lo es como mujer o como varón puede y por ello debe aprender a conjugar amor y responsabilidad.

Hay una atracción normal entre ambos sexos que se despierta a partir de la pubertad, que si es integrada en la persona, madurada desde la amistad y conocimiento del otro puede dar como fruto la decisión del mutuo don, la decisión de casarse y de formar una familia. Si nos fijamos sólo en el sistema genital femenino y masculino vemos enseguida que el uno necesita del otro, que es para el otro, y al comprobar que el hombre no está condicionado se descubre que sólo tendrá sentido como respuesta libre, por amor al otro y al mismo tiempo al hijo, a los hijos fruto de ese amor. Si se trata de verdadera acogida del otro, en el abrazo conyugal se verá y se acogerá al hijo quien por su parte tiene derecho a venir al mundo en el ámbito de ese abrazo, lugar de la procreación, y por ende en la familia conformada por el matrimonio de sus padres así como derecho a ser amado y esperado desde antes de ser engendrado.

La persona puede ignorar que hay un sabio y Divino diseño y vivir una sexualidad siguiendo sus apetencias sin más, pero antes o después se daría cuenta de que su vida no tiene sentido y se encontraría perdida. Por otra parte, partiendo de la diferencia sexual, y de la capacidad de elegir puede llegar a descubrir el sentido de su vida, no solo de la llamada a contribuir en la creación, sino también la llamada a acoger al otro y a ser acogido por el otro. En definitiva, la vocación de todo ser humano al amor que unos encuentran en el matrimonio y otros en el celibato apostólico.

Si nos fijamos en el hombre y en la mujer podremos entender que la sexualidad, ser mujer o varón, es para la paternidad, para la fecundidad física y/o espiritual a través del amor oblativo, en definitiva para construir familia.

2.- La familia, escuela para todos de vocación radical al amor

Desde la reflexión sobre la persona, hombre + mujer, vínculo interpersonal, comunión personal, dos que son uno, binomio fecundo que constituye y fundamenta la unidad familiar, y sobre todo viviendo en una familia fundada en un verdadero matrimonio se aprende a ser querido y se aprende a querer de modo incondicional. No todos tienen una buena familia pero a todos se la podemos mostrar.

En la buena familia se recibe la vida que es fruto del amor y que viene al amor familiar. La familia está presente en todos los lugares del mundo y es el entorno donde cada uno se siente querido por sí mismo, y así deber de ser porque ello capacita para ir descubriendo, poco a poco, la llamada radical al amor, el sentido de la vida de los casados y de los no casados.

A los creyentes podemos mostrar el Amor Originario: la primera familia. «La primera familia es la

Santísima Trinidad» nos dice Juan Pablo II en su Carta³ a las familias y añadió en muchas ocasiones que en la «communio personarum», podemos ver, de alguna manera, la comunidad de Amor Trinitario. Les podemos mostrar también la familia de Nazaret, la que formaron Jesús, María y José.

Y a todos, creyentes o no, les podemos poner otros ejemplos de familia más cercanos de nuestro entorno. Podemos mostrar el recto concepto de amor conyugal: el hombre y mujer corriente, el verdadero matrimonio y la verdadera familia humana, sus rasgos positivos, sus actos humanos de servicio y abnegación. Mostraremos el hombre y la mujer que por amor se unen por siempre para formar una familia, que tratan de permanecer siempre unidos por el bien de sus hijos y de la sociedad, con todo lo que ello representa en cuanto a sacrificio y entrega personal por el bien del otro. Hay que ayudar a redescubrir que es el servicio hacia el otro en la familia lo que da sentido a la vida y lo que es fuente de alegría.

Casi todos estamos de acuerdo en que es un ejemplo muy valioso de vocación radical de amor el de quienes se entregan solo a Dios y con el amor de Dios cuidan a los demás: enseñan o asisten a niños huérfanos o abandonados, a personas discapacitadas, a enfermos sin familia o ancianos desamparados. Pero no parece, hoy en día, que todos estemos de acuerdo en que es ejemplo preciosísimo de amor radical el de quienes se casan y cuidan con amor de su esposo o esposa y de sus hijos ¡cuantos detalles del mejor amor se pueden observar en lo interno de una familia! cuánta dedicación al niño enfermo que llora de noche y de día o al niño al que le cuesta estudiar, cuanta siembra de amor al educar con paciencia y sin desánimo día tras día, al atender al familiar discapacitado o anciano, que gran tesoro. Si todos estamos en esto de acuerdo ¿cómo es que tantos no se casan o se separan o divorcian o se abandonan, como es que se impide que vengan los hijos o incluso se les mata, como es que se dedica muy poco tiempo a estar con los hijos y a educarlos? Este trabajo de dedicación intrafamiliar es principal, deben realizarlo unidos varón y mujer, madre y padre y su valor será muy alto si se realiza con mucho amor de esposa-madre o de esposo-padre.

Todos, independientemente de cual vaya a ser nuestra vocación, necesitamos crecer en una familia fundada sobre el matrimonio, fundada sobre el binomio hombre + mujer, para poder entendernos a nosotros mismos y para descubrir el sentido de nuestra vida y llegar a ser capaces de darnos generosamente a los demás algún día en el matrimonio o en el celibato apostólico. Recibiendo y reconociendo el amor que nuestros padres nos tienen y el que se tienen entre sí, podemos recibir y reconocer mejor el amor de Dios.

A través del matrimonio y la familia todos podemos mostrar y transmitir un lenguaje de amor y de vida, de reconocimiento de la persona del otro y de cómo debe ser tratado, de amor esponsal casto, de amor paterno filial y de amor fraternal, que permita redescubrir la grandeza de la comunidad de amor que conforman el hombre y la mujer que encuentran su camino, su realización en el matrimonio, así como la grandeza del camino vital de quien descubre su vocación en su entrega total a Dios siendo, ambos caminos, para ayudar a la familia humana y para construir juntos la civilización del amor de la que han hablado los últimos pontífices, así como una verdadera cultura de la vida.

3- Vocación al matrimonio o al celibato apostólico, ambos por igual camino de santidad

Perdura una mentalidad equivocada en determinados ambientes según la cual las relaciones sexuales, dentro del matrimonio, no son camino para aspirar a la misma santidad que el célibe, sino que más bien serían un obstáculo. Pero las relaciones sexuales, que encuentran su sentido en el contexto de la vida

³ Cfr Juan Pablo II. Veritatis Splendor, 24b. // Benedicto XVI. Homilía del 9 de Julio de 2006.

matrimonial, porque sirven para tener a los hijos y para expresar un amor interpersonal pleno entre varón y mujer, pueden ser santificadas y ser santificantes. Se trata de expresar un amor integrado, corporal y espiritual al mismo tiempo, fiel, exclusivo, total y abierto a la vida. Claro que expresar bien todo ello en cada relación sexual y en todo el contexto de la vida matrimonial y familiar no es fácil, y que hay que trabajar juntos para lograrlo durante toda la vida, se va realizando poco a poco, pero es posible con la ayuda de Dios.

Las relaciones sexuales pueden ser una ayuda por suavizar las demás relaciones entre marido y mujer, pero requerirán superar y amar las diferencias si es que de verdad se pretende expresar un amor así. El hombre y la mujer que deciden «ser juntos», son distintos, no desean o necesitan las mismas cosas y además siempre suele haber uno más necesitado que el otro en el terreno de la pasión sexual. El amor don enseñará a encontrar un término medio a lo largo de la vida conyugal, a entender que el autodomínio es necesario para poder hacer feliz al otro porque sólo pensando más en el otro que en uno mismo es posible hacerle feliz en este terreno, como también en cualquier otro aspecto de la vida de relación matrimonial y familiar.

Dejarse llevar por la pasión es fácil, pero no es el camino para hacer feliz al otro porque lo que apetece al hombre cuando desea a su mujer es distinto de lo que necesita la mujer y viceversa. Es necesario hablar, tener paciencia, perdonar, confiar en el cariño del otro a pesar de la torpeza inicial y recurrente, y a pesar de los cambios de necesidad que se producen en el transcurso de la vida. No es fácil, la relación sexual puede llegar a ser una maravilla con el tiempo para el esposo y la esposa, pero la condición es el sacrificio personal y paciente de cada uno, que es costoso y alegre. Es un trabajo para toda la vida, hará falta mucho amor, comprensión, delicadeza por parte de ambos, o al menos que uno de los dos aspire de verdad a la santidad y que, con la ayuda de Dios, facilite al otro el camino y el encuentro con Dios.

Las diferencias producen roce y desgaste en ese tratar de ser uno con el otro, una y otra vez, a pesar de la incomprensión, del disgusto o desacuerdo, un día y otro, pero tiene un sentido porque sirven para aprender, para crecer como persona, para crecer ambos en virtudes. Es necesario redescubrir que aprender a darse, vivir dándose, vivir para el otro y llegar a ser uno con el otro, es una tarea que vale mucho la pena y es la única posibilidad de ser feliz para quienes tienen vocación matrimonial, porque se realiza el sentido de su vida, pero no es fácil, incluso es muy difícil.

La diferencia brinda la posibilidad de enriquecer al otro con las cosas buenas que tenemos, de enriquecernos con aspectos positivos que posee el otro. Con la convivencia mejoramos, pero al mismo tiempo la diferencia constituye una dificultad de entendimiento en la convivencia que hay que aprender a superar viviéndola de modo complementario.

Así, en el camino que lleva al matrimonio, y sobre todo en el camino de la misma vida matrimonial hay mucho que aprender y crecer para poder lograr un buen binomio, una buena comunión personal matrimonial, familiar y social. Del mismo modo, en el camino que lleva a descubrir la vocación de una vida de entrega a los demás sin casarse y a lo largo de la misma se precisa mucha disponibilidad y hay mucho que crecer y mejorar hasta lograr una verdadera comunión interpersonal con Dios y con los demás. En ambos casos es tarea de toda la vida.

La vida de los que descubren su vocación en el matrimonio no siempre, o no desde el principio, es el descubrimiento de que eso es lo que Dios quiere de uno. Algunos sí que descubren la llamada de Dios antes del matrimonio y saben antes de casarse que es el matrimonio su vocación espiritual, su camino para encontrar a Dios, por eso van detrás de Dios desde el principio de su vida matrimonial. Pero otros, al menos al principio, solo van detrás de la persona de quien se han enamorado porque entienden que la necesitan, que es la luz que ilumina su camino y solo más tarde, si no se desvían del buen camino, pueden descubrir que en realidad van juntos detrás de Dios.

Entre quienes se casan, hay quienes nunca descubren, en esta tierra, que van detrás de Dios, pero, aunque no llegasen a descubrirlo, el camino de entrega a la persona amada, si es buen querer, si se sigue con rectitud de intención, es camino seguro para encontrar a Dios.

En el camino de quienes descubren su vocación en permanecer solteros por Dios, y solo para Dios, en el celibato apostólico o virginidad por el reino de los cielos, evidentemente está Dios, siempre, en el principio de su camino, pero Dios les lleva también, si no se desvían del buen camino, a la comunión con los demás por Él y en Él. Si se tiene presente a Dios, ambas vocaciones se parecen mucho yendo al meollo de cuestión: entregarse a Dios, y por Dios a los demás, o entregarse a Dios, y por Dios al marido / a la mujer, a los hijos, a los demás. En ambos casos se trata de entregarse a Dios y a los demás por Dios. Ambos caminos son el mismo en definitiva, porque la estructura de la caridad es común a las vocaciones, y ambos caminos llegan al mismo sitio. Algunos lo descubren al principio, otros pueden llegar a descubrirlo más adelante. Y un camino para descubrirlo es observar la creación, y especialmente observar a la persona, a la persona que vive entregada, por amor, también como hombre y mujer casados.

4.- El matrimonio como origen de la familia

Los hijos tienen derecho a venir al mundo en la familia fundada por el matrimonio (varón y mujer), en el seno de su madre, a surgir a la vida como fruto del amor conyugal y a ser acogidos en el amor familiar⁴. De este derecho del hijo se deriva el deber de sus padres.

Toda persona adulta que se plantee mantener relaciones sexuales debería de pensar que podría ser padre, pensar en el hijo que podría engendrar al tenerlas y asumir por tanto su responsabilidad ante la Creación, que por ser de dos en uno es co-responsabilidad procreativa.

Los adolescentes y jóvenes que se crean maduros para tener sexo deberían preguntarse si son lo bastante maduros para ser padres, porque al iniciar la actividad sexual podrían engendrar un hijo. Cada vida es importante en sí misma, de modo que los adolescentes y jóvenes, quienes no están casados, deberían abstenerse responsablemente de las relaciones sexuales hasta que se casen como lo requiere el ejercicio de su responsabilidad procreativa.

Los novios deberían ser procreativamente responsables y precisamente porque asumen su responsabilidad ante la procreación de nuevas vidas deben abstenerse de tener relaciones sexuales hasta ser matrimonio, y en coherencia con ello, ser delicados y respetuosos en sus demostraciones de cariño entendiendo que el respeto y paciencia logrados durante su noviazgo garantizan en cierto modo el respeto y paciencia que serán necesarios en su futura vida matrimonial.

El matrimonio es origen de la familia, y no debe ser, en esto, sustituido por nadie. Sólo en el contexto del amor conyugal se garantiza el respeto hacia el hijo, sólo sus padres, en su abrazo de amor, pueden tratarle como merece en el momento de su concepción. Al realizar la inseminación artificial o la fecundación in Vitro se sustituye al matrimonio en esa su misión propia y fundamental, olvidando el bien del hijo. Los esposos-padres, los matrimonios⁵ no deberían ser, en ello, sustituidos por nadie. Hay que ayudar a los matrimonios, a quienes se casan, para que puedan tener y educar a sus hijos.

4 Cfr. Instrucción pastoral *Dignitas Personae*, 6: «El origen de la vida humana, por otro lado, tiene su auténtico contexto en el matrimonio y la familia, donde es generada por medio de un acto que expresa el amor recíproco entre el hombre y la mujer. Una procreación verdaderamente responsable para con quien ha de nacer es fruto del matrimonio».

5 Al decir matrimonio nos referimos al formado entre un varón y una mujer que se unen para siempre con vistas a formar una familia.

Hoy en día se ha difuminado e incluso esfumado en algunos casos la responsabilidad procreativa. Tantas veces, y en tantos sitios, empieza a vivir el ser humano sin ser reconocido como hijo o hija de nadie, siendo sólo un conflicto que muchas veces se liquida. Por eso, en la familia y en la escuela, y desde la más tierna infancia, hay que educar a los hijos en la responsabilidad procreativa mediante el reconocimiento de la fertilidad que puede ser transmitido de diversas maneras adecuadas a las distintas edades⁶.

5. El matrimonio como fundamento de la familia

Si funciona el matrimonio, funciona la familia porque el matrimonio es fundamento, cimiento, roca, de la familia. En las familias unidas y bien cimentadas los hijos se capacitan para formar a su vez matrimonios y familias estables. Por eso en estos tiempos en que vemos fracasar tantos matrimonios y percibimos tanto miedo a casarse, queremos encontrar el modo de revertir la situación, y una de las claves es ayudar a redescubrir la verdad de la persona: varón y mujer, y la verdad del binomio hombre-mujer que conforma la unión conyugal como vocación al amor, como camino de entrega y acogida total e íntima que hay que renovar y mantener viva.

Hoy muchos jóvenes miran con desconfianza el futuro, retrasan el matrimonio o rehúsan siquiera plantearse, les falta confianza en la fidelidad matrimonial, no confían en que su matrimonio pueda ser para siempre sin darse cuenta de que ello depende, en realidad, más de ellos mismos que de las circunstancias externas y que la clave está en vivir de verdad para ayudar al otro, buscar y aprender a ayudar mejor. El hombre es para ayudar a la mujer y la mujer para ayudar al varón.

Todo lo que hagamos para mostrar la posibilidad de diálogo, buena relación y respeto entre ambos sexos, servirá también para mostrar la posibilidad de la comunión entre el hombre y mujer que se casan. Hay a veces una sensación de incompatibilidad, de confrontación hombre-mujer, demasiado machismo y demasiado feminismo, la realidad es que el hombre necesita a la mujer y viceversa, y que el mundo necesita a ambos trabajando en su construcción. Sea en la amistad, en la convivencia laboral, sea en la convivencia conyugal, es necesario el entendimiento, la amistad y el respeto mutuo, y todo lo que contribuya a ello servirá también para reforzar el matrimonio y la familia. Al contrario, todo lo que se hace para distanciar a la mujer del hombre, o lo que contribuya a rebajar la dignidad de uno de los dos es causa de destrucción familiar. Es el varón quien no debe consentir que se rebaje a la mujer y viceversa.

Hoy estamos en un buen punto de partida para que pueda haber una interrelación personal matrimonial mejor y más consistente porque en la actualidad, hombre y mujer están a un mismo nivel de formación. La mayoría de las mujeres ha recibido la misma formación que recibe la mayoría de los varones, y por eso, hoy ambos, mediante la amistad, en el noviazgo y en el matrimonio, pueden comunicarse y entenderse mejor, reflexionar juntos y compartir inquietudes. En el matrimonio, hoy, es posible la amistad entre marido y mujer, la complicidad, el trato de igual a igual, el gobierno conjunto de la familia, donde cada uno pone con total entrega lo que tiene junto con el respeto y la admiración mutua. Todo ello facilita la amistad y es muy bueno porque la amistad conyugal da como fruto la caridad conyugal.

Pero aún hay mucho que estudiar y trabajar desde la interdisciplinariedad en el área del reconocimiento de la fertilidad sobre el concepto y la verdad de la persona: varón y mujer: ciencias humanas, antropología teológica, bioética... No podemos fomentar, ni siquiera por ser indiferentes, la dominación, el engaño o el desencuentro, las desavenencias, el desprecio, la utilización, el egoísmo, porque ello daña a la persona, varón y mujer, a ambos, y por tanto al matrimonio, contribuye a que no se entienda el celibato apostólico, a debilitar la familia porque se funda en el matrimonio, y a debilitar la sociedad porque la sostiene la familia, la sostenemos todos, hombres y mujeres, célibes y casados.

⁶ Concepción Medialdea (Coord.) Educación de la sexualidad para el amor. Dirigido a niños de 3 a 12 años. Pp. 42-43.

Hay que aspirar como nos dice Juan Pablo II a la igualdad en la comunión porque «solo la igualdad, resultante de la dignidad de ambos como personas, puede dar a la relación recíproca el carácter de una auténtica «communio personarum». Por eso, «La unión matrimonial exige el respeto y el perfeccionamiento de la verdadera subjetividad personal de ambos. La igual dignidad es tan cierta como cierta es la diferencia, que maravilla que seamos en muchos aspectos diferentes, que haya niñas y niños, chicos y chicas, mujeres y varones. Hay que esforzarse en que se conozca la verdad de la persona, varón y mujer.

Según la reflexión de Juan Pablo II, ambos, el hombre y la mujer, tienen que entregarse el uno al otro mediante el «don sincero de sí». Pero, a quien se deben entregar ambos, animados porque Él lo hizo primero, dándonos ejemplo a todos, es a Cristo, Dios y hombre. Y es cierto que solo podemos darnos totalmente, sin reserva alguna, a Cristo, que se entregó primero por nosotros, pero que eso no es posible hacerlo de forma tan radical con un hombre o una mujer, se va realizando con la ayuda de Dios. Eso sí, en esto de servir, amar, «darse», tal vez la mujer, si es fiel a sí misma, puede enseñar al hombre a amar, a servir, a ser más generoso, a ser don, a llegar, a través del amor, al Amor. Muchas veces será poniendo amor donde no hay amor, o poniendo mucho amor donde hay poco o menos, y es tal vez, sobre todo en esto, en lo que la mujer es ayuda para el hombre, pero no siempre es así porque no ayuda quien quiere, sino quien puede a condición de querer.

Quienes se casan se entregan, no para estar sometidos con servilismo, de forma totalmente ciega y dispuestos a cualquier cosa que pida el otro, con resignación o por necesidad del tipo que fuere, tampoco para someter o usar al otro, sino para estar al servicio del otro con libertad y responsabilidad, para querer bien, con inteligencia y voluntad, para hacer feliz al otro. Para conseguirlo hay que educarse permanentemente en la virtud de la castidad y de la caridad que son virtudes muy relacionadas que se reclaman entre sí.

Es necesario educarse y ayudarse mutuamente desde el principio, respetarse, hablar, para que con tiempo y paciencia pueda mejorar la relación y pueda llegar a ser una verdadera comunión interpersonal. Ayudará a ello el mejor conocimiento propio y el mejor conocimiento del otro, así como el conocimiento de la verdad de la persona.

Si conseguimos resaltar la belleza y verdad de la persona mujer y de la persona varón, la del matrimonio, si ayudamos a descubrir el amor entre hombre y mujer y la paternidad como vocación, como tarea, estaremos trabajando para que la persona, varón y mujer, la relación conyugal, pueda ser de nuevo fundamento, cimiento, roca de la familia y de la sociedad.

6.- El matrimonio, varón y mujer entregados el uno al otro, una pedagogía de paz y solidaridad para el mundo

La familia es fundamento de la sociedad porque la sociedad es una familia de familias. En familia se aprende a convivir con las personas de distinto sexo, distinto carácter, distinta edad, distinta salud o capacidad. Por otra parte, observando a matrimonios que han logrado construir un buen binomio con la ayuda de Dios, observando su íntima comunión personal se atisba una esperanza de convivencia pacífica con el distinto, también en el ámbito social. Por eso, la educación para la convivencia y la paz social empieza y surge de la familia.

Se trata de un camino que empieza en la niñez, es en la infancia cuando hay que empezar a sacar partido de esta escuela de la persona: mujer + varón, en casa y en el colegio mostrando el modelo de los padres y de otros padres, el por qué de las diferencias corporales, diferencias en el modo de expresarse, en el modo de pensar y de querer, junto con la complementariedad, la entrega y la acogida elegida

libre y generosamente, la transmisión de la vida, la ayuda mutua, el respeto, la paciencia, el perdón, el agradecimiento, o el espíritu de servicio en la relación de los padres entre sí, de los padres con los hijos y viceversa, en la convivencia entre los hermanos, en la atención y cariño a los abuelos. Las diferencias, la atracción, la libertad de decidir y el amor como motor.

Para una buena convivencia social, hay que seguir el mismo camino que se sigue en el ámbito de la buena familia: hay que entenderse con las demás personas, por muy distintas que sean, y aprender a hacerles felices, hay que emprender un camino de conocimiento propio y de conocimiento del otro, aprender a conversar y a escuchar. Por eso hay que enseñar y fomentar la comunicación en la familia durante la infancia, la comunicación y la amistad entre chicos y chicas durante la adolescencia-juventud, durante el noviazgo y después en el matrimonio porque hace falta conocer y respetar las diferencias y aportar cada uno lo suyo propio al bien común.

En el matrimonio y en la familia, cada uno tendrá que aprender a poner todo lo que tiene para sacar adelante el proyecto común: su cabeza, sus manos, su corazón, su voluntad, si tiene más, más, si tiene menos, menos. Después, en la convivencia social, será también necesario en la relación con las demás personas, y lo aprendido en familia será fundamental. Aprender a hacer un buen equipo en el matrimonio y la familia es un primer paso necesario para poder después entender, respetar y hacer equipo con otras personas que son diferentes por edad, educación, cultura o raza, por eso lo vivido en familia es un entrenamiento para construir la solidaridad y la paz en el mundo.

En familia se aprende mejor a compartir si hay, como es lo habitual, hermanos y hermanas. Se descubre la belleza de la dualidad hombre-mujer, y es por ello el mejor punto de partida para aprender a encontrar, desde la diferencia, lo que une, y con ello a convivir, a respetar las diferencias de modo que no constituyan nunca una barrera infranqueable, ni dentro de la propia familia ni después en cualquier otra relación social. En familia se aprende a poner lo que cada uno tiene al servicio de los demás, y a aceptar y agradecer lo que el otro le aporta.

De la existencia y de la observación del buen matrimonio surge una esperanza de solidaridad y de paz para el mundo. Como enseña el Papa, «Solo la roca del amor total e irrevocable entre el hombre y la mujer es capaz de fundamentar la construcción de una sociedad que se convierta en una casa para todos los hombres»⁷. Es una esperanza justificada porque se apoya en el Amor de Dios, en la entrega a Cristo. Pero la podemos justificar también dando sólo razones humanas, porque si es posible, aunque no lo sea en todos los casos, la convivencia y hasta la comunión personal entre un hombre y una mujer que son distintos por ser personas de sexo diferente, y que son además distintos por otros motivos: a veces porque son de distinta raza o religión, desde luego porque se han criado y han vivido muchos años en familias distintas y lugares distintos, en ocasiones incluso en países y culturas muy diferentes, y encontramos muchos ejemplos que muestran que es posible, entonces hay esperanza de entendimiento.

En la historia de la humanidad ha habido y hay abuso e injusticia, racismo y arrinconamiento de los diferentes y de los débiles, e incluso exterminio por parte de los poderosos, por parte de quienes se creen superiores por algún motivo. El desencuentro entre el varón y la mujer fue el primero de la historia de la humanidad⁸, y será el último. Soñemos que es posible la igualdad en la diferencia, el entendimiento, el respeto, la buena convivencia, la comunión entre varón y mujer como lo fue en el principio.

⁷ Benedicto XVI. Congreso "Amar el amor humano: la herencia de Juan Pablo II sobre el matrimonio y la familia". Discurso al PIJPII, Roma 11 de mayo de 2006.

⁸ Es en realidad el segundo porque el primero se dio entre el hombre y Dios a consecuencia del pecado original. El desencuentro entre varón y mujer fue consecuencia del desencuentro de cada uno con Dios y, por eso, estar unido a Cristo, tanto el varón por su parte como la mujer por la suya, posibilita la paz y el encuentro constructivo entre ambos, la adecuada comunión interpersonal. Decimos que será el último en resolverse en la historia de la humanidad, pero puede resolverse hoy en una convivencia matrimonial concreta, con la ayuda de Dios.

Si fuese así, sería posible acabar, y quedaría sin justificación, cualquier otra desigualdad o maltrato entre personas con otras diferencias, dejaríamos de creer que se puede poseer, utilizar, someter a alguna persona.

Si la comunión entre hombre y mujer lo fuese de verdad, la unión hace la fuerza, la fuerza del amor, sería impensable, entre otras cosas, el aborto provocado, y sería posible la solidaridad y la paz mundial.

Conclusiones

Los términos 1) «Reconocimiento de la Fertilidad» (RF)/«Área de Reconocimiento de la Fertilidad» (ARF) y el término 2) «Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad» (MRF) no son intercambiables entre sí aunque ambos, área y métodos sirven, de algún modo, para reconocer signos en el cuerpo y en el alma relativos a la tarea de paternidad, a la paternidad responsable.

1.- «reconocimiento de la fertilidad» o «área de reconocimiento de la fertilidad», es un ámbito de estudio y trabajo, un lugar y camino para reconocer y para ayudar a otros a reconocer la vocación y tarea de paternidad a través del amor sponsal. Es lugar de ayuda en las distintas edades y ámbitos para encajar las piezas del puzzle de la sexualidad en el entendimiento y para, practicando y creciendo en virtudes, poder amar con entendimiento y con la voluntad de amar bien. Sirve para lograr que la sexualidad sea reconocida como riqueza de toda la persona que expresa su verdadero significado al llevar a la persona hacia el don de sí misma en el amor⁹, como mujer o como varón, como esposa o esposo, como madre o padre cabal.

2.- Los «Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad» sirven para, aplicando unas reglas concretas, y por ello un método particular, poder reconocer con precisión los límites entre el periodo fértil del ciclo ovárico y los periodos infértiles preovulatorio y posovulatorio del mismo. Hay MRF tradicionales de uso en casa: Billings, Sintotérmico, Temperatura basal. Hay MRF técnicos de uso en casa y hay MRF de uso en clínica. Este conocimiento sirve a los matrimonios en el ejercicio de su paternidad responsable.

Proponemos que se aporten las contribuciones del III Congreso Internacional en Reconocimiento de la Fertilidad, aquellas que los ponentes, desde las distintas disciplinas, deseen aportar para componer juntos un área de conocimiento y trabajo adecuada, el ARF, que es un ámbito donde reina el mayor respeto por la vida humana en todos sus estadios y estados, así como el respeto y reconocimiento de la persona: mujer y varón. Los aquí presentes trabajamos en esta área por y para la persona, el matrimonio, la familia y la vida y para eso estamos aquí reunidos en la Universidad de Piura sede Lima, capital de Perú. Muchas gracias.

⁹ Así lo expresó Juan Pablo II en *Evangelium Vitae*, 97b.

ÁREA TEMÁTICA 1// UNA EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD DESDE EL RECONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD

Ponencia 1// Educación sexual en el amor. La urgencia de trabajar con los padres. Fernando Carbone Campoverde. Lima, Perú.

Ponencia 2// Contribución de los MRF en la educación de la sexualidad. Francisco Javier Marcó Bach. México D.F.

Ponencia 3// El programa SABE Educadores y Escolares y su implantación en colegios. Concepción Medialdea Fernández. Valencia, España.

Ponencia 4// La enseñanza de los Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad (Método de ovulación Billings) en la Escuela de Medicina de la Universidad Panamericana. Benjamín Zamudio Olmos. México D.F.

EDUCACIÓN SEXUAL EN EL AMOR: LA URGENCIA DE TRABAJAR CON LOS PADRES.

Fernando Carbone Campoverde.

Introducción

Quienes trabajamos en la Educación de la Sexualidad en el Amor Humano, estamos plenamente conscientes que los padres son la clave para la correcta formación de los niños y adolescentes en este tema y en otros relacionados con la formación en valores y principios sólidos de la persona. Y al mismo tiempo conocemos las dificultades de hacer que los padres se den cuenta de la necesidad de invertir en su propia capacitación para la educación de sus hijos.

La formación de los padres es la primera, fundamental y precede a la de los hijos, pero es la que más cuesta conseguir. Cuesta mucho que los padres que llegan al colegio con niños pequeños (y mucho más en los que ya tienen hijos adolescentes) se den cuenta que tienen que ir capacitándose ya; y cuesta por las más diversas y a veces concurrentes razones:

- aún no se dan cuenta de los problemas que tendrán cuando crezcan sus hijos;
- no están dispuestos a invertir tiempo para “formarse”: ambos están con mucho trabajo fuera de casa y tienen la necesidad de dedicarle tiempo a los niños pequeños al llegar a casa;
- no están dispuestos a invertir en formación dinero que podrían canalizar a otras cosas (generalmente materiales o diversiones); consideran que ya es suficiente lo que se paga por la educación al colegio (y el esfuerzo de trabajo que ello les demanda); y en el caso que acepten dar su tiempo (sobre todo las mamás), el gasto lo dejan a cargo del colegio;
- son crecientes los casos en que creen que el colegio debe ocuparse de la educación de sus hijos y se inclinan porque sean formados “competitivamente” para la vida más que formados en valores que suponen transmiten automáticamente en la convivencia diaria o “ya la vida se los enseñará”.

Lo anterior es una realidad objetiva de la cual debemos partir, si la queremos afrontar de forma eficaz, para cambiarla progresivamente y para implementar medidas intermedias en tanto esto sucede.

Quisiera que esta reflexión nos sirva a todos para animar a los padres a invertir en una capacitación que les ayude a educar la sexualidad de sus hijos para el amor verdadero en el ámbito familiar, al mismo tiempo que conocen, aprueban y apoyan la que sus hijos reciben en el colegio. Los dos primeros puntos que abordaré son:

- primero una aproximación a la realidad (con crudeza no exenta de caridad), a partir de las evidencias con que las ciencias sociales nos confrontan día a día, nos guste o no.
- y luego una propuesta de porque y hacia donde cambiar positivamente, desde las ciencias como la antropología, la psicología y la sociología.

Fernando Carbone Campoverde. Fue Ministro de Salud de Perú. Es miembro de la Asociación Peruana de Salud Pública. Miembro de la Coordinadora Nacional Unidos por la Vida y la Familia y del Instituto Latinoamericano de Desarrollo Humano. ILADH. Miembro de la Fundación Para la Salud, FUNSALUD. Miembro de la Comisión Nacional de Familia y del Grupo de Defensa de la Vida de la Conferencia Episcopal Peruana. Labora en el Frente Mundial de Parlamentarios y Gobernantes por la Vida. [scr1@speedy.com.pe]

Ambas son miradas que deben ser parte de la sensibilización que hay que presentar de forma apropiada y prudente a los padres. Ambas iluminadas desde la Fe y construidas sólidamente desde la ciencia del siglo XXI. Finalmente, en la tercera y última parte quiero compartir una reflexión a la forma práctica como venimos trabajando para lograr el interés y la participación efectiva de los padres en la formación de la sexualidad de sus hijos. Sobre esto último permítanme señalar que dada la integralidad del ser humano, lo compartido (teniendo como perspectiva principal la formación de la sexualidad humana en el amor maduro), es aplicable a todos los aspectos de la construcción armoniosa de personas equilibradas. Y creo sinceramente que eso desean en lo íntimo de su corazón los padres para sus hijos, al margen de las oportunidades que ellos tuvieron o no para vivir lo mismo.

I. Con las evidencias a la vista: Una mirada al inicio del siglo XXI

Voces crecientes desde las ciencias sociales y personajes tan diferentes como Amartya Sen¹, Bernardo Kliksberg², Patrus Ananías³, Stéphane Hessel⁴, SS Juan Pablo II entre otros, han señalado que la crisis global de la economía no es otra cosa que la más reciente expresión de la deshumanización de las sociedades, a la que subyace el materialismo, el exceso de acumulación y el consumismo salvaje (generadores de la injusta brecha económica social), y **cuyas raíces mas profundas** están en la pérdida de principios y valores éticos, morales y de Fe de las personas.

Que lo anterior haya sido llevado a escala mundial (global) no puede extrañarnos. Vida, personas, familia y sociedad, son elementos de humanidad que se nutren unos a otros. El mundo va siendo lo que las sociedades hacemos de él; las sociedades son lo que las mujeres y los hombres que las formamos hagamos de ellas; y las mujeres y los hombres no somos mas que aquellas niñas, niños y adolescentes que nos hicimos adultos dentro de Familias que nos aceptaron y nos formaron... o nos deformaron.

Avanzando en el siglo XXI, la herencia del siglo XX parece pesar cada día más:

- La creciente tasa de uniones de hechos sin mayor vínculo civil o religioso que las estabilice, se suma a la desunión de padres (ya no por única vez, sino en muchos casos con segundos y hasta terceros fracasos conyugales), como causa de fondo (entre otras) de un comportamiento cada vez mas preocupante y disoluto: el abandono, la abdicación, la renuncia peligrosa a su responsabilidad como formadores y educadores de sus hijos.
- La influencia negativa de los medios de comunicación (en particular la televisión, sobre todo a través de series juveniles) y del internet, creando patrones “normales” de conducta homosexual, bisexualidad, promiscuidad, banalización de las relaciones sexuales y otros similares, bajo una falsa premisa de “tolerancia y modernidad”, es posible solo por la renuncia al control y/o acompañamiento parental sobre lo que los niños y los adolescentes ven.
- La “contemporización”, la disminución de exigencias y el aumento de la tolerancia de los padres hacia conductas sexuales (y otras) que se salen de los auténticos patrones de normalidad, encuentran sus raíces muchas veces en el hecho de estar hoy frente a generaciones de padres de 30 a 50 años que ya vivieron en carne propia estas distorsiones y las han incorporado como referentes en su propia

1 Economista y Filósofo Hindú (Bengalí). Premio Nobel de Economía en 1998. Coautor de “PRIMERO ES LA GENTE” con Bernardo Kliksberg. En una entrevista en la red radial mas importante del Perú (RPP), al preguntársele por como enfrentar la crisis global respondió: “fácil, ya esta descrito: en la Biblia”.

2 Economista Argentino, de raíces judías. Coautor de “PRIMERO ES LA GENTE” con Amartya Sen.

3 Abogado Social Cristiano Brasileño. Ex Ministro de Desarrollo Social y Lucha Contra el Hambre de los dos gobiernos del Presidente Lula da Silva de Brasil.

4 Ex diplomático francés, excombatiente de la resistencia francesa internado en campos de concentración durante la Segunda Guerra Mundial; uno de los redactores de la Declaración Universal de Derechos Humanos de 1948. Autor de “INDIGNAOS”.

cultura y vida cotidiana. Estamos frente a un empobrecimiento en principios y valores humanos que en ocasiones puede abarcar más de tres generaciones (una deconstrucción generacional). Algunos de los efectos negativos de lo anterior son, de un lado, un traslado a las instituciones educativas de la anarquía y confusión familiar; y de otro una pretendida inversión de roles formadores inadmisibles desde la perspectiva del correcto, balanceado e integral desarrollo físico, psicológico y espiritual de los niños y adolescentes en el espacio familiar y a partir de la labor de los padres.

La delegación de la formación humana de las nuevas generaciones de niños, adolescentes y jóvenes al estado, al colegio o a organizaciones privadas de diverso tipo, puede permitir a quienes la abordarán inducir conductas y comportamientos desde perspectivas personales y particulares, muchas veces ajenas a la formación de personas con valores éticos y morales firmes, y de la conformación de familias estables que sean el núcleo de sociedades justas y equilibradas.

El impacto final sobre los jóvenes y adolescentes salta a la vista:

- Distorsiones conductuales que subyacen al crecimiento de: las Enfermedades de Transmisión Sexual – ETS (en especial las virales como el VIH, la Hepatitis, el Papiloma Virus, etc.); la afirmación de desviaciones sexuales que hubieran sido tratables a temprana edad; la actividad sexual precoz, inmadura e irresponsable con su grave impacto en el aumento del embarazo adolescente, del aborto sentimental y las disfunciones sexuales en los adultos; de la depresión y violencia infantil y juvenil (que conduce al aumento de los suicidios), etc.
- Dada la integralidad del desarrollo y de la constitución de la persona humana, y que la sexualidad es parte de los cuatro instintos básicos que ayudan a conformar el equilibrio esencial del individuo, su desgobierno y falta de autocontrol “contagia” tarde o temprano a los otros tres (ego, defensa y poder) conduciendo a otras distorsiones conductuales de los mismos (abuso, corrupción, egoísmo, utilitarismo, pasotismo, hedonismo, etc.). Este descontrol de los instintos y pasiones se manifestará luego, , en todas las esferas de la vida adulta: familiar, laboral, amical, societal, política, etc.
- La “normalización” de la violencia verbal y física al interior de las familias, y de los fracasos conyugales como “posibilidad” asumida desde el inicio de la vida de pareja (sea esta bajo el régimen de convivencia o de matrimonio por igual), y expresada por los jóvenes con dos conductas frente a la posibilidad de contraer matrimonio:
 - Una bastante frívola: “si me va mal, me separo”;
 - y otra cada vez más común: “para evitar lo anterior mejor convivamos y ante la incompatibilidad de caracteres, nos separamos como buenos amigos”.

Ambas frases reflejan la poca seriedad con que se afronta la preparación para la vida conyugal, la poca tolerancia y pobre decisión previa para afrontar las naturales contingencias de la convivencia y la centralidad por tanto que se da solo a la experiencia física de la sexualidad despojándola de lo que debería ser su esencia: el AMOR MADURO.

Hay un mea culpa que debemos hacer finalmente. Los loables y numerosos esfuerzos que se hacen para trabajar con los padres son insuficientes y en el campo particular de la formación de la sexualidad de sus hijos, cuenta con pocas personas adecuadamente preparadas; esto se agrava más aún porque en el ámbito de una misma jurisdicción, estos esfuerzos están muchas veces desarticulados y descoordinados y, en algunos casos, utilizan medios, mensajes y transmisores inadecuados que logran el efecto contrario al que queremos obtener (reforzando las conductas equivocadas). Las buenas intenciones necesitan ser organizadas para lograr impactos significativos en el conjunto del Pueblo de Dios.

II. Nuestro derecho, nuestra responsabilidad

El ejercicio de la paternidad es más que un derecho y una responsabilidad. Somos administradores temporales de las vidas de nuestros hijos. Somos artistas con la tarea de moldear obras de arte únicas e irrepetibles. Somos escritores privilegiados que podemos plasmar en hojas inicialmente en blanco el prólogo y los primeros capítulos para lo que luego se podrá convertir en una obra maestra de la literatura, o el peor panfleto imaginable. Esto nos pone ante realidades que la psicología y la psiquiatría modernas reiteran una y otra vez:

- Nadie puede llegar a conocer mejor a una hija o un hijo, que quienes lo engendraron; los sustitutos mas abnegados, difícilmente pueden igualarlos.
- La conformación de la sexualidad (y la integralidad de la personas) requiere en su forma mas equilibrada la presencia de los progenitores varón y mujer; el progenitor del mismo sexo será el modelo de identificación (el niño imita la conducta del padre y la niña la de la madre); el progenitor del otro sexo es el modelo de complementación (se aprende cómo debe comportarse con las personas del otro sexo). *“La familia determina la forma de percibir y enfrentar el mundo. Según lo que aprendamos en nuestra familia de origen actuaremos y determinaremos lo que es aceptable o inaceptable, para nosotros y los nuestros. La familia es fundamental para construir la visión que se tenga de la sexualidad. En la familia se aprende a través de lo que enseñan los padres, cómo los hijos ven a sus padres vivir su propia sexualidad y cómo se desarrolla la sexualidad al interior de la vida familiar⁵.”*
- Nadie puede dar lo que no tiene, ni transmitir lo que no cree, ni ser modelo de lo que no vive.
- Nadie puede irrogarse de forma primaria el derecho que corresponde a los padres; se puede ser subsidiario a ese rol, puede haber una labor de complementación y colaboración consensuada con los progenitores, pero la sustitución solo debe darse en casos extremos y excepcionales por personas debidamente capacitadas y calificadas no solo desde un punto de vista profesional, sino acreditados ética y moralmente para hacerlo con toda propiedad.

Dos recientes encuestas hechas a jóvenes y adolescentes peruanos (*“Estilos de Vida de los Adolescentes Peruanos”*, ICF/UDEP; y la *“Encuesta Global de Salud Escolar”*, Ministerio de Salud – Perú; las más grandes en su género que se hayan hecho en el país sobre diversos temas incluyendo la sexualidad biológica y afectiva) señalan categóricamente:

- Que los padres siguen siendo los principales referentes para sus hijas e hijos en temas vitales para su formación personal, sobre todo en materia de afectividad y sexualidad, desmintiendo opiniones de muchos pseudosexólogos y comunicadores mediáticos de los mas variopintos (incluyendo comentaristas y animadores de programas de entretenimiento, de política, de farándula, de deportes, etc.), que aprovechando su sintonía entre diversos colectivos de oyentes (sobre todos los jóvenes) emiten irresponsablemente opiniones personales contrarias a lo señalado previamente respecto del rol de los padres, sin base ni fundamento en evidencia científica alguna.
- Los jóvenes quieren oír hablar de la vida, incluyendo de su vida sexual, como proceso y posibilidad de un desarrollo personal ordenando en sus amores, y en lo que corresponda vivir y compartir de forma apropiada en cada etapa por la que transitamos hacia la madurez física, psíquica y espiritual (amistad, enamoramiento, noviazgo, matrimonio y familia). **Los cuadros revelan una alta demanda insatisfecha que supera significativamente el tiempo, información y la dedicación que los**

⁵ Ximena Santa Cruz, Univ.de Chile. CONGRESO DE FAMILIA. Lima Perú.2009.

- **padres dan (o creen dar) a los púberes y adolescentes.** Esto último es una situación particularmente grave que desnuda ante los padres que los loables esfuerzos que puedan estar haciendo por darle condiciones materiales de vida digna a sus hijos, puede estar siendo insuficientes. Esto puede ser muy difícil de aceptar por los padres y el punto de partida para su doloroso desconcierto (*“Pero si le dimos todo, si no le faltó nada”*; entiéndase en términos materiales y en ocasiones afectivo parcialmente), cuando sus hijos caen en serios problemas relacionados con desórdenes en materia de su sexualidad y otros comportamientos de riesgo (perdiendo la vida incluso, por ello).

III. Entonces, manos a la obra

Ante lo expuesto, abordar el tema de las estrategias, las metodologías, los espacios y la temática, para trabajar la Educación de la Sexualidad de los niños y jóvenes con los padres (sobre todo desde y en el ámbito escolar), para que luego ellos hagan lo propio y apropiado con sus hijos, se vuelve una tarea urgente de educadores, formadores y diversos responsables de pastoral familiar.

LAS ESTRATEGIAS

El trabajo con los padres para abordar la formación de la sexualidad de sus hijos, requiere que las preguntas que normalmente nos hacemos previamente para aproximarnos a ellos, sean no solo suficientes, sino que nos sitúen de la forma más real posible en los distintos escenarios que podemos encontrar, y decidir con prudencia y pertinencia cual escoger en cada caso, para no generar rechazo. Mas aún si trabajamos en escenarios públicos y/o privados no vinculados a una determinada práctica religiosa.

Cuando se va a trabajar con un grupo específico de padres, las experiencias previas sirven, pero no hay generalizar los escenarios (tener presentaciones “estandarizadas” puede ser un error); cada uno es distinto a los anteriores y por lo tanto lenguaje, gestos y mensajes deben ser adaptados. Y no podemos hacerlo si no conocemos bien a los oyentes. Nos referimos a preguntas tales como:

- ¿Quiénes están haciendo de padres? Con más frecuencia son parientes relacionados, pero no los padres directamente. Los abuelos, los tíos, los tutores crecen en su rol sustituto de criadores en las poblaciones de adolescentes de familias disfuncionales.
- ¿Cuál es su pertenencia cultural y étnica? ¿Cuál es su vivencia religiosa y su religiosidad?
- ¿Cuáles son sus principales intereses respecto de sus hijos?
- **¿Cuál ha sido generacionalmente su formación en sexualidad? ¿Qué información y enfoque es la más probable que tenga al respecto?**
- ¿Cuál es su situación conyugal?
- ¿Cuál puede ser su resistencia a tratar el tema? ¿Cuál puede ser su miedo al cambio?
- Las preguntas previas están relacionadas en torno a que:
 - Hay padres a quienes abordar el tema de la sexualidad les puede resultar incomodo.
 - Hay padres quienes en términos de sexualidad están signados por distorsiones generadas desde sus propios padres o desde una formación autónoma que no tuvo modelos referentes sino lo que se aprendió del medio (amigos, “la vida”, los medios de comunicación masivos, etc.).

- Hay pocos padres que han pasado por la menos por una separación que tendrán el valor de reconocer que esa no es una situación deseable o “normalmente posible desde el inicio”; las experiencias de las separaciones son dolorosas y una forma (muchas veces inconsciente) de disminuir el dolor (sobre todo con los hijos) es “normalizarlas”.
- Hay padres de diferentes confesiones religiosas y se precisa llegar a un lenguaje que parta de sus creencias comunes, sobre todo en grupos formados por cristianos católicos y no católicos.
- ¿Cuál es interés por dedicarle tiempo a la formación de sus hijos? El interés y por tanto la disponibilidad de dedicar tiempo a su formación como formadores, es inversamente proporcional a la edad de los hijos. Es mayor con los padres de niños pequeños y menor con los padres de púberes y adolescentes.
- ¿Cual es su situación social, económica, laboral? ¿Cual es la disponibilidad real de tiempo de la mayoría de los padres? Esto será esencial para escoger formas o hitos formativos que les hagan mas fácil participar, que el justificar no hacerlo por “falta de tiempo”.

Y desde luego no dejar de plantearnos como siempre lo hacemos: ¿Qué queremos conseguir?

LAS METODOLOGÍAS

Un escenario lo más real posible nos llevará a tomar decisiones partiendo del tema específico a tratar:

- Los temas sobre la problemática de la sexualidad de los jóvenes, las necesidades insatisfechas de los mismos desde los padres, los riesgos e impactos negativos en sus vidas, suelen poder abordarse con auditorios grandes y/o muy disímiles; habrá que escoger los contenidos y el lenguaje que sea más común a todos. Esta es la forma mas común para abordar temas introductorios en materia de sexualidad para el amor, o de sensibilizar y crear interés hacia el tema, pero no es la más efectiva, ni la más eficaz para generar impactos y cambios positivos, y por ello no debe ser la única, ni la que demande mas esfuerzo.
- Los temas que tocan la situación personal y/o conyugal de los padres necesitan abordajes en auditorios pequeños, que si es posible impliquen un trabajo de grupos con un formador, facilitador y/o monitor formado en el tema: una persona que sepa rápidamente distinguir situaciones (y orientar con discreción) que ameriten manejos individualizados (de la pareja), a cargo de expertos en materia de conyugalidad y/o sexualidad; una persona que entienda que no se trata de cesiones de terapia, sino de grupos de formación humana. Ciertamente esta es la forma que demanda más trabajo y tiempo a formadores y formados. Pero es la más efectiva que conocemos.
- En ambos casos, el abordaje debe ser con un mensaje claro, un lenguaje impregnado de caridad, con el máximo respeto a las personas, tratando de llevarlas a un reflexión interna que no las ponga en evidencia si han caído en el error, motivando pensamientos y sentimientos a partir no solo de las evidencias de la ciencia y el testimonio de la vida propia, sino de la palabra amorosa del Dios de la vida. En pocas palabras, preguntándonos como se habría dirigido el Cristo a estos padres.

LOS ESPACIOS

Las lecciones aprendidas en este empeño y los impactos logrados nos permiten afirmar que las “Escuelas o reuniones para Padres” en torno al preparación para el bautismo, el ingreso a la institución educativa, la primera comunión y la confirmación, así como los espacios dedicados a la preparación

de novios y enamorados, y a la atención de parejas de convivientes y esposos, son oportunidades para llegar a un importante universo de padres que ya tienen esa condición o que la tendrán algún día.

Lo mejor es intentar dos tipos de formación posibles, que se pueden desarrollar simultáneamente, pues habrá “público” para ambas modalidades:

- Uno que sea una secuencia lógica vinculada a la edad de los niños y adolescentes; es decir una formación corta y espaciada para los padres, vinculada a eventos por los que todos los niños irán pasando: bautizos, ingreso al centro educativo, primera comunión, confirmación. Aquí cada formación debe recoger lo trabajado en la etapa previa y avanzar un paso más.
- Otro una formación específica incorporada al trabajo con grupos de púberes, adolescentes, jóvenes, enamorados y novios (futuros padres).

Las dos modalidades anteriores no significan excluir programas específicos de formación a los padres dentro de cursos, jornadas, encuentros (para padres, esposos y familias), pero ciertamente son las que podrán convocar a un mayor número de participantes.

Es necesario señalar que todas las formas reseñadas previamente, deben estar bien articuladas y coordinadas en el ámbito de una misma jurisdicción (diócesis, arquidiócesis, vicariato), de tal manera que respetando los carismas y modos particulares de cada movimiento, institución y organización existentes, los mensajes se transmitan progresivamente en una misma lógica (la de la Sexualidad al Servicio de la Conyugalidad y de la Trasmisión de la Vida) y óptica (la del Amor Maduro). Esta labor corresponde a los responsables del área de Pastoral Familiar de la jurisdicción.

Y LA TEMÁTICA

Finalmente permítannos señalar que la formación de agentes pastorales vinculados a los espacios anteriormente señalados, debería abordar específicamente temas tales como:

- Fundamentos Antropológicos de la Sexualidad Humana.
- Amor Maduro y la Sexualidad.
- Amor y Sexualidad en el Matrimonio.
- Las Orientaciones Educativas para la Formación de la Sexualidad en la Familia, el Colegio y la Pastoral.
- La Educación Sexual para el Amor.
- Población: Mitos, Verdades y Mentiras.
- Anatomía y Fisiología de la Trasmisión de la Vida.
- Control de la Natalidad versus Planificación Familiar Integral.
- Cultura de la Vida. Cultura de la Muerte.

A través de ellas se buscará transferir, generar y/o despertar capacidades y competencias en los padres de familia para apoyar desde la más tierna edad a sus hijos en:

1. La construcción de una personalidad equilibrada en todas sus dimensiones incluyendo la de su sexualidad.
2. El desarrollo de una sexualidad orientada a / y fundamentada en el amor humano (el “ordo amoris” de Agustín de Hipona).
3. Asumir de forma natural la vida como don de Dios y a partir de este hecho, reconocer que la vida de los hijos tiene como administradores temporales de la misma a los padres.

4. Una preparación apropiada para una futura maternidad y paternidad, cuando se den las condiciones de madurez física, psicológica, social, económica, etc., que lo permitan en plenitud y con responsabilidad.

IV. Conclusiones

Trabajar los más tempranamente posible con los padres de familia en la generación de competencias y capacidades para abordar y orientar adecuadamente la formación equilibrada de la Sexualidad de sus hijos, es una prioridad que antecede a otras necesidades en el mismo tema. No solo esta en juego la vida afectiva y biológica de sus hijos; se pueden estar jugando su futuro, el de sus familias y el de nuestras sociedades.

Trabajar con padres de familia es delicado, exige tiempo y debe hacerse con suficiencia y competencia que requieren una buena preparación previa. Hay que usar estrategias flexibles, variadas y simultáneas, debidamente articuladas y coordinadas en una misma jurisdicción pastoral. Hay que preparar agentes pastorales en materia de formación de los padres de familia para abordar la Educación Sexual de sus hijos en el Amor Maduro.

Hay un momento en la vida de toda persona, matrimonio, Familia, sociedad o nación, en que llegamos al límite de lo que se puede conceder, transgredir o permitirse; cuando uno va mas allá se eclipsa toda dignidad humana y el derecho a ser respetado como persona y ciudadano. Estamos rondando peligrosamente este punto desde hace un buen tiempo. Es tiempo de cambiar.

Bibliografía

- CARTAS A UN HIJO QUE CRECE. Cesar Montalván Garcés. 2010.
- COMO EDUCAR A TUS HIJOS Y SENTIRSE SATISFECHO. Harold J. Sala. 1985.
- ENCUESTA GLOBAL DE SALUD ESCOLAR. Ministerio de Salud – Perú. OPS. 2011.
- ESTILOS DE VIDA DE LOS ADOLESCENTES PERUANOS. Paul Corcuera, Jokín Irala, Alfonso Osorio, Reynaldo Rivera. ICF/UDEP. 2010.
- FAMILIA: VIDA Y NUEVA EVANGELIZACION. Cardenal Alfonso López Trujillo. 2000.
- HUMANA VITAE. SS Pablo VI. 1968.
- INDIGNAOS. Stéphane Hessel. 2010.
- PARTIDARIOS DE VIVIR. Eusebio Pinar Rojo. 1986.
- PRIMERO ES LA GENTE. Amartya Sen. Bernardo Kliksberg. 2008.
- RECREAR LA ESCUELA. Santiago Insunza, OSA. 2006.
- 60 RESPUESTAS PARA PADRES. Osvaldo Cuadro Moreno. 1998.

CONTRIBUCIÓN DE LOS MRF EN LA EDUCACIÓN DE LA SEXUALIDAD.

Francisco Javier Marcó Bach.

Introducción

Ante el aumento de embarazos y de enfermedades de transmisión sexual (ETS) en jóvenes, se suele proponer la impartición de la materia Educación sexual desde edades tempranas. Pero su contenido se suele limitar a una explicación de la biología reproductiva, del riesgo que existe de embarazos y de contraer una ETS en las relaciones sexuales, así como exponer los distintos métodos anticonceptivos (AC), haciendo énfasis en la efectividad del condón para evitar el embarazo, y como único medio de protección ante las ETS. Sin embargo, no se informa del índice de fallos de cada método, ni del mecanismo de acción de los distintos AC, no se fomenta la responsabilidad en su sexualidad, ni se explica de forma completa las consecuencias que pueden tener las relaciones sexuales para los jóvenes. El resultado es que los jóvenes se quedan con la idea falsa de que el condón equivale a sexo seguro, lo cual es falso. Por ello muchos están convencidos de que no tienen que preocuparse por los embarazos ni las ETS porque usan preservativos, y creen que están seguros y a salvo de cualquier problema al tener relaciones sexuales esporádicas si utilizan el condón.

La realidad es que el preservativo, al igual que los demás métodos de barrera, son el segundo menos efectivo para evitar embarazos de los métodos AC existentes, después de los espermicidas que son los menos efectivos, tanto que éstos no se utilizan solos. El índice de fallos (índice de Pearl) de uso típico o práctico (embarazos totales por cien mujeres y año) establecido para el preservativo por la Organización Mundial de la Salud (OMS) es del 13% (WHO, 2000). Otras evaluaciones recientes han obtenido un 12% de índice de fallos (Trussell 2004, Parkes 2009), o un 17% (Kost 2008). Respecto a la prevención del condón para las ETS, está demostrado que sólo reduce, pero no elimina el riesgo de transmisión de algunas ETS, mientras que para otras el preservativo protege muy poco. Esto último ocurre con las ETS que afectan a la piel púbica y de la zona perineal, de forma que al estar la infección fuera del pene o de la vagina, el contagio es piel con piel de estas áreas donde el condón no cubre ni protege. Esto ocurre con el virus Papiloma humano (VPH), que es la primera causa de cáncer de cervical, y que también induce cáncer de útero, de vulva y pene, produciendo más muertes de mujeres al año que el SIDA (Winer 2006). Igual pasa con la transmisión sexual del virus Herpes genital simple (HSV-2), donde la protección del condón es sólo del 30% (Rana 2005, Martin 2009), siendo como todos los virus no curables, y en consecuencia, es una infección que se contrae para toda la vida, que se podrá contagiar a toda pareja sexual, y además en este caso, pasa al bebé durante el embarazo, que seguramente morirá. El condón también protege muy poco en el caso de la Sífilis, causado por la bacteria *Treponema pallidum*, el Chancroide o el Linfogranuloma venéreo causado por un serotipo agresivo de la *Chlamydia trachomatis*. Para las demás ETS, el condón sólo reduce el riesgo de contagio entre el 60 al 80% según las distintas evaluaciones (Weller 1993, McIlhaney 2000, Fitch 2002, Crosby 2003, Cayley 2004, Genuis 2004, Workowski 2006), pero en ningún caso lo elimina, siendo falso que el preservativo proporcione sexo seguro.

Francisco Javier Marcó Bach. Doctor en Ciencias y Doctor en Farmacia por la Universidad de Navarra (España). Es miembro de distintas sociedades científicas, y de la Academia Nacional Mexicana de Bioética. [jmarco@up.edu.mx]

Por otra parte, los medios de comunicación están transmitiendo a los jóvenes que el sexo es divertido, fantástico, que todos lo hacen y que no hay consecuencias. Es cierto que el sexo puede ser fantástico y divertido, pero es falso el que todos lo hacen, y SI hay consecuencias. Los jóvenes toman decisiones sobre sexo sin conocer las consecuencias, y el resultado es un aumento de las relaciones sexuales creyendo que el condón proporciona sexo seguro, con lo que incrementan los embarazos y las ETS. Y cuando vienen los problemas, los jóvenes suelen decir: “Yo no lo sabía que me iba a ocurrir esto, nadie me lo dijo, si lo hubiese sabido habría tomado otra decisión”.

Elementos para una verdadera educación sexual

Una verdadera educación sexual debe constar, al menos, de una explicación completa sobre los siguientes puntos:

1. Los riesgos físicos de las relaciones sexuales tempranas fuera del matrimonio.

En primer lugar está el embarazo prematuro. No hay ningún método anticonceptivo seguro y nunca se sabe cuando van a fallar. La vida de un nuevo ser humano nunca es un fallo y el hijo no es, en principio, un riesgo físico para la madre. Sin embargo, el embarazo prematuro puede ser más complicado por la inmadurez física de la adolescente, que seguramente tiene aún poco espacio en su cavidad pélvica. Y cuando ocurre un embarazo prematuro no hay ninguna solución fácil y sin dolor. Todas las alternativas son muy dolorosas, siendo las distintas opciones malas, terribles o peores. Antes de tener relaciones sexuales había oportunidad de elegir, pero con el embarazo prematuro, las distintas opciones son siempre muy dolorosas y llevan consigo consecuencias a largo plazo para toda vida.

a. Una opción es el aborto, que es muy doloroso por las consecuencias psíquicas postaborto, además de posibles efectos físicos, de forma que el 80% dicen después del aborto que hubieran cambiado de decisión (Gayón-Vera 2010). Pasan 5, 10, 15 años, y les sigue doliendo en su interior el haber abortado, no lo olvidan.

b. La segunda opción es la maternidad, es honrosa. Pero las jovencitas que deciden ser madres tenían previamente metas y planes que pensaban realizar, pero en muchos casos ya no van a tener la oportunidad, y además muchas vivirán en pobreza con su hijo por falta de medios económicos. La elección de tener relaciones sexuales conlleva una seria responsabilidad, de forma que hay que pensarlo antes, ya que después es demasiado tarde y la decisión a tomar será muy difícil. Y el joven que deja embarazada a una chica con la que no está casado, no tiene ningún derecho legal sobre la decisión que ella tome sobre el hijo. Pero si ella decide tener a su hijo adquiere una responsabilidad legal, y tendrá que pasar una pensión a su hijo al menos durante 21 años.

c. La tercera opción es dar al hijo en adopción, que es la más positiva de las disponibles, aunque también crea dolor y trae consigo consecuencias. Hace falta mucho amor para decidir lo mejor para su hijo, aunque por sus circunstancias no sea su madre. Le ama lo suficiente para darle el regalo de la vida, ya que no merece la pena de muerte por sus decisiones. Y después de llevarlo dentro 9 meses, le dará el segundo mejor regalo, una familia adoptiva que lo va a cuidar y querer. Para eso se necesita mucho valor, madurez y sobre todo mucho amor. No es una decisión fácil.

En segundo, riesgo físico son las Enfermedades de transmisión sexual (ETS). El embarazo no es una enfermedad, se sobrevive, y no es lo peor que puede suceder si deciden tener relaciones sexuales. La probabilidad actual de contraer una ETS en una relación sexual indiscriminada es 4 veces mayor que la del embarazo. Algunas ETS no producen síntomas, con lo que desconocen su infección y contagian a otras parejas. Además, un 30% de las ETS son incurables, por ejemplo al contraer un virus, con lo que es para toda la vida y lo pueden transmitir a todas las parejas sexuales y a su esposo o esposa. Otras ETS tienen secuelas serias, como infertilidad, embarazo ectópico, cáncer o muerte. Y se les dice a los jóvenes: *“Usen el preservativo ¡que es sexo seguro!, y no necesitan hacerse pruebas de ETS, porque ¡están protegidos!”*. Es cierto que el condón es el único medio de protección en las conductas de riesgo, pero sólo disminuye riesgo, nunca lo elimina.

Una buena noticia es que SI existe el sexo seguro. La recomendación que dan todos los organismos internacionales de salud para evitar el riesgo de contraer una ETS, entre ellos el Centro para Control de Enfermedades de Atlanta (CDC 1987), y lo repiten la OMS, la Asociación Médica Americana, el Colegio Americano Médicos, el Colegio Obstetras y Ginecólogos, la Sociedad Americana Enfermedades Infecciosas, es el mismo: “Las únicas estrategias de prevención totalmente efectivas para la prevención del SIDA son la abstinencia o la relación sexual con una pareja mutuamente fiel y no infectada”. “El condón si se usa adecuadamente en cada acto sexual puede reducir, pero no eliminar el riesgo de una ETS”. Por lo tanto, las formas seguras para no contraer una ETS son: no tener sexo; o casarse con alguien que nunca lo ha tenido y ser ambos fieles; o casarse con una persona que lo ha tenido pero no ha sido infectada, o que pasó 3 años desde su última relación sexual, lo que elimina la posibilidad de que tenga una ETS no detectada; o mantenerse fiel a este tipo de pareja durante toda la vida. Decir NO hasta el día de su boda nunca les dañará. Al decir SI antes del matrimonio, pierden las garantías, y hay consecuencias físicas o emocionales. De los trastornos sexuales de tipo psicológico no habla casi nadie, pero están en aumento al igual que las ETS.

2. Los riesgos emocionales de las relaciones sexuales fuera del matrimonio.

A veces preguntan que si no existiesen las ETS ni los embarazos, ¿hay otras razones para esperar? El sexo es más que un acto biológico o una hormona que no se puede controlar, como una comezón que hay que rascar. Es la unión de dos personas en el plano físico, emocional y espiritual para formar una sola carne. El sexo es un acto comprometedor y comprometido, que involucra totalmente. Si abusamos tiene un precio, de forma que no sólo daña el cuerpo, sino sobre todo a la persona. La sexualidad trivial puede conducir a una degradación progresiva del sexo y del amor, llegando a usar a las personas para consumir placer y sin sentimientos, lo cual puede crear diversos traumas psicológicos y desequilibrios emocionales. ¿Cuáles pueden ser los costes emocionales?

a. Al romperse una relación se sufre, y más si ha estado involucrado el sexo. No se puede tener relaciones sexuales con alguien, luego dejarle o que te dejen, y seguir adelante como si no pasara nada. El sexo tiene una fuerte habilidad para unir a las personas, para eso es, y al romper nadie sigue adelante como si nada. Duele, y además puede ocasionar desilusiones en las relaciones de pareja, con pérdida de autoestima y conflictos emocionales. Muchos quieren desesperadamente ser amados, y piensan que con sexo obtendrán amor, pero sólo logran ser usados y destruidos. El sexo no es un juego, es dar toda la intimidad a otro ser humano, dándose física, emocional y espiritualmente, y más vale que sepa que la otra persona no les va a abandonar, porque si lo hacen van a sufrir.

b. El sexo tiene gran capacidad unitiva, pero si lo convierto en un juego va perdiendo su capacidad unitiva. Se puede comparar a un trozo de cinta adhesiva, que si pone en la piel de una persona la primera vez se pega bien. Pero si despego la cinta y la voy poniendo sucesivamente en diversas

gentes, cada vez que la retiro quedan más restos celulares adheridos, y se pega menos a la piel de las siguientes personas. De forma similar, si el sexo se convierte en juego, se van a ir llevando la basurita de cada una de las relaciones previas a la siguiente, y pronto ya no habrá nada único que dar, excepto un cúmulo de desilusiones y unas ETS que se fueron adquiriendo en el camino. Además, como todo en la vida, el placer que produce cualquier actividad atrayente, con el tiempo va disminuyendo. Un alumno que va por primera vez a la Facultad de Medicina o a un hospital a hacer prácticas todo vestido de blanco y su estetoscopio siente un placer especial, pero al cabo de varios meses de ir a clase o al hospital desaparece ese placer y le supone un esfuerzo. Lo mismo pasa al comprar el primer auto o un aparato electrónico, que se siente un especial placer, se lee las instrucciones y se cuida con esmero, pero al cabo de uno meses ya ha perdido el atractivo inicial.

El sexo es especialmente importante al inicio del matrimonio, al contribuir su atractivo y su capacidad unitiva la superación de las dificultades que se producen durante la adaptación inicial de una pareja. En primer lugar está formado por dos personas de sexo distinto, que tienen un funcionamiento cerebral distinto, con lo que piensan y actúan de forma diferente, lo cual es un atractivo al ser complementarios, pero también crea conflictos al inicio de la convivencia. Pero además son personas de diferentes familias, con distinta educación, hábitos, profesiones, amistades, experiencias.... Sin embargo, el sexo por su carácter unitivo y su atracción ayuda a superar las dificultades iniciales hasta que se logra la adaptación de la pareja. Pero si previamente se ha convertido en un juego y ha perdido su atractivo al ir disminuyendo el placer, el sexo pierde su capacidad de unir, y ese matrimonio va a tener muy difícil la adaptación. Los estudios indican que la incidencia de separaciones y divorcios es mucho mayor en los matrimonios que han tenido convivencia previa. Uno realizado en los Estados Unidos con 13 mil parejas obtiene una tasa del 33% mayor de divorcios respecto a parejas que no han convivido juntos antes de casarse (Wu 2010). Otro de Canadá con cinco mil trescientas parejas, el incremento fue del 54% (Schimmele 2011), y uno Suecia con cuatro mil trescientas parejas, el aumento fue del 80% (Bumpass 1991).

c. Destruye la integridad, el carácter y la firmeza moral de la persona. Algunos utilizan las personas del otro sexo como objetos de placer sexual, con pruebas repetidas con diferentes parejas, utilizando el argumento de "Vamos a probar si somos compatibles". En realidad, las sucesivas parejas son para usar y tirar cuando se cansan de ellas. El peligro es que se está abusando de las personas, con lo que se pierde el respeto, la integridad y la firmeza moral. Muchas veces presionan a la pareja diciendo: "Te amo, prueba que me amas. Si me amas... Tengo hormonas, quiero que me satisfagas". Pero el amor verdadero no hace eso, no pide a otra persona arriesgar su vida. El amor respeta, no pide riesgos físicos y emocionales, sabe esperar. Luego cuando contrae matrimonio alguien para el que el sexo es un juego, es probable que continúe siéndolo después, y hay muchas posibilidades de que ocurran infidelidades y divorcio. Por otra parte, el sexo durante el noviazgo deslumbra tanto, que muchas veces no se ve a la persona real con sus defectos. Se divierten mucho, pero no suele haber un conocimiento suficiente de novios, no hablan de las cosas básicas para construir una familia, con lo que al casarse surgen las sorpresas y los problemas.

En cambio, cuando esa parte íntima de mi persona la comparto sólo con mi cónyuge, y no la compartí con nadie más, el sexo hace a esa relación absolutamente única. El decir "te amo" al que será tu cónyuge, no con palabras, sino con tu vida que ha sabido esperar por él o ella, es el regalo máspreciado. No hay diamante más valioso en el día de la boda, que entregarse a sí mismo, sin pasado, sin miedos, ni fantasmas. El decir no antes de casarse jamás le dañará, pero si dicen sí pierden las garantías, y las consecuencias pueden ser serias. El problema de decidir tener sexo, es que actualmente hay muchas más consecuencias que antes. Quizá hasta hoy se escaparon de un daño físico permanente, pero quien dice que no pasará la próxima vez. Si abusamos del sexo, no sólo daña su cuerpo, sino además a la persona. Esperar requiere carácter, integridad y mucho respeto. Su pareja merece lo mejor, no tirarlo a la basura. Una persona que ha sabido esperar

indica que probablemente es alguien en quien confiar, una persona con carácter, integridad y firmeza moral, sin pasado, ni miedos o fantasmas. Nada es más valioso que eso. Si una persona joven ha tenido ya sexo, hay que preguntarle “cuándo empezará a crear disciplina, integridad, carácter en las relaciones”. Si toma la decisión de no tener otra vez sexo hasta casarse, se convierte en una persona “virgen reciclado/a”. Al casarse tendrá que explicarlo, pero podrá decir que en los últimos años ha esperado por su cónyuge, y podrá asegurar que no tiene un daño permanente.

3. La antropología humana y de la sexualidad.

El miedo no educa, por lo que hay que explicar también la antropología humana en positivo. Resumidamente, han de saber que el hombre está en tensión entre su naturaleza corpórea y su libertad racional, que convergen en las emociones. Para lograr una vida con calidad humana es preciso integrar estos tres aspectos, lo que permite adquirir una segunda naturaleza que realza al ser humano, al permitirle ser dueño de sus actos, de forma que evite estar a la deriva al ser víctima de sus pasiones. Esa integración produce un goce racional superior al goce del cuerpo, que da paz y felicidad en la vida. Respecto a la antropología sexual, hay que explicar la bondad inherente de la sexualidad, que se encuentra en toda persona, no solo en la genitalidad, sino también en su forma de pensar, hablar, actuar, rezar... La sexualidad se da de forma complementaria, con lo que el ser humano se manifiesta como hombre o mujer. Además, la atracción sexual permite la complementariedad con un individuo de otro sexo. Y por último, que la sexualidad tiene una dimensión unitiva y procreativa.

4. Los datos completos sobre los anticonceptivos.

Se debe indicar los índices de fallos de cada método, tanto el índice teórico o del método, como el práctico o de uso típico, que es el de uso real. Además hay que explicar los mecanismos de acción de cada uno, diciendo cuales actúan como anti-implantatorios o abortivos, que producen la eliminación del embrión formado. También hay que nombrar los principales efectos secundarios, ya que los que tienen estrógenos sintéticos han sido declarados cancerígenos por la OMS (INC 2010), y los efectos psíquicos o conductuales que producen el uso continuado de anticonceptivos.

5. Los Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad (MRF).

Muchas veces se omiten, a pesar de que la OMS ha declarado a varios de estos métodos, como Billings o Sintotérmico, como válidos científicamente, con una eficacia semejante a los mejores anticonceptivos, e ideales para la salud al no tener efectos secundarios. Hay una gran variedad de MRF, con distintos índices de eficacia. Están los métodos tradicionales de reconocimiento de la fertilidad, como el método de la ovulación de Billings y Creighton, o el Sintotérmico. Además hay métodos técnicos, diversos tipos de aparatos para el reconocimiento de la fertilidad, con una eficacia relativamente buena, como los termómetros computerizados (Bioself, Ladycomp, Babycomp, Pearly); los monitores hormonales que miden hormonas en orina (Persona, Clearplan); los medidores de conductividad eléctrica de la transpiración de la piel (OV Watch Fertility Predictor) o de la secreción salival y cervical (OvaCue); el medidor Chronoba de la diferencia térmica en la piel (DST). Además hay otros de menos eficacia, que sirven solo como un dato complementario, como los microscopios personales para observar la cristalización de la secreción salival o cervical (hay muchos modelos), o el medidor del volumen de secreción cervical (Rovumeter). Tanto los métodos tradicionales como técnicos de reconocimiento de la fertilidad, proporcionan un conocimiento de la función fértil y de los días del ciclo ovárico en que está presente.

Contribución de los MRF en la educación sexual

Los MRF no son una simple alternativa a los AC, son una opción completamente diferente, ya que es otra forma de vivir la sexualidad, con grandes beneficios para la mujer y la pareja. A través de la observación de signos externos sencillos se conoce el patrón de fertilidad, lo cual de por sí, es un aprendizaje muy enriquecedor para la mujer, que le sirve para saberse como madre potencial. Además, al aprender y aplicar las reglas de los MRF puede conocer los límites del periodo de fertilidad, lo cual tiene aplicación para evitar o conseguir el embarazo. Pero también permite el conocimiento de su cuerpo, respecto a su intimidad reproductiva, con los cambios cíclicos que se producen en muchas partes del cuerpo y en su conducta con las variaciones hormonales del ciclo. Por ejemplo, se pueden asociar perfectamente los cambios de humor con las variaciones hormonales del ciclo, que es algo intrínseco con la feminidad.

El conocimiento de estos aspectos del cuerpo de la mujer es muy importante en la educación sexual de los jóvenes, ya que permite ejercer la capacidad intelectual en este terreno, que antes se consideraba algo puramente instintivo y fuera del arbitrio de la inteligencia. La sexualidad, al integrarla en el campo de lo racional, adquiere todo su valor y sentido. La mujer, al entender su parte íntima y detectar los cambios de su fertilidad y de su cuerpo, se entiende mejor, desarrolla confianza en sí misma, aumenta su autoestima, al mejorar la conciencia de sí misma y asombrarse del primor con que han sido creada en su dimensión íntima. Esto evita actitudes, que a veces existen en mujeres de bajo nivel cultural, de miedo, de subordinación, de tender a esconder su fertilidad y sus cambios cíclicos como una cosa vergonzante. Al conocerse pasan a tener una actitud de autoestima positiva y de seguridad, al entenderlo y verlo como una cosa bonita y una riqueza que posee. Esto lo diferencia radicalmente de los AC, que son métodos irracionales, al basarse en un control químico o mecánico del cuerpo para impedir la fertilidad, al igual que los animales, sin permitir ejercer la capacidad intelectual en este terreno, ni el conocimiento del cuerpo y ni de su patrón de fertilidad. Las hormonas que se administran a los perros o gatos para quitar el celo, son las mismas que están en los AC hormonales, aunque en los animales se dan en mayor dosis. Como consecuencia de ser irracionales, no fomentan la autoestima que crea por el conocimiento profundo de la sexualidad.

La utilización de los MRF da a los jóvenes un valioso conocimiento de su cuerpo, que servirá para toda la vida. Aprenden que hay unos días en que la mujer puede quedar embarazada, que ambos están constituidos para poder ser padres y engendrar un hijo con alguien del otro sexo, pero que deben educarse en el autodomínio, porque el ser padres es una gran responsabilidad para la cual aún no están preparados. Ese conocimiento les permite entender mejor su intimidad, su fertilidad y el ser más conscientes respecto a la sexualidad, evitando el frecuente pensamiento "mágico" de que "eso no me va a pasar a mí", respecto a los embarazos o las ETS. La instrucción en materia de fertilidad y el conocimiento del ciclo menstrual desde la adolescencia, ayuda a las jóvenes a comprender mejor los cambios físicos y emocionales que se producen durante la adolescencia, siendo un momento apropiado para que empiecen a conocer lo relativo al reconocimiento de la fertilidad. Ello no producirá una irresponsabilidad sexual, si su filosofía de vida no es hedonista, y si se enseña dentro de un concepto de responsabilidad, de respeto a la vida, de vivir la sexualidad dentro del matrimonio. Entonces será muy útil como autoconocimiento, para su futuro matrimonio, y para evitar problemas si hay un desliz dentro de la debilidad humana. Estudios sobre el efecto de la enseñanza de los MRF en las jóvenes, indican que reduce significativamente el número de estudiantes sexualmente activas del 30 al 62%, variando según el centro (Klaus 2011). El estudio se realizó en escuelas de los Estados Unidos, Filipinas y Guatemala, siendo inicialmente sexualmente activas un 9%, pero después de impartir los MRF, al cabo de 7 ciclos continuaban siendo sexualmente activas el 71% de las iniciales, y al cabo de 12 ciclos sólo un 57% de las iniciales.

Un aspecto importante que hay que destacar de los MRF, es que al comprender y educarse para respetar íntegramente las leyes biológicas de la sexualidad, se evita el tener una mentalidad antivida, mientras

que los AC tienden a crear una mentalidad antivida. Con los AC se busca evitar los hijos a toda costa, alterando las leyes de la naturaleza. Y al suprimir sistemáticamente con los AC la posibilidad generadora del acto sexual, se está destruyendo la unión psicológica que existe entre sexualidad y vida, aunque sea a nivel inconsciente en el psiquismo humano, que es propio de la naturaleza biológica de los animales. En todos los animales, excepto en primates superiores, existe una identificación total entre sexualidad y vida, de forma que sólo tienen cópula y conducta sexual en la fase fértil de celo. Sin embargo, en humanos existe un mayor grado de libertad en la conducta, pero una ruptura sistemática entre sexualidad y vida produce inevitables perturbaciones en el psiquismo humano, siendo la más grave la falta de respeto a la vida, que se manifiesta claramente cuando en un país se generaliza el uso de AC. En contra de lo que dicen ciertas propagandas, que argumentan que los AC previenen los abortos, los datos de todos los países demuestran que el porcentaje de abortos aumenta rápidamente con la introducción masiva de AC. Mujeres que miraban con horror el aborto cuando no utilizaban AC, después de un tiempo de utilizarlos, cuando fallan, ya no les cuesta tanto pasar al aborto, debido a que previamente se ha roto el nexo psicológico entre sexo y vida. Si previamente estaba faltando el respeto a la vida, cuando hay un embarazo no deseado, ya no les cuesta tanto dar el siguiente paso y destruir una vida humana.

Los datos estadísticos de todos países son muy claros. En 1955, el representante de Suecia en el V Congreso Internacional de Planificación Familiar reconoció que el número de abortos había aumentado después de una campaña de preservativos, que fue el primer país que lo hizo. Desde entonces, en estos 57 últimos años, todas las campañas semejantes han obtenido siempre aumentos de embarazos no deseados y de abortos, y últimamente de SIDA. Un estudio muy interesante del Instituto de la Salud de Japón, obtuvo que en mujeres solteras que no habían utilizado AC y no tenían instrucción en su uso en centros de planificación familiar, el porcentaje de abortos fue del 23%. Sin embargo, en mujeres que utilizaban AC y no tenían instrucción en su uso se produjo un 61% de abortos, y en mujeres utilizaban AC y si tenían instrucción en su uso en centros de planificación familiar se obtuvo un 71% de abortos. La conclusión del Dr. Koya, presidente del Instituto de la Salud de Japón, fue: "Podemos considerar que el uso de AC favorece el aborto provocado en las personas que se proponen limitar los nacimientos".

Otro estudio del Instituto de Investigación y Evaluación de USA (IRE) sobre los resultados del fomento de AC entre jóvenes norteamericanas en los Centros de Planificación Familiar, obtuvo que el número de adolescentes atendidas pasó de 300 mil a millón y medio, el presupuesto dedicado de 11 a 442 millones de dólares, pero los resultados fueron descorazonadores: el índice de embarazos en chicas menores de 19 años aumentó en ese periodo de 9,5 a 11,3%, y aunque disminuyó el número de nacimientos un 47%, el número anual de abortos en el mismo grupo de edad, que pasó de 190 a 430 mil (x2,26). Pero lo más significativo fue que el número de abortos y el incremento anual fue mayor entre los adolescentes que acudían a los Centros de Planificación Familiar, que entre las que no acudían. Otro resultado semejante fue el del Servicio de Planificación Familiar de Gran Bretaña, integrada en el Servicio Nacional de Salud del Ministerio de Sanidad y Seguridad Social, que se propuso difundir los AC para reducir la tasa anual de abortos a la mitad y reducir la tasa de gestación en adolescentes. Después de la campaña, en la población aumentó el uso de AC un 30%, y la tasa de abortos un 27%. En adolescentes, la tasa anual de embarazos aumentó un 7.5%, los nacimientos bajaron un 4%, pero la tasa de abortos aumentó un 25%.

Bibliografía

1. Bumpass LL, James A. Sweet JA, Cherlin A. "The Role of Cohabitation in Declining Rates of Marriage". *Journal of Marriage and Family*, 53 (4): 913-927, 1991.
2. Cayley W. "Effectiveness of condoms in reducing heterosexual transmission of HIV". *Am. Fam. Physician.*, 70 (7):1268-69, 2004.
3. CDC (Centros de Control de Enfermedades). "Condoms for prevention of sexually transmitted diseases". *Morbidity and Mortality Weekly Report*, 37, 7-9, 1987.

4. Crosby RA, DiClemente RJ, Wingood GM, Lang D, Harrington KF. "Value of consistent condom use: a study of sexually transmitted disease prevention among African American adolescent females". *Am. J. Pub. Health*, 93 (6):901-2, 2003.
5. Fitch JT, Stine C, Hager D, Mann J, Adam MB, McIlhaney J. "Condom effectiveness. Factors that influence risk reduction". *Sex. Transm. Dis.*, 29 (12): 811-17, 2002.
6. Gayón-Vera E. "Evidencias científicas en torno a la legalización del aborto en la Ciudad de México". *Ginecol. Obstet. Mex.*, 78 (3): 168-180, 2010.
7. Genuis SJ, Genuis SK. "Managing the sexually transmitted disease pandemic: a time for re-evaluation". *Am. J. Obstet. Gynecol.*, 191:1103-12, 2004.
8. INC (Instituto Nacional del Cáncer de los Estados Unidos). "Las píldoras anticonceptivas y el riesgo de cáncer". Hoja Informativa, 30-6-2010. En: <http://www.cancer.gov/espanol/recursos/hojas-informativas/riesgo-causas/pildoras-anticonceptivas-riesgo> (1-11-2012)
9. Klaus H, Bryan LM, Bryant ML, Fagan MU, Harrigan MB, Kearns F. "Fertility awareness/natural family planning for adolescents and their families: report of multisite pilot project". *Int. J. Adolesc. Med. Health*, 3 (2): 101-20, 2011.
10. Kost K, Singh S, Vaughan B, Trussell J, Bankole A. "Estimates of contraceptive failure from the 2002 National Survey of Family Growth". *Contraception*, 77 (1): 10-21, 2008.
11. Martin ET, Krantz E, Gottlieb SL, Magaret AS, Langenberg A, Stanberry L, *et al.* "A Pooled Analysis of the Effect of Condoms in Preventing HSV-2 Acquisition". *Arch. Intern. Med.*, 169 (13): 1233-40, 2009.
12. McIlhaney JS Jr. "Sexually transmitted infection and teenage sexuality". *Am. J. Obstet., Gynecol.*, 183 (2): 334-9, 2000.
13. Parkes A, Wight D, Henderson M., Stephenson J, Strange V. "Contraceptive method at first sexual intercourse and subsequent pregnancy risk: findings from a secondary analysis of 16-year old girls from the RIPPLE and SHARE studies". *J. Adolesc. Health*, 44 (1): 55-63, 2009.
14. Rana RK, Pimenta JM, Rosenberg DM, Tyring SK, Paavonen J, Cook SF, *et al.* "Demographic, behavioral and knowledge factors associates with herpes simplex virus type 2 infection among men whose current female partner has genital herpes". *Sex. Transm. Dis.*, 32 (5): 308-13, 2005.
15. Schimmele CM, Wu Z. "Cohabitation and Social Engagement." *Canadian Studies in Population*, 38 (3-4), 23-36, 2011.
16. Trussell J. "Contraceptive failure in the United States". *Contraception*, 70 (2): 89-96, 2004.
17. Weller SC. "A meta-analysis of condom effectiveness in reducing sexually transmitted HIV". *Soc. Sci. Med.*, 36 (12):1635-44, 1993.
18. WHO (World Health Organization). "Effectiveness of male latex condoms in protecting against pregnancy and sexually transmitted infections". Fact Sheet, n° 243, June 2000. En: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs243/en/> (23-03-2002)
19. Winer RL, Huges JP, Qinghua F, O'Reilly BS, Kiviat NB, Holmes KK, *et al.* "Condom use and the risk of genital human papillomavirus infection in young women". *N. Eng. J. Med.*, 354 (25): 2645-54, 2006.
20. Workowski KA, Berman SM. "Sexually transmitted disease treatment guidelines, 2006". *MMWR*, 55 (RR11):1-94, 2006.
21. Wu Z, Costigan CL, Hou F, Kampen R, Schimmele CM. "Change and Stability in Cohabitation and Children's Educational Adjustment." *J. Comparative Family Studies*, 41 (4), 557-583, 2010.

EL PROGRAMA SABE EDUCADORES Y ESCOLARES Y SU IMPLANTACIÓN EN COLEGIOS.

Concepción Medialdea Fernández.

Resumen

El programa *SABE Educadores y Escolares* es el primero que ofrece «a y en» los centros educativos, en un pack completo, la capacitación del profesorado, la de los padres y a través de ellos, la de los alumnos de todas las edades. Las sesiones para escolares del programa SABE se imparten en el colegio entre los 5 y los 15 años por sus profesores-tutores. Pero los padres, capacitados también al mismo tiempo, educan a sus hijos en el ámbito familiar desde que nacen y hasta que se van de casa. A los docentes se les capacita no sólo para educar mediante la impartición de las sesiones del programa SABE sino también de forma transversal, a todas las edades, en el centro educativo. Se plantea un posible marco educativo para facilitar la implantación de la educación sexual en el currículo escolar. Y se muestran los primeros pasos de la implantación del programa *SABE Educadores y Escolares* en la muestra de dos colegios y la relación de este programa con los demás programas educativos del IVAF.

Palabras clave: Educación de la sexualidad. Currículo escolar. Programa SABE.

Introducción

La educación que va directamente dirigida a que cada niña, cada niño, aprenda y se prepare para formar la mejor familia posible y se forme en amor verdadero al tiempo que crece en virtudes para poder entregarse el día de mañana, como mujer o como varón, como esposa o como esposo, como madre o como padre responsable en su vocación particular de amor, es la educación más importante. Pero, aunque nos resulta increíble, nos parece que no todos estamos aún de acuerdo en esto ¿Estamos todos de acuerdo en que hay que educar la sexualidad de nuestros niños y adolescentes en casa y en el colegio? ¿Estamos de acuerdo en que incluso la educación de la sexualidad de etapa adulta es siempre necesaria y principal? ¿Estamos todos de acuerdo en que la educación de la sexualidad es muy, pero que muy importante?

Creemos que sigue habiendo muchos miedos y muchas inseguridades a la hora de abordar esta grave tarea por parte de los padres, de los directivos de los colegios y de los profesores. No hay aún un marco adecuado para que sea impartida en el currículo escolar. Quienes trabajamos en primera línea en esta materia, una y otra vez constatamos que siempre llegamos demasiado pronto, encontramos las puertas aún cerradas, barreras y escollos de diversa índole y vemos cómo pasa el tiempo sin que sea aprovechado para realizar el mayor bien posible en este terreno fundamental, y ello con consecuencias muy lamentables.

Cuesta convencer y aunar inquietudes en torno a la conveniencia de implementar programas efectivos de educación sexual temprana, a pesar de que los hechos deplorables que se relacionan con la carencia de educación de la sexualidad desde la infancia son contundentes:

Concepción Medialdea Fernández. Profesora del Pontificio Instituto Juan Pablo II. Ha participado en la elaboración de todos los programas educativos y todos los manuales del IVAF como coordinadora y autora. [cursos@ivaf.org]

El índice de abortos provocados es altísimo, por encima de 113.000 abortos provocados al año en España¹ y el índice de natalidad es bajísimo. En ningún país de Europa existe una media de 2,1 niños nacidos por mujer, media necesaria para mantener o incrementar la población. Islandia se acerca mucho a ese nivel, con 2,08 niños nacidos por mujer, mientras que en otros países nórdicos, Irlanda y Francia, se observan índices de natalidad que van de 1,8 a 2,0 niños por mujer. El país menos fértil es Polonia, cuyas mujeres tienen una media de 1,3 niños, aunque en la mayoría de sus zonas rurales, así como en Eslovaquia, Bulgaria, norte de España y sur de Italia, los índices de natalidad son inferiores a 1,2 niños por mujer². Cada vez hay más matrimonios que se rompen, 250.181 se rompieron en España en 2011, y cada año que pasa se rompen más que el año anterior³. Cada vez son más las personas que no quieren contraer matrimonio, que simplemente cohabitan y el 20% de los niños españoles nace ya de este tipo de uniones⁴. El informe «estrategia nacional de salud sexual y reproductiva» editado por el ministerio de sanidad español en 2011 revela que las mujeres que viven en pareja refieren utilizar anticonceptivos siempre o casi siempre en las edades de 16 a 44 años (74% mujeres y 69,8% hombres)⁵. También se recurre cada vez más a las técnicas de reproducción asistida. En 2009, en España se registraron 86.000 ciclos de técnicas de reproducción asistida (55.000 de fecundación in vitro y 31.000 de inseminación artificial) y nacieron 16.000 niños mediante estas técnicas: un 84% a través de técnicas de fecundación in vitro y un 16% mediante inseminación artificial⁶. El 3% de los niños españoles nacen mediante técnicas de reproducción asistida⁷. Los padres dedican muy poco tiempo a la familia y a la educación de sus hijos y los colegios se desentienden del asunto. Mientras tanto, en España, el Ministerio de sanidad, al amparo de la ley de salud y sexualidad reproductiva e interrupción voluntaria del embarazo afirma, en su informe de 2011, que aún no existen suficientes referentes gays, lésbicos y bisexuales dentro de la educación sexual y cuestiona la heterosexualidad como espacio de la norma afirmando que actualmente, tanto el 49,4% de los hombres como el 50,2% de las mujeres, aceptan la posibilidad de cambiar de opción sexual a lo largo de la vida⁸. Cada vez hay más familias disfuncionales y ello se relaciona con algunas situaciones que, antes o después, acaban afectando a la salud psíquica de la población y que han sido denominadas como *nuevas patologías emergentes*⁹.

1 Según el Ministerio de Sanidad Español se produjeron 115.812 abortos provocados en España en 2008. En 1985 se permitió de forma legal realizar el aborto en España y la tasa de aborto provocado se recogió por primera vez, por esta institución, en 1987 y desde entonces dicha tasa ha ido aumentando cada año con respecto al anterior, con excepción del año 1997 en cual disminuyó para recuperarse con creces en 1998. En 2010 ha disminuido de nuevo estando aún así por encima 113.000 abortos provocados al año, total nacional. Vid. Ministerio de Sanidad y Política Social, Madrid 2010 Disponible en: <http://www.msc.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/embarazo/home.htm#publicacion> (2/010/2012).

2 Vid. Instituto Berlínés de Población y desarrollo. Recogido en: The family Watch Instituto Superior de Estudios sobre la Familia (martes 23 de octubre de 2012): <http://www.thefamilywatch.org/cos/cos-0121-es.php> (23/10/2012).

3 Un total de 250.181 matrimonios se rompieron en 2011. Estadística de Nulidades, Separaciones y Divorcios del INE (Instituto Nacional de Estadística): <http://www.ine.es/prensa/np673.pdf>. (23/10/2012).

4 Cfr. La demógrafa investigadora Teresa Castro del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) destacó el aumento de parejas jóvenes que no se casan y optan por uniones de hecho, que tienen unas tasas de separación más altas que los matrimonios por su carácter heterogéneo. Hay un dato que revela la importancia de las uniones de hecho: el 20% de los niños en España nace en este tipo de uniones, lo que supone uno de cada cinco nacimientos. Vid. The Family Watch Instituto Superior de estudios sobre la familia: <http://www.thefamilywatch.org/nos/nos-3025-es.php> (martes, 23 de octubre de 2012).

5 Informe “Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva” editado y distribuido por el Ministerio de Sanidad, política social e igualdad, Madrid 2011, p.30. En: <http://www.msps.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/equidad/ENSSR.pdf>.

6 Datos proporcionados por ASEBIR (Asociación para el estudio de la Biología de la Reproducción. Vid. <http://www.neyro.com/blog/index.php/2012/06/04/espana-registra-86-000-ciclos-anales-de-tecnicas-de-reproduccion-asistida/> (23/10/2012).

7 Datos proporcionados por el presidente de la SEF (Sociedad Española de Fertilidad) en marzo de 2012.

8 Informe “Estrategia Nacional de Salud Sexual y Reproductiva” editado y distribuido por el Ministerio de Sanidad, política social e igualdad, Madrid 2011, pp. 49 y 50.

9 Aquilino Polaino Lorente. “Algunos retos actuales de la psicología clínica”. CEU Ediciones, Madrid 2012.

Las infecciones de transmisión sexual siguen siendo un gran problema conocido de todos¹⁰, y cada vez se producen más patologías sexuales de tipo psicológico, y más casos de adicción al sexo relacionados con masturbación, pornografía, streaptease, prostitución, adulterio y es que la conducta sexual desordenada repetida se puede tornar en adicción difícil de superar. Pero las patologías sexuales se pueden detectar y corregir a tiempo así como se pueden prevenir educando en las virtudes para el amor desde la etapa infantil.

No cabe duda de que toda esta problemática está directamente relacionada con la carencia de una educación de la sexualidad impartida desde el «área del reconocimiento de la fertilidad». En Instituto Valenciano de Fertilidad, Sexualidad y Relaciones familiares, IVAF educamos la sexualidad desde el «reconocimiento de la fertilidad» que, en este contexto, significa enseñar a reconocer, en el tiempo y la edad adecuada, los signos en el cuerpo y en el alma de la diferencia sexual y de la futura tarea de paternidad a través de la esponsalidad¹¹. Nos parece que hay que educar la sexualidad, desde el reconocimiento de la fertilidad, tanto en el ámbito familiar como en el escolar desde la etapa infantil.

Antecedentes del programa SABE Educadores y Escolares

En IVAF trabajamos en educación de la sexualidad dirigida a educadores, en el ámbito del PIJPII sección española (Valencia) desde 1998, y desde 1999 se han formado con nosotros 5200 alumnos de posgrado de varios países. De éstos, 2200 alumnos han sido formados directamente por el equipo IVAF mientras que 3000 han sido formados por titulados del IVAF. El origen de nuestros alumnos directos es el siguiente: 700 son españoles, de ellos 400 son de Valencia mientras que 850 son americanos y los 50 restantes son de otros continentes. Desde el año 2003 han sido formados al menos 300 alumnos (cálculo conservador) por titulados del IVAF en España y en diversos países de América, mediante cursos y programas organizados por estudiantes nuestros. Desde la Universidad de San Luís (Argentina), desde la Universidad Anáhuac (Mérida, Torreón y Veracruz en México), desde la Universidad de La Sabana (Bogotá, Colombia), desde la Universidad de Costa Rica, desde Instituciones diocesanas y religiosas como Consolata de Mozambique o las hermanas Guadalupanas de Colombia, así como desde varias diócesis de México, Argentina, Venezuela y Uruguay entre otros países.

En España, asignaturas como Educación para la Ciudadanía y Educación para la Salud Sexual y Reproductiva hacen necesaria y urgente una capacitación específica en materia de educación sexual a todas las edades, niveles educativos y en distintos ámbitos. No podemos olvidar que la *ley de salud reproductiva e interrupción voluntaria del embarazo* de ámbito nacional, en vigor desde junio de 2010, contempla la obligatoriedad de la formación en *salud sexual y reproductiva* en el ámbito educativo y la formación y participación de la comunidad educativa del centro así como de los padres y madres¹². Y la ideología de género, con todas sus implicaciones en este terreno, se nos impone a todos a través de la política y los medios de comunicación y se ha colado por todas partes. Una situación similar se vive también en otros países de Europa y de América, independientemente del gobierno que tengan.

Por eso en 2010 pusimos en marcha un nuevo programa SABE Educadores y Escolares, ésta vez dirigido a los escolares para ser impartido en el colegio a los niños por sus tutores y profesores durante las etapas infantil, primaria y secundaria. Se trata del programa SABE Escolar del IVAF que ha surgido como fruto del trabajo anterior diseñando e impartiendo los programas SABE Adolescencia primero y

10 Se producen doscientos cincuenta millones de casos nuevos al año según datos de la OMS.

11 El «reconocimiento de la fertilidad» que, en este contexto, significa enseñar a reconocer, en el tiempo y la edad adecuada, los signos en el cuerpo y en el alma de la diferencia sexual y de la futura tarea de paternidad a través de la esponsalidad. Vid. C. Medialdea. "Trilogía educativa en la educación de la sexualidad para el amor. Claves educativas del método diseñado por el IVAF". Actas del I CIRF, Managua 2008, p.6.: <http://www.reconocimientodelafertilidad.com/wp-content/uploads/2012/06/MANAGUA-ITINERARIO-DE-EDUCACION-DE-LA-SEXUALIDAD-PARA-EL-AMOR-prot.pdf> (23/10/2012).

12 BOE, nº 55, secc. I, PP 21007-8, capítulo III.

SABE Infancia después para padres y profesores. Así como los cursos de reconocimiento de la fertilidad (SABE Adultos-CRF Básico y CRF para monitores).

Características del programa SABE Educadores y Escolares

El programa SABE Educadores y escolares contiene la educación de la sexualidad de etapa adulta en el primer módulo de la capacitación de los educadores, padres y profesores, porque primero hay que tratar de vivir lo que después se quiere transmitir. Los buenos educadores saben reconocer la fertilidad y aprenden los métodos de reconocimiento de la fertilidad. Y valoran y practican la continencia con las características propias de su estado de vida. Los educadores de capacitan cursando 1) el programa SABE Infancia si son padres y profesores de las etapas infantil y primaria o el programa SABE Adolescencia si son padres o profesores de etapa secundaria. Ambos capacitan a los padres para educar la sexualidad de sus hijos de todas las edades en el ámbito familiar y a los profesores para educar la sexualidad de sus alumnos en el ámbito escolar, tanto impartiendo las sesiones del programa como de forma transversal. Pero el programa SABE Educadores y Escolares contiene además 2) el programa SABE Escolar para ser impartido a los escolares en el aula. Sabe escolar contiene 18 sesiones de 90 minutos, 45 minutos de clase teórica y 45 minutos de aula dinámica para ser impartidos en 3 etapas: 6 sesiones para niños de 5 a 7 años; 6 sesiones para niños de 8 a 11 años y 6 sesiones para adolescentes de 12 a 15 años.

1) SABE Infancia y SABE Adolescencia para la capacitación de los padres y profesores:

El colegio debe procurar, de año en año, la capacitación de su profesorado. Y además se implica seriamente, en recomendar a los padres, a través de conversaciones personales, y de forma colectiva mediante reunión anual, que cursen su capacitación para que sepan y puedan educar con competencia, iniciativa y responsabilidad en el ámbito familiar a todos sus hijos de cualquier edad, sean o no alumnos de ese colegio. El IVAF se compromete a tener los programas actualizados, proporciona una página de recursos didácticos en red, manda por e-mail noticias de actualidad de esta temática a sus alumnos y antiguos alumnos de forma regular y permanente y pone un profesor al servicio del colegio para ayudar en la implantación y desenvolvimiento de todos los agentes implicados.

Cada padre, cada profesor, cursa el programa SABE Infancia o SABE Adolescencia a distancia con tutoría personalizada. Recibe los contenidos en su propia casa y realiza las lecturas y trabajos correspondientes a su ritmo. Cada uno de estos programas se compone de dos módulos. El primer módulo, sabe adultos, es común a ambos y consta de 6 unidades. El segundo módulo SABE Infancia o SABE Adolescencia contiene 10 unidades. Cada unidad se compone de cuatro apartados con trabajo diferenciado. El alumno recibe, al inicio del curso, la bienvenida y los contenidos del primer envío/unidad y se pone en contacto con él su tutor quien le anima a avanzar y le guía durante su aprendizaje. Cuando ha realizado y entregado todos los trabajos de la primera unidad, recibe en su casa, por e-mail, los contenidos de la segunda. Así, el educador va cubriendo fases, unidades, etapas, sin agobios pero urgido de su responsabilidad personal porque quiere educar bien a sus hijos sin desaprovechar oportunidades estupendas de la vida cotidiana. La capacitación del educador, padre o profesor, es una formación continua que puede durar varios años, uno, dos o tres, en función del ritmo del alumno quien está siempre aprendiendo y permanece en forma en esta materia esencial. En los colegios, la formación de los padres es la más importante, a continuación la de los profesores y después la educación de los alumnos a través de ellos¹³.

¹³ Seguimos en este punto la idea pedagógica propuesta por San Josemaría cuando hablaba en los colegios. Sus palabras al respecto están recogidas en muchos lugares por personas que las escucharon directamente de él y las repitieron: «No voy a entrar aquí, no se podría hacer en una glosa completa todo cuanto la catequesis de Mons. Escrivá de Balaguer dice en relación a la vida de los colegios. Quiero empezar por fijarme en unas palabras que, he de confesarlo sinceramente, me sorprendió cuando las oí por primera vez; y que no se trataba de unas palabras dejadas caer descuidadamente, queda de manifiesto en la reiteración de la idea en ellas expresada. Las palabras son las siguientes: «En el Colegio hay tres cosas importantes: lo primero, los padres; lo segundo, el profesorado; lo tercero, los alumnos»». Recogido por: Víctor García Hoz y publicadas

La capacitación de los padres es la más difícil de conseguir pero, trabajando en equipo, debe lograrse.

2) SABE Escolar para ser impartido a los alumnos en su colegio.

Lo más novedoso no está en los contenidos, que siendo completos y exhaustivos le dan de por sí una seña característica, sino en el formato: es una educación para la vida. Se trata del primer programa que contempla la educación de la sexualidad como educación para la vida, no como un complemento importante de la formación escolar sino como un eje fundamental de lo que en definitiva es: a) la incorporación de las virtudes al desarrollo de la personalidad y la maduración del carácter (asumimos la apuesta por el autodomínio y la continencia); b) la visión de la familia como lo que nos hace humanos (asumimos el reto por la familia funcional y en consecuencia rechazamos el multifamilismo), y c) la contextualización de la actividad sexual en el marco de acción de decisiones libres y racionales y, por tanto, responsables (asumimos la crítica al hedonismo y la hipersexualización). En definitiva, es una educación de la sexualidad para el amor y la vida que, por responder a la llamada al amor verdadero inscrita en cada ser humano, es la educación primordial. Abre y ensancha un camino de fidelidad y felicidad a través del amor humano verdadero bien vivido y encarnado.

El programa SABE Escolar contiene 18 sesiones de 90 minutos, 45 minutos de clase teórica y 45 minutos de aula dinámica para ser impartidos en 3 etapas: 6 sesiones para niños de 5 a 7 años; 6 sesiones para niños de 8 a 11 años y 6 sesiones para adolescentes de 12 a 15 años.

La clase teórica contiene unos objetivos generales y unos objetivos específicos, y uno o varios mensajes además del desarrollo de los contenidos. La profesora o profesor deberá tener en cuenta tanto los objetivos generales como los objetivos específicos antes y durante la exposición de los contenidos de la sesión. Los mensajes pueden ser escritos en la pizarra, proyectados en una pantalla, escritos o dibujados y coloreados por los niños y pueden quedar expuestos durante unos días después de la sesión. A continuación viene la exposición de los contenidos teóricos.

Tras la sesión teórica, los alumnos participan en el aula dinámica que les sirve para interiorizar, practicar y hacer suyo lo escuchado y aprendido durante la exposición de la teoría. Para el aula dinámica se utilizan las nuevas tecnologías y los recursos pedagógicos más modernos para, con un diseño muy original (el 50% del tiempo del sabe escolar se dedica a clases interactivas no convencionales), transmitir al mismo tiempo formación e información. Se trata de talleres prácticos participativos y dinámicos guiados por la profesora o profesor quien ha de propiciar la relación interpersonal respetuosa. Para su puesta en práctica se requieren materiales sencillos que tienen todos los centros educativos o en cualquier caso que son de fácil acceso.

Hemos incluido un cuestionario autoinstructivo al final de cada sesión de 90' que hemos diseñado para servir sobretodo al niño/adolescente, pero que será de utilidad al profesor para saber si ha sido bien asimilado el contenido de la sesión por la mayoría de los alumnos y para detectar carencias y de utilidad al IVAF para evaluar el aprovechamiento de los contenidos por los alumnos de las distintas etapas.

en: Nuestro Tiempo, n. 264 (1976) pp. 683-700. Y en: La personalidad del Beato Jose maría Escribá de Balaguer. Eunsa, Pamplona 1994, pp. 82-100. Y pueden encontrarse de forma rápida en: <http://es.catholic.net/educadorescatolicos/755/2490/articulo.php?id=46438> (16/09/2011).

En busca de un marco adecuado para la educación de la sexualidad en los centros educativos

Hay que seguir trabajando para que el papel insustituible de los padres en la educación de la sexualidad de sus hijos sea reconocido por todas las instancias, pero los padres, hoy más que nunca, necesitan de una capacitación extensa y profunda, no simplemente de algunas charlas o conferencias. Los profesores encuentran en las aulas y en el tiempo de esparcimiento de los alumnos en el centro escolar el problema de la falta de educación de la sexualidad de sus alumnos evidenciada en situaciones y conversaciones concretas y no están preparados. No tienen la capacitación adecuada para afrontarlo. La Conferencia Episcopal española ha reconocido, recientemente, que «ya contamos, gracias a Dios, con buenos programas para ayudar a los padres y educadores en la educación afectivo-sexual»¹⁴ si bien ha añadido que aún hay mucho por hacer.

Una de las carencias es la ausencia de un marco pedagógico adecuado para que pueda impartirse en los colegios, en su ámbito, tanto la capacitación del profesorado y de los padres como la de los alumnos a través de ellos. Ocurre que muchos directores de colegios querrían pero no saben como hacerlo. La tarea es inmensa porque hay muchos colegios en todo el mundo y hay que buscar el marco adecuado que facilite la incorporación al currículo escolar de nuestro programa SABE Educadores y escolares y de otros buenos programas de educación de la sexualidad.

En este curso 2011-12, he tenido la oportunidad de dirigir el trabajo de fin de Máster de una profesora de la Universidad de Valencia que imparte psicopedagogía quien ha cursado el Máster de Matrimonio y familia del Pontificio Instituto Juan Pablo II y de la Universidad Católica de Valencia. Ella es formadora de orientadores de etapa secundaria. Cuando me dijo que quería que yo se lo dirigiera y que quería que versara sobre educación de la sexualidad le propuse que buscara el marco psicopedagógico adecuado para la educación de la sexualidad de etapa secundaria en los colegios, porque tenemos los programas pero también mucha dificultad para implantarlos en los colegios, y ella aceptó el reto. Su sugerencia es contar con el departamento de orientación y con la figura del orientador. Estamos hablando de momento de la etapa secundaria. Tal vez más adelante podamos indagar el modo en las etapas infantil y primaria porque la educación de la sexualidad tiene que empezar en la etapa infantil.

Refiere Fossati (2012) que el orientador se relaciona con el equipo directivo del centro, con el profesorado, con el alumnado, con las familias y con el entorno socio-comunitario próximo y trabaja desde y en el mismo colegio. El orientador tiene la función de formador de formadores, de especialista en recursos comunitarios, de consultor, mediador y agente promotor de la innovación y el cambio, investigador en busca de soluciones prácticas. La formación y profesionalización de los orientadores analizada en términos de competencias incluye: competencias cognitivas «saber sobre», competencias funcionales «saber como», competencias personales «saber relacionarse», competencias éticas «saber comportarse». El departamento de orientación puede ser un órgano de apoyo desde el que se asume formalmente la tarea de impulsar, promover y coordinar las actividades de tutoría y orientación, además de asesorar a los distintos sectores que participan en el proceso educativo. Está a disposición de toda la comunidad educativa y a lo largo de toda la escolaridad¹⁵. Lo dejamos aquí de momento y ya iremos viendo cómo aprovechar lo mejor posible esta aportación.

14 CEE. XCIX. "La verdad del amor humano. Orientaciones sobre el amor conyugal, la ideología de género y la legislación familiar", n. 129.

15 Renzina Fossati. "Marco psicopedagógico para la educación sexual de etapa adolescente en los centros educativos". Trabajo final del Máster Oficial en Ciencias del Matrimonio y la Familia. Valencia 2012, pp. 94, 97-98, 110.

Los comienzos de la implantación del programa *SABE Educadores y Escolares* en dos colegios

Utilizamos como muestra la experiencia de la implantación del programa SABE Educadores y Escolares en dos colegios, uno de niñas: el colegio Guadalaviar de Valencia, España. Otro de niños: el colegio Turicará de Piura, Perú. En Guadalaviar estamos ya en el segundo año de implantación, se está empezando a capacitar una segunda remesa de profesores y cada vez recibimos más solicitudes de padres interesados en cursar su capacitación. En Turicará estamos en el primer año de implantación y se están capacitando los 3 primeros profesores y todavía no hemos conseguido que inicien los padres su capacitación. En Guadalaviar ya se están impartiendo las sesiones del programa SABE Escolar a las niñas en el colegio por profesoras que se han capacitado por el IVAF en el ámbito escolar, en Turicará todavía no. Las sesiones del programa sabe escolar se imparten en Guadalaviar en espacios de tutoría.

No hay aún en los colegios un marco adecuado para esta educación específica y ello contribuye a alimentar inseguridades a la hora de incorporar este tipo de educación de la sexualidad. Así pues nosotros ofrecemos nuestro programa *SABE Educadores y Escolares* a los directivos del colegio y ajustamos su marco operativo a las circunstancias locales. Vamos haciendo camino al andar y roturando la senda con las conversaciones con el equipo directivo, con el responsable de la asociación de padres, con los padres coordinadores, con los profesores y con una profesora coordinadora que ejerce la labor de comunicación con las profesoras que se están capacitando y que imparten las sesiones del programa SABE Escolar, con la dirección del centro y con la coordinación del IVAF, todo ello en Guadalaviar. En Turicará contamos también con un profesor coordinador en el colegio que ejerce una comunicación y superación con los profesores, dos de primaria y uno de secundaria que se están capacitando allí actualmente, con la dirección del centro y con la coordinación del IVAF y se suceden las conversaciones con dicho profesor coordinador y también directamente con el director del colegio.

Desde el IVAF guiamos pero aprendemos también a través de la tutoría personalizada que ejercemos con los profesores del centro mientras se capacitan, de momento las profesoras de Guadalaviar y los profesores de Turicará y con los padres de Guadalaviar. La experiencia nos va llevando a tomar sobre la marcha iniciativas de mejora. Recogemos los cuestionarios autoinstructivos que han pasado las profesoras del centro a las niñas después de impartir las sesiones del programa SABE Escolar.

El año pasado se impartieron por primera vez en el colegio Guadalaviar 3 sesiones de la primera etapa del programa SABE Escolar a las niñas de 6 años en primer curso de educación primaria, 3 sesiones de la segunda etapa a las niñas de 9 años en cuarto curso de educación primaria. Y 3 sesiones de la tercera etapa a las niñas de 12 años en primer curso de educación secundaria (ESO)¹⁶. Las 6 sesiones que hemos diseñado para ser impartidas en primero y segundo de la ESO ya no las iban a recibir las niñas que, en este primer año de implantación del programa, estaban cursando segundo, tercer y cuarto de la ESO ni tampoco las bachilleres. Pero nos pareció oportuno, tanto al colegio como al IVAF, que todas las niñas del colegio recibieran al menos las 6 sesiones diseñadas para la educación secundaria, las sesiones 13 a 18. En adelante sólo se impartirán en primero y segundo de la ESO. Así pues, en esta primera edición del programa SABE Educadores y Escolares IVAF-Guadalaviar han cursado las primeras 3 sesiones de la tercera etapa del programa también las niñas de 13 años que están en segundo curso de la ESO, las de 14 años cursando tercer curso de la ESO, las jóvenes de 15 años de cuarto curso de la ESO, y las de 16 años cursando primer curso de bachiller.

De la experiencia del primer año de implantación hemos podido extraer algunas conclusiones. Las profesoras de educación primaria de Guadalaviar que han impartido las sesiones del sabe escolar al grupo de tutorandas suyas y también a niñas de otros grupos que tienen a otra profesora como encargada

¹⁶ ESO: Educación Secundaria Obligatoria. Es el sistema que rige la enseñanza secundaria en España desde la implantación de la LOE (Ley Orgánica de Educación) en mayo de 2006, aunque ese sistema funcionaba con las anteriores leyes desde 1997. Se cursa en los Institutos de Educación Secundaria (IES), Centros de Enseñanza Obligatoria (CEO) y en los colegios privados.

han expresado que ha resultado mejor con sus tutorandas confirmando la propuesta del IVAF de que se vayan capacitando, poco a poco, más profesoras para que las sesiones de la etapa 1 (5 a 7 años) y de la etapa 2 (8 a 11 años) puedan ser impartidas por cada tutora a sus tutorandas. De momento se procura que las demás tutoras estén presentes en las sesiones a sus tutorandas. Una de las profesoras de educación primaria ha expresado que «en la clase donde me conocen me han preguntado con más confianza». En una niña de 6 años la profesora ha notado que no está a gusto con su sexo, se mantendrá observación. En las niñas de 6 años se ha detectado horror por el parto. A los 6 años la profesora refiere la necesidad de unidad entre familia y colegio lo que refuerza lo que todos queremos que pronto sea una realidad, es decir que la mayoría de los padres se capaciten para mantenerse bien informados y formados en esta temática para poder ir por delante.

Dos profesoras de Guadalaviar, previamente capacitadas, han impartido las 3 primeras sesiones de la etapa 3 (12 a 14 años) de sabe escolar a todos los grupos de alumnas entre 12 y 16 años por única vez en este primer año de implantación y nos han transmitido que ha sido positivo y enriquecedor en general en todos los grupos, pero que, efectivamente, han detectado que es mejor impartir estas sesiones en primer y segundo curso de la ESO porque las reciben con mayor entusiasmo y aprovechamiento que las más mayores, ello confirma que están bien diseñadas para ser impartidas en la etapa 3 (12 a 14 años).

Para concluir este apartado referimos algunas observaciones extraídas de la impartición de las sesiones de la etapa 3 a las niñas de primer y segundo curso de la ESO porque a ellas deben ir dirigidas. En primer curso de la ESO (12-13 años) las niñas han mostrado mucho interés por los métodos de reconocimiento de la fertilidad y han hecho muchas preguntas sobre el aborto y los métodos anticonceptivos. Les ha llamado mucho la atención saber que las personas no tienen derecho a tener hijos y que los niños tienen derecho a ser amados en una familia y por sus padres desde antes de que nazcan. A la pregunta de: «Si todos podemos llegar a ser mejores ¿Qué ejemplos o personas te inspiran para elegir la continencia? Por el contrario ¿Quiénes me animan a ser promiscua?» La respuesta más repetida a la primera pregunta ha sido mis padres/mi madre. Y a la segunda pregunta, la TV. A la pregunta «¿Qué argumentos puedo aportar a mis amigos y amigas para que entiendan el valor de la continencia?» Varias alumnas han respondido: «decirles lo que he aprendido en el programa SABE» o bien «lo aprendido hoy».

Las niñas de segundo curso de la ESO (13-14 años) al recibir las mismas 3 sesiones también han mostrado mucho interés por los métodos de reconocimiento de la fertilidad y han hecho muchas preguntas sobre el aborto y los métodos anticonceptivos. Les ha llamado mucho la atención la preparación del cuerpo de las chicas en la pubertad para la futura posibilidad de ser madre, el valor de los hijos que son de Dios, la belleza del amor verdadero también por amor a Dios. Ha extrañado que algunas consideren como uno de sus defectos principales tener iniciativa. Se ha percibido confusión con respecto a la homosexualidad y a las relaciones prematrimoniales.

Epílogo

Con el programa bisoño sabe escolar seguramente hemos completado nuestros programas SABE al servicio de la educación de la sexualidad y con ello al servicio del matrimonio y de la familia, de los niños y los jóvenes, de la vida. Ya contamos con los programas experimentados del sabe adultos, sabe infancia, sabe adolescencia, además está nuestro programa de especialización en reconocimiento de la fertilidad y el último fruto que surge del trabajo anterior, el sabe escolar. Estos programas se combinan actualmente de distintos modos:

1) El programa *SABE Educadores y escolares del IVAF* contiene los módulos sabe adultos, sabe infancia y sabe adolescencia al servicio de los educadores del centro educativo, los padres y los profesores, pero también los orientadores, directivos o sacerdote del centro que deseen cursarlo. Y contiene también el programa sabe escolar para ser impartido a los alumnos entre los 5 y los 15 años por sus profesores-

tutores en el colegio. Conseguir la implantación de la educación de la sexualidad en el currículo escolar de algunos colegios a tres bandas, profesorado, padres e IVAF, es una gran aventura y hay mucho trabajo por delante apasionante por demás.

2) Además están los *cursos tradicionales del IVAF*: Curso SABE Adultos, Curso SABE Infancia, Curso SABE Adolescencia, Curso SABE Integrado y Curso CRF Monitores a distancia con los que se vienen formando a nivel de posgrado muchos estudiantes desde el año 2000 y solo Dios sabe donde están aplicando nuestros antiguos alumnos lo aprendido y cómo contribuyen al bien en distintas ciudades y países y en distintos ámbitos como la clínica, la universidad, los colegios, las familias, los centros de orientación familiar, las catequesis, los institutos etc.

3) Desde 2011 impartimos el Máster Interuniversitario en Educación de la Sexualidad (MIIES) junto con la Universidad CEU Cardenal Herrera de Valencia y para conformarlo hemos reunido los programas sabe adultos, sabe infancia, sabe adolescencia y especialización en reconocimiento de la fertilidad. Queremos que, cursando este Máster, muchos maestros de infantil y de educación primaria, así como profesores de educación secundaria se especialicen en educación de la sexualidad para poder enfrentarse al reto de la educación de la sexualidad en su trabajo cotidiano con acierto, delicadeza, cariño y confianza, es decir con amor y responsabilidad. También esperamos que lo cursen muchos profesionales de la salud que tanto pueden contribuir a la verdadera salud, aquella que considera el cuerpo pero también el alma de los pacientes.

El equipo de profesores del IVAF sigue creciendo al ritmo de las necesidades. Es un equipo fantástico de profesionales con una gran vocación que se entregan con generosidad en la dura pero llena de sentido labor formativa. Unos llevan la tutoría de los padres y profesores de infantil o de secundaria de algún colegio. Otros se hacen cargo de tutorizar a los alumnos de los cursos tradicionales que son también educadores o futuros educadores de niños y jóvenes y otros sustentan la tutoría de alguno de los módulos del Máster Interuniversitario en Educación de la Sexualidad. Aprovecho esta ocasión para abrazar y agradecer a todos su entrega.

El Máster Universitario en Educación de la Sexualidad (MUES), que éste será su nombre cuando sea por fin un Máster Oficial, tiene vocación de unir universidades. Queremos impartirlo junto con varias universidades, una por país, de varios países. Seguramente aquí habrá representantes de algunas universidades y les invito a procurar que algunos de sus profesores lo cursen para que después lo puedan impartir. Es un Máster A Distancia y cuando entren a formar parte más universidades necesitaremos de nuevos tutores que trabajarán en equipo con los actuales. Cada universidad efectuará la inscripción de sus propios alumnos. Habrá una dirección del IVAF compartida con un director por cada universidad e impartiremos un título conjunto. ¿Será esto posible incorporando muchas más universidades? Entre todos, y con la ayuda de Dios, podremos. Muchas gracias.

Bibliografía

1. Conferencia Episcopal Española. XCIX. "La verdad del amor humano. Orientaciones sobre el amor conyugal, la ideología de género y la legislación familiar" (26/14/2012), n. 129.
2. Fossati, Renzina. "Marco psicopedagógico para la educación sexual de etapa adolescente en los centros educativos". Trabajo final del Máster Oficial en Ciencias del Matrimonio y la Familia. Valencia 2012, pp. 94, 97-98, 110.
3. González, Fátima, Martí, Pilar, Medialdea Concepción y Otte, Ana. *Cómo reconocer la fertilidad. El método Sintotérmico*. EIUNSA (5ª), Madrid 2008.
4. Instituto Valenciano de Fertilidad, Sexualidad y Relaciones Familiares (IVAF). SABE Escolar. ISBN13: 978-84-616-4801-9, Valencia 2010.

5. Medialdea, Concepción. “Trilogía educativa en la educación de la sexualidad para el amor. Claves educativas del método diseñado por el IVAF”. Actas del I CIRF (Congreso Internacional en Reconocimiento de la Fertilidad), Managua 2008. En: <http://www.reconocimientodelafertilidad.com/wp-content/uploads/2012/06/MANAGUA-ITINERARIO-DE-EDUCACION-DE-LA-SEXUALIDAD-PARA-EL-AMOR-prot.pdf>.
6. Medialdea, Concepción y Pérez Adán, José. El «Área del reconocimiento del reconocimiento de la fertilidad» y los «métodos para reconocer la fertilidad». Concepto y terminología. Actas del I CIRF, Managua 2008. En: <http://www.reconocimientodelafertilidad.com/wp-content/uploads/2012/06/MANAGUA-EL-AREA-DEL-RECONOCIMIENTO-DE-LA-FERTILIDAD-Y-LOS-METODOS-PARA-RECONOCER-LA-FERTILIDAD-prot.pdf>.
7. Medialdea, Concepción (Coord.). *Educación de la sexualidad para el amor dirigido a niños de 3 a 12 años*. EIUNSA, Madrid 2008.
8. Medialdea, Concepción, Otte Ana y Pérez Adán, José. *Curso de educación sexual para adolescentes (programa SABE)*. EIUNSA, MADRID 2001.
9. Pérez Adán, José. *Repensar la Familia*, EIUNSA, Madrid 2005.
10. Pérez Adán, José y Ros Codoñer, Javier. *Sociología de la familia y de la sexualidad*. Edicep, Madrid 2004.

LA ENSEÑANZA DE LOS MÉTODOS DE RECONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD (MÉTODO DE LA OVULACIÓN BILLINGS) EN LA ESCUELA DE MEDICINA DE LA UNIVERSIDAD PANAMERICANA.

Benjamín Zamudio Olmos.

Antecedentes de cómo se creó la materia de procreación responsable

La Escuela de Medicina de la Universidad Panamericana fue creada en 1996, con la misma idea con la que fue creada la Universidad Panamericana según San Josemaría Escrivá: “..para una enseñanza arraigada a un concepto cristiano de la vida”. Mismo criterio marcado por la Iglesia Católica, como lo muestra documento de la Congregación para la Educación Católica, de 1997, en el que señala en su punto 8 “...la escuela católica, por tanto, debe estar en condiciones de proporcionar a los jóvenes los medios aptos para encontrar puesto en una sociedad fuertemente caracterizada por conocimientos técnicos y científicos, pero al mismo tiempo, diremos ante todo, debe poder darles una sólida formación orientada cristianamente..”.

La misión de la Escuela de Medicina de la Universidad Panamericana (UP) es:

La formación de médicos que se distingan, no sólo por sus conocimientos y habilidades dirigidos hacia la especialización y la investigación, sino también por su calidad humana, su hondo sentido ético y espíritu de servicio.

Con estos criterios de acción ha trabajado la Escuela de Medicina, dirigida desde 2005, por el Dr. Gregorio Obrador, obteniéndose muchos logros, como el haber obtenido en 2011 por 5º año consecutivo, el primer lugar entre las escuelas y facultades de medicina de México, en el Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM), esta vez con el 77.5 por ciento de seleccionados (promedio global del examen y de conocimientos básicos e inglés). El ENARM es requisito indispensable para poder entrar a cualquier especialidad médica o quirúrgica en México.

(http://www.cifrhs.salud.gob.mx/descargas/pdf/2011_ins_sel_res_uni_mex.pdf).

Benjamín Zamudio Olmos. Catedrático de la escuela de Medicina de la Universidad Panamericana. Director General de Formación y Enseñanza del MOB de WOOMB, México D.F. [bzolmos@yahoo.com]

Resultados del Examen Nacional de Aspirantes a Residencias Médicas (ENARM), 2011.

No.	Estado	Facultad - Escuela de Medicina	Suscriptantes	Seleccionados	%	Conocimientos Básicos	Inglés	Total
1	Distrito Federal	Universidad Panamericana	40	31	77.5	63.2	7.6	70.9
2	San Luis Potosí	Universidad Autónoma de San Luis Potosí	139	91	65.4	60.5	6.5	67.9
3	Nuevo León	Instituto Tecnológico de Estudios Superiores de Monterrey	131	80	61.0	60.3	7.5	67.8
4	Querétaro	Universidad Autónoma de Querétaro	65	39	60.0	60.8	6.6	67.4
5	Distrito Federal	Universidad La Salle	219	131	59.8	59.1	6.8	65.9
6	Yucatán	Universidad Autónoma de Yucatán	185	93	50.2	58.0	6.5	64.6
7	Guanajuato	Universidad de Guanajuato	117	53	42.7	57.7	6.4	64.1
8	Aguascalientes	Universidad Autónoma de Aguascalientes	171	92	53.8	57.6	5.9	63.5
9	Chihuahua	Universidad Autónoma de Chihuahua	165	75	45.5	57.3	6.0	63.4
10	Baja California	Universidad Autónoma de Baja California, U. Mexicali	178	92	51.6	56.6	6.3	62.9
11	Baja California	Universidad Autónoma de Baja California U. Tijuana	169	82	48.5	56.2	6.6	62.9
12	Coahuila	Universidad Autónoma de Coahuila, U. Saltillo	89	42	47.1	56.6	5.9	62.5
13	Estado de México	Universidad Anáhuac	280	104	37.1	55.8	6.6	62.4
14	Nuevo León	Universidad de Monterrey	156	64	41.0	55.9	6.4	62.3
15	Nuevo León	Universidad Autónoma de Nuevo León	713	307	43.0	56.0	6.1	62.2
16	Sonora	Universidad de Sonora	130	56	43.0	55.4	6.5	61.9
17	Distrito Federal	Universidad Nacional Autónoma de México, CU	1411	566	40.1	55.9	5.6	61.6

El campo de la formación ética, tampoco ha sido descuidado, y desde que inició la Escuela de Medicina existió la decisión de formar a los médicos en el conocimiento de los métodos de reconocimiento de la fertilidad para una procreación responsable, con la siguiente justificación:

Justificación.

1. Congruencia con la filosofía de la Universidad Panamericana y con la ética médica en donde primero es no dañar.
2. La transmisión de la vida en forma libre, informada y responsable es una necesidad social actual.
3. La Constitución Mexicana lo avala como un derecho (artículo 4º).
4. La Planeación Familiar es una prioridad nacional en el Programa Nacional de Salud mexicano.
5. No se ofrecen alternativas naturales en forma eficiente en el Sector Salud ni en el privado.
6. No existen instituciones nacionales que enseñen métodos de reconocimiento de la fertilidad principalmente por personal de salud certificado.
7. Existe una demanda insatisfecha para que se otorguen servicios de enseñanza de métodos de reconocimiento de la fertilidad en forma profesional y eficiente.

Los objetivos inmediatos para la creación de una materia que atendiera estas necesidades fueron:

Objetivos.

Que los alumnos de medicina:

1. Conozcan en forma científica los métodos de reconocimiento de la fertilidad, en especial el Método de la Ovulación Billings.
2. Contribuyan en el presente y a lo largo de su vida a la profesionalización de los métodos de reconocimiento de la fertilidad.

Algunos de los antecedentes tomados en cuenta para diseñar el contenido de la materia fueron:

- Los métodos de reconocimiento de la fertilidad están al servicio de una paternidad responsable (buscar el embarazo o no buscarlo por concurrir circunstancias de especial dificultad) en forma natural, adaptándose al ciclo reproductivo femenino, sin el uso de drogas ni dispositivos.
- Un hito en el estudio de los métodos de reconocimiento de la fertilidad, es el descubrimiento de la relación intrínseca entre el moco cervical, el balance hormonal y el estado de fertilidad de las mujeres. Se evidenció que los cambios del moco cervical se correlacionaban con los niveles de las hormonas sexuales femeninas de modo que podía determinarse el estado de la fertilidad mediante la observación de las características del moco cervical en genitales externos femeninos y la sensación que en ellos producen /1, /2, 3/,4/. De este modo, el Método de la Ovulación Billings (MOB) supera la debilidad de los primeros métodos que predecían los eventos sobre la base de sucesos pasados como es el caso del Método del Ritmo.
- Hay muchos informes sobre estudios de campo del MOB realizados en todas partes del mundo. Todos ellos llegaron a la misma conclusión, es decir, que el MOB tiene una tasa de embarazos relacionada con el método muy baja y una tasa de continuidad consistentemente alta /5, /6, /7.
- Actualmente es un método de utilización mundial (más de 100 países), con amplia base científica.
- En México el método ha sido difundido desde hace más de 30 años por el entonces, Centro Nacional Billings, especialmente entre parejas y grupos religiosos, con casi nula participación de profesionales de la salud.
- A partir del estudio preliminar del MOB en China en 1990 y la introducción oficial del método por el Ministerio de Salud Chino en 1995, /8, /9, el método se ha usado ampliamente en ese país, tanto para evitar como para lograr embarazos, con resultados promisorios, por lo cual se incluye en la cartilla de planeación familiar gubernamental.
- En México se encuentra incluido en la cartilla de Planeación Natural desde 1998, pero no se da ningún curso de capacitación al personal de salud sobre el mismo.
- El reconocimiento de la fertilidad mediante la detección de las manifestaciones del moco cervical, permite a la mujer darse cuenta cuando el comportamiento de los signos de fertilidad e infertilidad en sus ciclos no corresponden a la normalidad. De hecho con los registros de los cambios en sus genitales externos, está monitoreando su salud reproductiva y está en posibilidad de acudir con oportunidad a revisión médica para atender posibles males.

Con base en todo lo anterior es que se inicia en la Universidad Panamericana, la formación de personal de la salud primero con la materia CURSO DE FERTILIDAD HUMANA, BASES FISIOLÓGICAS y posteriormente en 2003, con PROCREACIÓN RESPONSABLE, materia que forma parte del currículum de la carrera de medicina en la Universidad Panamericana y que fue necesariamente aprobada por la Secretaría de Educación Pública (SEP) órgano gubernamental mexicano encargado entre otras cosas de normar y autorizar los programas educativos en el país.



Formación de personal de salud que sea certificado en métodos de reconocimiento de la fertilidad.

LA TEMÁTICA GENERAL DEL CURSO abarca lo siguiente:

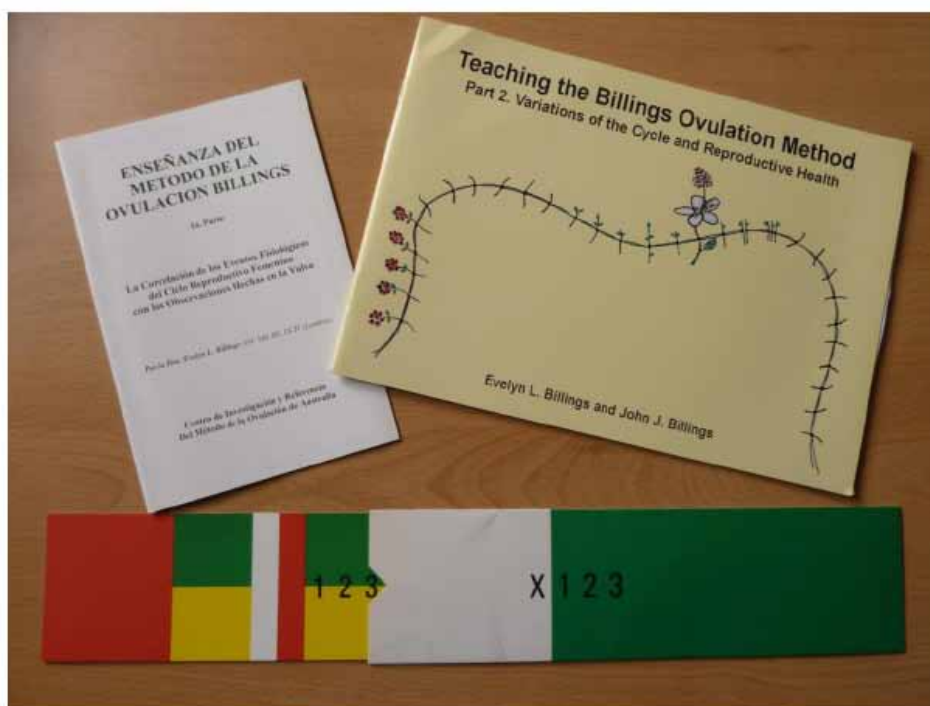
- Analizar y comprender la diferencia antropológica entre el empleo de los métodos de reconocimiento de la fertilidad y la anticoncepción.
- Aprender las técnicas motivacionales necesarias para difundir y enseñar el método a los usuarios.
- Aprender a adecuar diferentes formas de graficación según las situaciones específicas de cada mujer, considerando la población sociocultural en la que se desarrolla.
- Poseer conocimientos científicos suficientes para fundamentar la efectividad del Método de la Ovulación Billings.
- Poseer bases argumentativas filosóficas suficientes para fundamentar la validez antropológica del uso de los métodos de reconocimiento de la fertilidad.
- Tener conocimientos suficientes para presentar un examen de certificación como instructores del Método de la Ovulación Billings.

Un criterio indispensable para lograr los objetivos y que los métodos de reconocimiento de la fertilidad se aprendan correctamente para evitar daños por fallas en la enseñanza, es que la materia se imparta con base en la *literatura original del auténtico Método de la Ovulación Billings™*, como lo son:

1. Enseñanza del Método de la Ovulación Billings 1ª parte, La correlación de los Eventos Fisiológicos del Ciclo Reproductivo Femenino con las Observaciones Hechas en la Vulva, por la Dra. Evelyn L. Billings AM, MB, BS, DCH (Londres).
2. Teaching the Billings Ovulation Method, Part 2. Variation of the Cycle and Reproductive Health, by Evelyn Billings and John J. Billings. 1997.
3. Currículum de Entrenamiento de Instructores. 2007.

Todos del Centro de Investigación y Referencia del Método de la Ovulación de Merlbourne, Australia. www.thebillingsovulationmethod.org.

4. The Billings Method, Using the body's natural signal of fertility to achive or avoid pregnancy by Dr. Evelyn Billings & Dr. Ann Westmore. McPherson's Printing Group. Australia. 2011.



Ya con estos antecedentes en el año de 2006 se presentó a CIFER la organización Certificadora de Cursos de Reconocimiento de la Fertilidad, el programa de la materia, conteniendo aspectos científicos y filosóficos para la validez antropológica del uso de los métodos de reconocimiento de la fertilidad al servicio de la paternidad responsable, obteniendo la aprobación del mismo, procediéndose a su aplicación. A partir de ese año la Universidad Panamericana otorga un certificado a los alumnos con más de 85 puntos sobre 100 en el examen final, que acredita han terminado exitosamente el curso para la enseñanza del Método Billings para el reconocimiento de la fertilidad. Vale la pena mencionar que en este examen que dura 90 minutos, por cada error el alumno pierde 3 puntos por lo que se acreditan sólo aquellos que tengan menos de 6 errores. Y recordar además que por ser materia curricular tiene la misma importancia que cualquier otra materia de la carrera y repercute en su promedio general.

A partir de 2012, la Organización Mundial del Método de la Ovulación Billings (World Organisation of the Ovulation Method Billings, WOOMB Int. Ltd. fundada en Australia por los Dres. John y Evelyn Billings), certificará también a los alumnos destacados a través de WOOMB de México, A. C. Esto en virtud de que en la UP se enseña el auténtico Método de la Ovulación Billings mediante la literatura oficial aprobada por WOOMB Int.

Los impulsores directos del desarrollo de la materia de Procreación Responsable en la UP han sido: la Dra. María de la Luz Casas, quien fue Jefe del Departamento de Bioética de la UP y Presidenta de la Academia Nacional Mexicana de Bioética, A. C., actualmente Coordinadora del Centro Multidisciplinario de Bioética de la UP y el Dr. Carlos Fernández del Castillo, profesor titular de Ginecología en la UP y Director del Centro Mexicano de Ginecología y Obstetricia.



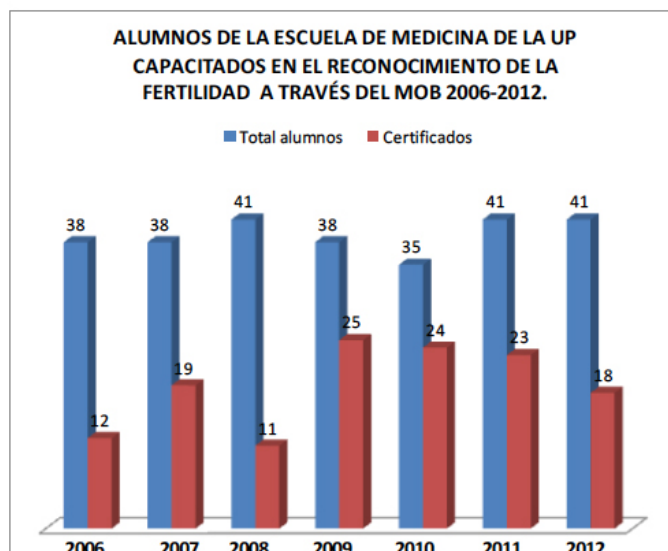
Dra. María de la Luz Casas
Coordinadora del Centro Multidisciplinario de Bioética de la Universidad Panamericana.

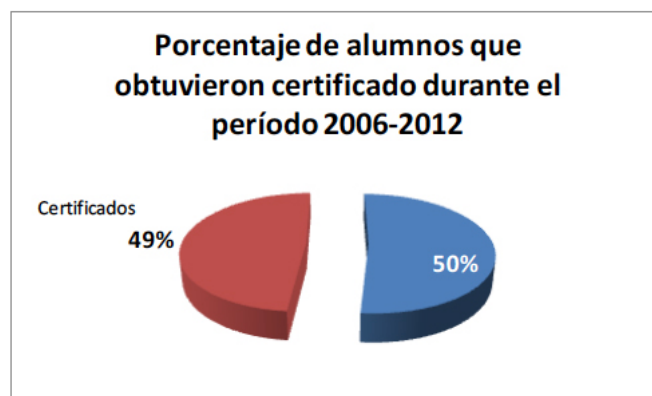


Dr. Carlos Fernández del Castillo
Profr. titular de Ginecología en la Universidad Panamericana y Director del Centro Mexicano de Ginecología y Obstetricia.

Algunos avances 2006 – 2012.

Durante estos 7 años, la UP ha capacitado a 272 alumnos, obteniendo certificado hasta 2012 un total de 136 de ellos (el número de certificados en 2012 es un número estimado por estar los alumnos en la última etapa de evaluación de conocimientos).



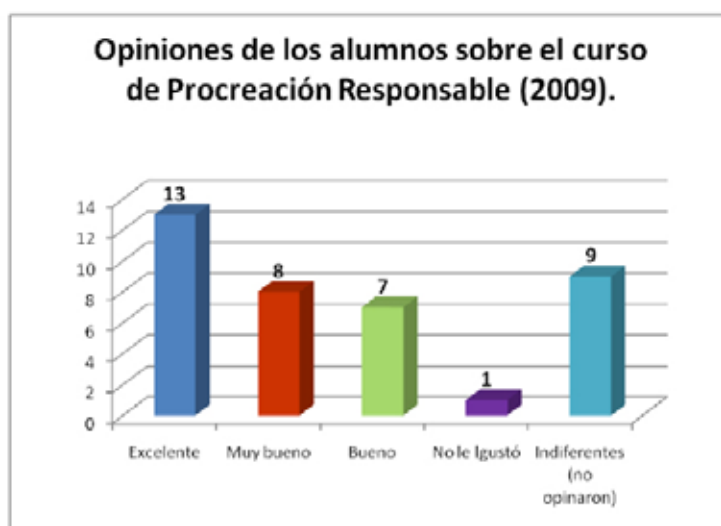


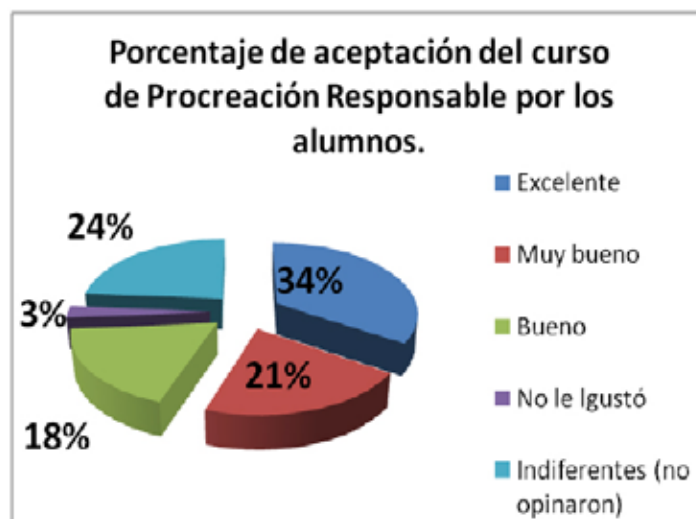
Evaluación final del curso por los alumnos de medicina

La aceptación del curso de Procreación Responsable es al principio baja, sin embargo todo parece ser que es por la imagen equivocada sobre el curso y el concepto prejuicioso de lo que son los métodos de reconocimiento de la fertilidad, a quienes la mayor parte de la gente y hasta algunos profesionales de la salud identifican únicamente como el Método del Ritmo que tiene una baja eficacia. Al final y a efecto de tener retroinformación de los alumnos sobre cada materia y sobre el profesorado, los alumnos contestan una evaluación, encontrándose por lo general aceptación e interés en la materia antes desconocida.

Algunas de las opiniones en la evaluación final del curso por los alumnos son:

- “Disfruté mucho el curso, además de que pienso que es de gran utilidad conocer métodos alternativos.”
- “al final no estuvo tan mal!! me gustó Billings!!”
- “A mi me gustó mucho el curso!! en general se hace didáctico resolviendo los casos en clases... y pues es bueno saber de todo... en general me gustó...”
- “Importantísima la materia, creo que me agradó el curso bastante y es importante que un médico sepa y tenga en cuenta este tipo de prevenciones y educación para enseñar otras cosas y tener una mente más abierta para con los pacientes.”
- “Me gustó el curso, al final aprendí mucho. Las clases del Dr. Fernández del Castillo también me gustaron mucho”.
- “Si bien seguramente se recibirán muchas críticas de este curso, a mi me pareció un curso excelente. Muchas felicidades,..”





Con los datos anteriores se puede ver que de cada 4 alumnos que tomaron la materia 3 consideraron útiles los conocimientos y sólo 1 de cada 4, mostró desinterés o de plano la repudió. En este caso un alumno.

Otros comentarios del curso 2010, después de analizar y estudiar los resultados de la enseñanza del MOB en China

Otros comentarios (a medio curso) de los alumnos conforme iban conociendo los alcances del Método de la Ovulación Billings y su base científica analizando y estudiando los resultados en China fueron los siguientes:

José Miguel

“..el estudio sigue el método científico y no es una mera observación. Los métodos utilizados para el estudio son muy buenos y no dejan lugar a dudas sobre la efectividad del método, ya sea para prevenir o lograr el embarazo.

... el MOB es muy efectivo y mucho más seguro que el DIU para prevenir el embarazo y además tiene la capacidad de lograr embarazos que lo que se reconoce es el tiempo de fertilidad de la mujer.”

Carmen

“Es muy importante notar que está al alcance de todas las mujeres, es fácil de entender y de llevarlo a la práctica y al mismo tiempo es importante el apoyo de los esposos.

Como método de regulación de la fertilidad pinta para ser el mejor. En el estudio se muestran sus logros cuantificados sin presentar efectos adversos.

..Podría reducir el número de abortos.

Creo que es un método que debería de ser usado en todo el mundo, evitando dispositivos intrauterino, píldoras y demás agentes nocivos para la salud.”

Alfonso:

“..es ético, ya que respeta la naturaleza humana en todos los sentidos, no genera ninguna interferencia con el ciclo de la mujer o la concepción.

Si bien en un principio es necesaria la educación de la paciente, este período es muy breve y una vez que se ha aprendido el método es muy fácil darle seguimiento, de tal manera que las pacientes lejos de dejar de utilizarlo, lo encuentran más fácil y práctico, y se vuelve parte de sus vidas, lo que les permite una adecuada planeación familiar, así como relaciones estables y seguras con su pareja.

Si bien este método es poco conocido a causa de las grandes empresas farmacéuticas que se verían afectadas por su uso, es necesario que nosotros como médicos lo tengamos siempre en cuenta para poder darla a nuestras pacientes la mejor opción para planeación familiar.”

Julián:

“La enseñanza y el método suenan prometedores, yo lo tomaría con mi futura esposa...Es barato, simple y no se necesita de una infraestructura tan impresionante. Se debería hacer una campaña, llevarlo a Córdoba Villalobos (el entonces Secretario de Salud en el gobierno mexicano) y ver qué pasa.

..es una herramienta bastante prometedora no solo para mí, sino para el país.”

Erik Alejandro:

“Me siento afortunado de contar con una educación como parte de mi formación médica, que me permitirá transmitir esta información de carácter útil a mis futuros pacientes, e incluso me servirá para la vida propia.

Aunado a las múltiples ventajas que el MOB implica, se encuentra la connotación moral que lleva consigo. Su utilización no atenta contra la vida, sino por el contrario, dignifica a la persona, permitiéndole hacer un uso adecuado y responsable de su sexualidad, una expresión de conciencia y amor entre pareja. Espero con el paso de las clases aprenda más beneficios y principalmente la técnica de este método que a decir verdad, consideraba erróneamente poco efectivo, pero que gracias a esta clase he comenzado a conocer.”

Nuevos logros en la enseñanza de métodos de reconocimiento de la fertilidad en la UP.

A partir de 2012, en la Escuela de Enfermería de la Universidad Panamericana, se capacitó por primera vez a las alumnas del 7º semestre de la licenciatura de enfermería, logrando obtener su certificado avalado por la UP, CIFER y WOOMB de México, A. C., el 55% de ellas.



Otras actividades en proceso para la difusión de y enseñanza de métodos de reconocimiento de la fertilidad en plan piloto

> Clínica de Enseñanza de Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad en la Escuela de Medicina.

Esta clínica en proceso de prueba busca dar el servicio a la comunidad universitaria en primera instancia y posteriormente dar servicio a población abierta.

Objetivos de la clínica:

1. Conformar un equipo de personal de salud certificado en el Método Billings y/o otros de reconocimiento de la fertilidad, reconocidos científicamente.
2. Habilitar una clínica para la enseñanza de los métodos de reconocimiento de la fertilidad para población abierta.
3. Lograr suficiencia económica a mediano plazo de la clínica.
4. Impulsar la investigación científica en el área del reconocimiento de la fertilidad.
5. Difundir de forma científica y ética los métodos de reconocimiento de la fertilidad.

Misión:

Apoyar la transmisión de la vida en forma responsable, mediante métodos de reconocimiento de la fertilidad, desde una perspectiva antropológica acorde a los valores humanos con calidad científica y ética en la sociedad.

Visión:

Llegar a ser un centro nacional e internacional de referencia en los métodos de reconocimiento de la fertilidad, reconocido por su excelencia científica y ética.

> Enseñanza de métodos de reconocimiento de la fertilidad en el Servicio Social de los alumnos de medicina y de enfermería.

Se está probando la mejor manera de enseñar los métodos de reconocimiento de la fertilidad en las comunidades en donde hagan su servicio social los alumnos que hayan obtenido su certificado (hayan aprobado el examen final con más de 85/100), siempre con el apoyo desde la UP a través de tele conferencias, para consulta de dudas o para resolver casos especiales.

> Materia optativa para todas las carreras sobre procreación responsable.

Se tiene previsto a mediano plazo el extender los beneficios del conocimiento de los métodos de reconocimiento de la fertilidad a los alumnos de las diferentes carreras de la Universidad Panamericana mediante una materia optativa, para que sean estos conocimientos éticos y científico parte de su formación integral como personas y profesionales para el ejercicio en su momento de una verdadera paternidad responsable.

> Cursos externos para formación de instructores en métodos de reconocimiento de la fertilidad.

Otro proyecto a mediano plazo sería el de desarrollar cursos externos para la formación de instructores en métodos de reconocimiento de la fertilidad.

Comentarios finales

Es indubitable que hay mucho camino por recorrer, porque la naturaleza del hombre es caminar siempre buscando la mejora continua, sabiendo que el humano nunca alcanzará la perfección pero se puede ir aproximando a ella (“Sed perfectos como mi Padre es perfecto”). Debemos ir rumbo a la excelencia a la que estamos llamados todos, sobre todo los que trabajamos en la docencia por la responsabilidad que tenemos de formar a nuestros alumnos como personas íntegras y para una vida plena.

Lo hecho hasta ahora en la UP para promover el conocimiento y uso de los medios de reconocimiento de la fertilidad y su aplicación dentro de un marco ético, no ha sido otra cosa, mas que cumplir con la obligación de toda escuela católica como decíamos al principio de esta conferencia al referirnos al documento de la Congregación para la Educación Católica cuando señala que: **“..La escuela católica, por tanto, debe estar en condiciones de proporcionar a los jóvenes los medios aptos para encontrar puesto en una sociedad fuertemente caracterizada por conocimientos técnicos y científicos, pero al mismo tiempo, diremos ante todo, debe poder darles una sólida formación orientada cristianamente..”**.

La estrategia de acción para que las escuelas de medicina y de enfermería de las universidades enseñen el reconocimiento de la fertilidad en forma natural, toca encabezarla a los responsables de los departamentos de Bioética de las universidades, quienes tienen los recursos y elementos para convencer a las autoridades institucionales de las ventajas y necesidad de difundir estos conocimientos que benefician al hombre, preservando su dignidad y su salud, encauzándolos a formar familias mejor integradas y sociedades más justas y responsables.

Espero que con lo aquí expuesto haber podido transmitir que no es difícil cumplir con la misión que tenemos en la escuela católica. Que sí se puede, y más cuando se hacen las cosas siguiendo un proceso ordenado, y si se cuenta con el apoyo para certificar la calidad de la enseñanza en los aspectos científicos y éticos de algo tan importante como es la procreación humana, de organismos como CIFER y de asociaciones como la World Organisation of the Ovulation Method Billings (WOOMB International, Ltd.) fundada por científicos de tanta calidad y prestigio mundial como los doctores John y Evelyn Billings, que han dejado un gran legado a la humanidad, con el Método de la Ovulación Billings, para poder lograr y posponer el embarazo y monitorear la salud reproductiva a través del reconocimiento de la fertilidad.

Dios nos ayude a todos para seguir avanzando en nuestra misión de proporcionar a los matrimonios las herramientas científicas y los conocimientos éticos para que puedan comprender y vivir a plenitud la sexualidad humana.

Bibliografía

1. Billings E.L., Billings J. J., Brown J. B., Burger H. G. "Symptoms and hormonal changes accompanying ovulation". *Lancet* 1, 282-4, 1972.
2. Flynn A. M., Linch S. S., "Cervical Mucus and identification of the fertile phase of the menstrual cycle", *British Journal of Obstetrics and Gynecology*, 83; 856, 1976.
3. Hilgers T. W., Prebill A. M. "Vulva observations as an index of fertility/infertility", *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 53, 1, 575, January, 1979.
4. Brown, J.B. (2011). Types of ovarian activity in women and their significance: the continuum (a reinterpretation of early findings). *Human Reproduction Update*, 17(2), 141-158. 2011. <http://humupd.oxfordjournals.org/content/17/2/141.full.pdf+html>.
5. Weissman M. C., Foliaki L., Billings E. L., Billings J. J., "A trial of the Ovulation Method of family planning in Tonga". *Lancet*, 813-16, October 14, 1972.
6. Kyo Sang Cho, Report to World Health Organisation Conference, Geneva, February, 1976.
7. Klaus H. *et al.*, "Use effectiveness and client satisfaction in six centres teaching the Billings Ovulation Method", *Contraception*, 19: 6, 613. 1979.
8. Xu, J. H., Yan, J. H., Fan, D. Z., *et al.*, "Clinical effectiveness and laboratory study of the Billings ovulation method in 688 couples in Shanghai", *Reprod. Contracep. (China)* 13, 194-200. 1993.
9. Shao-Zhen QIAN, De-Wei ZHANG, Huai-Zhi ZUO, Ren-Kang LU, Lin PENG, Chang-Hai HE and the Chinese Billings Ovulation Method Collaboration Programme, Evaluation of the Effectiveness of a Natural Fertility Regulation Programme in China. (2000). <http://www.woomb.org/omrrca/bulletin/vol27/no4/chinaEvaluation.html>

ÁREA TEMÁTICA 2// CIENCIA Y ÉTICA SE REÚNEN EN EL ÁREA DE RECONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD

Ponencia 1// Alternativas a la ideología de género y a la salud y sexualidad reproductiva. Marco Antonio Gracia Triñaque. México D.F.

Ponencia 2// Bioética de la anticoncepción. Rafael José Cabrera Artola. Managua, Nicaragua.

Ponencia 3// Language, Ciencia y Moral de la infertilidad, en la familia del siglo XXI. Hugo O.M. Obiglio. Buenos Aires, Argentina.

ALTERNATIVAS A LA IDEOLOGÍA DE GÉNERO Y A LA SALUD Y SEXUALIDAD REPRODUCTIVA.

Marco Antonio Gracia Triñaque.

Resumen

Desde hace unos años se ha venido gestando lo que se conoce con el nombre de *Ideología de Género* con el propósito de implantar una serie de ideas que afectan de manera directa contra los conceptos de sexualidad, familia, matrimonio, vida, hombre, mujer... y en la que buscan de-construir lo que significan para construir sobre ellos su ideología.

En esta ideología se sostiene que el sexo no es biológico ni tiene un origen natural sino que son roles socialmente contruidos. Así ya no se habla de sexos (varón y mujer) sino de géneros que son polimorfos y elegidos libremente por cada uno: hombre heterosexual, mujer heterosexual, hombre homosexual, mujer homosexual, bisexual.

Se plantea un nuevo programa de reconstrucción de la sociedad que impone, de manera totalitaria, su interpretación de la realidad (por ejemplo: se busca rescribir los derechos humanos para justificar los presupuestos de esta ideología).

De seguir adelante, la *Ideología de Género*, terminará destruyendo a la persona, a la vida, al matrimonio, a la familia y, por ende, a la sociedad.

Introducción

Quiero iniciar con la siguiente cita: “*La fuente más grave de todos los errores proviene del hecho de que el hombre pretende hacer de sus deseos, la verdad*” (Renato Descartes. Discurso del Método). El relativismo que rige la sociedad actual ha opacado la verdad y esto ha traído como consecuencia el empoderamiento de la *doxa* por encima de la *episteme*. Si tomamos en cuenta lo que nos decía Aristóteles al inicio de su libro de la *Metafísica*: “*Todos los hombres tienen por naturaleza el deseo de saber*”, de conocer la verdad, estamos llamados a poner el conocimiento epistemológico por encima del doxológico.

Hoy en día se nos presenta una encrucijada, por un lado defender a la persona, la familia y la vida y por otro, dejarnos llevar por la *Ideología de Género*, la salud y la sexualidad reproductiva.

Del camino que tomemos dependerá, ya sea un desarrollo integral del ser humano o un reduccionismo tal que destruyamos lo más íntimo de éste, es decir su propia naturaleza.

Marco Antonio Gracia Triñaque. Miembro del Consejo de Bioética de la Conferencia Episcopal Mexicana y de la Asociación Panamericana de Bioética. México D.F. [magracia@educadores.org.mx]

A lo largo de esta ponencia les propongo la siguiente travesía:

1. Un poco de historia.
2. Hablando claro.
3. Una aproximación a la *Ideología de Género*.
4. Repercusiones de la *Ideología de Género* hacia la salud y sexualidad reproductiva.
5. Alternativas y propuestas.

Para esto me permito hacer eco de las palabras de diferentes expertos sobre el tema que nos ayudarán a conocer mejor esta ideología, esperando que al final de esta ponencia, podamos cada uno emitir un juicio racional, epistémico, sobre este fenómeno que atenta contra la integridad de todo ser humano.

1. Un poco de historia.

La *Ideología de Género* es un neo-marxismo que fundamenta en la lucha de clases la liberación¹ del poder opresor, en este caso liberarnos del *sexo* para dar lugar al *género*. Esto se logrará no por medio de la lucha armada como proponía Marx y Engels sino por una de-construcción ideológica propuesta por Gramsci.

Si bien Engels esboza el camino para la *Ideología de Género* cuando escribe: “*El primer antagonismo de clases de la historia coincide con el desarrollo del antagonismo entre el hombre y la mujer unidos en matrimonio monógamo, y a la primera opresión de una clase por otra, con la del sexo femenino por el masculino*”² es Gramsci quien da las pautas que han hecho tan eficaz a dicha Ideología. Para Gramsci la revolución se gana ideológicamente, por eso afirmó: “*Hay que adueñarse primero del mundo de las ideas para que las nuestras, lleguen a ser las ideas del mundo*”, de esta manera el sentido común y el conocimiento epistémico quedan relegados al olvido, primando sobre estos la simple opinión, convertida en una “verdad”, que en realidad dista de serlo.

Fernández, dice en su artículo³:

Gramsci propone así la **destrucción del concepto clásico de verdad** como adecuación del entendimiento a la realidad, para reafirmar la deificación del movimiento y del devenir en sentido marxista, donde **la verdad se crea, se hace**. Gramsci no cree que las ideas por sí solas, logren convencer a nadie, si antes no se trabaja sobre al conciencia individual **criticando y -demoliendo- los fundamentos del realismo y del sentido común**. En este sentido, destaca la importancia fundamental de la cultura de la imagen, que ataca más a lo emocional que a lo racional. Otro punto central del pensamiento de Gramsci, es **la negación de la naturaleza humana individual** y la traslada a un ente colectivo.

Con estas breves ideas como fundamento, podemos entender mejor la línea que traza la *Ideología de Género*: se presenta a la mujer subyugada al hombre por lo que busca anular las diferencias entre los sexos, mermando la cuestión biológica y afirmando la cuestión cultural (el género). Al dejar de lado la realidad natural, el concepto de sexo sale sobrando y entonces se presenta la idea de que éste se construye social y culturalmente dando lugar al género, que es entonces una elección (recordemos a Gramsci: adueñarnos de las ideas del mundo para que las nuestras lleguen a ser las ideas del mundo).

1 Influencia también del radicalismo libertario que influye en la Ideología de Género a través de su concepción de “*libertad*” entendida solamente como la posibilidad de elección. Por eso escuchamos el eslogan tan trillado del “*derecho a decidir*” enfocado al tema del aborto principalmente.

2 Engels, F. *El origen de la Familia, la Propiedad Privada y el Estado* (escrito en 1884). Consultado en línea en: http://www.marxists.org/espanol/m-e/1880s/origen/el_origen_de_la_familia.pdf

3 Fernández, A. *Ideología de Género: caballo de Troya cultural*. Consultado en línea en: <http://www.viday valores.com/revista/numero6.pdf>

A mediados de la década de los 50' el Dr. John Money (John Hopkins University, Baltimore) fue quien comenzó a usar este término de género enfocado a la sexualidad y aseguró que los bebés al nacer tendrían un sexo neutral, indefinido y que se podía cambiar en el desarrollo de su vida a través de la educación⁴.

También encontramos un referente histórico de esta ideología la época de la revolución sexual y cultural de 1968 en Francia.

Con esto de trasfondo, la ONU empezó a organizar una serie de Conferencias Mundiales de la Mujer (México 1975, Copenhague 1980, Nairobi 1985, Beijing 1995) contribuyendo a consolidar el tema de la *Ideología de Género* en la esfera mundial.

Si bien la I Conferencia Mundial realizada en México (1975) definió entre sus objetivos el de la plena igualdad de género y la eliminación de la discriminación por motivos de género, fue la IV Conferencia en Beijing la que impulsó mediáticamente esta ideología con la tesis de que “*no nacemos hombre o mujer sino que son categorías sociales en las que nos convertimos*”, y emitió la siguiente definición: “*el género se refiere a las relaciones entre mujeres y hombres basadas en **roles definidos socialmente**, que se asignan a uno u otro sexo*”. Desde entonces la *Ideología de Género* ha ido ganando día a día terreno a nivel internacional.

2. Hablando claro.

Veamos algunos de los términos y conceptos que han dado pie a manipulación.

Sexo y género. El término sexo hace referencia a la naturaleza, a la biología y sólo presenta dos posibilidades: macho y hembra, varón y mujer, masculino y femenino; mientras que el término género hace referencia a la lingüística en la que encontramos tres variaciones: masculino, femenino y neutro. La *Ideología de Género* pretende aplicar la cuestión lingüística a la persona eliminando la cuestión natural y biológica y, sacando así el término de *género* de su concepción original ideologizándolo. Como bien sentencia Araújo de Vanegas: “*Ni la mujer ni el varón pueden ir en contra de su propia naturaleza sin hacerse desgraciados. La ruptura con la biología no libera a la mujer, ni al varón; es más bien un camino que conduce a lo patológico*”⁵.

No hay que confundir el feminismo con la *Ideología de Género*. Si bien, del feminismo radical brota la ideología de género ambas propuestas son diferentes. El feminismo siempre ha buscado la igualdad de la mujer con el hombre en todos los ámbitos. Por su parte, la *Ideología de Género*, busca la liberación de la mujer suprimiendo los conceptos mujer y hombre, ya no se usa el término de sexo sino de género.

Se habla también de “perspectiva de género”, pero esto es un eufemismo⁶, puesto que no es una perspectiva sino una ideología y como tal “*no busca la verdad ni el bien de los demás, sino solamente la conquista de sus voluntades*”⁷. Entendiendo que el origen de la mayoría de las ideologías se encuentra en una corriente filosófica cuando asume una versión muy simplificada y distorsionada, por falsa creencia,

4 A este doctor se debe el trágico experimento con los gemelos Bruce y Brian Reimer (en 1965) donde a Bruce a la hora de circuncindarlo le extirparon el pene. El Dr. Money lo intervino quirúrgicamente (en 1967), le simularon genitales femeninos externos y a partir de esa fecha lo empezaron a llamar Brenda y lo empezaron a educar como niña. En 1980 por los diferentes problemas de personalidad, su padre le cuenta la verdad y todo desencadena en que en 2002 su hermano se suicida y él lo hace también en 2004.

5 Araújo de Vanegas, AM. *Complementariedad varón y mujer*. Consultado en línea en <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/832/83292408.pdf>

6 Cf. López López, P. *El generismo, fase avanzada del denaturalismo*. Consultado en línea en www.unav.es/congreso/ideologiadegenero/files/file/lopez.doc

7 Scala, J. *La Ideología de Género o el Género como herramienta de poder*. Sekotia, Madrid 2010, p. 10.

de la filosofía original. Podemos hablar entonces de una concepción cerrada y reduccionista de un conjunto de ideas. La *Ideología de Género* construye sobre su propia ideología, por lo que no tiene soporte científico aunque lo han querido presentar así.

La *Ideología de Género* usa el término *de-construcción* haciendo referencia a que hombre y mujer son conceptos construidos históricamente y por tanto condicionan al ser humano a ser hombre o mujer. Así, hay que desmontar (de-construir) estos conceptos para construir sobre ellos el género, como dice Lacalle: “*La ideología de género implica una nueva forma de concebir al ser humano y la sociedad. Parte de una antropología dualista que separa en la persona su dimensión corporal de su dimensión psicológica y espiritual, y defiende que el género es una construcción social independiente del sexo biológico*”⁸. Incluso, afirman que la reproducción humana está también determinada socialmente, es decir, no es algo natural.

Siguiendo a Scala nuevamente: “*al comienzo usan los términos sexo y género como si fuera sinónimos, cuando la gente se acostumbra a usar la palabra género se le va añadiendo el nuevo significado: “sexo construido socialmente” en contraposición al sexo biológico. El proceso final es que todos terminan hablando de género, como una autoconstrucción libre de la propia sexualidad*”⁹, en este sentido hay que liberar también a la mujer de la maternidad y el camino propicio son los anticonceptivos y el aborto así como presentar el lesbianismo como la relación ideal en la que no se está dominado por un hombre y no hay posibilidad natural de procreación.

Así podemos entender la explicación que daba George Orwell al decir que la primera de las tareas revolucionarias del totalitarismo consiste en cambiar el lenguaje manipulando el sentido de las palabras, con el doble objetivo de proveer de un modo de expresión a las ideas generales y las costumbres mentales de los devotos de la nueva ideología y hacer imposible otro modo de pensamiento¹⁰.

La *familia*, dicen ellos, es una institución patriarcal que institucionaliza el control del hombre sobre la mujer, los hijos y la sociedad. Entonces se propone que no se hable de familia sino de “familias”, que no se hable de matrimonio sino de “matrimonios” donde se da cabida a cualquier tipo de unión: heterosexual, homosexual, bisexual, polígama... Hay países donde se ha logrado incluso modificar la Constitución para justificar todo esto y, donde antes decía: el matrimonio es la unión de un **hombre** y una **mujer**, ahora dice: el matrimonio es la unión de dos personas. Buscan cambiar también este término de matrimonio por el de pareja y así, se incluye todo, se justifica todo. En esta ideología, la familia sería una limitante para la mujer, como dice la ideóloga Simone de Beauvoir: “*La mujer casada es esclava. El ama de casa no hace nada. No debe permitirse a ninguna mujer quedarse en casa para criar a sus hijos*”.

Cuando hablan de *preferencia u orientación sexual* se refieren a que existen diversas formas de sexualidad, equivalentes y tan válidas como la heterosexualidad. Por eso habla de preferencias heterosexuales, homosexuales, bisexuales (o lo que ellos llaman: sexualidad polimorfa).

Otro concepto usado por esta ideología es el de *rol* (este término viene del teatro y significa la representación de un papel) y, por ejemplo, cuando hablan de la maternidad, dicen que es un rol, es decir, una mujer cuando tiene un hijo, representa el papel de madre, sin embargo una mujer cuando tiene un hijo no representa el papel de madre, ES una madre. Debemos hablar de dones más que de roles, sobre todo si con estos se insinúa una “imposición” de tareas. Mejor hablar de dones, de capacidades, de talentos, de vocación.

⁸ Lacalle, M. *La deconstrucción de la sociedad a través de la legislación en La Ideología de género*. Reflexiones críticas. Lacalle, M y Martínez, P. Coord. Ciudadela. Madrid, 2009, p. 281

⁹ Op. Cit. Scala, J. *La Ideología de Género*... p. 11.

¹⁰ Cdo. en Trillo-Figueroa, J. *La Ideología de género*. LibrosLibres, Madrid 2009, p. 195.

No caigamos en este juego lingüístico que propone la *Ideología de Género*, hablemos claro y llamemos cada cosa por su nombre.

3. Una aproximación a la Ideología de Género.

Visto lo anterior como antecedente, podemos adentrarnos ya en lo que es en sí esta ideología. Quiero seguir, entre otras, algunas ideas vertidas por Mora¹¹:

- Se afirma la absoluta independencia entre sexo y género, por tanto se disocia la cuestión natural y biológica de lo construido culturalmente: tanto el sexo psicológico o identidad sexual, como los roles que juegan las personas son construcciones culturales sin enraizamiento en la naturaleza.

En este sentido, Llanes comenta que esta ideología llega a afirmar que *“no existe ni hombre natural ni mujer natural, sino que es la cultura la que impone o atribuye esa identidad al individuo. Considera que el ser humano nace sexualmente neutro, siendo socializado más tarde como hombre o mujer en función de un condicionamiento histórico-cultural”*¹².

Esta ideología no toma en cuenta un hecho irrefutable: el que los seres humanos existimos modalmente (es decir, como hombre o como mujer) que si bien son iguales por naturaleza son diferentes en todo lo demás (su forma de ser, de pensar, de actuar, de comportarse, de ver las cosas, etc.) lo cuál no cae en un antagonismo o contradicción entre hombre y mujer sino que ambos están referidos y vinculados al otro. Como dice Araújo de Vanegas: *“La vida humana existe disyuntivamente: se es varón o mujer, y ambos consisten en su referencia recíproca intrínseca: ser varón es estar referido a la mujer, y ser mujer significa estar referido al varón”*¹³.

- Esta ideología propone cinco géneros igualmente válidos: varón heterosexual, varón homosexual, mujer heterosexual, mujer homosexual y bisexual. Se hace de éstos, modos de ser y comportamientos sexuales que son producto de una elección libre y personal y que todos deben respetar.
- Se busca de-construir la sociedad actual, para construir una sociedad donde cada quien pueda optar por el género que desee. Para esto se proponen 3 pasos:
 1. Separar el género de la reproducción.
 2. Redefinir la familia.
 3. Eliminar las religiones tradicionales.

Se propone también de-construir la educación. Alzamora cita a la presidenta de Islandia Finnbogadóttir: *“Las niñas deben ser orientadas hacia áreas no tradicionales y no se les debe exponer a la imagen de la mujer como esposa o madre, no se les debe involucrar en actividades femeninas tradicionales. La educación es una estrategia importante para cambiar prejuicios sobre los roles del hombre y la mujer en la sociedad”*¹⁴.

Lacalle (ya citada) afirma que: *“El problema es que todo el mundo habla de «género», pero pocos saben realmente de qué están hablando. Es un término que ha sido aceptado acríticamente en todas partes pasando a formar parte del vocabulario políticamente correcto”*.

11 Cf. Mora Martín, R. *Ideología de Género y verdad sobre la persona humana*. Consultado en línea en http://www.esposiblelaesperanza.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1941:ideologia-de-genero-y-verdad-sobre-la-persona-humana-rafael-mora-martin&catid=31:1-que-es-la-ideologia-de-genero&Itemid=19

12 Llanes, M.I. Del sexo al género. La nueva revolución social. Eunsa. Navarra, 2010, p. 12.

13 Op. Cit.

14 Alzamora Revoredo, O. *La ideología de género*. Consultado en línea en <http://www.aciprensa.com/controversias/genero.htm>

Scala¹⁵ nos dice que el género sería el sexo construido social o culturalmente y por tanto cada uno podría construir psicológicamente su sexo. La igualdad de sexos (en el género) destruiría:

1. A la persona en lo más íntimo (la diferencia sexual entre hombre y mujer nos hace también complementarios).
2. El sentido del matrimonio (no tendría sentido la complementariedad). A sazón la afirmación de Chesterton: “*quienes hablan contra la familia no saben lo que hacen, porque no saben lo que deshacen*”.
3. La sociedad (pues ya no tendría como fundamento al matrimonio y a la familia).

4. Repercusiones de la Ideología de Género hacia la salud y sexualidad reproductiva.

En 1994 se llevó a cabo en El Cairo la *Conferencia Mundial sobre Población y Desarrollo* se empezaron a incluir una serie de “*derechos de las mujeres*” denominados “*derechos sexuales y reproductivos*” y en la *Cumbre Mundial sobre Desarrollo Sostenible* (2002, Johannesburgo) propone que todas las naciones acepten los nuevos “*derechos sexuales y reproductivos*” entre los que se encuentran: el “*derecho*” a la anticoncepción, a la salud reproductiva, al libre diseño de la sexualidad, a la elección del modelo de familia (heterosexual, homosexual...), al “*matrimonio*” homosexual... Estos derechos no estarían vinculados a la dignidad humana sino a la elección libre de cada uno¹⁶.

Esto se ve más claramente manifestado en los Principios de Yoguiakarta (Indonesia, 2007)¹⁷ que tiene como finalidad difundir y promover los derechos humanos en relación con la orientación sexual y la *Ideología de Género*.

La promoción de estos derechos es una prioridad para todas las organizaciones de control de la natalidad (principalmente pro-abortistas) que presionan a la ONU para que adquieran un reconocimiento internacional.

Esta *Ideología de Género* promueve la “*libre elección*” en aquello que atañe a la reproducción y a los estilos de vida. Ahora bien y hablando claro, la *libre elección de la reproducción sexual* no es más que la expresión clave para referirse al aborto y al uso de anticonceptivos; mientras que *estilo de vida* es la promoción de la homosexualidad, el lesbianismo y cualquier otra forma de sexualidad fuera del matrimonio¹⁸.

Quiero seguir algunas ideas de Elósegui¹⁹:

- En el documento del Cairo se establece la siguiente definición:

La salud reproductiva es un estado general de bienestar físico, mental y social, y no de mera ausencia de enfermedades o dolencias, en todos los aspectos relacionados con el sistema reproductivo y sus funciones y procesos. En consecuencia, la salud reproductiva entraña la capacidad de disfrutar de una vida sexual satisfactoria y sin riesgos y de procrear, y la libertad para decidir hacerlo o no

15 Cf. En su conferencia: “*La ideología de género, arma de destrucción social*”.

16 Cf. Op. Cit. Llanes, M.I. *Del sexo al género...* pp. 166-167.

17 Invito a leer la sugerente investigación al respecto realizada por Marsal, C. Los principios de Yoguiakarta: *derechos humanos al servicio de la ideología de género*, que se puede consultar en <http://dikaion.unisabana.edu.co/index.php/dikaion/article/view/1951/2504>

18 Cf. Op. Cit. Alzamora Revoredo, O. *La ideología de género...*

19 Cf. Elósegui, M. *La conferencia del Cairo y la creación del concepto de derechos reproductivos*. Consultado en línea en <http://www.es.catholic.net/sexualidadybioetica/352/791/articulo.php?id=21343>

hacerlo, cuándo y con qué frecuencia.

- Este “*derecho a la salud reproductiva*” incluye entre otros: acceso a servicios de planificación familiar (anticonceptivos, esterilizantes y aborto), tratamiento de enfermedades de transmisión sexual, servicios para el aborto “seguro”.
- Los derechos humanos de las mujeres incluyen su derecho a ejercer el control y decidir libre y responsablemente sobre las cuestiones relativas a su sexualidad, incluida su salud sexual y reproductiva, libres de coerción, discriminación y violencia.
- La *Ideología de Género*, asume que no existe relación entre la naturaleza y la cultura, disocia el sexo del rol social que el individuo (hombre o mujer) desempeña en la sociedad, entiende la identidad sexual como algo construido a voluntad, disocia la sexualidad de la procreación, y la maternidad-paternidad de la filiación etc.
- Muchos de los conceptos introducidos en los documentos de la ONU aparecieron antes en los documentos de IPPF (*International Planned Parenthood Federation*). El UNFPA (*Fondo para las actividades de población*) ha logrado que IPPF tenga estatus consultivo en la ONU con la categoría más alta. De hecho en la revisión del documento del Cairo se barajaron términos como maternidad segura pero ese término no incluye sólo el derecho a una atención sanitaria e higiénica en el parto, sino el derecho a la contracepción (incluida la píldora del día siguiente y la RU 486) y el derecho al aborto. Otros términos ya acuñados y aceptados en la agenda de la ONU, son el de salud reproductiva, sexo seguro y salud sexual.

Con razón Vega²⁰ dice:

- La novedad de estos derechos no se debe tanto a la afirmación de su existencia, cuanto a las dimensiones de su contenido. *El núcleo del problema radica en que se pretende legitimar cualquier tipo de conducta relacionada con la procreación humana basándose en un difuso e ilimitado derecho a la autodeterminación física*, que supondría reconocer al individuo facultades soberanas sobre su cuerpo y hacer de la autonomía -del libre desarrollo de la personalidad- el bien supremo, *hasta el extremo de afirmar que el derecho a elegir es más importante que lo elegido*.
- Toda planificación familiar, si es coherente con los derechos humanos, *debe respetar unos valores universales*. El primero es la vida de todo ser humano, lo que exige clarificar con carácter previo si se trata de métodos abortivos [...] Por último, *debe ser respetada la dignidad humana*, lesionada cuando se emplean métodos que anulan o reducen la dimensión unitiva del mismo acto sexual.

Si bien los anticonceptivos atentan contra la dimensión procreativa del acto conyugal, dañan también la dimensión unitiva al impedir una entrega plena en dicho acto, sin embargo, el aborto atenta contra la vida de un ser humano indefenso, por lo que es absurdo reclamarlo como un derecho. Recordemos que todo derecho conlleva una obligación o responsabilidad, así el derecho a la vida, implica la obligación de preservar, cuidar y proteger dicha vida. No podemos llamar derecho a aquello que va en contra del mismo.

Vemos entonces las repercusiones de esta ideología: mermar el sentido común, relativizar la verdad, imposición totalitaria de sus ideas y por tanto manipular al hombre.

²⁰ Vega A.M. Los derechos reproductivos y sus interpretaciones: una causa que se promueve en la ONU. Consultado en línea en <http://www.aciprensa.com/aborto/aderechosr.htm>

5. Alternativas y propuestas.

Para poder presentar algunas alternativas y propuestas nos debe quedar claro que:

- Todos los seres humanos son personas y se diferencian biológicamente como hombre o como mujer. Genéticamente, desde el momento de la concepción podemos determinar si el nuevo ser es de sexo masculino o femenino, no hay más alternativas. Por tanto hombre y mujer de manera natural tienen una relación recíproca.
- La sexualidad es algo muy importante en las personas porque los seres humanos somos sexuados, la sexualidad define nuestra masculinidad o nuestra feminidad²¹.
- El cuerpo humano, marcado por el sello de la masculinidad o la feminidad, está llamado a existir en la comunión y en el don recíproco. Por esto el matrimonio entre hombre y mujer es una institución natural que se caracteriza por una dimensión unitiva (que sólo se puede dar si hay diferenciación y complementariedad) y una dimensión procreativa (es decir, una apertura a la vida).
- La base de la *Ideología de Género* es negar la distinción masculino-femenino y la palabra “sexo”, sustituyéndola por “género”. Según esta ideología todos seríamos iguales, los datos empíricos biológicos no cuenta, y lo importante es el género (algo subjetivo y sin fundamento científico) que cada uno se construye. Negar la biología es simplemente negar la realidad por lo que esta base ideológica es extremadamente pobre y deja entrever la miseria moral que posee.

Después de esto algunas pautas, alternativas o propuestas:

- Redescubrir la dignidad ontológica común del hombre y la mujer en el reconocimiento recíproco y en la colaboración mutua. *“La sexualidad es un elemento básico de la personalidad; un modo propio de ser, de manifestarse, de comunicarse con los otros, de sentir, expresar y vivir el amor humano”*²². Hombre y mujer son iguales en dignidad y la diferencia sexual en masculino y femenino sólo muestra que uno es para el otro y viceversa.
- Frente al feminismo radical, una auténtica promoción de la feminidad que tiene su máxima expresión en la maternidad. Una mujer no es esclava del hombre por ser esposa y madre sino que plenifica lo que en esencia es. Citando a Janne Haaland Matlary: *“Las mujeres no podrán ser felices sino se dan cuenta de cuán profundamente la maternidad define su ser femenino, física y espiritualmente, y si no expresan esta realidad buscando que sea reconocida. Ser madre es mucho más que la experiencia, físicamente fuerte, de dar a luz y criar un hijo; es la llamada a una toma de conciencia existencial de lo que somos”*. El engaño del feminismo ha sido éste: hacer creer a la mujer que la maternidad era para ella un obstáculo que le impedía realizarse. Esto ha traído como consecuencia que muchas mujeres se sientan inferiores por el hecho de ser madres o de desear serlo. Parece como si la mujer tuviera que disculparse ante los hombres, ante la sociedad, ante otras mujeres, de estar esperando un hijo o necesitar tiempo y fuerzas para educar y criar a su familia²³.
- Reafirmar la identidad sexual (hombre-mujer) y familiar. Esto es lo natural. Hombre y mujer que en las diferencias se complementan en la unidad y se abren a la procreación. No caigamos en el juego de consentir y usar las expresiones propuestas por esta ideología: género, rol, sexualidad polimorfa, etc.

21 Cf. Blanco, B. *En defensa de la familia*. Espasa. Madrid, 2010, p. 98

22 Pontificio Consejo para la Familia. *Sexualidad humana: verdad y significado*. Orientaciones educativas en familia, n. 10.

23 Cdo. Conde, G. La Maternidad. Consultado en línea <http://es.catholic.net/mujer/461/976/articulo.php?id=5622>

- Amar al otro porque se le reconoce como digno de ser amado. Un amor que genera la comunión entre el hombre y la mujer y donde se aprende el valor de amar y ser amado²⁴. El amor humano es una donación exclusiva y permanente de los esposos. Dicho amor también alcanza al núcleo íntimo, espiritual de la persona, y no constituye simplemente un acto biológico.
- Hombre y mujer sociabilizan mediante el diálogo y el encuentro lo que da valor a las distintas relaciones que no se darían si no existieran diferencias. Cuando el amor se vive en el matrimonio, comprende y supera la amistad y se plasma en la entrega total de un hombre y una mujer, de acuerdo con su masculinidad y feminidad, que con el pacto conyugal se concibe, nace y se desarrolle la vida humana²⁵.

Quiero terminar con unas palabras de Edith Stein: “*No aceptéis como verdad nada que carezca de amor. Y no aceptéis como amor nada que carezca de verdad. El uno sin el otro se convierten en una mentira destructora*”.

Bibliografía

1. Alzamora Revoredo, Oscar. *La ideología de género*. Consultado en línea (5 de Agosto del 2012): <http://www.aciprensa.com/controversias/genero.htm>
2. Araújo de Vanegas, Ana María. *Complementariedad varón y mujer*. Consultado en línea (5 de Agosto del 2012): <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/832/83292408.pdf>
3. Aristóteles. *Metafísica*. Edimat Libros. Madrid, 2001.
4. Blanco, Benigno. *En defensa de la familia*. Espasa. Madrid, 2010.
5. Conde, Gloria. *La Maternidad*. Consultado en línea (5 de Agosto del 2012) <http://es.catholic.net/mujer/461/976/articulo.php?id=5622>
6. Elósegui, María. *La conferencia del Cairo y la creación del concepto de derechos reproductivos*. Consultado en línea (5 de Agosto del 2012): <http://www.es.catholic.net/sexualidadybioetica/352/791/articulo.php?id=21343>
7. Engels, Friedrich. *El origen de la Familia, la Propiedad Privada y el Estado*. Consultado en línea (5 de Agosto del 2012): http://www.marxists.org/espanol/m-e/1880s/origen/el_origen_de_la_familia.pdf
8. Fernández, Alvaro. *Ideología de Género: caballo de Troya cultural*. Consultado en línea (5 de Agosto del 2012): <http://www.vidayvalores.com/revista/numero6.pdf>.
9. Lacalle, María y Martínez Peroni, Patricia, Coord. *La Ideología de género*. Reflexiones críticas. Ciudadela. Madrid, 2009.
10. Llanes, María Isabel. *Del sexo al género. La nueva revolución social*. Eunsa. Navarra, 2010.
11. López López, Pablo. *El generismo, fase avanzada del denaturalismo*. Consultado en línea (5 de Agosto 2012): www.unav.es/congreso/ideologia_degenero/files/file/lopez.doc

²⁴ Op. Cit. Pontificio Consejo para la Familia. Sexualidad humana..., n. 9.

²⁵ Cf, ibídem, n. 14.

12. Marsal, Carmen. *Los principios de Yoguiakarta: derechos humanos al servicio de la ideología de género*. Consultado en línea (5 de Agosto del 2012): <http://dikaion.unisabana.edu.co/index.php/dikaion/article/view/1951/2504>
13. Mora Martín, Rafael. *Ideología de Género y verdad sobre la persona humana*. Consultado en línea (5 de Agosto del 2012): http://www.esposiblelaesperanza.com/index.php?option=com_content&view=article&id=1941:ideologia-de-genero-y-verdad-sobre-la-persona-humana-rafael-mora-martin&catid=31:1-que-es-la-ideologia-de-genero&Itemid=19
14. Pontificio Consejo para la Familia. *Sexualidad humana: verdad y significado. Orientaciones educativas en familia*.
15. Scala, Jorge. *La Ideología de Género o el Género como herramienta de poder*. Sekotia, Madrid 2010.
16. Trillo-Figueroa, Jesús. *La Ideología de Género*. LibrosLibres. Madrid 2009.
17. Vega Ana María. *Los derechos reproductivos y sus interpretaciones: una causa que se promueve en la ONU*. Consultado en línea (5 de Agosto del 2012): <http://www.aciprensa.com/aborto/aderechosr.htm>

BIOÉTICA DE LA ANTICONCEPCIÓN.

Rafael José Cabrera Artola.

Resumen

Este trabajo está orientado a dar a conocer la aplicación de los principios bioéticos en la prescripción y uso de los métodos anticonceptivos artificiales modernos.

Se establecen definiciones clásicas de los términos usados (ética, moral teórica o práctica, moral teológica) a la luz de la ley natural, la ley moral y la ley positiva. Se hace una definición de la bioética y se analiza a la luz del principio hipocrático: "Primum non nocere".

Luego se hace un enfoque sobre la dignidad de la persona humana y de los principios de autonomía, no maleficencia y beneficencia, analizándolos a la luz de lo que se enseña y promueve en todos los métodos anticonceptivos artificiales modernos, mostrando los daños fisiológicos y psicológicos que producen en sus usuarias a raíz de los efectos adversos que provocan a corto, mediano y largo plazo, incluyendo consecuencias sociales, éticas y políticas.

Bioética de la anticoncepción

ÉTICA: (del latín Ethica, y éste del griego, ethiká, moral, relativo al carácter). Ciencia o rama de la Filosofía que considera la bondad o malicia de los actos humanos de acuerdo con la luz natural de la inteligencia humana. La Ética se ocupa de aquellos actos que el hombre cumple libremente y de su relación con el fin último, trata por lo tanto de establecer las normas rectas de la conducta humana para después aplicarlas a la vida cotidiana.¹

MORAL: Podemos considerar que son reglas o normas por las que se rige el hombre en relación con Dios, consigo mismo con la sociedad y con el medio que le rodea. Este término tiene un sentido positivo frente a los de inmoral y amoral, que lo tienen negativo. La moral se relaciona con el estudio de la libertad.

MORAL TEÓRICA o PRÁCTICA. Defiende la vigencia simultánea de dos normas de moralidad.

MORAL TEOLÓGICA. Defiende una sola moral, por ser universal el último fin y por ser única la norma de vida dispuesta por Dios.

Todos los seres son regidos por leyes. El mineral, por leyes fisicoquímicas. El vegetal, por leyes físico-biológicas. El animal por ley del instinto. El hombre por la ley moral.

En el hombre, además de los reflejos instintivos, existen actos con intervención de la inteligencia y la voluntad. Estos actos se llaman actos morales. Estos actos se rigen por la ley moral.

¹ BASSO, DOMINGO M., O.P. Nacer y Morir con Dignidad. Estudios de Bioética Contemporánea. P. 468, Consorcio de Médicos Católicos, Buenos Aires, 1989

Rafael José Cabrera Artola. Fundador y Decano de la Facultad de Ciencias Médicas. Universidad Nicaragüense de Trópico Seco. Managua, Nicaragua. Nombrado "Gran Comendador de la Orden de San Gregorio Magno" por Su Santidad Juan Pablo II, 2001. Premio "Cardenal Von Galen" otorgado por Human Life International, 2007. [rafcabrera3@netscape.net]

La Ley Moral, puede sintetizarse de la siguiente manera:

HAZ EL BIEN Y EVITA EL MAL.

La Ley Natural, es la participación de la ley eterna en la criatura racional. La ley natural no es diferente a la misma naturaleza libre e inteligente.

De la Ley Natural, se deriva la Ley Positiva, que es el conjunto de normas, códigos y contratos con que el hombre regula las relaciones de los hombres entre sí, para que se produzca un desarrollo armónico de la Sociedad. Deposita en manos del Estado la constitución, proclamación y ejecución de estas leyes.

La Bioética es la rama de la ética que se dedica a proveer los principios de conducta humana de la vida; la ética está aplicada a la vida humana y no humana. Es la disciplina científica que estudia los aspectos éticos de la Medicina y la Biología, en general, así como de las relaciones del hombre con los restantes seres vivos. Aplicada a los Servicios Sociales, trata de impregnar a los profesionales para que antepongan la ética a otros intereses. Estudio sistemático de la conducta humana en el área de las ciencias humanas y de la atención sanitaria, en cuanto se examina esta conducta a la luz de valores y principios morales.

Hipócrates, nacido 460 años antes de Cristo, a la par de legarnos su Juramento, nos manifiesta su pensamiento, que es lapidario, para modelar nuestra conducta del quehacer médico al decirnos: PRIMUN NON NOCERE. (PRIMERO, NO HACER DAÑO).

La traducción de la alocución latina Primum non nocere, acepta varias formas, aunque se reconocen diferencias sutiles entre ellas:

“Primero no hacer daño”
 “Sobre todo no hacer daño”
 “Ante todo no hacer daño”
 “Primero que nada no dañar”
 “Antes que nada no dañar”

Se refiere, entonces, al deber de los médicos de no causar daño, deber que se ubica como prioridad en la jerarquización de obligaciones éticas, según se muestra, por ejemplo, en el libro de William Frankena, expresada en orden de mayor a menor compromiso:

1. La obligación de no producir daño o mal.
2. La obligación de prevenir el daño o el mal
3. La obligación de remover o retirar lo que esté haciendo un daño o un mal.
4. La obligación de promover lo que hace bien².
5. Pienso firmemente que con esta expresión se establecen los fundamentos de la Bioética.

¿Como se define la dignidad humana? En Wikipedia encontramos: “La expresión dignidad humana hace referencia al valor esencial e intransferible de todo ser humano, independientemente de su condición social o económica, raza, religión, edad, sexo, etc. La dignidad humana constituye la base de todos los derechos”.

La dignidad hace referencia al valor inherente al ser humano en cuanto ser racional, dotado de libertad y poder creador, pues las personas pueden modelar y mejorar sus vidas mediante la toma de decisiones y el ejercicio de su libertad.

² Lifshitz, Alberto. Seminario: El Ejercicio Actual de la Medicina. El significado actual de “primum non nocere”. http://www.facmed.unam.mx/eventos/seam2k1/2002/ponencia_jul_2k2.html. 2002

La dignidad se explica en buena medida por la “autonomía” propia del ser humano, como vieron ya Platón, Pico della Mirandola y Kant, pues sólo el que sabe y puede gobernarse a sí mismo, según un principio racional, resulta “señor de sus acciones” y en consecuencia, al menos parcialmente, un sujeto libre; al regular su comportamiento según normas propias, según el significado etimológico de la voz griega ‘auto-nomía’, ya no es un mero súbdito, ya no está bajo el dictado de otro, sino que es un ciudadano. Entendemos que esa autonomía o dignidad es sólo un “potencial de emancipación” respecto a las necesidades e imposiciones naturales o sociales y en la historia universal del género humano³.

Para nosotros, el principio fundamental de la Dignidad Humana radica en que hemos sido creados a Imagen y Semejanza de Dios.

De una manera muy simple, tengo el convencimiento de que el actuar médico ha de ir enfocado en el reconocimiento de la dignidad humana, y no efectuar ningún acto que la lesione, que le provoque daño.

Analícemos ahora en qué consiste la Anticoncepción.

Se dan las siguientes definiciones

- ◊ Método anticonceptivo o método contraceptivo es aquel que impide o reduce significativamente las posibilidades de una fecundación o un embarazo en las relaciones sexuales. Los métodos anticonceptivos contribuyen decisivamente en la toma de decisiones sobre el control de la natalidad (número de hijos que se desean o no tener), la prevención de embarazos, así como en la disminución del número de embarazos no deseados y embarazos en adolescentes. Los métodos que se administran después de mantener relaciones sexuales se denominan anticonceptivos de emergencia. La generalización de la planificación familiar y la educación sexual favorecen la utilización óptima de los métodos de anticoncepción⁴.
- ◊ Anticonceptivo - Medio, práctica o agente que impide a la mujer quedar embarazada⁵.
- ◊ Medida de prevención de la reproducción por medio de la relación sexual.
- ◊ Anticonceptivos - Son métodos que se usan para prevenir embarazos o enfermedades de transmisión sexual. Preservativos, píldoras, dispositivo intrauterino, etc. Es importante usarlos luego de consultar con un especialista para saber si corresponde a la edad y a la salud de quién lo usará.
- ◊ Dispositivo anticonceptivo flexible de látex o de plástico en forma de cúpula que, tras aplicarle espermicida, se introduce en la vagina sobre el cuello del útero antes del acto sexual. (basado en Wordnet Contraceptive diaphragm).

Después de conocer estas definiciones, hacemos las siguientes consideraciones.

La concepción, fecundación o fertilización derivada de la unión de un gameto masculino y un gameto femenino, es parte de la naturaleza antropológica de los seres vivos. Es un evento natural en sí mismo. De modo, que cualquier intervención artificial que produzca la inhibición de este proceso, es antinatural. Es un acto contranatura, por consiguiente es contrario a la ley natural.

³ es.wikipedia.org/wiki/Dignidad: Roberto Andorno, “El principio de dignidad humana en el bioderecho internacional”. Boletín del Consejo Académico de Ética en Medicina, Buenos Aires, Agosto 2011. Jesús Ballesteros, “Exigencias de la dignidad humana en Biojurídica”, Bioeticaweb

⁴ es.wikipedia.org/wiki/Anticoncepción

⁵ es.wiktionary.org/wiki/anticonceptivo

Ahora, si analizamos específicamente los llamados métodos anticonceptivos modernos (artificiales), veremos su incompatibilidad con los principios de la bioética.

ANTICONCEPCIÓN HORMONAL: Es la que utiliza hormonas sintéticas con propiedades semejantes a la producción natural y normal que toda mujer tiene cíclicamente producidas en sus ovarios. Al ser administradas por vía oral, parenteral, pellets, cremas, con modificaciones químicas estructurales y a dosis mayores que la producción natural, producen un bloqueo de la homeostasis endocrina de la mujer, con la inhibición de su producción natural de hormonas, que le desequilibra varias funciones bloqueando su capacidad procreativa. Esos compuestos actúan en tres formas diferentes: inhibición de la ovulación (acción anovulatoria), espesamiento y alteración estructural del moco cervical para impedir que el espermatozoide penetre a través del cuello uterino (acción anticonceptiva de barrera) y alteración histológica y funcional del endometrio, capa interna del útero que anidaría al embrión, inhibiendo su implantación (acción antiimplantatoria o abortifaciente). Esto es válido para todas las presentaciones existentes en el mercado.

ANTICONCEPCIÓN DE EMERGENCIA: Es la aplicación de una dosis alta de estas hormonas sintéticas, con concentraciones 10 veces mayores de las usadas comúnmente en las píldoras anticonceptivas, usadas en las 24 horas siguientes de una relación sexual. Tiene acción abortifaciente al alterar histológica y funcionalmente el endometrio. Lógicamente esto ocurre si el acto sexual ocurre entre 3 días antes a 2 días después de la ovulación. También, si han pasado entre 48 horas y 5 días después del acto sexual, recomiendan como anticoncepción de emergencia la aplicación de un dispositivo intrauterino, para que actúe con acción abortiva. Y si ha pasado más de una semana, indican la Mefiprestona (RU 486) y el Ulipristal (Elle) que la FDA aprobó el 13 de Agosto 2010.

Algunos métodos anticonceptivos, como el DIU, la “píldora del día después” (levonorgestrel), la píldora de los cinco días después (acetato de ulipristal) y la mifepristona, actúan impidiendo la anidación del blastocisto (una de las fases por las que pasa el óvulo fecundado) todavía no implantado en el endometrio materno. Es por ello que hay personas que los consideran como «métodos anticonceptivos abortivos», y los rechazan distinguiéndolos de los considerados como «métodos anticonceptivos no abortivos» (que evitan la concepción en un sentido estricto). Instituciones religiosas como la iglesia católica se han mostrado contrarias a los métodos anticonceptivos no naturales, especialmente a los que ellos consideran como abortivos⁶.

Analizados a la luz de la Bioética vemos: Violentan la dignidad humana al provocar abortos embrionarios provocando la muerte de seres humanos inocentes. Rompen el principio de PRIMUN NON NOCERE, pues las mujeres son inducidas a tomar:

1. Medicamentos esteroideos
2. De uso delicado
3. Con administración prolongada
4. Que son suministrados a pacientes sanos
5. Para bloquear una función normal
6. Tienen acción farmacológica
7. Pero no poseen acción fisiológica
8. Son medicamentos sintéticos
9. Suministrados a dosis fijas
10. Que provocan presencia hormonal fuera del ciclo normal
11. Con alteraciones metabólicas, inmunológicas, sistémicas
12. Capaces de producir efectos adversos a corto, mediano y largo plazo

⁶ Pablo VI: *Humanae vitae*,

http://www.vatican.va/holy_father/paul_vi/encyclicals/documents/hf_p-vi_enc_25071968_humanae-vitae_sp.html, 1968

A CORTO PLAZO:

1. Gastritis
2. Irritabilidad
3. Insomnio
4. Incremento Ponderal
5. Hiper Cromías
6. Dolor en Miembros Inferiores (Várices)
7. Secreciones vaginales anormales

A MEDIANO PLAZO:

1. Incremento de Vaginitis por Hongos, virus, Parásitos y Bacterias
2. Incremento en las I.T.S.
3. Disminución de la libido
4. Incremento de varicosidades en miembros inferiores
5. Incremento en la Tensión arterial

A LARGO PLAZO:

1. Fenómenos Tromboembólicos
2. Infarto de Miocardio
3. Incremento de la Dislipidemias
4. Hipertensión arterial
5. Tumores hepáticos malignos (Hamartoma)
6. Cáncer de mama
7. Cáncer de Cérnix

Valoración Bioética. Ante esta evidencia, no queda la menor duda que la prescripción de estos fármacos es una flagrante agresión a la dignidad e integridad de la persona humana, afectándola con riesgos innecesarios a su salud y bienestar, que incluso puede tener un efecto letal para ella, sin olvidar su capacidad abortiva, que produce la muerte de un ser humano en sus primeras etapas de desarrollo, violando los principios éticos enunciados.

ANTICONCEPCIÓN MECÁNICA:

Actúan como una barrera física, su labor es interrumpir el paso de los espermatozoides al interior del útero femenino, evitando así, su encuentro con el óvulo impidiendo la fecundación.

TIPOS DE BARRERAS ANTICONCEPTIVAS: Preservativos Masculinos, Diafragma, Espermicidas Vaginales: Son sustancias químicas que actúan matando a los espermatozoides. Su consistencia cremosa y espesa, dificulta además el ascenso de los mismos a las trompas de Falopio.

Los espermicidas tienen dos componentes: uno inerte que sirve de base (espuma, crema, supositorio) y otro activo que destruye los espermatozoides. El ingrediente activo o agente espermicida inmoviliza los espermatozoides; los dos agentes espermicidas de gran eficacia son nonoxinol-9 (el más ampliamente utilizado) y el octoxinol-9. El mecanismo de acción de los espermicidas consiste en matar a los espermatozoides o hacer que estos sean incapaces de movilizarse.

DISPOSITIVOS INTRAUTERINOS

La historia de los dispositivos intrauterinos (DIU) se remonta a la antigüedad. Se dice que en las tribus nómadas del desierto unas piedrecillas redondeadas eran insertadas en el útero de las camellas a fin de prevenir el embarazo.

Los primeros aparatos cérvico-uterinos consistían en botones o capas que cubrían el orificio cervical del útero. Los materiales usados eran marfil, madera, vidrio, plata, oro, y para las más ricas, incrustaciones de platino y diamantes.

Funcionamiento

Actualmente, el dispositivo intrauterino es un marco plástico pequeño y flexible, que lleva un alambre de cobre o mangas de cobre. Se inserta en el útero de la mujer a través de la vagina preferentemente cuando la mujer esté con la regla, ya que de este modo el cuello del útero se encuentra más abierto. Algunos modelos añaden al cobre una pequeña cantidad de plata para prolongar por más tiempo la acción anticonceptiva.

En las mujeres, los dispositivos intrauterinos producen alteraciones del «ambiente» uterino por medio de una reacción al cuerpo extraño que es el DIU, que impide la anidación del huevo en la pared uterina ya que no se encuentra en las condiciones adecuadas para recibir al óvulo si éste hubiera sido fecundado. También parece demostrado que su acción se extienda más allá del útero, interfiriendo los pasos del proceso reproductivo que se inicia en las trompas de Falopio, alterando los movimientos peristálticos de éste lo que interfiere en el recorrido del óvulo hacia el útero. Por otro lado, como reacción al dispositivo se segrega más cantidad de flujo, lo cual dificulta el acceso de los espermatozoides.

Tipos de DIU

El tipo de DIU más ampliamente usado es el DIU portador de cobre. También existen dispositivos que contienen una pequeña cantidad de hormonas esteroideas (hecho de plástico, libera en forma constante pequeñas cantidades de la hormona progesterona u otro gestágeno tal como el levonorgestrel). Pero no son muy frecuentes en el mercado. El principal beneficio de estos nuevos dispositivos es la disminución de la cantidad de sangrado en el ciclo menstrual.

Los DIU son también llamados DCIU (dispositivos contraceptivos intrauterinos).

La mayoría de estudios realizados sobre el uso del DIU demuestran que las mujeres portadoras tienen un riesgo más elevado de contraer una enfermedad inflamatoria pélvica que las que utilizan métodos de barrera. En cuanto a la posibilidad de contraer infecciones, se desconoce, todavía, si el uso del DIU eleva la posibilidad o simplemente, como opinan muchos investigadores, no protege contra la misma.

Si existiese algún indicio de ITS, los gérmenes aprovecharían el cuerpo extraño para ascender al útero con rapidez y la infección se haría más grave, pudiendo cursar con esterilidad.

El DIU aumenta la probabilidad de que si se produce un embarazo este sea extrauterino, por lo tanto no es recomendable para mujeres con historia de embarazo ectópico.

Si existe o existió alguna enfermedad inflamatoria pélvica aguda (EIP), la colocación del DIU incrementa la posibilidad de infertilidad debida a cicatrices tubáricas y obstrucción.

MÉTODOS QUIRÚRGICOS (esterilización)

Al solicitar la esterilización debe entenderse que la infertilidad resultante se considera permanente, aunque actualmente existen procedimientos mediante los cuales es posible revertir, en algunos casos, la infertilidad masculina y femenina, pero éstos son muy costosos y presentan gran cantidad de fracasos. La selección entre esterilización masculina (vasectomía) o femenina (ligadura de trompas) con fines contraceptivos depende de varios factores: edad, número y edad de hijos vivos, duración del matrimonio, estatus económico, educación, métodos anticonceptivos utilizados con anterioridad, creencias morales, éticas, culturales y religiosas, riesgos versus beneficios, sentimientos y actitudes comunes de ambos cónyuges.

TIPOS DE ESTERILIZACIÓN

Ligadura de Trompas:

Es una intervención quirúrgica donde se bloquean (con clips, anillas o electrocoagulación) ambas trompas de Falopio, de modo que el óvulo producido por los ovarios no pueda ser fecundado por un espermatozoide.

Vasectomía:

No es una castración, no afecta los testículos. Se realiza a través de una incisión pequeña en la piel del escroto (la bolsa de piel que recubre los testículos) para extraer cada conducto deferente y cortarlos, después se atan con un hilo uno o ambos de los extremos cortados. Mediante este procedimiento se impide que el semen contenga espermatozoides.

El hombre aún puede tener erecciones y eyacular semen.

Es preciso tener en cuenta que ni la vasectomía ni la ligadura de trompas previenen las infecciones de transmisión sexual (ITS) incluyendo el VIH/SIDA.

Su único riesgo es el de cualquier pequeña intervención bajo anestesia local, en el caso de las vasectomías, o bajo anestesia general en el caso de la ligadura tubárica.

En casos raros, cuando la mujeres está esterilizada y ocurre un embarazo, la probabilidad de que sea un embarazo ectópico es más alta que en una mujer que no usó ningún método anticonceptivo⁷.

VALORACION BIOÉTICA:

Conforme lo expuesto, en la ligadura de trompas o en la vasectomía, una persona sana es sometida a un acto quirúrgico que tiene por fin, mutilar un segmento sano de su anatomía, que dará como consecuencia la abolición de una función natural, la función procreativa, convirtiéndola en estéril y exponiéndole a un innecesario riesgo quirúrgico y anestésico así como posibilidades de infecciones o muertes por esa causa. Éticamente no estamos autorizados a intervenir dentro del organismo humano si no es por una causa necesaria para la recuperación de la salud. Es como si indicásemos a un cardiópata que debe restringir su actividad física al máximo, que se le amputasen los miembros inferiores para que esta reducción fuese efectiva. Hay que tomar en cuenta que las personas esterilizadas, sobre todo las mujeres, desarrollan en alto grado problemas afectivos de diversos niveles cuando posteriormente renace en ella el instinto maternal. En un estudio hecho en Vietnam, sobre 35.000 mujeres a las que se les practicó salpingoclasia, reportaron 1.800 complicaciones severas y la ocurrencia de 30 muertes, con lo que se infiere que no es un proceso inocuo⁸. También la vasectomía no está exenta de efectos adversos posteriores, habiendo estudios que la relacionan con: un incremento en cáncer de testículo, dislipidemias, hipertensión, gota.

Para finalizar, no puedo dejar de mencionar que la anticoncepción, antinatural por esencia, en sí misma contrario a principios bioéticos, también tiene:

CONSECUENCIAS SOCIALES:

- Aumento en los divorcios
- Incremento de niños abandonados
- Maltrato a la mujer y el niño
- Suicidio juvenil

⁷ British High School. Departamento de Ciencias, Biología en: http://html.rincondelvago.com/metodos-anticonceptivos_2.html // Enciclopedia Encarta online www.encarta.com

⁸ Popline, junio 1994

- Drogadicción
- Prostitución
- Lesbianismo
- ETS - SIDA

CONSECUENCIAS ÉTICAS:

- Técnicas de fertilización asistida
- Experimentación en embriones
- Comercialización de embriones

CONSECUENCIAS POLÍTICAS:

- Legalización del aborto
- Legalización de la eutanasia
- Control político de la población
 - Brasil
 - Australia
 - Perú

Conclusión

Los anticonceptivos “modernos” a como los etiquetan los propulsores de la “cultura de la muerte”, por su misma connotación de actuar “contra-natura”, no pueden ser aceptados desde el punto Bioético, ya que dañan a la persona humana en su dignidad, salud y futuro provocándoles alteraciones fisiopatológicas que van desde lesiones leves hasta mortales, trastocando la ecología femenina en sus aspectos físicos y psicológicos, convirtiendo a la mujer en objeto y despojándola de su necesidad de ser sujeto de su propia historia. Violenta los principios bioéticos de autonomía, al no cumplir con el deber de pedir su “consentimiento informado” sobre el método prescrito, que incluye toda la evidencia médica de los daños que pueden producir. De ahí se deriva que también se violenta el principio de beneficencia y el de no maleficencia, estando las campañas anticonceptivas desprovistas de equidad en relación al varón. Y el principio de justicia se ve afectado, al ser la mujer víctima de daños en su salud física y psicológica por los efectos adversos conocidos (mas de 150), que se extienden en sus contornos familiares, sociales y ecológicos.

Estos métodos, por ser contrarios a la naturaleza, recibirán de parte de ella la repuesta lógica y natural que a través de la historia hemos conocido, como consecuencia del daño inflingido. Recordemos que Dios, siempre perdona, los seres humanos, algunas veces, pero la naturaleza, nunca perdona y siempre pasa la factura.

Bibliografía adicional recomendada

- BENEDICTO XVI: INSTRUCCIÓN DIGNITAS PERSONAE. http://www.vatican.va/roman_curia/congregations/cfaith/documents/rc_con_cfaith_doc_20081208_dignitas-personae_sp.html , 2008
- CASTAÑEDA, ADOLFO J. STL: La Defensa del Niño por Nacer ante la “Cultura” de la Muerte. Human Life International, USA. 2007
- ELIZARE BASTERRA, FRANCISCO JAVIER: Bioética, Ediciones Paulinas, Madrid. 1991
- HERRANZ, GONZALO: Comentarios al Código de Ética y Deontología Médica. EUNSA, Pamplona, España. 1992.
- JUAN PABLO II. ENCICLICA EVANGELIUM VITAE. http://www.vatican.va/holy_father/john_paul_ii/encyclicals/documents/hf_jpii_enc_25031995_evangelium-vitae_sp.html 1995
- PUIG, MIRIAM. Dra. PhD (EDITOR RESPONSABLE).: SI A LA VIDA. Compendio de bioética, vida naciente, fertilización in vitro, procreación artificial, experimentación fetal. PROVIVE, Caracas, Venezuela, 1989.

LENGUAJE, CIENCIA Y MORAL DE LA INFERTILIDAD, EN LA FAMILIA DEL SIGLO XXI.

Hugo O. M. Obiglio.

Resumen

El objeto de nuestra presentación es tratar de precisar cual es la oferta que el mundo de las ciencias, sin apartarse del hecho moral, propone hoy para el manejo de la infertilidad. Para ello trataremos de marcar las diferencias estableciendo lo que se debe entender por infecundidad, infertilidad, subfertilidad y esterilidad. Esto nos permitirá corregir el concepto cuasi universal de que la Fecundación in Vitro (FIV) es la única posibilidad de salvar la instancia de la infertilidad. La misma afecta hoy al 30.9 % de la población en edad de procrear en los países en desarrollo. La angustia y frustración con que generalmente se vive esta situación, lleva o a la adopción, solución dificultosa para todo el mundo, o a la FIV, lo que hace que se ponga en evidencia una falla de fundamento moral que se traduce por parte del equipo de salud en un equivocado manejo del consentimiento informado.

Estudios últimos han demostrado que la infertilidad responde en un 20% de los casos a trastornos hormonales femeninos y en un 30 a 40 % a una compleja patología tubárica.

Es una obligación moral que el equipo de salud de una información completa de las alternativas médicas que hoy ofrece la NaPro Tecnología, abordando las causas subyacentes de la infertilidad tanto de la mujer como del hombre a fin de posibilitar el acercarse a la maternidad mediante una relación sexual normal.

La Pontificia Academia para la Vida en su pasada Asamblea abordó el tema de la infertilidad insistiendo después de analizar los valores biológicos, psicológicos, sociales y morales, en el hecho que desde el punto de vista estrictamente científico y con el fin de calmar la ansiedad con que se vive la infertilidad, se deberá generar una mayor conciencia de lo que hoy ofrece la ciencia como esperanza firme dentro del ámbito de la medicina hipocrática.

Palabras clave:

Infecundidad, infertilidad, subfertilidad, esterilidad, consentimiento informado, manipulación del lenguaje, ética de los medios de comunicación, objeción de conciencia.

Introducción

El objeto de nuestra presentación es tratar de precisar cual es la oferta que el mundo de las ciencias, sin apartarse del hecho moral, propone hoy para el engañoso manejo de la infertilidad.

La actualidad del tema que nos ocupa me ha llevado en este último quinquenio a abordarlo desde diferentes ángulos, si bien contemplando como núcleo central la responsabilidad que asumen hoy los medios de comunicación al acercarse a la comunidad.

Hugo O.M. Obiglio. Director del Instituto de Bioética de la Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas Argentina y Vicepresidente de la misma. Académico de número de la Academia Pontificia para la Vida, de la Real Academia de Ciencias Morales y Políticas (España) y de la Academia Chilena de Ciencias Sociales, Políticas y Morales. [obigliohugo@speedy.com.ar]

Para ello tomaré dos ejemplos que pasan por precisar la manipulación que hace a una política demográfica con las implicancias que presentan el nacer y el morir del hombre en la actualidad a través de una voluntaria infecundidad en la mujer; para continuar con el cómo los medios de comunicación y particularmente el periodismo científico han asociado el tema de la infertilidad con el de la procreación artificial (FIV). Esto no es un hecho reciente puesto que Louise Brown, la primer bebé de probeta, cumplirá en julio del 2013 35 años; abriendo Edwards – premio Nobel de medicina en 2010 – la puerta a la manipulación de la persona, cosificándola, dando pié al mayor genocidio de la historia, consolidando la eutanasia incipiente y la eugenesia a través de la manipulación genética embrional y del ambiguo a la par que publicitado derecho a la vida.

Al no ser un filólogo ni un lingüista, ni conocer en profundidad la semiótica aplicada al lenguaje, es que trataré de proyectarlo de una manera diferente. Decía en uno de mis anteriores trabajos que desde sus inicios el hombre, como ser social, ha tratado de manifestarse a cualquier costo. “En las comunidades anteriores al lenguaje e incluso en la actualidad, los individuos pertenecientes a grupos lingüísticos diversos se comunican mediante el gesto, expresión facial y el tono de voz¹.

Hoy es relativamente común ver en las grandes conferencias que al orador, no solo lo acompaña un sistema de traducción simultánea, sino que también está presente una traducción gestual para aquellos que han perdido la audición y el habla. Las investigaciones que se llevan adelante, en este campo y en el de la filología, pretenden demostrar cuándo y cómo nació el lenguaje, cómo se formaron los signos lingüísticos y cuál fue el alcance de sus relaciones².

Es mi intención como lo comentara al inicio de mi exposición, crear una fuerte preocupación por la irresponsabilidad con que los medios manejan aquella información que hace al derecho a la vida, a la dignidad de la persona y a una sexualidad responsable.

Combatir la ignorancia sobre todo aquello vinculado con la vida humana y la dignidad de la persona es un fuerte deber personal, en el que también debieran comprometerse y no lo hacen en general, todas las instituciones educativas católicas, léase colegios, universidades, y también seminarios. Estas afirmaciones no son producto de mi imaginación, si no que responden a una inquietud planteada por el papado en este último siglo y muy en particular, hoy por su S.S. Benedicto XVI quien afirmó en una de sus exposiciones magistrales en la Universidad Gregoriana de Roma:

“La finalidad esencial de la educación es la formación de la persona a fin de capacitarla para vivir con plenitud y aportar su contribución al bien de la comunidad”. Para alcanzar este ambicioso objetivo “no es suficiente una información técnica y científica; hay que privilegiar una educación en los valores humanos y morales que permita a cada joven tomar confianza en sí mismo, esperar en el futuro, preocuparse de sus hermanos y hermanas y asumir su papel en el crecimiento de la nación, con un sentimiento cada vez más agudo de preocupación por el prójimo³.

A esta primer causa de desinterés del mundo en general sobre estos temas, hecho que facilita la manipulación del lenguaje, debemos agregar la presión de grupos tales como organismos internacionales, fundaciones y corporaciones, que hacen suyo, como dijera Schooyans, un *imperialismo integral* al que califica como *imperialismo metapolítico*, ya que procede de una concepción particular del hombre⁴.

1 Obiglio H. O. M. “Manipulación Del Lenguaje En Las Ciencias De La Salud: Promesas Y Engaños.” Discurso pronunciado en la XII Jornada De Bioética Schoenstatt. 15 de mayo de 2010.

2 Ibidem.

3 Amilburu M. G. “La misión de la universidad en y para el siglo XXI en los textos recientes de Benedicto XVI”. Estudios Sobre Educación. Vol. 18. Año 2010, p. 281

4 M Schooyans. “El nuevo orden mundial y la seguridad demográfica”. Correspondencia personal

En el pasado siglo la manipulación del hombre se realizó fundamentalmente en Europa de una manera brutal. Recordemos la masacre de mas de un millón de armenios y cristianos por el imperio otomano, considerada por los historiadores como el primer genocidio del siglo XX, los campos de concentración en la Alemania nazi y las muertes que siguieron a la humillante obediencia marxista en los *gulag* de Siberia, o la sangre que corriera en los campos de Camboya de la mano de Pol Pot. A esa manipulación agresiva, el mundo actual nos muestra hoy el mismo espíritu dominador pero bajo formas cultivadas, incluso, como dice López Quintás, seductoras. Y para llevar a cabo “este colosal fraude, ningún medio es más dúctil y eficaz que el lenguaje”. Pareciera que nuestra civilización, que nuestra cultura, que los hombres y los pueblos, todavía no han percibido el peligro que corren al verse inconscientemente expuestos a compartir objetivos inicuos que se presentan encarnados y encubiertos por un atractivo materialismo y consumismo permisivos.

Me impresiona el eufemismo de los *programas de sexo seguro* que llevan adelante campañas de anticoncepción, de esterilización y de aborto encubiertas a través de la instrumentalización de un nuevo neologismo, como lo es la búsqueda de un alto nivel de *salud reproductiva* o el “derecho a una maternidad libremente decidida⁵, cuando ciertamente lo que se materializa a través de estos programas es un verdadero genocidio del no nacido. Mientras, por otro lado se realiza un gran esfuerzo en algunos centros de salud para ir a la búsqueda de hijos a través de una política agresiva de procreación artificial potenciada por un equívoco concepto de los alcances de la infertilidad. Un reciente y nuevo ejemplo de manipulación del lenguaje es llamar al alquiler de vientres, “gestación por sustitución”.

Ahora bien y siendo la palabra una manifestación del lenguaje es indudable que no puede pasar desapercibida la relevancia de su manipulación.

Evelyn Fox Keller decía que la idea de que las palabras son una cosa y los actos otra, fue radicalmente socavada en 1955 cuando J. L. Austin expuso su teoría de los *actos de habla* en una serie de conferencias dictadas en Harvard. Lo novedoso de ésta propuesta se centraba en que la función del lenguaje, que la mayoría de las veces era descriptiva, podía ser ocasionalmente performativa, y de allí la expresión *acto de habla*. Como tales, son inherentes y necesariamente sociales, y dependen de la existencia de convenciones acordadas sobre el efecto de ciertas palabras tales como género, familia, homosexualidad, reproducción, pronunciadas en circunstancias particulares por personas convencionalmente autorizadas a poner en práctica dichos efectos. La promoción de la equívoca expresión *salud reproductiva* es un buen ejemplo de lo antedicho.

Recordemos que los conceptos son expresados por términos o palabras cuya función es doble: representan cosas y también nos permiten comunicarnos, esto personifica la aceptación del termino con un significado similar para los interlocutores; pero lamentablemente en ocasiones y *ex profeso* estos son usados para significar cosas diversas entre si.

E. Quintana, al abordar el tema del “Lenguaje jurídico y la procreación artificial”, hace hincapié en las mutaciones sociológicas y su impronta en el significado de las palabras, poniendo como ejemplo la expresión “derecho al hijo” en el ámbito de la reproducción humana, a través de la procreación artificial. Sin ahondar en el tema porque no es objeto de este trabajo, señalamos el *mixing* existente en el común de la gente entre términos como “concepción”, “generación” y “procreación”. Es habitual afirmar que una mujer ha concebido a un hijo y que los progenitores generan al hijo o lo han procreado pero jamás hemos oído decir a los padres que anuncian un embarazo: “me estoy reproduciendo”.

5 Trevijano P. “Los nuevos ‘derechos’ humanos”. 15 de junio de 2012. <http://www.religionenlibertad.com/articulo.asp?idarticulo=23215>. Cita del autor referente a la Ley 2/2010 de salud sexual y reproductiva y de la interrupción voluntaria del embarazo del 3 de marzo de 2010. Artículo 3-2

El reproducir se asocia con la idea genérica de especie; recordando que en la lógica tradicional el hombre es una especie del género animal⁶, al cual Dios para revelarse le habla en palabras humanas⁷.

Durante estos últimos años hemos visto alterar el significado de muchas definiciones en el campo de las ciencias duras y particularmente en las biológicas, y en éstas desde los inicios de la vida. Un ejemplo de lo dicho es el mal uso del término concepción encontrado en un artículo que Harper C. y Ellerton C. titularan “Knowledge and Perception of emergency contraceptive pills among a college-age population; qualitative approach”⁸. En él todo su contenido se soporta en la equivocada suposición que implantación y concepción son sinónimos. Hoy ningún biólogo se anima a negar que la concepción se define, como el instante en que el espermatozoide penetra y fertiliza al óvulo dando como resultado un primer estadio vital como lo es el *one embryo cell*. Una mujer está embarazada desde el momento de la concepción, lo que nos obliga a hablar de vida humana desde los inicios y no desde la implantación. No escapará a ustedes que el cambio del significado de estas palabras en el especialísimo momento del inicio de la vida, trae como consecuencia una encubierta acción política no sólo anticonceptiva sino también eugénico – eutanásica.

Quisiéramos ser justos afirmando que esta manipulación no es exclusiva del campo de las ciencias de la salud. Pareciera que, como afirmara Landaburu en un interesante artículo publicado meses atrás en La Nación, “A más crisis, más neologismos”. Comentando que:

“Hasta hace apenas unos meses al escuchar *Prima de riesgo* un español hubiera creído que se hablaba de una parienta que practica deportes extremos, apunta un artículo del Portal Financiero español ‘El Economista’. El chiste no es muy inspirado pero sirve para graficar que desde la caída de Lehman Brothers en el 2008, fueron muchos- periodistas y políticos incluidos- los que tuvieron que hacer un curso intensivo de términos financieros para intentar entender la crisis. Es así que hoy hablamos de *Spread*, *double-dip* (doble recesión), *activos tóxicos* o *Bonos basura*”⁹.

Esta que podríamos llamar *Neologismo manía*, con los riesgos que implica, ha invadido también el campo de la política; hablando hasta hace pocos meses de *Merkosy*, hoy *Merkhollande* por el flamante presidente de Francia, Françoise Hollande o *Super Mario* en referencia al primer ministro Mario Monti de Italia¹⁰.

Afirmamos que hoy, manipular el lenguaje tiene como fin último el ironizar un hecho o imponer una mentira que... negando la verdad objetiva de la realidad, va en contra de un rasgo fundamental del hombre que es ir al encuentro de la Verdad¹¹.

Definiciones

Esta introducción no hace otra cosa que acercarnos a la par que fundamentar la necesidad de establecer con claridad el significado de los distintos términos vinculadas con la infertilidad, me refiero a infecundidad, subfertilidad y esterilidad.

6 Cf. Quintana E. “*La vida humana desde el punto de vista legal*”, en *Iatria*, N° 183, Bs. As., Año 2002, p. 42 y ss.

7 Cf. Catecismo de la Iglesia Católica. Conferencia Episcopal Argentina. Buenos Aires, 1993. Art. 101

8 Harper C, Ellerton C. “*Knowledge and perceptions of emergency contraceptive pills among a college-age population: a qualitative approach*”. *Fam Plann. Perspectives*, 1995; 27 (4): pp.149 – 154.

9 Landaburu J. “*A más crisis más neologismos*”. *Diario La Nación*. Argentina. 20 de mayo de 2012.

10 *Ibidem*.

11 Barreiro, Ignacio. “*Manipulación verbal*”. *Lexicón*. Edición Palabra. Madrid. 2004.

Veamos, definamos primero fertilidad:

Fertilidad: “Es la aptitud sexual para la reproducción. Requiere la normalidad anatómica y funcional del aparato genital femenino y masculino”¹².

Fecundidad es llevar a cabo la capacidad de tener hijos. El índice de fecundidad de una población es el cociente resultante del número de nacimientos anuales, por el número de mujeres en edad fértil¹³.

La **esterilidad** es la “Incapacidad para tener hijos. Puede ser de origen femenino o masculino. Se considera la pareja estéril cuando después de un año de relaciones sexuales normales no se consiguen embarazos. Se denomina *esterilidad primaria* a aquella en la que nunca han habido embarazos y la *esterilidad secundaria* se refiere a la situación en la que han habido embarazos previos y después surge la imposibilidad de nuevas gestaciones.

La **infertilidad** es la “Imposibilidad de llevar un embarazo a su término por producirse un aborto o un parto inmaduro, con muerte del feto (...)”¹⁴. Es decir que la mujer consigue gestaciones, pero el embarazo termina en aborto. El concepto de infertilidad debe por lo tanto distinguirse del de esterilidad.

Infecundidad: Es la ausencia de hijos. Puede ser voluntaria o involuntaria en cuyo caso sería sinónimo de infertilidad¹⁵.

Subfertilidad: Cuando existen las posibilidades pero el embarazo no ocurre¹⁶.

Antes de cerrar esta serie de definiciones creemos necesario que el profesional de las ciencias de la salud las incorpore a los contenidos que sobre el tema de infertilidad deberá transmitir a quienes consultan sobre el mismo.

Debo advertir que en la mayoría de los textos de bioética que abordan temas vinculados con el comienzo de la vida biológica del hombre, encontramos que la palabra *esterilidad* domina francamente a la de *Infertilidad* y en la mayoría de los casos se toman como sinónimos.

Estadísticas

La ciencia en estos últimos años nos ha llamado la atención al abordar estos temas, ya que la responsabilidad de la infertilidad que con anterioridad caía casi exclusivamente en la mujer, hoy es compartida con el hombre, en un porcentaje aunque menor, también significativo.

Las estadísticas sobre infertilidad nos indican que: el 8 a 22% ocurre en hombres, un 25 a 37% en mujeres y un 21-38% en ambos; mientras que en el 5 a 15% de las parejas diagnosticadas como infértiles, incluso después de una completa evaluación, no se podrá determinar las causas del problema¹⁷.

Estudios últimos han demostrado que la infertilidad responde en un 20% de los casos a trastornos hormonales femeninos y en un 30 a 40 % a una compleja patología tubárica que afecta en los países en desarrollo al 30.9 % de la población en edad de procrear.

12 Clínica Universidad de Navarra. Diccionario médico.

<http://www.cun.es/area-salud/diccionario-medico/todas/25?busqueda=esterilidad>

13 Ibidem.

14 Ibidem.

15 Ibidem.

16 Brugo Olmedo S, Chillik C, et al. “Definición y causas de la infertilidad”. Revista colombiana de Obstetricia y Ginecología. Vol. 54 N° 4 2003. http://www.fecolsog.org/userfiles/file/revista/Revista_Vol54No4_Octubre_Diciembre_2003/v54n4a03.PDF

17 Balarezo López M. G. “Infertilidad masculina: un análisis sociológico del problema”. Revista Diagnóstico. Vol. 43. N° 2 marzo-abril 2004. <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2004/mar-abr04/73-77.html>.

En la actualidad, considerando a la infertilidad como un denominador común a los problemas que se plantean en la procreación, queda claro que el 70% de los casos serían susceptibles de una posible corrección a través de los avances de la microcirugía tubárica, del tratamiento hormonal y también del tratamiento de las enfermedades de transmisión sexual (ETS) en sus inicios, para evitar las secuelas de las mismas.

El 30% restante que escapa a la posibilidad de corrección es el que por voluntad propia y sin analizar el hecho moral, podría requerir los servicios del ART - tecnología de reproducción asistida. Es aquí donde el **consentimiento informado** juega un papel determinante en la elección de una técnica que ofrece, en el mejor de los casos y con una presencia en el campo médico de más de un cuarto de siglo, repito ofrece un porcentaje de éxito no superior en los centros de excelencia, al 30%.

El manejo del análisis estadístico, en ocasiones nos muestra una realidad que no es la que se ajusta al análisis crítico de una técnica. De la bibliografía revisada, para hablar de la veracidad y simpleza de información a transmitir al paciente con el fin de conseguir su acuerdo en el tratamiento a seguir, me ha parecido como más acertado el informe que Lacadena Calero, Académico de Número de la Real Academia Nacional de Farmacia de España, publicara en los anales de esta institución el pasado 2010.

De su completo trabajo¹⁸, he tomado el ítem que hace referencia a los parámetros de excelencia en ciclos en fresco de la procreación artificial.

Mi interpretación de la información prolijamente presentada pero con un enfoque diferente al del autor, me dice que de los **41.105 embriones transferidos** en ciclos en fresco **nacen vivos 5.681 niños** con un **número de madres de 4.522**. Entiendo que la cifra de éxito de la técnica debería referirse al número de niños nacidos vivos con respecto al número de embriones transferidos, lo que nos da un **porcentaje del 13,8**; y no al número de madres en relación al **número de transferencias realizadas, que fue de 19.721** (2,1 embriones promedio por transferencia) lo que da una cifra de **23% de partos** que pueden ser únicos o múltiples.

Estos contenidos que debieran acompañar a la información que el médico tiene la obligación moral de transmitir al paciente, necesitan de un tiempo de explicación a la par que de una disposición para hablar con la Verdad, de todo el equipo de salud.

Consentimiento informado

Ahora bien, *¿Qué entendemos por consentimiento informado?*

No podemos dejar de expresar en estas breves líneas sobre el consentimiento informado que su vivencia en este último medio siglo, ha sido partícipe de un cambio evolutivo en el ejercicio del acto médico. Ha primado en su introducción en el campo de las ciencias de la salud un planteo de orden filosófico de origen Kantiano en donde la autonomía del paciente juega un papel determinante. Hecho este que en el marco social y político en que hoy se vive se convierte en "la salvaguarda del ejercicio de la libertad y por ello se trata de la defensa de unos derechos negativos, es decir, que se limitan a proteger la libertad para que los seres humanos actúen. No se promueven modelos de vida buena, si no que se considera que ha de respetarse y defenderse la decisión personal. Se impone el liberalismo, tanto en el ámbito moral, con la defensa de la autonomía, como el social y el económico, con el mercado libre y las política de *laissez faire*"¹⁹.

18 Lacadena Calero J. R. "La fecundación in Vitro, premio Nobel en Fisiología o Medicina 2010". Anales R. Acad. Nac. Farm., 2010, 76 (4), pp. 519-529. <http://media.analesranf.com/index.php/aranf/article/viewFile/1140/1180>

19 Galindo García A. "Consentimiento informado". Lexicón. Ed. Palabra. Madrid 2004. pp. 125-137

Esto hace que para quienes adherimos a una bioética personalista, busquemos el punto de equilibrio entre un viejo paternalismo médico hoy considerado como obsoleto, la autonomía irrestricta y la prudencia que el equipo de salud deberá tener al actuar en defensa de la vida humana y la dignidad de la persona.

En la Argentina el legislador entiende por consentimiento informado (CI) lo recientemente y por necesidad de medio, expuesto en la ley 26.529 sobre Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud, Sancionada el 21 Octubre de 2009 y Promulgada de hecho el 19 de Noviembre de 2009. En el artículo 5º dice que por CI se entiende:

“La declaración de voluntad suficiente efectuada por el paciente, o por sus representantes legales en su caso, emitida luego de recibir, por parte del profesional interviniente, información clara, precisa y adecuada con respecto a:

- a) Su estado de salud;
- b) El procedimiento propuesto, con especificación de los objetivos perseguidos;
- c) Los beneficios esperados del procedimiento;
- d) Los riesgos, molestias y efectos adversos previsibles;
- e) La especificación de los procedimientos alternativos y sus riesgos, beneficios y perjuicios en relación con el procedimiento propuesto;
- f) Las consecuencias previsibles de la no realización del procedimiento propuesto o de los alternativos especificados²⁰.”

La sociedad al ofrecer - exigir hoy el consentimiento informado en la praxis del ejercicio del arte de curar no hace más que recordar que en la asistencia médica no deben primar parámetros mercantiles o comerciales, en definitiva protocolos relacionados con los costos, por sobre una estrategia que ofrezca conocimiento actualizado, honestidad, respeto, fidelidad y esperanza hacia el que sufre, y de éste el aceptar con humildad el consejo médico sin cuestionar la confirmada competencia profesional del tratante, pero atento a que el acto médico no vulnere su dignidad de persona comprometiendo hasta su espiritualidad²¹.

Decía Sócrates: “Solo hay un bien, el conocimiento; sólo hay un mal, la ignorancia.”

NaProTecnología

Las ciencias médicas se han abocado en este último cuarto de siglo al tratamiento del problema de la pareja estéril, abordando casi sistemáticamente la necesidad del hijo con la inmersión dominante en la mujer de todo aquello que hace a la procreación artificial, como dijera anteriormente Edwars y Steptoe, en un programa original y único en el Reino Unido que costó la vida de un número no precisado de niños por nacer hasta la aparición en 1978 de Louise Brown. Se abre así una puerta a una tecnología que no respeta la vida humana naciente, que exige un sacrificio físico y espiritual grande principalmente a la mujer, quien además del fracaso de la técnica siente el dolor del impacto emocional por la espera frustrada de un hijo.

Hasta hace poco tiempo dos sistemas se ofrecían a la pareja infértil para tener un hijo. Uno era la inseminación artificial y el otro la fecundación in Vitro. Este último, con sus variables producto del avance de la ciencia y la tecnología, me refiero a la FIV, la FIVET, el ICSI, el GIFT y el LTOT (low tubal ovum transfer)²², los cuales con bajo porcentaje de éxito, me refiero al nacimiento del niño vivo, han llevado a técnicas cruentas como la reducción embrionaria cuando el número de embriones implantados supera

20 Ley 26.529. Derechos del paciente en relación con los Profesionales e Instituciones de Salud. Argentina 2009. http://www.sssalud.gov.ar/novedades/archivosGSB/documentos/ley_26529_pen.pdf

21 Obiglio H. “Consentimiento informado: Derecho-deber”. Comunicación en la Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas. Anales. 9 de junio de 2010. <http://www.ancmyp.org.ar/user/files/06%20Obiglio.pdf>

22 Cf. Rovira R. “Transferencia de óvulos a las trompas (LTOT), ¿un método de fecundación asistida acorde con el Magisterio?” en *Humanae Vitae*: 20 anni doppio, o.c., pp.773-775

a lo pactado o cuando se determina una patología preexistente, dando lugar al mal uso de las técnicas de diagnóstico preimplantatorio y prenatal. Es increíble que se encuentre como natural el criopreservar a 197 °C bajo cero a un embrión humano olvidando que es persona. Si bien sobre el tema podría en profundidad hablarse de la contracara de la infertilidad como lo es el aborto, en este caso el rechazo del hijo no deseado, merecen también una especial atención los problemas jurídicos que se presentan tales como la filiación y gestación por sustitución de vientre, donación de gametos, criopreservación, la homoparentalidad y filiación post mortem entre otros²³.

En estos últimos años el problema de la infertilidad ha encontrado un ordenado tercer camino, se ha beneficiado con los trabajos del Dr. Hilgers en la técnica llamada NaPro tecnología. No me corresponde hacer un desarrollo de la misma pero si precisar qué debe entenderse hoy por ella. Es una “alternativa médica moralmente aceptable para conseguir un embarazo. Se trata de la Tecnología de la Procreación Natural (NaPro Tecnología, por sus siglas en inglés). A diferencia de las técnicas de procreación artificial, como la Fecundación in Vitro (FIV), que rodean las causas de infertilidad y sustituyen el acto conyugal, la NaPro Tecnología investiga y trata las causas subyacentes de la infertilidad, tanto en la mujer como en el hombre, para permitir la concepción en una relación sexual normal.

La NaPro Tecnología utiliza el “Modelo Creighton Fertility Care System” desarrollado desde hace más de 30 años por el Dr. Thomas W. Hilgers, actual director del Instituto Pablo VI para el Estudio de la Reproducción Humana, con sede en Omaha, Nebraska, Estados Unidos.

A través de exámenes con biomarcadores, la NaPro Tecnología permite controlar de forma sencilla y objetiva la ocurrencia de eventos hormonales durante el ciclo menstrual. La información posibilita la identificación de los problemas que se deben corregir aumentando el potencial procreativo y por ende las posibilidades de embarazo. Como lo explica el mismo Dr. Hilgers: “Los médicos han dejado de buscar las causas de las condiciones de infertilidad y actualmente el enfoque está dirigido sólo al tratamiento de los síntomas. Con NaPro nos enteramos por qué el cuerpo no está funcionando correctamente, para luego aplicar los tratamientos que cooperan con él”²⁴.

La continua actualización que se lleva a delante en el campo de la fertilidad humana²⁵ como lo muestran últimamente los estudios de cristalografía óptica, de biofísica y bioquímica del hidrogel cervical, y la precisión para determinar las mínimas variaciones hormonales que hacen al punto óptimo de la ovulación, nos dan esperanza de acercarnos a un tratamiento cada vez más ajustado de la infertilidad.

Consideraciones morales

En algún momento de mi exposición había hecho mención al valor que hoy tiene el consentimiento informado. Ahora bien, en realidad siempre lo tuvo en el campo del accionar médico, aunque su presentación en sociedad se hizo cuando se calificó a mi generación como *médicos hacedores de una medicina paternalista*. El planteo neokantiano se impuso en el mundo anglosajón y prácticamente alimentó a la totalidad de la bioética contemporánea. Esto hasta que Sgreccia a fines del pasado siglo nos muestra su bioética personalista cuyo fin último es llevar a humanizar el acto médico.

23 Quintana E., de Stier M. L. “Concepto de persona humana y filiación en el anteproyecto de Código Civil del Poder Ejecutivo y en el proyecto de la Cámara de Diputados recientemente sancionado”. Dictamen de la Academia del Plata. Buenos Aires. Julio 2012.

24 Rodríguez G. M. “Opción ética para la infertilidad. Naprotecnología.” Rev. Familia y vida. N° 18. Septiembre 2011. <http://redfamiliasenterrerrianas.blogspot.com.ar/2011/10/opcion-etica-para-la-esterilidad.html>

25 Cf. Hayashi M. et al. “Adverse obstetric and perinatal outcomes of singleton pregnancies may be related to maternal factors associated with infertility rather than the type of assisted reproductive technology procedure used”. Fertility and Sterility. 3 de Julio de 2012.

Los principios que hoy tratamos de instaurar son:

1. El valor fundamental de la vida humana
2. El principio de la totalidad o principio terapéutico
3. El principio de libertad y responsabilidad
4. El principio de socialización y subsidiariedad²⁶

No podemos hoy aceptar una técnica aislada o un tratamiento sin tener una información suficiente, consciente y acabada de lo que los mismos podrían significar. En realidad las nuevas generaciones del área de las ciencias de la salud están todavía lejos de acompañar a un recto consentimiento informado a la par que admitir también la justicia de asociarse sin violencias a la tan olvidada objeción de conciencia.

Al respecto en uno de mis anteriores trabajos decía que

“(…) La objeción de conciencia, es una tabla de salvación que si bien debemos saber manejar y tener al alcance de nuestra mano, es un recurso al cual es deseable no tener necesidad de acceder.

La palabra conciencia proviene del latín *cum-sceire*, es decir, conocer junto al otro; en griego su equivalente es *sunéidesis* que significa saber común. Desde Cicerón, comenta Basso, tiene también otro sentido, que sería el resultado del acto de aplicar la ciencia o el conocimiento a un hecho particular.

Para dar validez a la misma creemos en la conveniencia de recordar que la conciencia es ‘un juicio de la razón práctica que partiendo de los principios comunes del orden moral, dictamina sobre la moralidad de un acto propio que se realizó, se realiza, o se va a realizar.’

‘Es en la conciencia y en la dignidad de la persona humana en que se apoya, que se funda la libertad de conciencia, o sea que no se coaccione ni se obligue a nadie a hablar contra su conciencia, ni se le impida que actúe conforme a ella en privado y en público, solo o asociado con otros, dentro de los límites debidos’

El término ‘objeción de conciencia’, expresa un rechazo a algo externo - una norma social - por una razón íntima de una persona. Trasladados al campo del Derecho, la objeción de conciencia plantea en sí, la posición entre la norma jurídica y el imperativo íntimo que supone la conciencia individual²⁷.”

Nuevamente traigo como ejemplo nativo la muestra de una equívoca legislación argentina, cuyo Congreso en este último tiempo ha incursionado y no con la Verdad en todo aquello que hace a la educación para la salud desde la infancia a la familia y a lo relacionado con la hoy mal llamada “salud reproductiva”.

En el campo de dos proyectos de Ley recientes se esconde en uno el concepto de tratamiento de la infertilidad cuando en realidad lo que se pretende legislar es un acto sustitutivo adecuado a la procreación artificial. Transcribiremos parte de la crítica que hiciera el Dr. Lafferriere acerca del proyecto de Ley de fecundación artificial, porque hace al tema en cuestión:

“Según el **artículo 1**, la ley tiene por objeto ‘garantizar el acceso integral a los tratamientos médico-asistenciales de reproducción médicamente asistida’. Por tanto, se abandona toda pretensión de regulación de estas biotecnologías, se omite considerar las problemáticas vinculadas con las finalidades con las que hoy se usan las técnicas, que exceden en mucho las problemáticas de infertilidad. En efecto, hoy rige una lógica productiva de la vida y las técnicas se usan:

²⁶ Sgreccia E. “*Manual de bioética*”. Madrid. BAC 2009. Citado por Elena Lugo introducción a la bioética clínica. Perspectiva personalista. Buenos Aires. Ágape Libros 2010. Pág. 35-58

²⁷ Obiglio H. “*Una invitación a la resistencia: La objeción de conciencia*”. Discurso pronunciado en el V Congreso de la Federación de Asociaciones Médicas Latinoamericanas. Buenos Aires 18 de octubre de 2009.

- a. Concebir un hijo en casos de infertilidad o esterilidad.
- b. Concebir un hijo con ciertas características genéticas deseadas, ya sea por pura voluntad procreacional, como por otras finalidades.
- c. Concebir un hijo para que sea dador de células y tejidos para un hermano vivo (bebé-medicamento).
- d. Concebir un hijo en caso de uniones de personas del mismo sexo, o bien por personas solas, o bien en casos post-mortem.

Cada una de estas finalidades encierra complejos problemas bioéticos y jurídicos y ninguno de estos problemas fue considerado seriamente por el legislador²⁸.

Se incorpora esta tecnología en todo el ámbito asistencial del país, incluyendo a los sistemas de medicina prepagas, calificándolo como “tratamiento de la infertilidad”, una falacia más puesto que no tratamos a la pareja infértil, si no que le damos una pobre oportunidad de obtener un hijo con la ayuda de terceros es decir del equipo de salud.

El otro hecho que tangencialmente toca el tema de este encuentro internacional es el anteproyecto de ley sobre reforma del Código Civil y Comercial presentado a nuestro Senado el pasado 8 de junio. En aquellos artículos vinculados con el derecho a la vida y a la familia, también Lafferriere hace un inteligente planteo crítico. Pondré como ejemplo el **artículo 19** referente al comienzo de la existencia que dice:

“La existencia de la persona humana comienza con la concepción en el seno materno. En el caso de técnicas de reproducción humana asistida, comienza con la implantación del embrión en la mujer, sin perjuicio de lo que prevea la ley especial para la protección del embrión no implantado²⁹”.

Al respecto Lafferriere afirma que “el proyecto mantuvo la injusta discriminación entre los embriones según el modo de concepción y niega el reconocimiento como personas a los embriones no implantados³⁰”.

Dando por supuesta la bondad intrínseca de la ciencia, “hace falta una regla moral y ética que permita a los hombres aprovechar las aplicaciones prácticas de de la investigación científica³¹”.

Esto viene a colación puesto que la tecnología aplicada al hombre en estos últimos años y el predictivo planteo de un futuro inmediato en el campo de la procreación, ha olvidado aquellas palabras que dijera medio siglo atrás Pío XII en su alocución al Segundo Congreso Mundial de la Fertilidad y la Esterilidad el 18 de mayo de 1956 “el hijo es fruto de la unión conyugal cuando se expresa plenamente, con el concurso de las funciones orgánicas, de las emociones sensibles que lo acompañan, del amor espiritual y desinteresado que lo anima³²”.

Continuando con las proféticas palabras de Pío XII, no somos ajenos al sentir que “es necesario promover la natalidad para asegurar la vitalidad de una nación y su expansión en todos los dominios. (...) Es profundamente humano que los esposos vean y encuentren en su hijo la expresión verdadera y plenaria de su amor recíproco y de su don mutuo. (...) Más aún, la esterilidad involuntaria del matrimonio puede convertirse en un serio peligro para la unión y estabilidad misma de la familia³³”.

28 Lafferriere N. “Análisis del proyecto de ley con media sanción sobre técnicas de fecundación artificial”. Centro de Bioética Persona y Familia. 27 de junio de 2012. <http://centrodebioetica.org/2012/06/analisis-del-proyecto-de-ley-con-media-sancion-sobre-tecnicas-de-fecundacion-artificial/>

29 Lafferriere N. “Presentaron proyecto de Código Civil: resumen de artículos clave en vida y familia”. Centro de Bioética Persona y Familia. 10 de junio de 2012. <http://centrodebioetica.org/2012/06/presentaron-proyecto-de-codigo-civil-resumen-de-articulos-clave-en-vida-y-familia/>

30 Ibidem.

31 Juan pablo II. “Alocución a los universitarios”. En Aranda, A (Ed.), Juan pablo II a los universitarios, 5º edición, EUNSA. Pamplona 1982.

32 Obiglio H., Ray, C. “Bioética de Pío XI a Benedicto XVI”. 1º edición. EDUCA Buenos Aires 2010. pp. 127-131.

33 Ibidem. p. 127

La Iglesia, en busca de soluciones que no escapen a la Verdad, ha estimulado proyectos de investigación para tratar de aliviar el problema de la infertilidad, “que respeten los límites del derecho que los esposos tienen adquiridos por el contrato matrimonial, a saber: el derecho de ejercer plenamente su capacidad sexual natural en la realización del acto matrimonial. El contrato en cuestión no les concede el derecho a la fecundación artificial, porque un tal derecho no está de ninguna manera expresado en el acto conyugal natural y no puede ser de él deducido³⁴.”

“En lo que toca a la fecundación artificial, no solamente hay motivo para ser extremadamente reservado, sino que es necesario descartarla de un modo absoluto. Sin que signifique que se proscriba necesariamente el empleo de ciertos métodos artificiales, destinados únicamente ya sea a facilitar el acto natural ya sea a hacer llegar a su fin el acto natural normalmente realizado. (...)”³⁵

Conclusión

Nos hacemos eco de uno de los objetivos de este Congreso Internacional cuando dice: “queremos resaltar la ecología de la sexualidad y fertilidad humana de tal manera que las generaciones venideras la puedan conocer en su naturaleza genuina”.

Hemos pasado rápida revista al impacto de los neologismos que acompañan al avance de la ciencia y la tecnología, variando en ocasiones el significado de las palabras con la intención de imponer voluntades o confundir la interpretación cierta de las mismas. Hemos observado también la necesidad de precisar con lenguaje claro toda aquella sorprendente tecnología que la ciencia nos ofrece como cierta, pero olvidando la dimensión del hecho moral que debiera acompañar a la misma. Recordamos el valor del consentimiento informado y la necesidad de adherir a una objeción de conciencia para no caer en una equivocada libertad de elección, lo que implicaría el adherirse a un proceso de educación continua así como también a un diálogo fecundo entre la dimensión ética y la investigación biomédica.

Esto nos permitiría sustraernos a la angustia y al cansancio que hoy vemos impresos en la mayoría de los rostros, enterrados bajo los escombros de una vida superficial en donde “los procesos de la secularización y de una difundida mentalidad nihilista, en la que todo es relativo, han marcado fuertemente la mentalidad común”³⁶. “¿Podemos seguir así? Evidentemente, no. Habrá que pedir a Dios el Don de la esperanza, recibirla y cultivarla, viviendo de ella y para ella³⁷”.

Vivamos una esperanza y tengamos presente aquellas palabras que dijera el pasado siglo Don Miguel de Unamuno:

*“Espera, que sólo el que espera vive.
Pero teme el día en que se conviertan en recuerdo las esperanzas”*

** Agradezco la colaboración en la redacción y corrección de estilo de Florencia Tarasido

³⁴ Ibidem. p. 129

³⁵ Ibidem. p. 128

³⁶ Benedicto XVI. Audiencia general. Plaza San Pedro. 17 de octubre de 2012.

³⁷ Fernández J. M. “Palabras de esperanza”. Ed. Dunken. Buenos Aires 2004. p. 96-97.

Bibliografía

- Balarezo López M. G. “*Infertilidad masculina: un análisis sociológico del problema*”. Revista Diagnóstico. Vol. 43. N° 2 marzo- abril 2004. <http://www.fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2004/mar-abr04/73-77.html>
- Basso D. “*Nacer y morir con dignidad*”. Ed. LexisNexis. Buenos Aires 2005.
- Hayashi M. *et al.* “*Adverse obstetric and perinatal outcomes of singleton pregnancies may be related to maternal factors associated with infertility rather than the type of assisted reproductive technology procedure used*”. Fertility and Sterility. 3 de Julio de 2012.
- Lacadena Calero J. R. “*La fecundación in Vitro, premio Nobel en Fisiología o Medicina 2010*”. Anales Rev. Acad. Nac. Farm. 2010, 76 (4), pp. 519-529. <http://media.analesranf.com/index.php/aranf/article/viewFile/1140/1180>
- Lexicón. “*Términos ambiguos y discutidos sobre familia, vida y cuestiones éticas*”. Consejo Pontificio para la Familia. Ed. Palabra. Madrid 2004.
- Mémeteau Gerard. “*Cours de Droit Médical*”. Ed. Les Études Hospitalières. Bordeaux – Centre 2001.
- Obiglio H., Ray, C. “*Bioética de Pío XI a Benedicto XVI*”. 1º edición. EDUCA Buenos Aires 2010. pp. 127-131.
- Obiglio H. “*Consentimiento informado: Derecho-deber*”. Comunicación en la Academia Nacional de Ciencias Morales y Políticas. Anales. 9 de junio de 2010. <http://www.ancmyp.org.ar/user/files/06%20Obiglio.pdf>
- Obiglio H. “*Manipulación Del Lenguaje En Las Ciencias De La Salud: Promesas Y Engaños.*” Discurso pronunciado en la XII Jornada De Bioética Schoenstatt. 15 de mayo de 2010.
- Quintana E., de Stier M. L. “*Concepto de persona humana y filiación en el anteproyecto de Código Civil del Poder Ejecutivo y en el proyecto de la Cámara de Diputados recientemente sancionado*”. Dictamen de la Academia del Plata. Buenos Aires. Julio 2012.
- Quintana E. “*La vida humana desde el punto de vista legal*”, en Iatria, N° 183, Bs. As., Año 2002, p. 42 y ss.
- Rovira R. “*Transferencia de óvulos a las trompas (LTOT), ¿un método de fecundación asistida acorde con el Magisterio?*” en Humanae Vitae: 20 anni doppo, o.c., pp.773-775
- Sgreccia E. “*Manual de bioética*”. Ed. BAC Madrid. 2009.
- Ugarte Godoy J. “*El derecho de la Vida*”. Ed. Jurídica de Chile. Santiago, Chile 2006.

ÁREA TEMÁTICA 3// LA ENSEÑANZA DE LOS *MÉTODOS DE RECONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD* SIRVE A LA PATERNIDAD RESPONSABLE

Ponencia 1// Informe 2011 y agenda 2012 de los cursos para usuarios en MRF.
M^a Constanza Ferreira Luna. Bogotá, Colombia.

Ponencia 2// Logros de WOOMB Latinoamérica en los últimos tres años.
Martín Tantaleán del Águila. Lima, Perú.

Ponencia 3// La enseñanza de los MRF en la preparación para el matrimonio.
Concepción Morales Peralta. La Habana, Cuba.

Ponencia 4// La orientación de la familia durante la enseñanza de los MRF.
Martha Tarasco Michel. México D.F.

INFORME 2011 Y AGENDA 2012 DE LOS CURSOS PARA USUARIOS EN MÉTODOS DE RECONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD, COLOMBIA.

María Constanza Ferreira Luna.

Resumen

A partir de diciembre de 2009, el centro de enseñanza en el reconocimiento de la fertilidad de las hermanas Guadalupanas Eucarísticas del Padre Celestial recibió el certificado de calidad, CIFER¹, por el conocimiento y la experiencia acumulada, por el ideario del centro y el contenido de su programa; en el 2010 participó en el II Congreso Internacional de Reconocimiento de la Fertilidad en Monterrey, México²; y durante el 2011 colocó una especial atención al anuncio de la verdad inscrita en la sexualidad humana, orientada a la comunión de personas, como respuesta a la vocación universal del hombre al amor, así como la valoración y aplicación de los métodos de reconocimiento de la fertilidad humana, frente a la cultura hedonista y utilitarista que ataca la bondad de las relaciones sexuales y la dignidad de la vida naciente³.

Esta ponencia desea presentar un perfil estadístico de los cursos para usuarios en métodos de reconocimiento de la fertilidad desarrollados en las Diócesis de Engativá, Socorro-San Gil y la Arquidiócesis de Bucaramanga durante el año 2011. El centro de enseñanza impartió el curso para usuarios en métodos de reconocimiento de la fertilidad a 120 personas distribuidas en un 55,8% matrimonios-sacramento; 35 % novios y 9,2% solteros. El promedio de la edad para los esposos fue 35 y 32 años para las esposas; los novios y novias en 25 y 23 años respectivamente; y las solteras en 20 años. La participación en los cursos por parte de los profesionales universitarios fue predominante 83,3%; con bachillerato 13,3% y 3,3% básico primaria. La pastoral familiar carismática del Minuto de Dios con la “Comunidad Matrimonial Alegría”, de la Diócesis de Engativá en Bogotá demostró durante el año 2011 el gran aporte al fomento de una actitud muy favorable a la práctica de los métodos de reconocimiento de la fertilidad, dado que el 79,16% de los participantes de los cursos impartidos por nuestro centro de enseñanza recibieron la capacitación en dicho ambiente eclesial.

El acceso a una información actualizada, clara, científica y con el soporte de la teología del cuerpo del Beato Juan Pablo II permitió generar en los participantes de los cursos para usuarios en métodos de reconocimiento de la fertilidad, una actitud de confianza, puesto que un 61,7% manifestaron como objetivo inmediato utilizarlo para posponer el don del hijo, un 29,2% aplicarlo en la búsqueda de embarazo y 9,2% para el reconocimiento de la fertilidad.

1 Certificadora Internacional de Fertilidad, www.cifer.info

2 Dos ponencias: “Y como era en el Principio?”, “El Centro de Enseñanza en el reconocimiento de la fertilidad”, Memorias del II Congreso Internacional en el Reconocimiento de la Fertilidad, Monterrey, 2010.

3 Constituciones de las Guadalupanas eucarísticas del Padre Celestial, n. 164

María Constanza Ferreira Luna. Directora del Centro de Enseñanza en el Reconocimiento de la Fertilidad Humana de las Hermanas Guadalupanas Eucarísticas de Padre Celestial, Bogotá, Colombia. [guadalupanasbogota@yahoo.com]

Introducción y antecedentes

Como exalumna del Pontificio Instituto Juan Pablo II de la sección española quiero iniciar esta ponencia con las palabras que Mons. Juan Antonio Reig Plá, obispo Complutense, presidente de la subcomisión episcopal para la familia de la conferencia episcopal española y vicepresidente (sección española) del Pontificio Instituto Juan Pablo II para estudios sobre el matrimonio y la familia, pronunció en el congreso mundial de familias en Madrid, en su intervención titulada “Familia sin ideologías” (1):

“Siendo preocupante el análisis que se hace en la *Familiaris Consortio* sobre la situación de la familia, lo peor estaba por llegar: la emergencia de un nuevo paradigma cultural propiciado por la revolución sexual. Esta revolución en la que convergen a la vez aspectos del pensamiento marxista-freudiano y liberal, se venía gestando como un ‘nuevo paradigma liberacionista’ desde la primera mitad del siglo pasado. [...] En poco tiempo y favorecida por la llamada ‘píldora anticonceptiva’, la revolución sexual hacía su entrada con tres postulados muy definidos: la ruptura entre la sexualidad y la procreación, la ruptura entre la sexualidad y el matrimonio y finalmente la desvinculación entre la sexualidad y el amor. Esta cultura de la separación tiene sus fundamentos en el dualismo antropológico, en la autonomía moral afirmada desde el individualismo y el relativismo, de donde deriva un concepto perverso de libertad que no se fundamenta en la verdad de la persona y del matrimonio. Como escenario de fondo, estos postulados nacen del secularismo y de la negación de Dios.

Los pasos que sigue esta segunda entrada de la revolución sexual están perfectamente definidos: deconstruir la sociedad a base de deconstruir el matrimonio y la familia, deconstruir la educación y la cultura, deconstruir la persona y deconstruir las bases de la antropología cristiana. Si el instrumento que facilitó la primera revolución sexual fue la ‘píldora anticonceptiva’, en este caso los instrumentos son las llamadas intervenciones de ‘reasignación` de sexo, la manipulación de embriones humanos, la reproducción asistida [...]

El principal postulado de la ideología de género es negar la diferencia sexual y afirmar que la sexualidad es un producto de la cultura. Deconstruida la antropología cristiana lo que queda es reconducir la orientación sexual a la simple opción. Todo lo demás queda justificado por el principio de no discriminación y tolerancia. [...] Nos encontramos ante una importante ‘estructura de pecado’ que introduce un nuevo paradigma, un nuevo sistema cultural de carácter totalitario: la dictadura del relativismo y la ideología de género favorecidas por la gobernanza global y los poderes económicos.”

Mons. Juan Antonio Reig Plá nos recuerda cómo afrontar este colosal desafío partiendo de la **teología del cuerpo** del beato Juan Pablo II, por tanto es a partir de la antropología adecuada como nuestros cursos para usuarios en métodos de reconocimiento de la fertilidad se desarrollan. El primer tema que se aborda son los presupuestos filosóficos y teológicos de la antropología adecuada:

“Los pilares antropológicos sobre los cuales se fundamentan los MRF son la unidad de la persona (en la dimensión óptica (en el ser) y en el obrar) y el tríptico teológico del cuerpo humano, que está estructurado en tres pasajes de la Escritura. La “primera tabla” del tríptico se basa en las palabras de Cristo en Mt 19, 3-9 en las que recuerda el principio, es decir, el proyecto originario de Dios sobre la persona modalizada como varón y como mujer; la “segunda tabla” en Mt 5, 27-28 invita a la redención del cuerpo personal humano; y “la tercera tabla” en Mt 22, 30 reconoce la participación plena del don del Espíritu Santo, vivificante, fruto de la resurrección de Cristo, en la sexualidad humana (2).”

Precisamente, Mons. Juan Antonio Reig Plá forma parte de la entidad certificadora internacional de reconocimiento de la fertilidad (CIFER, www.cifer.info), uno de los organizadores de este magno certamen, de la cual recibió nuestro centro de enseñanza en el reconocimiento de la fertilidad un certificado de calidad como se observa en la imagen 1.



Imagen 1. Certificado de Calidad CIFER otorgado a nuestro centro de enseñanza.

Este curso para usuarios en el reconocimiento de la fertilidad tiene una intensidad de 16 horas dictados en un fin de semana, cuenta con un soporte teológico y filosófico adecuado como fundamento de la enseñanza en anatomía y fisiologías del sistema procreativo femenino y masculino, del ciclo femenino, de los indicadores de fertilidad tales como el moco cervical, la temperatura basal y el cuello uterino; se enseña con énfasis el método sintotermico de doble comprobación cuya eficacia teórica es 99,6% (alta) y eficacia práctica es del 97%. (alta). Los seguimientos de las gráficas sintotermicas se realizan personalmente o vía internet.

La tabla 1 muestra el instrumento utilizado para el perfil estadístico de los cursos para usuarios que nuestro centro de enseñanza en el reconocimiento de la fertilidad desarrolló durante el año 2011. La información solicitada a los participantes se refiere al estado civil, el nivel de estudios, fuentes que recomendaron el curso, el objetivo de la enseñanza del método sintotermico de doble comprobación y el comportamiento sexual.

FICHA DEL CURSO EN METODOS DE RECONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD

Ciudad: _____ Fecha: _____

Información	HOMBRE			MUJER		
Nombre						
Estado civil	Novio	Soltero	Casado y años:	Novia	Soltera	Casada y años:
Dirección						
E-mail						
Tel/Cel.						
Edad						
Nivel de Estudios	<input type="checkbox"/> Sin estudios			<input type="checkbox"/> Sin estudios		
	<input type="checkbox"/> Estudios primarios			<input type="checkbox"/> Estudios primarios		
	<input type="checkbox"/> Bachiller			<input type="checkbox"/> Bachiller		
	<input type="checkbox"/> Diplomatura			<input type="checkbox"/> Diplomatura		
	<input type="checkbox"/> Estudios universitarios:			<input type="checkbox"/> Estudios universitarios:		
Menarquia						
#Embarazos						
# de hijos						
Cesáreas				Número:	Año:	
Actitud frente a MRF	☺ Muy favorable	☹ Indiferente	☹ Desfavorable	☺ Muy favorable	☹ Indiferente	☹ Desfavorable
Quién les Recomendó los MRF						
Cuál es el objetivo al aprender los MRF	Posponer el DON DEL HIJO	Buscar las bases para EL DON DEL HIJO	Otro:	Posponer el DON DEL HIJO	Buscar las bases para EL DON DEL HIJO	Otro:

COMPORTAMIENTO SEXUAL DE LA PAREJA:

Abstinencia
 Vida sexual activa:

	Siempre	Hace más de 2 años	De 1 año hasta ahora	Desde hace 3 meses	Actualmente
Coito interrumpido					
Preservativo					
Inyectables Hormonales					
D.I.U.					
Píldora anticonceptiva					
Píldora del día después (PDD)					
Vasectomía					
Ligadura de trompas					
Ninguno					

Tabla 1. Instrumento utilizado para el perfil estadístico de los cursos para usuarios en Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad.

Resultados

El primer curso para usuarios en MRF se realizó en Bogotá los días 2 y 3 de abril de 2011 con la pastoral matrimonial del minuto de Dios (Comunidad Alegría) en comunión con la pastoral familiar de la Diócesis de Engativá. Se inscribieron 23 personas distribuidas de la siguiente manera: 4 parejas de novios próximos a casarse, 6 matrimonios y tres mujeres solteras. La figura 1 muestra la distribución porcentual, en la que resalta una asistencia de 52% para matrimonios-sacramento; 35 % novios comprometidos y 13% de mujeres solteras.



Figura 1. Estado civil de los participantes en el primer curso en MRF, abril 2011, Comunidad Alegría, Minuto de Dios, Bogotá.

Los novios que acudieron al curso se motivaron por medio del encuentro de renovación de novios que la “Comunidad Matrimonial Alegría” realizó quince días previos a nuestro curso de reconocimiento de la fertilidad; ya que dentro del itinerario formativo y espiritual de dicho encuentro se ofrece una charla sobre sexualidad y fertilidad. En esta charla se motiva y se expresan las razones antropológicas y científicas por las cuales los métodos de reconocimiento de la fertilidad son los instrumentos humanos y cristianos para que el hombre y la mujer vivan ese plan que Dios quiere para ellos, invitándoles a tomar el curso para usuarios con una intensidad de 16 horas que nuestro centro oferta. Nos hemos dado cuenta de la importancia capital de promover estos cursos en el ambiente de los prematrimoniales en la Iglesia Diocesana. En cuanto a los promedios de las edades de los participantes, en el grupo de matrimonios: 33 años para los esposos y 31 años para las esposas. Las edades de los novios se encontraron con una media de 30 años y de las novias de 33 años.

La Figura 2, ilustra los resultados obtenidos en cuanto al nivel de estudios de los asistentes al curso en MRF, un 91,3 % universitarios, en donde se destaca el 24% de profesionales de la salud (médicos, enfermeras, psicólogos y terapia ocupacional); únicamente un 8,7 % de los participantes con bachillerato y ninguno con primaria.



Figura 2. Nivel de estudio de los participantes en el primer curso de MRF, 2011

En cuanto a la actitud frente a la enseñanza de los métodos de reconocimiento de la fertilidad (MRF), el 100% señaló como “muy favorable”, y a la pregunta de quién les había recomendado los métodos de reconocimiento de la fertilidad contestaron: 69,6% Comunidad Matrimonial Alegría; 17,4% grupos de Iglesia (Lumen Dei, Camino Neocatecumenal, Génesis y Familias Guadalupanas Eucarísticas), un 8,7% grupos Provida (Prodein) y 4,3% los padres de familia (Ver Figura 3).

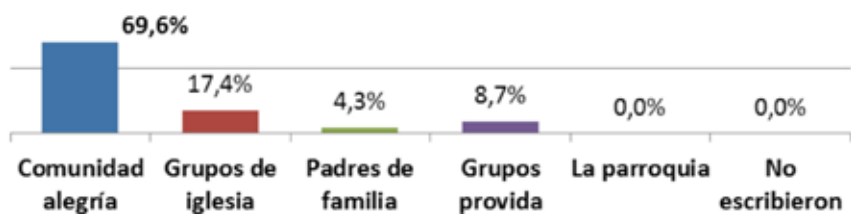


Figura 3. Fuentes que recomendaron el primer curso de MRF, 2011.

Es cuestionable que solo un 4,3% de los participantes hayan recibido motivación por parte de sus padres, dando a entender que en la familia no se tratan temas de fertilidad y sexualidad. La Figura 4 muestra el objetivo de los participantes para el aprendizaje del método sintotermico de doble comprobación: 78,3% para posponer el don del hijo y 8,7% para poner las bases para acoger el don del hijo y 13% el reconocimiento de la fertilidad.

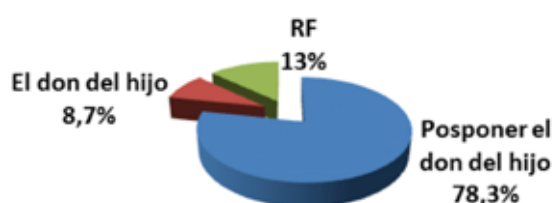


Figura 4. Objetivo del aprendizaje del primer curso en MRF, 2011.

Se hace énfasis a los novios y matrimonios que la Paternidad Responsable no es expresión de una voluntad contraria a la vida. Más aún, no excluye hacer uso del conocimiento de los procesos hormonales que regulan la fertilidad para favorecer la procreación e incluso superar problemas de infertilidad (Gemelli). La Paternidad Responsable reconoce que los hijos son un bien maravilloso. Puede decirse que en realidad no se opone a los hijos, sino que se ve forzada a elegir entre dos bienes que en ciertas circunstancias resultan incompatibles, p. e. la adecuada educación de los hijos y la procreación de una nueva criatura (3). En lo que se refiere al comportamiento sexual, la figura 5 muestra que un 47,8% no utilizaba ningún método anticonceptivo (en el momento de realizar el curso), el 13% utilizaba el condón y otro 13% el coito interrumpido; el 8,7% utilizaban anticoncepción hormonal; y finalmente un 17,4% no suministró información.

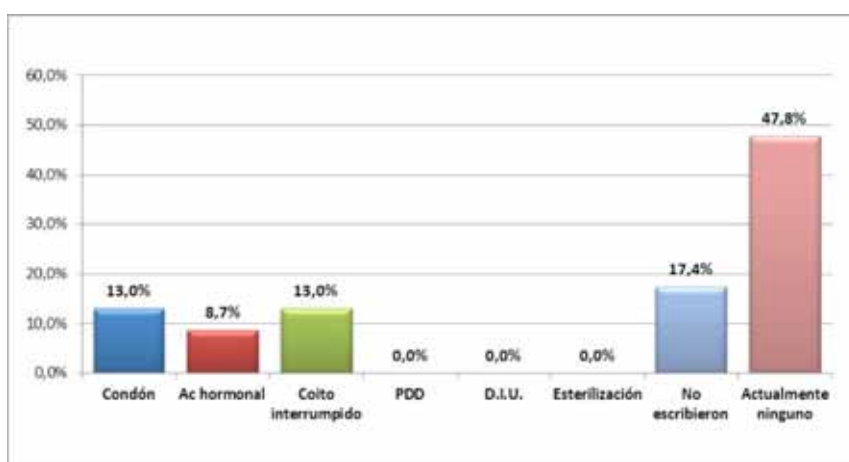


Figura 5. Comportamiento sexual de los participantes en el primer curso de MRF, 2011

Durante el desarrollo del curso se les invitó a frecuentar el sacramento de la reconciliación para ordenar e integrar su sexualidad al proyecto de Dios e iniciar y vivir su matrimonio con la fuerza de la gracia de Cristo. El 13% de solteros que asistieron al curso tenían como motivación, el formarse en temas de fertilidad para apoyar su desempeño profesional en el área de la psicología y en el liderazgo pro-vida. El curso finaliza con la Santa Eucaristía y los testimonios de los participantes, es maravilloso ver como el Espíritu Santo nos invita a proclamar nuestro propio Magníficat de la mano de María Santísima, cuando compartimos las maravillas que Dios ha hecho en nuestras vidas, pues ¡somos trofeos de su misericordia! Algunos testimonios se encuentran en la web: www.comunidadalegría.com (<http://vimeo.com/jclitos/cursomrf>).

El segundo curso para usuarios en MRF se realizó en Bogotá los días 2 y 3 de julio de 2011 con la pastoral matrimonial del minuto de Dios (Comunidad Alegría) en comunión con la pastoral familiar de la Diócesis de Engativá. Se inscribieron 20 personas distribuidas de la siguiente manera: 50% novios próximos a casarse y 50% matrimonios-sacramento, como se aprecia en la Figura 6.



Figura 6. Estado civil de los participantes en el segundo curso en MRF, julio 2011, Comunidad Alegría, Minuto de Dios, Bogotá.

El promedio de edades se presentó del siguiente modo, esposos y esposas, 31 y 29 años respectivamente. Para los novios y novias de 32 y 28 años respectivamente. En cuanto al nivel de estudios de los participantes un 95% contaba con titulación universitaria y un 5 % bachiller (Ver figura 7).

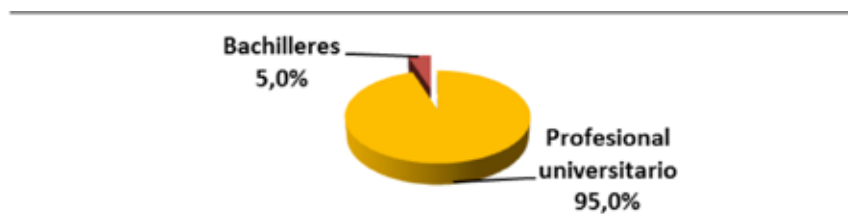


Figura 7. Nivel de estudio de los participantes en el segundo curso de MRF, 2011

En esta oportunidad el 70% de los participantes expresaron haber recibido información sobre el curso a través del encuentro de novios y por medio de propagandas en la radio “Minuto de Dios” que emitió la Comunidad Alegría. El 20% a través de la parroquia y un 10% los padres de familia (Figura 8).



Figura 8. Fuentes que recomendaron el segundo curso de MRF, 2011.

La figura 9 muestra el objetivo del aprendizaje del método sintotermico de doble comprobación, en un 60% fue para posponer el don del hijo y el 40% búsqueda de embarazo. En cuanto al comportamiento sexual, el 50% de los participantes no está utilizando ningún método anticonceptivo; 20% no escribieron; 20% la esterilización, 10% el coito interrumpido. (Figura 10).

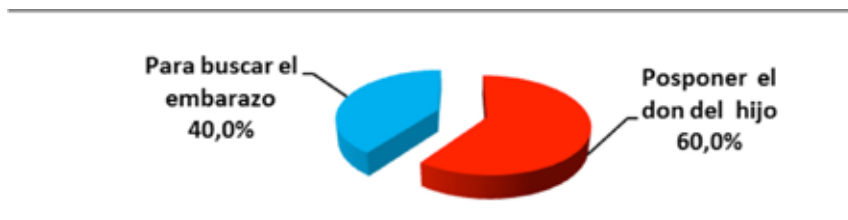


Figura 9. Objetivo del aprendizaje del segundo curso en MRF, 2011.

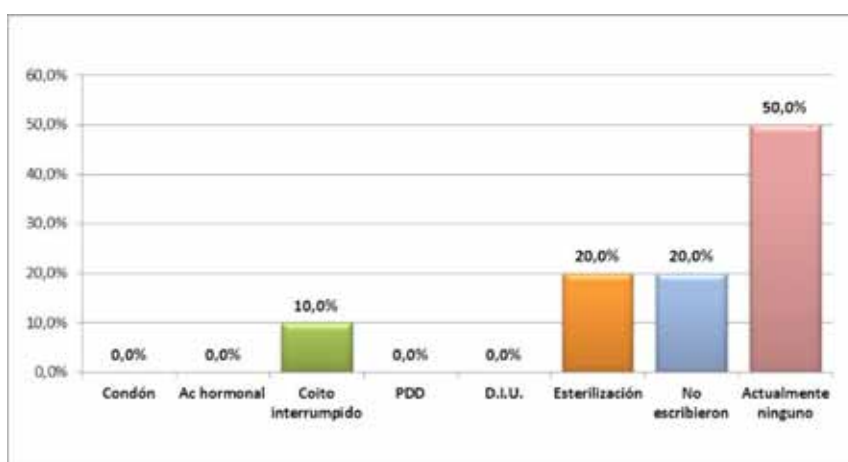


Figura 10. Comportamiento sexual de los participantes en el segundo curso de MRF, 2011

El tercer curso para usuarios en MRF se realizó en Bogotá los días 17 y 18 de septiembre de 2011 con la pastoral matrimonial del minuto de Dios (Comunidad Alegría) en comunión con la pastoral familiar de la Diócesis de Engativá. Nos acompañaron 20 personas de las cuales el 60% se encontraban casadas y un 40% novios comprometidos próximos a celebrar su matrimonio-sacramento, como se aprecia en la figura 11.

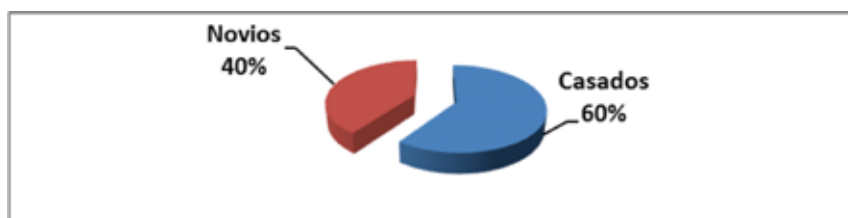


Figura 11. Estado civil de los participantes en el tercer curso en MRF, septiembre 2011, Comunidad Alegría, Minuto de Dios, Bogotá.

La edad de los participantes en referencia a los matrimonios se encontró en un promedio de 32 y 29 años para esposos y esposas, respectivamente. Y para los novios de 30 y 32 años para las novias. La tendencia acerca del nivel de estudio de los participantes continúa, como lo muestra la figura 12, un 80 % de profesional universitario y un 20% bachilleres.

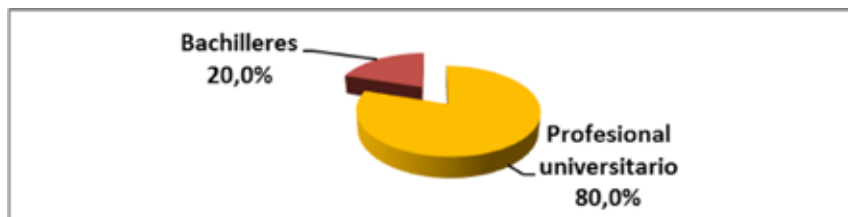


Figura 12. Nivel de estudio de los participantes en el tercer curso de MRF, 2011

Nuevamente se aprecia la importancia de la divulgación del curso por parte de la comunidad Alegría (80%), minoritariamente en los grupos de Iglesia tales como “Comunidad Génesis” (10%) y un 10% padres de familia (ver figura 13).

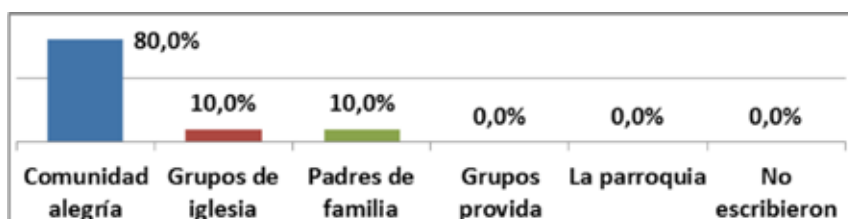


Figura 13. Fuentes que recomendaron el tercer curso de MRF, 2011.

Se mantiene la primacía de posponer el nacimiento de los hijos (50%) frente al deseo de poner las bases para el don del hijo (30%), en esta oportunidad no nos acompañaron personas solteras, sin embargo escribieron un 20%, el deseo de aprender el método sintotermico de doble comprobación para el reconocimiento de su fertilidad (figura 14).

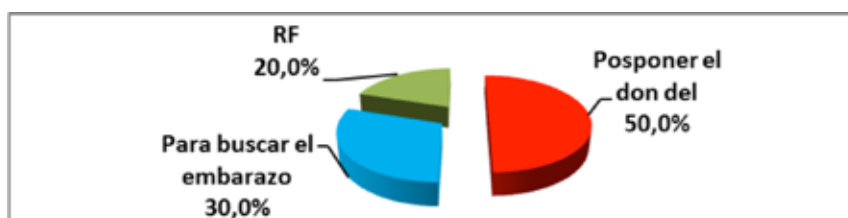


Figura 14. Objetivo del aprendizaje del tercer curso en MRF, 2011.

Rhonheimer expresa que el comportamiento sexual anticonceptivo es una especie de “veneno lento” puesto que adquiere una capacidad destructiva y actúa como un principio de corrosión que va descomponiendo paulatinamente el amor conyugal (4). En esta oportunidad el 70% de los participantes viven una sexualidad desintegrada en la que la anticoncepción hormonal ocupa el 30%, el condón 20%, coito interrumpido 10% y el dispositivo intrauterino (D.I.U.) 10%. Ver Figura 15. Esto es realmente preocupante y comprometedor puesto que es necesario tener en cuenta que los métodos anticonceptivos se emplean frecuentemente porque se carece de la suficiente información sobre alternativas, quizá muchos matrimonios ni siquiera se preocupan de buscarlas porque no saben en qué consisten, ni en dónde se enseñan; de allí las estrategias para la adecuada promoción de los cursos en el reconocimiento de la fertilidad humana.

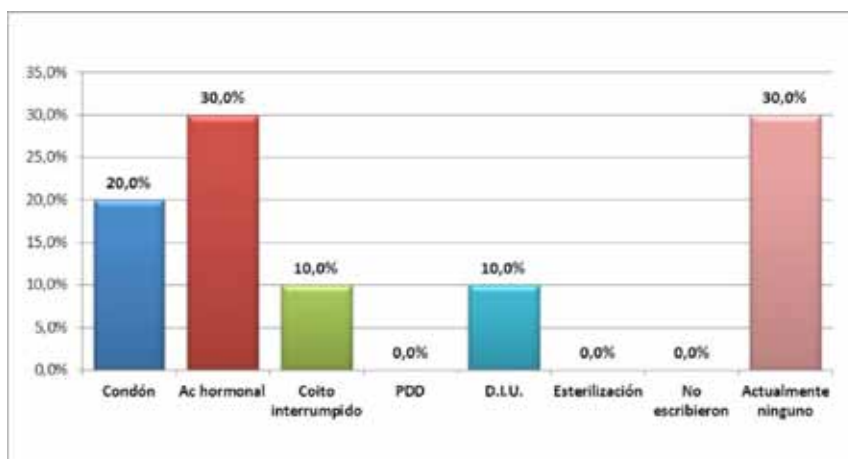


Figura 15. Comportamiento sexual de los participantes en el tercer curso de MRF, 2011.

El cuarto curso para usuarios en MRF se realizó en Bogotá los días 3 y 4 de diciembre de 2011 con la pastoral matrimonial del minuto de Dios (Comunidad Alegría) en comunión con la pastoral familiar de la Diócesis de Engativá. Nos acompañaron 32 personas de las cuales el 56% se encontraban casadas y un 38 % novios comprometidos próximos a celebrar su matrimonio-sacramento y 6% solteras, como se aprecia en la figura 16.

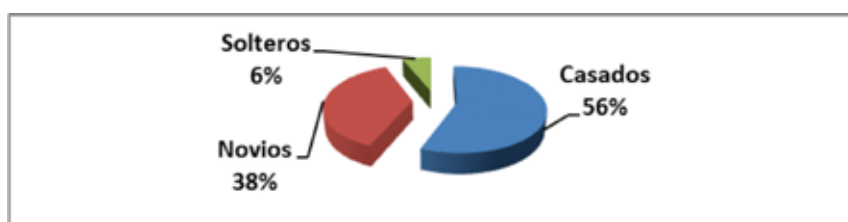


Figura 16. Estado civil de los participantes en el cuarto curso en MRF, diciembre 2011, Comunidad Alegría, Minuto de Dios, Bogotá.

En esta ocasión, la edad de los esposos y esposas coincidieron en un promedio de 36 años cumplidos, a diferencia de los novios en 31 y novias en 30 años de edad. Las mujeres solteras que asistieron en 34 años. El 94% de los participantes contaba con una titulación universitaria y el 6% con bachillerato (Figura 17). Un 93% de los asistentes presentó una actitud muy favorable ante los MRF pero el 6% de los esposos manifestó su indiferencia y un 3% no escribieron.

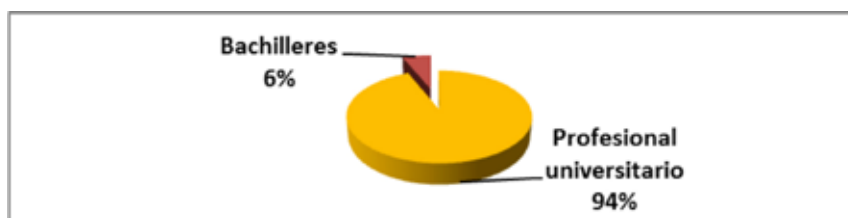


Figura 17. Nivel de estudio de los participantes en el cuarto curso de MRF, 2011

La figura 18 muestra las fuentes que recomendaron este cuarto curso para usuarios en métodos de reconocimiento de la fertilidad, se observa, coincidiendo con los tres cursos anteriores el compromiso de Comunidad Alegría de promover la enseñanza de los MRF a través de la Radio Minuto de Dios y de los encuentros de novios que realizan trimestralmente (65,6%); los grupos de Iglesia como por ejemplo

“Camino Neocatecumenal”, “Comunidad Génesis”, “Familias Guadalupanas Eucarísticas” recomendaron en un 31,3% y participantes motivados por la parroquia 3,1%.

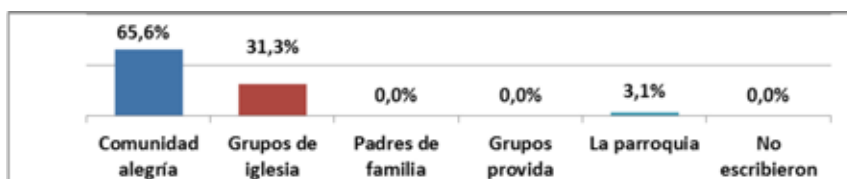


Figura 18. Fuentes que recomendaron el cuarto curso de MRF, 2011.

En la figura 19 se confirma la tendencia de los participantes en los cursos de aplicar el método sintotermico de doble comprobación para posponer el nacimiento de los hijos (69%) y simplemente un 25% quieren aplicarlo para fortalecer el proyecto de familia numerosa, o, su primer hijo.

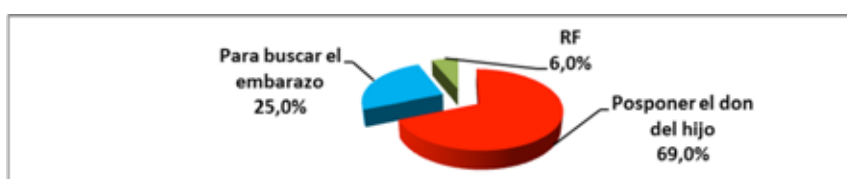


Figura 19. Objetivo del aprendizaje del cuarto curso en MRF, 2011.

La figura 20 muestra que un 50,2% de los participantes viven una sexualidad desintegrada utilizando 31,3% el condón; 6,3% anticoncepción hormonal; 6,3% píldora del día después (P.D.D) y 6,3% D.I.U. Un 9,4% no escribieron. Únicamente el 40,6% no practica un comportamiento sexual anticonceptivo.

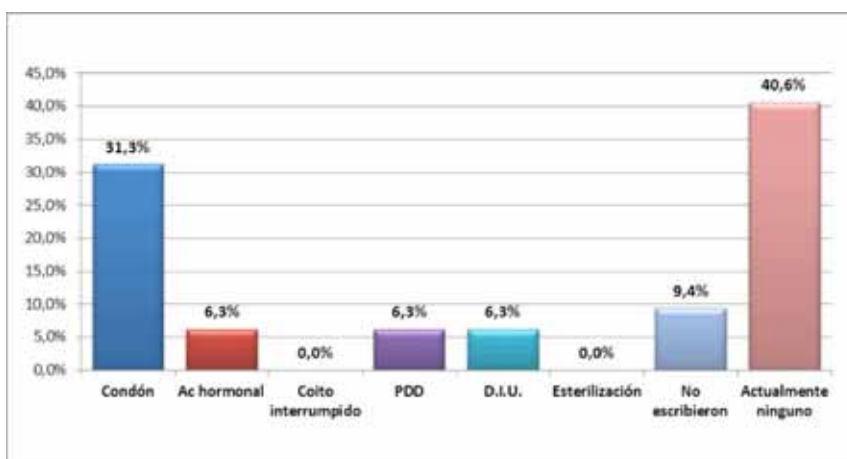


Figura 20. Comportamiento sexual de los participantes en el cuarto curso de MRF, 2011.

El quinto curso para usuarios en MRF se realizó en la Diócesis de Socorro y San Gil en la ciudad de Socorro, el 1 y 2 de octubre de 2011 con el respaldo de nuestro Obispo Mons. Carlos German Mesa Ruiz y el delegado de Pastoral Familiar, el Pbro. Pedro Elías Martínez. Nos acompañaron 17 personas distribuidas de la siguiente manera, 5 parejas de casados, 2 parejas de novios y 3 solteros. La figura 21 muestra la distribución porcentual, en la que se obtuvo el 59% de asistencia para matrimonios-sacramento, 23% novios y 18% solteros.

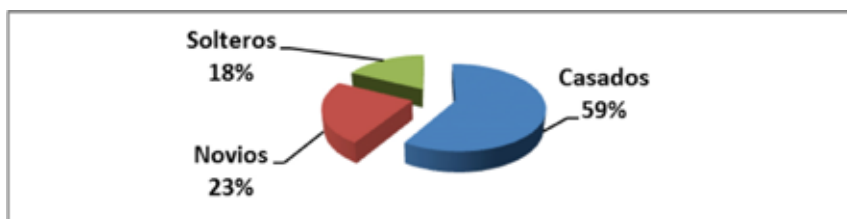


Figura 21. Estado civil de los participantes en el quinto curso en MRF, octubre 2011, Diócesis de Socorro y San Gil, en la ciudad del Socorro.

La edad de los participantes se encontró en un promedio entre 41 y 39 años para los esposos y esposas, respectivamente; así como de 27 y 21 años para los novios y novias, respectivamente. Las solteras en 19 años. Nuestra Diócesis es mayoritariamente rural y por tanto el nivel de estudio de los participantes fue en un 23,5% primaria; 29,4% bachillerato y 47,1% profesionales universitarios como se aprecia en la figura 22.

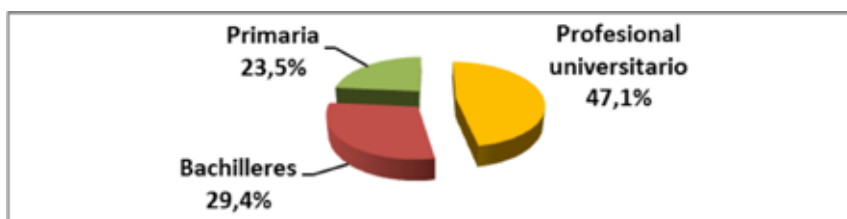


Figura 22. Nivel de estudio de los participantes en el quinto curso de MRF, 2011

La promoción del curso se realizó a través grupos de Iglesia por medio de la radio diocesana (82,4%) y a nivel familiar (17,6%). Ver figura 23.

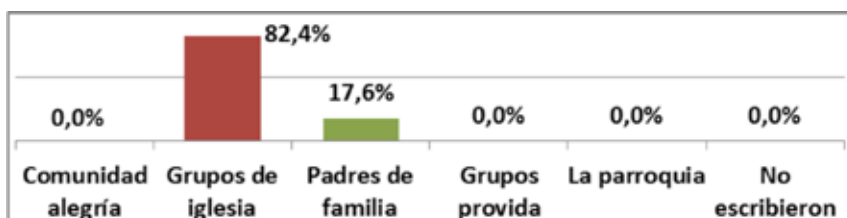


Figura 23. Fuentes que recomendaron el quinto curso de MRF, 2011.

Aunque este curso se realizó en provincia a diferencia de los cuatro anteriores dictados en la capital de Colombia, Bogotá, permanece la tendencia de aprender el método sintotermico de doble comprobación para posponer el don del hijo (58,9%) .vs. 23,5% de búsqueda de embarazo y para el reconocimiento de la fertilidad 17,6% (Ver Figura 24).

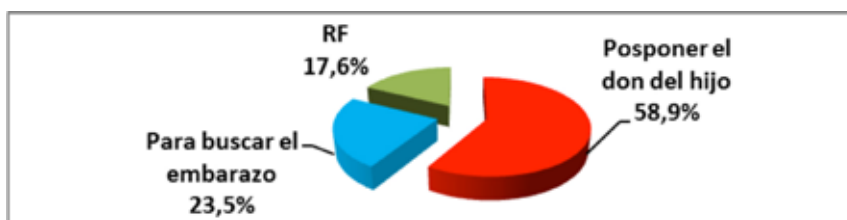


Figura 24. Objetivo del aprendizaje del quinto curso en MRF, 2011.

En la figura 25 se aprecia el comportamiento sexual, el 41,1% utilizan métodos anticonceptivos entre los cuales la anticoncepción hormonal ocupa el 23,5%; 5,9% el condón; 5,9% el coito interrumpido y 5,9% la esterilización. El 47,1% no utilizan ningún método anticonceptivo y 11,8% no escribieron.

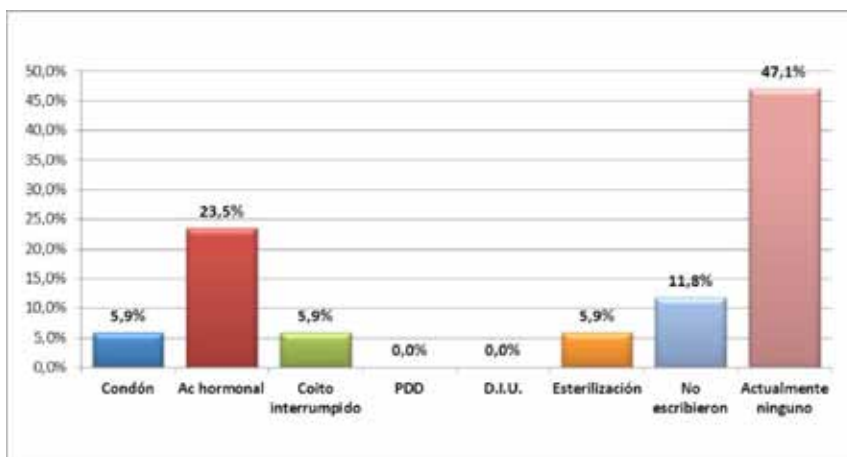


Figura 25. Comportamiento sexual de los participantes en el quinto curso de MRF, 2011

El sexto curso para usuarios en MRF se realizó los días 6 y 7 de agosto en unión con el Instituto de Familia y Vida de la Universidad Pontificia Bolivariana en Bucaramanga. Asistieron 8 personas de las cuales cinco, casados (62,0%) y tres solteros (38,0%), la distribución porcentual se observa en la figura 26.

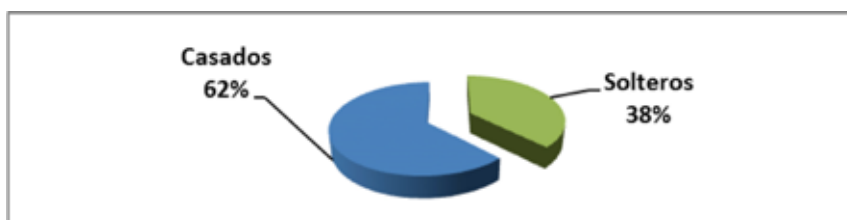


Figura 26. Estado civil de los participantes en el sexto curso en MRF, agosto 2011, Instituto de Familia y Vida de la Universidad Pontificia Bolivariana en Bucaramanga.

El 75% de los participantes contaban con titulación universitaria y el 25% con bachillerato. Ver figura 27.

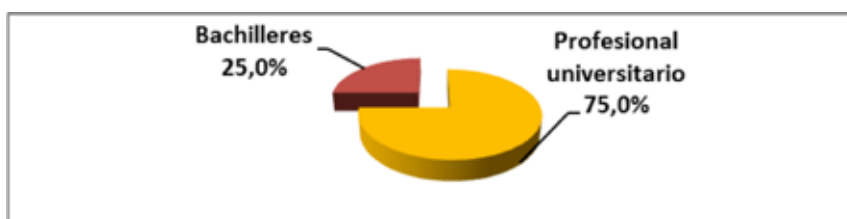


Figura 27. Nivel de estudio de los participantes en el sexto curso de MRF, 2011.

La colaboración del Instituto de Familia y Vida fue muy comprometida porque lograron motivar a los párrocos puesto que el 62,5% de los participantes fueron invitados por sus parroquias y el 37,5% por grupos de Iglesia como el movimiento familiar cristiano, ver figura 28.

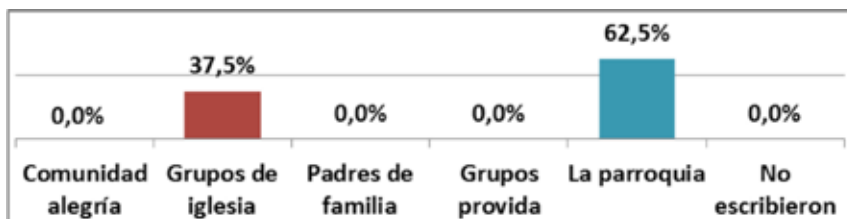


Figura 28. Fuentes que recomendaron el sexto curso de MRF, 2011.

En esta oportunidad el objetivo del aprendizaje del curso fue de un 25% para posponer el don del hijo; 37,5% búsqueda de embarazo y 37,5% reconocimiento de la fertilidad, como se aprecia en la figura 29.

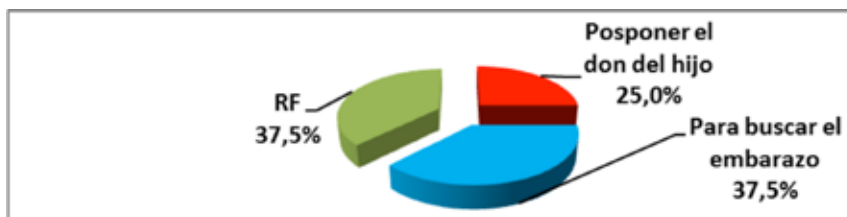


Figura 29. Objetivo del aprendizaje del sexto curso en MRF, 2011.

La figura 30 muestra el comportamiento sexual que se caracterizó en un 50% por una sexualidad anticonceptiva de la que el 25% utiliza el coito interrumpido, 12,5% el condón y 12,5% la esterilización femenina. El restante 50% no utilizó ningún método anticonceptivo.

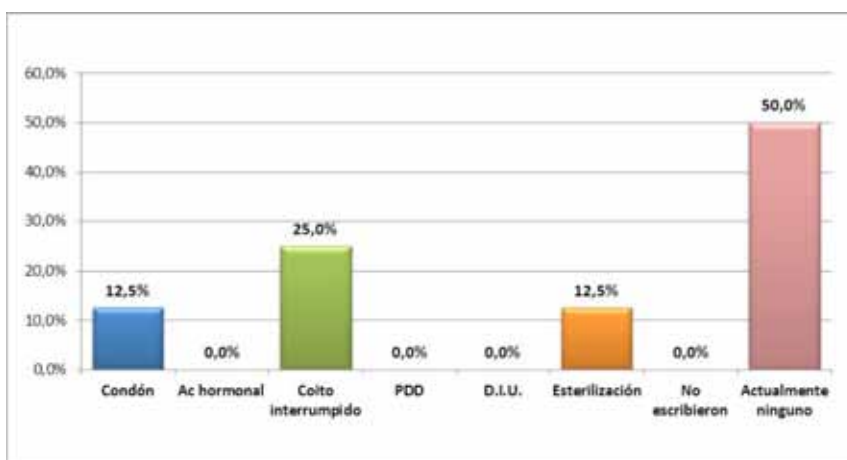


Figura 30. Comportamiento sexual de los participantes en el sexto curso de MRF, 2011

Perfil Estadístico del Total de los cursos para usuarios en Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad (MRF), Colombia, 2011.

El centro de enseñanza en el reconocimiento de la fertilidad de las Hnas. Guadalupanas eucarísticas del Padre Celestial impartió el curso para usuarios en MRF, certificado por CIFER a 120 personas distribuidas en un 55,8% matrimonios-sacramento; 35 % novios y 9,2% solteros como se muestra en la figura 31. El promedio de la edad para los esposos fue 35 y 32 años para las esposas; los novios y novias en 25 y 23 años respectivamente; y las solteras en 20 años.

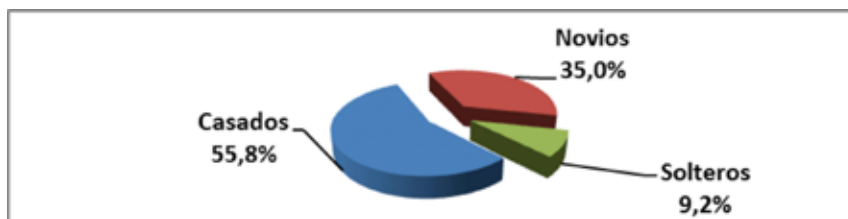


Figura 31. Estado civil de los participantes en el total de cursos de MRF, 2011.

La participación en los cursos por parte de los profesionales universitarios fue predominante 83,3%; con bachillerato 13,3% y 3,3% básico primaria, como lo muestra la figura 32.

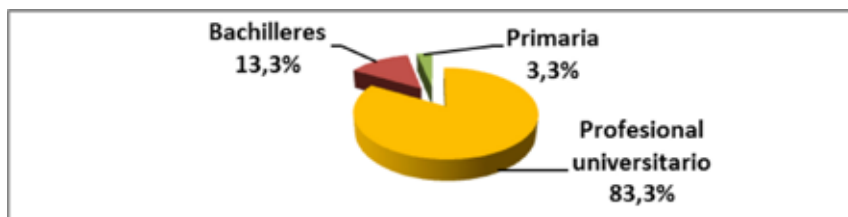


Figura 32. Nivel de estudio de los participantes en el total de los cursos de MRF, 2011.

La influencia de la pastoral matrimonial del Minuto de Dios con la Comunidad Alegría ha despertado una actitud muy favorable de potenciales usuarios a la práctica de los métodos de reconocimiento de la fertilidad como lo muestra la gráfica 33, ya que el 55,8% de los participantes en el curso recibieron información adecuada a través del encuentro de renovación de novios y de la emisora radio “Minuto de Dios”.

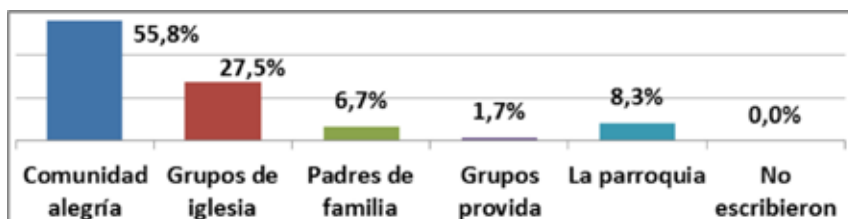


Figura 33. Fuentes que recomendaron los MRF en el total de los cursos, 2011.

La red de familias que generan los movimientos apostólicos tales como el movimiento familiar cristiano, la comunidad “Génesis”, las familias guadalupanas eucarísticas, lazos de amor mariano y camino neocatecumenal se convierten en heraldos que proponen estilos de vida conformes a la verdad sobre el Evangelio de la sexualidad y de la vida, de allí que el 27,5% de los participantes fueron animados por esta clase de grupos de Iglesia. Causa asombro que únicamente el 8,3% de los participantes fueron motivados por sus sacerdotes en las parroquias, lo que muestra una gran resistencia de las parejas como lo expresa el informe de investigación realizado por el Instituto para el Matrimonio y la Familia de la Universidad Pontificia Bolivariana en la Arquidiócesis de Medellín en Colombia:

“Entre los sacerdotes está muy difundida la creencia de que uno de los mayores factores de resistencia para la práctica de los MRF, posiblemente el segundo en orden de importancia, está relacionado específicamente con el desconocimiento de la población sobre el tema y la carencia de oferta de información y acompañamiento, unido al descrédito que propagan los medios de comunicación social y los profesionales de la salud.” (5)

Fue realmente reducida la influencia de los padres de familia para invitar a sus hijos a la práctica de los métodos de reconocimiento de la fertilidad (6,7%), al igual que los grupos ProVida (1,7%); debido muy posiblemente al desconocimiento generalizado que hay sobre el tema y además, continúa persistiendo

el error de confundir el llamado “método del ritmo”, que hace referencia al método Ogino-Knaus (método del calendario, simplista, con poca efectividad) con el conjunto de los métodos de reconocimiento de la fertilidad actuales que tienen una eficacia alta reportada en publicaciones científicas (6).

El salmo 127 proclama el señorío de Dios sobre la procreación y el bien precioso de los hijos que Él concede: “La herencia del Señor son los hijos, recompensa el fruto de las entrañas; como flechas en la mano del héroe, así son los hijos de la juventud. Dichoso el hombre que ha llenado con ellas su aljaba.” (Sal 127,3-5). El hijo es presentado como una flecha, que proyecta la vida humana hacia el futuro, como una bendición divina que da impulso a la vida. Si se habla precisamente de los hijos como el motor de la esperanza, pareciera que este impulso tiende a desvanecerse, si apreciamos la figura 34, en la que se nos muestra como el 29,2% de las parejas tuvieron como objetivo del aprendizaje del curso de MRF, acoger el don del hijo .vs. un 61,7% de los usuarios que desearon posponerlo; y un 9,2% que quisieron reconocer su fertilidad.

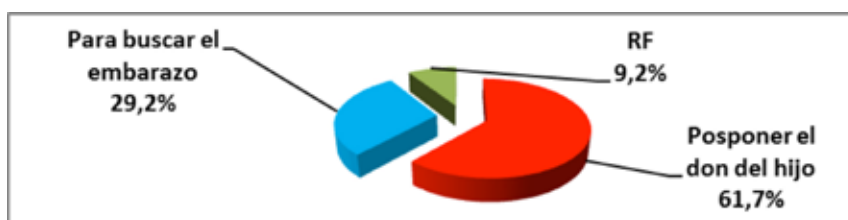


Figura 34. Objetivo del aprendizaje de los MRF en el total de los cursos, 2011.

En Colombia, más de la tercera parte (34,6%) de las usuarias de métodos anticonceptivos, se abastece del método en PROFAMILIA que realiza esterilizaciones femeninas, masculinas e implanta DIU's; un 23,3% lo suministra el hospital del estado y un 20,1% las droguerías que abastece condones, píldoras e inyectables. El condón y la píldora son los métodos más conocidos, seguidos por la esterilización femenina, los menos conocidos son la anticoncepción de emergencia, los implantes subdermicos, los vaginales y la vasectomía (7); comparando estos resultados con el perfil del comportamiento sexual de los usuarios de los cursos de MRF, coinciden, como se aprecia en la figura 35, puesto que los métodos anticonceptivos más utilizados fueron el condón 15,8% y la anticoncepción hormonal 11,7%; el coito interrumpido 8,3 % y la esterilización femenina 5%. Minoritariamente PDD (1,7%) y DIU (3,3%).

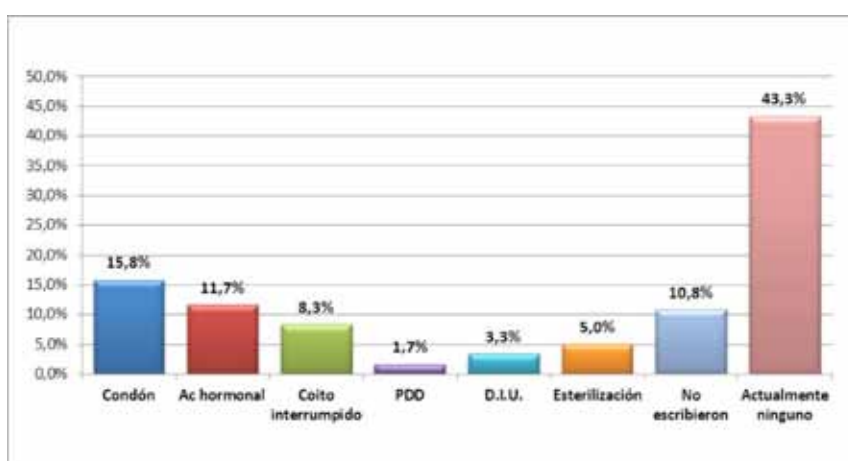


Figura 35. Comportamiento sexual de los participantes en el total de los cursos de MRF, 2011

Agenda 2012 de los cursos para usuarios en métodos de reconocimiento de la fertilidad, Colombia

- Cuatro cursos en la Diócesis de Engativá, Comunidad Alegría del Minuto de Dios, Bogotá:
 - Primer curso: Abril 14 y 15 de 2012
 - Segundo curso: Julio 7 y 8 de 2012
 - Tercer curso: Septiembre 22 y 23 de 2012
 - Cuarto curso: Diciembre 1 y 2 de 2012

- Tres cursos en la Diócesis de Socorro y San Gil, Comunidad de las Hnas. Guadalupanas eucarísticas, San Gil-Santander:
 - Primer curso: Mayo 19 y 20 de 2012
 - Segundo curso: Agosto 18 y 19 de 2012
 - Tercer curso: Noviembre 3 y 4 de 2012

- Dos cursos en la Arquidiócesis de Bucaramanga, Instituto de Familia y Vida de la Universidad Pontificia Bolivariana:
 - Primer curso: Marzo 3 y 4 de 2012
 - Segundo curso: Agosto 4 y 5 de 2012

Conclusiones

- La deconstrucción de las bases de la sexualidad y del adecuado reconocimiento de la fertilidad humana por parte de la ideología de género debe ser afrontada por medio de la teología del cuerpo del venerado Beato Juan Pablo II, en la cual se debe tener en cuenta la unidad en el ser y en el obrar humano, para dar respuesta al dualismo antropológico y a la negación de la diferencia sexual varón-mujer.

- La pastoral familiar carismática del Minuto de Dios con la “Comunidad Matrimonial Alegría”, de la Diócesis de Engativá en Bogotá demostró durante el año 2011 el gran aporte al fomento de una actitud muy favorable a la práctica de los métodos de reconocimiento de la fertilidad humana, dado que el 79,16% de los participantes de los cursos impartidos por nuestro centro de enseñanza recibieron la capacitación en dicho ambiente eclesial.

- La población receptiva a la práctica de los métodos de reconocimiento de la fertilidad en las Diócesis de Engativá, Socorro-San Gil y la Arquidiócesis de Bucaramanga fueron en un 55,8% matrimonios-sacramento; 35 % novios y 9,2% solteros. De ellos el 83,3% contaban con estudios universitarios.- Se hace necesaria la promoción, formación y seguimiento de los métodos de reconocimiento de la fertilidad en el ambiente parroquial de las Diócesis de Engativá, Arquidiócesis de Bucaramanga y Diócesis de Socorro y San Gil en las cuales impartimos dicha formación durante el 2011, puesto que únicamente el 8,3% fueron motivados por sus párrocos.

- El acceso a una información actualizada, clara, científica y con el soporte de la teología del cuerpo permitió generar en los participantes del curso para usuarios en métodos de reconocimiento de la fertilidad, una actitud muy favorable y confiada, puesto que un 61,7% manifestaron como objetivo inmediato utilizarlo para posponer el don del hijo, un 29,2% aplicarlo en la búsqueda de embarazo y 9,2% para el reconocimiento de la fertilidad.

- Finalmente, la antropología adecuada, como fundamento de los métodos de reconocimiento de la fertilidad, desea recordar a la persona, el matrimonio y la familia lo esencial: Cristo. Como cristiana, y además de vida consagrada, sé que el misterio que hace posible el reconocimiento –antropológica y

éticamente adecuado- de la fertilidad humana es Cristo, plenitud del don. Los Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad superan el riesgo de ser enmarcados en un contexto anticonceptivo, si la persona, el matrimonio y la familia prolongan místicamente la presencia de Cristo en el sacramento eucarístico, bajo tres aspectos fundamentales:

En primer lugar, como custodias de adoración a imagen de María en la Encarnación, con una vida de oración y, en especial, de contemplación eucarística. En segundo lugar, como Cordero inmolado a imagen de la Virgen María al pie de la cruz, viviendo la virtud de la humildad en el ambiente conyugal y en tercer lugar, como Hostias de Comuni3n a imagen de la Virgen María en Pentecostés, irradiando el fuego del amor del Esp3ritu Santo, prolongando místicamente a Cristo amante, como enseña Jn 13, 34-35: *Os doy un mandamiento nuevo: que os am3is los unos a los otros. Que, como yo os he amado, as3 os am3is tambi3n vosotros. En esto conocer3n todos que sois mis disc3pulos: si os am3is los unos a los otros.*

Bibliograf3a

- 1 REIG PLÁ, J.A., *Familia sin ideolog3as*, Memorias del Congreso Mundial de Familias, Madrid, mayo 2012.
- 2 FERREIRA LUNA, M.C. *La antropolog3a adecuada como fundamento de los MRF*, Tesina de master en ciencias del matrimonio y la familia del Pontificio Juan Pablo II, Castell3n, secci3n espa3ola, 2007. p. 95.
- 3 CARRASCO DE PAULA, I., *Paternidad responsable en el Magisterio de la Iglesia*. Una visi3n hist3rica. Memorias del II Congreso Internacional en el Reconocimiento de la Fertilidad, Monterrey, 2010.
- 4 RHONHEIMER, M., *3tica de la procreaci3n*, Madrid, Rialp, 2004. p. 115.
- 5 PUERTA DE KLINKERT, M.P., *et al. Informe de Investigaci3n: M3todos naturales de reconocimiento de la fertilidad... Y por qu3 no?* Medell3n, Editorial Universidad Pontificia Bolivariana, 2011.p. 97.
- 6 FRANK-HERRMANN *et al.* (2007). The effectiveness of a fertility awareness based method to avoid pregnancy in relation to a couple's sexual behaviour during the fertile time: a prospective longitudinal study. *Hum Reprod.*, 22:1310-19. (1,599 mujeres y 35.996 ciclos)
- FRANK-HERRMANN *et al.* (2005). Determination of the fertile window: Reproductive competence of women – European cycle data bases. *Gynecological Endocrinology* 20: 305-12
- FREUNDL *et al.* (1999). European multicenter of natural family planning (1989-1995): efficacy and drop-out. *Adv. in Contraception*, 15: 69-83.
- FRANK-HERRMANN *et al.* (1991). Effectiveness and acceptability of the symptothermal method of natural family planning in Germany. *Am. J. Obstet Gynecol.* 165; 2052-4.
- 7 PUERTA DE KLINKERT, M.P., *et al. Informe de Investigaci3n: M3todos naturales de reconocimiento de la fertilidad... Y por qu3 no?* op. cit., pp. 10-11.

LOGROS DE WOOMB LATINOAMÉRICA EN LOS ÚLTIMOS TRES AÑOS.

Martín Tantaleán del Águila.

Woomb Latinoamérica

Nació durante la última Conferencia Bienal del Método de la Ovulación Billings TM (MOB), celebrada en la ciudad de Melbourne, Australia desde el 1 al 3 de mayo del 2009. Fue inicialmente concebida como una red de organizaciones y grupos activos en América Latina, cuyo fin primordial es la enseñanza y difusión del auténtico método de la Ovulación Billings TM, de acuerdo al espíritu y carisma de los Dres. John y Evelyn Billings, bajo la guía de Woomb International Ltd. En el futuro cercano se constituirá como una Federación con estatutos y una organización formal.

Los Dres. Billings visitaron nuestra región muchas veces a partir de los años 70, enseñando el MOB a la comunidad médica y formando instructores y así lenta pero continuamente, el método se extendió y echó raíces, gracias a la labor de tantos pioneros en nuestros países, cuya labor muchas veces silenciosa y no reconocida merece hoy ser recordada. Es sobre este cimiento que queremos seguir construyendo.

La continua investigación del equipo de los Dres. Billings, junto a los científicos Prof. James Brown (QPD) y Erik Odeblad, junto con la experiencia de la enseñanza del MOB a gran escala en China, tuvo como resultado una mayor simplificación en la transmisión del método, a la vez que se consolidó el profundo fundamento científico que avala sus conceptos centrales. Definitivamente la aceptabilidad, eficacia y universalidad del MOB se demostró más allá de cualquier duda razonable. Sin embargo, por diferentes razones e influencias, poco a poco, en nuestra región nos hemos ido apartando del auténtico método Billings. Diferentes organizaciones han introducido cambios, creado su propia literatura, materiales de enseñanza y otros recursos como partes del método. Esto ha resultado en mucha confusión y en algunos casos, en una enseñanza errónea del MOB.

En los últimos años algunos grupos de Latinoamérica hemos retomado una estrecha relación con la organización madre australiana, Woomb International Ltd., cuyos responsables actuales (ver más adelante en este Boletín) vinieron varias veces a nuestros países, dictando diferentes cursos de actualización y compartiendo toda la nueva metodología y bibliografía con la que hoy cuenta el MOB. Por eso Woomb Latinoamérica hace suyo el lema de Woomb México AC, utilizado para convocar al Primer Congreso Americano y del Caribe del MOB, celebrado en noviembre del 2007 en Monterrey, México: “Volvamos a lo que sabemos que es verdadero, a lo auténtico. Es tiempo de que nos unamos y enseñemos sólo lo auténtico. Es tiempo que haya un solo MOB, el mismo material, el mismo propósito, sin importar en que parte del mundo se enseña.”

Nuestra visión es que todos nuestros países cuenten con Centros e instructores de excelencia, que enseñen el auténtico MOB, para hacer llegar esta buena noticia a todas las personas que la quieran acoger. En espíritu de servicio, invitamos a todos los que se quieran sumar a esta iniciativa, de modo de hacer este deseo realidad.

Martín Tantaleán del Águila. Presidente de CEPROFARENA, Perú. [mtantalean@gmail.com]

Constitución de Woomb Latinoamérica

Representantes de organizaciones afiliadas a Woomb International Ltd de Argentina, Brasil, Chile, México y Perú, que participaron de la Conferencia Bienal del MOB en Melbourne, en mayo del 2009, junto con María García, instructora MOB de la Arquidiócesis de Chicago (USA), en su carácter de Coordinadora de habla hispana ante Woomb International, manifestaron su intención de trabajar juntos constituyendo esta nueva organización regional.

Se convino en nombrar al matrimonio Raúl Armenta Luna y Lupita Rodríguez, últimas autoridades nacionales de Woomb México AC, como los Coordinadores en esta primera etapa.



Establecimiento de Woomb International Ltd

Para llevar su método a todo el mundo, los Dres. Billings junto a un grupo de personas que trabajaban estrechamente con ellos, formaron una primera organización denominada Woomb International Inc, con sede legal en California (USA) en 1978.

Woomb es la sigla de World Organization of the Ovulation Method Billings, o sea la Organización Mundial del Método Billings.

El Consejo Directivo original de dicha asociación estuvo integrado por 4 Directores con voto: Dr. John Billings, Presidente (Australia), Dr. Kevin Hume (Australia); Dra. Evelyn Billings (Australia) y Monseñor Robert Deegan (USA).

Además un grupo de 9 personas constituyeron un Comité Internacional, con un rol consultivo, integrado inicialmente por: Pbro. Jesús Manuel Pérez (México), Rev. Joseph Hattie OMI (Canadá), Dr. John Brennan (USA), Rev. Denis St. Marie (Guatemala), Dra. Sor Anna Capella (Italia), Rev. Pedro Richards (Uruguay) y Sra. Mavis Keniry (Irlanda).

Las personas, corporaciones o asociaciones que compartían los propósitos y objetivos de Woomb podían afiliarse y constituirse en Miembros Generales.

Pensando en las estrategias necesarias para continuar esta labor durante el siglo XXI, los Dres. Billings y su equipo decidieron disolver la organización anterior y constituir una nueva asociación, denominada WOOMB INTERNATIONAL LTD., registrada en el Estado de Victoria, Australia, el 23 de febrero del 2006, como una compañía privada con garantía limitada.

Woomb International Ltd. se constituyó bajo los mismos principios que la organización anterior, los que parcialmente se transcriben a continuación:

La compañía se establece para promover el auténtico Método de la Ovulación Billings TM en apoyo de las parejas, la familia y la sociedad, y para realizar todo objetivo similar, relacionado o compatible, que pueda ser considerado oportuno por la organización.

Estandarización de la enseñanza

Durante los últimos años, las directoras de WOOMB Internacional LTD, han aprobado y distribuido el currículo para los programas de capacitación de instructores en el Método de la Ovulación Billings a los afiliados a WOOMB internacional Ltd™ por todo el mundo.

Hay dos programas:

1. El currículo para el programa básico/actualización de entrenamiento de instructores (cubierta naranja) Currículo para el Programa de extensión para capacitación de instructores (cubierta verde)

Los currículos solamente cubren la ciencia y la enseñanza del Método de la Ovulación Billings™. Otros temas tales como filosofía, ética, aprendizaje para adultos, etc., pueden ser componentes agregados a los programas de entrenamiento de instructores tal como sean los requisitos de cada organización afiliada. Se deberá de asignar tiempo adicional para cubrir estos temas para que no se reduzca el contenido de los currículos los aprobados.

Ambos programas el básico/actualización y el curso de extensión son programas independientes y deben mantenerse separados. No intente hacer mucho a la vez. Hay que dar un tiempo para que los instructores adquieran experiencia. La experiencia de la enseñanza en si es el mejor maestro y nunca hay que subestimarla.

Programa básico/actualización para entrenamiento de instructores en el Método de la Ovulación Billings™

El Programa básico/actualización se ofrece a aquellas personas que han expresado un interés en convertirse en un instructor/a del Método de la Ovulación Billings™. También se ofrece a todos los instructores acreditados quienes no hayan sido actualizados recientemente. "No haber sido actualizado recientemente" incluye todos los instructores que no hayan experimentado el formato de este nuevo currículo - publicado por primera vez en el año 2000, y todos aquellos instructores que no hayan estado enseñando el método por algún tiempo. Nuestra recomendación es que todos los instructores experimenten este programa de vez en cuando para que así "vuelvan a lo básico" y restablezcan la simplicidad de su enseñanza.

Este programa cubre sistemáticamente los principios básicos del Método de la Ovulación Billings™ y es un acompañante del libro *Enseñanza del Método Billings* parte 2. Este curso está diseñado para potenciar a todos los instructores no sólo con las reglas del método, sino también para darles una comprensión de la base científica que sustenta estas reglas. Esto incluye el trabajo de los profesores James Brown y Erik Odeblad en el entendimiento de cómo el registro de la mujer refleja las respuestas hormonales y cervicales. Que este no es un método de “adivinar” sino que se basa en validación científica.

El objetivo de este curso básico/actualización debe ayudar a los participantes a entender:

- ¿Cómo se realizan las observaciones y cómo llevar un registro;
- las reglas que se aplican en cada situación, independientemente de la etapa de la vida;
- cómo fluctúan y cambian las hormonas ováricas durante los ciclos;
- los diferentes tipos de moco y sus funciones;
- los requisitos para la fertilidad;
- cómo el tener referencia a la literatura auténtica reforzará este aprendizaje.

Este programa ha sido desarrollado como una experiencia de aprendizaje interactiva adecuada para todos los estudiantes adultos. Ver la página 7 del currículo, parte de lo cual dice:

“Hacer la gráfica de la mujer en un pizarrón es una parte integral de este programa interactivo de enseñanza. El presentador lee las descripciones que la mujer ha registrado, y otra persona del equipo los registra en la gráfica usando los símbolos apropiados.

Al mismo tiempo los estudiantes hacen su propio registro y aprenden a interpretar la información día a día tal como la mujer misma lo estuviera experimentando en su gráfica, haciendo las decisiones mientras los patrones se desarrollan, y aplicando las reglas correspondientes.

Será necesario un pizarrón o pintarrón grande, para que el equipo de enseñanza grafique junto con la clase. Esto se hace lentamente, para que cada estudiante tenga tiempo de pensar sobre su propio registro, conforme se desarrolla el mismo. Ellos son alentados a imaginarse que es su propia gráfica, ya sea que deseen conseguir o evitar la concepción, y hagan sus decisiones de acuerdo a ello.

Durante estas sesiones de graficación, el Instructor hará que los Estudiantes discutan la gráfica entre ellos, mostrará el uso de la Regla Deslizable, se referirá constantemente a las Gráficas de Pared (o a los acetatos) y trazará las curvas hormonales debajo de las gráficas para mostrar los niveles de estrógenos y progesterona, esto para enfatizar el entendimiento de que el registro de la mujer, es un reflejo de los patrones hormonales

Un instructor/a del MOB de excelencia ve la gráfica y piensa en las hormonas y en la respuesta cervical, lo cual le capacita a la identificación de la infertilidad preovulatoria, la fase fértil y el tiempo de ovulación y la fase lútea de infertilidad. Los estudiantes reconocerán ya sea que la gráfica esté indicando un ciclo fértil en la cual sería posible la concepción, variantes infértiles del continuum o indicaciones de anormalidades que requieran intervención médica.

El equipo de enseñanza deberá estar muy familiarizado con “Enseñanza del Método de la Ovulación, Parte 2” y con cada sección de este currículo”.

Tal como se explica, la técnica de enseñanza está basada en el trabajo que se hace en la pizarra/pintarrón, desarrollando las gráficas día a día. Las presentaciones de PowerPoint se muestran para mostrar la ciencia y dar un repaso general del método. Las presentaciones en PowerPoints nunca deberán de remplazar la experiencia de graficar día a día.

Un componente de este programa es la culminación satisfactoria del cuestionario/evaluación del programa de entrenamiento, el cual deberá ser a libro abierto. Ver la página 122 de del currículo, parte del cual dice lo siguiente:

El cuestionario/examen original del Entrenamiento de Instructores fue desarrollado por los doctores John y Lyn Billings. Su intención nunca fue que este fuera visto como un examen, sino una oportunidad para los entrenadores para que se aseguraran que la información correcta hubiera sido absorbida o traducida. Esto es particularmente importante cuando hay la necesidad de usar un traductor. Si es que hay un problema obvio para muchas personas, las correcciones mostrarán que este necesita más aclaraciones. Si solamente una o dos personas no han absorbido algo, entonces estas necesitarán ayuda extra en esa área. Siempre se diseño como un examen a libro abierto, para que los participantes supieran usar como referencia la literatura auténtica. Calificar la evaluación/examen nunca ha sido parte del propósito de estos exámenes/evaluaciones.

La clave para el éxito con los exámenes/evaluaciones es que se les regrese rápidamente a los estudiantes. El cuestionario/examen ya corregido, junto con una hoja oficial de las respuestas, se le deberá de dar al estudiante para que así pueda aclarar los errores que haya tenido. Esta hoja con las respuestas tiene una información más amplia en las respuestas. No esperaríamos que los estudiantes hubieran escrito toda esta información. La hoja con las respuestas entonces actúa como otra referencia para el estudiante.

Cuando una persona ha completado este curso, después se le ofrece la oportunidad de tener una supervisión clínica. Esta puede ser cara a cara con un instructor con experiencia o por medio de supervisión a distancia a través de teléfono, fax o correo electrónico e internet. Es importante que el aprendiz comprenda la responsabilidad de consultar a su supervisor después de cada cita con una pareja. Este proceso continúa hasta la acreditación.

Este **Programa básico/actualización de entrenamiento de instructores en el Método de la Ovulación Billings™** se puede ofrecer cara a cara, generalmente en 2-3 días cuando no hay la necesidad de traducción o mediante nuestro **curso por correspondencia del programa de Entrenamiento de Instructores en el Método de la Ovulación Billings™**. Este último curso sigue el mismo plan de estudios del programa Básico/actualización, pero el formato ha sido adaptado para hacerse por correspondencia. Este curso que consta de diez sesiones, actualmente puede completarse por medio del correo regular o correo electrónico, sin embargo en el futuro esperamos tenerlo como un curso en línea. Si todavía no disponen de este curso y están interesados en obtener más información por favor de contactarnos en seniorteacher@thebillingsovulationmethod.org

Tras haber completado el programa básico/actualización de entrenamiento de instructores en el Método de la Ovulación Billings™, el aprendiz está listo para iniciar la enseñanza bajo supervisión con el objetivo de lograr la acreditación cuando haya completado suficiente experiencia clínica.

Cada organización afiliada tiene sus propios requisitos para la acreditación/certificación. Se recomienda la supervisión clínica y que el aprendiz muestre un estudio de un caso (gráfica) para mostrar su nivel de conocimiento y habilidades en la interpretación de gráficas. Idealmente 6 meses de enseñanza supervisada serían suficientes para hacer un caso de estudios y presentarlo al supervisor para obtener la acreditación/certificación. El estudio del caso puede mostrar la gráfica de una pareja y cómo se les enseñó y cómo se les dio la confianza para utilizar todas las reglas del Método de la Ovulación Billings™, o alternativamente puede ser gráficas y registros de enseñanza de varias o un número determinado de parejas que se hayan enseñando en un periodo de 6 meses durante la enseñanza supervisada.

Si aún no han desarrollado sus procesos y requisitos de acreditación/certificación, pudiera ser útil ver el documento titulado "Acreditación/Certificación para los instructores del Método de la Ovulación Billings™"

el cual se encuentra en el archivo adjunto. Este es el formato que sigue nuestro centro australiano afiliado, OMR & RCA y lo ofrecemos como una guía para que ustedes desarrollen sus propios requisitos.

2. Programa Entrenamiento de Instructores en el Método de la Ovulación Billings™ Curso de Extensión

El programa de Extensión está dirigido para los instructores acreditados/certificados que han pasado por un programa de actualización y para instructores quienes tienen algo de experiencia enseñando el Método de la Ovulación Billings™. Lo ideal sería que el instructor acreditado/certificado tenga por lo menos 6 meses de estar enseñando el método antes de participar en un Curso de Extensión.

Al igual que con el programa de entrenamiento para instructores en el Método de la Ovulación Billings™ aprobado por WOOMB, el programa de extensión es un programa interactivo y se motiva a los participantes a involucrarse activamente en las discusiones y hacer las actividades de registro de gráficas, ya sea individualmente, en pareja o grupos. Las actividades se ofrecen a través de sesiones de ejercicios de gráficas, juegos de rol, actividades de grupo y hojas de ejercicios. La presentación en PowerPoint que lo acompaña al currículo, se utiliza para mostrar diferentes gráficas de las mujeres.

Los entrenadores de entrenamientos del Método de la Ovulación Billings™ que están presentando este programa debe tener un buen conocimiento de la ciencia del ciclo ovárico y las variantes normales del Continuum, y la correlación entre las hormonas ováricas, las respuestas cervicales y vaginales en la gráfica de la mujer. Lectura esencial para este curso es "Los estudios sobre reproducción humana" por el Profesor James B Brown.

Este programa pretende ampliar el conocimiento de los instructores por medio de agregar a su experiencia /habilidades de instructores y para ampliar sus conocimientos sobre la ciencia y los beneficios de diagnóstico de las gráficas. El programa se divide en tres partes:

1. Haciendo las Preguntas Correctas
2. El continuum y la actividad ovárica
3. Los beneficios de diagnóstico del Método de la Ovulación Billings™.

Este programa desafía al instructor a encontrar las razones por qué la gráfica pudiera ser difícil de interpretar.

- a) La gráfica pudiera no reflejar correctamente los eventos actuales del ciclo, por ejemplo, la forma en que se hicieron las observaciones, la ansiedad, la falta de entendimiento, información incorrecta, etc. Se desafía a los instructores a evaluar sus propias técnicas de enseñanza.
- b) La gráfica está correcta y la mujer está experimentando las variantes normales del continuum, las cuales reflejan la progresión de la etapa de su vida desde la menarquia hasta la menopausia. Un buen entendimiento de estas variantes le permite al instructor ayudar y guiar a la pareja durante esta etapa particular de la vida y así poder aplicar las reglas del Método de la Ovulación Billings™ con confianza.
- c) La gráfica está correcta, pero la mujer muestra una gráfica que no es un reflejo de lo que se esperaría durante esta etapa de su vida. La gráfica le avisa al instructor de la necesidad de recomendar una investigación médica. A los instructores no terapéuticos del Método de la Ovulación Billings™ se les recomienda no diagnosticar patologías o anomalías, más bien reconocer lo que es normal para la etapa de la vida de la mujer y, luego recomendarla para una , consulta para una investigación médica, cuando la gráfica revela alguna anomalía o patrones erráticos.

Al enseñar sobre el Continuum de la actividad ovárica, (según el Dr. Brown), el énfasis está en el entendimiento de las hormonas hipofisarias/ pituitarias, mientras que en el programa básico/actualización, el énfasis está en las hormonas ováricas. (Las variantes de continuum y las hormonas hipofisaria/ pituitarias se describen en el programa básico/actualización, pero no hay ninguna enseñanza en si – esto se deja para este programa). Para completar el programa Básico/actualización satisfactoriamente no se requiere tener una buena comprensión de las hormonas pituitarias o las variantes de continuum.

La evaluación/examen de este programa se hace durante el curso, luego los presentadores lo revisarán, y lo devolverán a los estudiantes para hacer una autocorrección durante la clase. Los presentadores/ entrenadores, entonces utilizan este ejercicio de autocorrección para hacer un repaso de las variantes del continuum y cómo interpretarlas en la gráfica de la mujer. Al final de la sesión, se entregará una hoja oficial con las respuestas correctas a cada participante.

Enseñanza del método de la ovulación Billings en el Perú

En el país desde el año 2009 seguimos las pautas establecidas por la WOOMB y refrendadas por WOOMB Latinoamérica. El curso básico de entrenamiento de instructores lo desarrollamos en 40 horas de entrenamiento teórico práctico acorde con el Curriculum oficial- descrito anteriormente- en dos modalidades:

- ◊ En Lima lo desarrollamos en sesiones semanales de 3 horas.
- ◊ En otras ciudades organizamos cursos intensivos de dos fines de semana o 5 días de corrido para completar las 40 horas.

La enseñanza a las usuarias se realiza mediante consejería personalizada en cuatro sesiones que en promedio se desarrollan en un número igual o mayor de citas en el lapso promedio de tres meses y se propicia la participación de los dos esposos. Estas primeras cuatro sesiones buscan lograr independencia de uso, cuentan con objetivos específicos y herramientas de verificación:

- ◊ Primera sesión: se brinda una orientación y explicación inicial aclarando mitos y orientando para el inicio de un registro básico, explicándoseles que se requerirá de dos semanas de abstinencia sexual, sin contactos íntimos, para evitar confusiones.
- ◊ Segunda sesión: tiene como objetivo principal orientar a la pareja para que pueda reiniciar su actividad sexual aplicando las reglas del MOB acorde con su estado de vida y fase del ciclo.
- ◊ Tercera sesión: se consolida y verifica aplicación de reglas y llevado de gráfica. Se completa proceso de enseñanza.
- ◊ Cuarta sesión: tiene como objetivo principal del evaluar si la pareja ya logró independencia de uso.

FICHA DE SEGUIMIENTO DE SESIONES DEL MOB

DNI usuaria:..... **Nombre:**

Apellidos:

Sesión	Fecha	Objetivos	Comentarios
Inicial		Se aclara mitos () Utiliza 3 símbolos - I, O, • ()	
Segunda		Grafica bien con 3 símbolos () Identifica PBI () Entiende regla de primeros días () Sabe identificar menstruación () Registra gráfica diariamente ()	
Tercera		Identifica su PBI () Aplica bien regla 1 () Aplica bien regla 2 () Aplica bien regla 3 () Reconoce cúspide () Entiende regla de la cúspide () Aprende nuevos símbolos - X,= ()	
Cuarta		Reconoce fases del ciclo () Identifica menstruación () Diferencia otros sangrados () Aplica bien regla 1 () Aplica bien regla 2 () Aplica bien regla 3 () Aplica bien regla 4 () Reconoce fase lútea apropiada () Grafica bien con todos los símbolos () Logra independencia ()	
Quinta		Se corrobora independencia () Maneja adecuadamente variaciones en sus ciclos () Ha aplicado el MOB en lactancia ()	
Sexta		Hubo embarazo no planificado () Logró embarazo deseado () Desea ser o ya es instructora ()	

Logro de independencia

Total de sesiones hasta lograr independencia:

Tiempo en días transcurrido desde primera sesión:

DNI Instructora:

Adicionalmente se propicia dos sesiones de seguimiento (a los 6 meses y 12 meses) para evaluar los resultados.

i Tomado del Boletín electrónico de WOOMB Lationamérica N°1 – Diciembre 2009

ii Cada sesión es como una etapa y se puede desarrollar en una o más citas de acompañamiento

ENSEÑANZA DE LOS MÉTODOS DE RECONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD EN LA PREPARACION PARA EL MATRIMONIO.

María Concepción Morales Peralta.

Resumen

Toda persona debe tener el derecho a conocer su fertilidad y a conformar su familia en libertad pero, sobre todo, con responsabilidad, por lo que al fundar una familia debe tener todos los conocimientos necesarios para actuar en consecuencia. Hay quien cree que la mejor forma de ir conformando su familia en función de las circunstancias es mediante los anticonceptivos, por lo que divulgan su uso y quieren presentarlos para todos al menor costo posible y, en algunos lugares gratuitos; con los anticonceptivos se pueden evitar los nacimientos pero a la vez se reduce a la persona a objeto de placer y no como sujeto de amor, se fomenta la infidelidad, se da mal ejemplo a los jóvenes y se da lugar a que comiencen sus relaciones sexuales fuera del matrimonio y a edades tempranas con las consecuencias que esto implica, y en algunos países los gobiernos intervienen en el número de hijos que permiten tener a cada matrimonio. Usando los anticonceptivos nunca una persona goza de plena libertad y jamás actúa con responsabilidad, lo cual solo es posible con los métodos de reconocimiento de la fertilidad; por esta razón es necesario que todos los que van a contraer matrimonio reciban esa formación adecuada.

En la Arquidiócesis de La Habana existe un programa de preparación al matrimonio que incluye la enseñanza de los métodos que sirven para reconocer la fertilidad como una educación de la sexualidad adulta donde se imparten los temas del inicio de la vida humana, aborto, anticoncepción y paternidad responsable. Después de recibir estos temas fundamentales los matrimonios participan en cursos de aprendizaje personalizado de los métodos de reconocimiento de la fertilidad, siendo el Método Billings el más aceptado y divulgado por ser de fácil aprendizaje y no tener costo alguno, además de que esto implica un estilo de vida para la pareja y no un simple método para evitar los nacimientos.

La enseñanza de los *métodos de reconocimiento de la fertilidad en la preparación para el matrimonio*

La educación para el amor comienza cuando un ser humano es concebido. Los mensajes de amor que recibe antes del nacimiento lo marcarán para siempre. Por otra parte, toda persona tiene el derecho a que se le enseñe como funciona su fertilidad, Soy partidaria de que esa educación debe recibirse en su hogar, de sus padres que son los mejores educadores y saben en que momento los hijos la necesitan, debe impartirse escalonadamente y, preferiblemente, al niño por el padre y a la niña por la madre, pero hay formación que todos los jóvenes deben recibir y requieren conocimientos que no todos los padres tienen, y sería bueno que se le enseñara sobre los 12 años a las muchachas y a los 14 a los varones, nunca juntos porque dado el desarrollo de ambos sexos lo que le interesa muchísimo a una muchachita de 12 años, a un varón de la misma edad le es totalmente indiferente. A esa edad están en los inicios de la enseñanza secundaria y es bueno enseñarles como funciona su fertilidad adecuadamente para su

María Concepción Morales Peralta. Especialista de Medicina Interna. Hospitales docentes de Maternidad de la Ciudad de la Habana. Fundadora y Presidenta del movimiento Pro-Vida Cuba desde 1995. [provida@iglesiaticolica.cu]

edad y los conocimientos necesarios de higiene y ética, entre otras cosas para evitar las ITS sin tener que hablar del famoso condón y sin dar reglas de cómo evitar el embarazo.

Sin embargo, hay un momento fundamental en la vida de la persona que requiere especial atención, es el momento del matrimonio, cuando decide unirse a otro ser para constituir una nueva familia de la cual nacerán los hijos.

La sociedad no se preocupa en particular de la formación de la pareja para el matrimonio, pero algunas instituciones, como la Iglesia Católica, si consideran necesario profundizar lo que la persona ha aprendido durante su vida con una formación muy especial dirigida específicamente a la preparación para el matrimonio que incluye, entre otros aspectos, formar a la pareja para el correcto ejercicio de una Paternidad Responsable acorde a los principios éticos que sustenta, y que conlleva el brindar a la pareja el conocimiento de los diferentes métodos para que pueda planificar su descendencia

El momento de la preparación para el matrimonio es el indicado y preciso para que, quienes nos ocupamos de esto, transmitamos a los futuros esposos estos conocimientos, que en muchas ocasiones les son totalmente desconocidos, o para que profundicen en el conocimiento de los mismos.

Les recuerdo que, como he dicho en otras ocasiones, Cuba es un país con mentalidad antivida, es decir abortista y anticoncepcionista donde el conocimiento de los Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad solo resulta mejor aceptado en aquellos grupos, como los católicos, donde existen razones éticas por las cuales su uso se impone frente a la anticoncepción, lo cual no significa que se les acepte plenamente por todos (4).

Según los resultados de una encuesta realizada por Provida Cuba en el año 1999 al efectuarse el 1er. Encuentro Nacional Provida (3), en la cual fueron encuestadas 343 mujeres católicas en edad fértil de 13 comunidades de diferentes sitios del país en las cuales funcionaban grupos provida, los resultados obtenidos fueron que:

- De las 343 mujeres en edad fértil encuestadas 189 evitaban el embarazo con algún método mientras 154 no lo evitaban.
- De 159 mujeres solteras 90 no evitaban el embarazo mientras 60 usaban algún método para evitarlo.
- De estas mujeres solteras el 30% usaban DIU, el 23% métodos de barrera, el 20% métodos de reconocimiento de la fertilidad, el 9% tabletas y el restante 9% otros métodos.
- De 17 mujeres solteras de 18 años o menos 6 empleaban métodos de barrera, 6 métodos de reconocimiento de la fertilidad y 5 DIU.
- De las 343 mujeres encuestadas 36 eran divorciadas y de ellas 28 evitaban el embarazo por algún método.
- El total de mujeres casadas fue de 147, de las cuales 32 no evitaban el embarazo, 23 empleaban métodos de reconocimiento de la fertilidad y 92 usaban algún anticonceptivo.
- De las 82 mujeres casadas que evitaban el embarazo utilizando métodos anticonceptivos 32 estaban ligadas, 32 tenían colocado DIU, 13 empleaban métodos de barrera, 10 tabletas y 5 otros métodos.
- De las 212 mujeres que evitan o posponen el embarazo 73 tenían DIU, 39 estaban ligadas, 31 utilizaban métodos de barrera, 20 tomaban tabletas anticonceptivas, 5 usaban otros métodos anticonceptivos y 54 utilizaban métodos de reconocimiento de la fertilidad, de estas últimas 21 no casadas.

No creo necesario decir que estos resultados eran muy preocupantes, en especial por tratarse de mujeres católicas, pero serían aún mucho más alarmantes si se tratase de la población femenina general del país.

Años después la Iglesia Católica de Cuba realizó una encuesta de nivel nacional y los resultados en este aspecto fueron muy semejantes a los nuestros y personalmente pienso que en el momento actual continúen siendo similares o quizás hasta algo peores.

Para una mejor comprensión de las causas que han dado origen a esta situación se impone abrir un paréntesis y citar a Mons. Antonio Rodríguez cuando nos dice que recordemos que el 25 de Julio de 1968, el Papa Pablo VI daba a conocer la encíclica “*Humanae Vitae*” sobre la regulación de la natalidad donde, siguiendo con toda una tradición de la Iglesia, enunciaba los dos significados que debían realizarse en todo acto conyugal: el procreativo y el unitivo, y proponía el recurso a la continencia periódica para el ejercicio de la procreación responsable (5), algo no fácil de comprender en 1968, pero al que el tiempo ha dado la razón en cuanto a los problemas médicos de los anovulatorios, el aumento de las políticas antinatalistas y el deterioro de la conducta sexual (6).

Y explica Mons, Rodríguez que si para muchos la “*Humanae Vitae*” es la “encíclica contestada” en la pastoral de la Iglesia Universal; en la pastoral de la Iglesia Cubana es la “encíclica ignorada”. Varias causas explican esta constatación. En 1968, nuestra Iglesia atravesaba el período con menor número de agentes de pastoral en este siglo. Además, el éxodo de católicos prácticos hacia el extranjero y hacia fuera de las comunidades católicas diezmaron aceleradamente esta iglesia. A lo anterior, es necesario añadir la escasa o nula incorporación de nuevos miembros a las comunidades católicas. Por otra parte, desde hacía 8 años el nuevo estado socialista había cortado toda influencia de la Iglesia en la vida nacional, al reducir la actividad de la Iglesia a las cuatro paredes de los templos. Todas estas causas contribuyeron a que la encíclica fuese conocida por un número exiguo de personas, lo cual ha repercutido de modo muy negativo en la posterior pastoral de nuestra Iglesia en cuanto al conocimiento y aceptación del mensaje de la “*Humanae Vitae*” (5).

Las consecuencias de esto se extienden hasta nuestros días. Actualmente en Cuba algunas diócesis exigen que para recibir el sacramento del matrimonio la parejas han de vencer satisfactoriamente un Curso de Preparación Prematrimonial en el cual uno de los temas es la Paternidad Responsable y que conlleva al necesario e inseparable aspecto de la planificación familiar, tema en el cual se presentan de forma general los Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad y se brinda a las parejas la posibilidad de que, si lo desean, acudan a los cursos que periódicamente se ofertan para que se capaciten en el empleo de los Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad.

Debo señalar que, en mi opinión, el Método de Reconocimiento de la Fertilidad más adecuado para la mujer cubana en estos momentos es el Método de la Ovulación o Método Billings por ser de fácil aprendizaje y no tener costo alguno, además de que esto implica un estilo de vida para la pareja y no un simple método para evitar los nacimientos. Por otra parte, con las actuales técnicas de enseñanza del Billings no es necesario ningún equipo y con un monitor bien preparado y el auxilio de “la regla deslizante” la enseñanza es más fácil y eficaz.



Fig. 1.- Enseñando el empleo de “la regla deslizante” del Método Billings a una usuaria

Por todo esto, y teniendo en cuenta mi experiencia enseñando Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad en Cuba desde 1992, hace exactamente veinte años, considero que:

- Todos los países, como requisito para contraer nupcias, o al menos todas las Conferencias Episcopales, deberían exigir además, y como parte de la Preparación Prematrimonial, un curso aprobado de Reconocimiento de la Fertilidad, que no se limite la enseñanza de los diferentes métodos para reconocerla, porque el matrimonio es una comunidad de amor y vida y es dentro del matrimonio donde adecuadamente se debe usar la fertilidad humana. Exigiendo esos cursos con los conocimientos que los novios adquirirían de su fertilidad se evitarían muchos abortos, se evitaría el daño de la contracepción, se cuidaría de la salud de la mujer y cada niño se concebiría con amor y responsabilidad, permitiéndole a todos conformar su familia responsablemente.
- El curso de Reconocimiento de la Fertilidad. en la preparación para el matrimonio debe incluir los siguientes aspectos:
 1. Anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino y masculino
 2. Inicio de la vida humana y desarrollo embrionario
 3. Aborto y sus consecuencias
 4. Anticoncepción y sus consecuencias
 5. Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad
 6. Magisterio de la Iglesia

1-Anatomía y fisiología

Aunque la mayoría de los que contraen nupcias han terminado la enseñanza secundaria, en muchos casos no conocen la anatomía y fisiología de ambos aparatos reproductores por lo cual antes del matrimonio es necesario recordárselas y, en muchos casos, enseñárselas.

2-Inicio de la vida humana y desarrollo embrionario

Muchas personas, perneadas por los medios masivos de comunicación o por comunicaciones interpersonales, tienen un concepto erróneo del momento en que comienza la vida humana. Unos creen que cuando hay conciencia, otros que con la implantación, otros que con el nacimiento. Si a todos los que van a contraer matrimonio se les enseña el momento científico en que cada ser humano comienza

su vida y su desarrollo se evitarían muchos abortos porque me resisto a creer que todas las mujeres que se practican aborto o los que las inducen a practicárselo, en todos los casos no sepan que le están quitando la vida a un ser humano.

3-Aborto y sus consecuencias

Se debe enseñar siempre, pero sobre todo antes del matrimonio, la realidad del aborto porque muchos de los que se lo practican creen que es solo un acumulo de células y que no habrá consecuencias físicas ni psíquicas para la mujer.

Muchos movimientos provida trabajan muy duro frente al aborto pero no han comprendido la importancia del Reconocimiento de la Fertilidad como la auténtica alternativa frente al aborto y la anticoncepción. Así lo demuestra el que la inclusión del tema del Reconocimiento de la Fertilidad en los congresos provida es habitualmente pobre. Considero que a través de los movimientos provida tenemos un gran campo de acción para la promoción y enseñanza del Reconocimiento de la Fertilidad y resulta muy necesaria una mayor interrelación entre los movimientos provida y el Reconocimiento de la Fertilidad (1).

4-Anticoncepción

Toda la sociedad está permeada de una mala interpretación del término “Paternidad Responsable” y creen que la mejor forma de conformar su familia en función de las circunstancias es recurriendo a la contracepción, por lo que divulgan su uso y quieren presentarla para todos al menor costo posible, y en algunos lugares de forma gratuita, y en estos cursos debe enseñarse que con la anticoncepción se pueden evitar los nacimientos pero a la vez se reduce a la persona, y sobre todo a la mujer, a objeto de placer y no como sujeto de amor, se fomenta la infidelidad, se da mal ejemplo a los jóvenes, se da lugar a que las relaciones sexuales comiencen a edades muy tempranas y fuera del matrimonio, y en algunos países los gobiernos intervienen en el número de hijos que permiten tener a cada pareja.

5-Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad Humana.

Deben impartirse en clases diferentes los temas de anticonceptivos y de Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad. Es importante hablar de todos los métodos conocidos para determinar los períodos fértiles e infértiles aclarando que no son para evitar embarazos si no para reconocer la fertilidad humana y, actuando responsablemente, lograr o posponer un embarazo, sin usar el término evitar, aclarando que se evita el mal y el embarazo nunca lo es, pero que dentro del matrimonio los embarazos se posponen por amor a la madre si no es el momento adecuado de otra gestación, por amor al niño pequeño que en esos momentos requiere mucha atención y por amor a la criatura que debe ser concebida en óptimas condiciones, aclarando que nunca un embarazo debe ser pospuesto por hedonismo.

Cuando me refiero a los Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad como alternativa frente a la anticoncepción no los estoy limitando a esa finalidad pues el campo de acción de los Métodos Naturales o Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad va mucho más allá de su aplicación para posponer el embarazo. Simplemente me estoy refiriendo, en ese caso, a su empleo para el ejercicio de una correcta paternidad responsable, por ser su uso más frecuente (1).



Fig. 2 – Curso de formación de monitores para la enseñanza del Métodos Billings. Cuba , agosto 2012.

Comparto plenamente el criterio de lo importante que resulta velar por el rigor científico en el aprendizaje y enseñanza de los Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad pero cuidando de que esto no nos limite al campo de lo científico y de la Medicina en particular, como tampoco se debe pretender limitarlos a de determinados grupos ya sean religiosos o de cualquier otro tipo, o a un marco puramente civil, pues el Reconocimiento de la Fertilidad va más allá de todos y de todo.

La enseñanza de estos métodos a las parejas exige la formación de personal calificado para ello, pero eso no significa que sea una labor exclusiva del personal médico, por supuesto que es mejor si lo son, pero he formado y cuento en Cuba con magníficos monitores de las más variadas profesiones y oficios, incluidas amas de casa. Los resultados de su labor dependen de la formación que ellos reciban y hay que ser exigentes en que esta sea la mejor pues de sus resultados dependerá e prestigio y aceptación de los métodos.



Fig. 3 – Curso de actualización de monitores del Método Billings. Cuba , agosto 2012.

Aunque en ocasiones la mejor forma de establecer una buena relación monitor-usuaria puede ser de mujer a mujer, eso no significa que la enseñanza de los métodos sea una labor exclusiva del sexo femenino, con la debida profesionalidad para su enseñanza los hombres son también magníficos monitores.

Cuando una mujer aprende Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad también aprende a cuidar su salud. He visto varias mujeres que creen estar muy bien y cuando han aprendido a reconocer su fertilidad se han dado cuenta que tienen diferentes patologías, desde algo tan simple como una infección vaginal tratable, al ver que su moco varía las características normales, alteraciones en la función ovárica y hasta cáncer de cuello uterino, y creían estar bien porque veían un sangrado regular pero por las observaciones de su moco cervical han tenido una alerta que ha permitido llegar a un diagnóstico. En estos momentos una de las mejores parejas en la enseñanza de Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad en Cuba, que él es médico veterinario, está en diagnóstico y tratamiento de un trastorno hormonal de la muchacha que le impedía concebir y las características de evolución de su moco han economizado tiempo y recursos en su diagnóstico.

Hay una pregunta sobre las mujeres que llevan Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad que curiosamente siempre me la han hecho sacerdotes, lo mismo un sacerdote cubano que un sacerdote misionero norteamericano en Bolivia, esa pregunta es ¿no es un castigo para la mujer que necesita posponer el nacimiento de un hijo dejar de practicar el coito en los días de la mayor fertilidad? El sacerdote cubano hasta me dijo que a él le gustaba tener mascotas y veía la tremenda atracción sexual de sus mascotas por las del otro sexo en el momento de celo, y que en la mujer tenía que ser igual. Fue necesario aclararle a ambos sacerdotes que la mujer tiene un comportamiento sexual diferente a los animales, que nunca una vaca acepta a un toro o una perra a un perro si no está en celo, y que lo que prima en el deseo sexual de la mujer no son las hormonas sino las relaciones personales. Pero además hay estudios que demuestran que no es el estrógeno el que aumenta el deseo sexual sino los andrógenos (2).



Fig. 4 – La pareja aprende a reconocer la fertilidad

La mayoría de los médicos cubanos creen que los Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad tienen muy baja eficacia y solo son para mujeres muy cultas y con ciclos menstruales muy regulares, eso se debe a que solo conocen el Método del Ritmo del cual todos sabemos sus características. Pero en los últimos años algunos fertilistas se han recibido información y saben que muchos matrimonios supuestamente infértiles con solo conocer como funciona su fertilidad logran concebir sin tratamiento alguno. Aunque soy especialista de Medicina Interna de un hospital gineco-obstétrico donde estos métodos no son bien conocidos en ocasiones imparto conocimientos de fertilidad de forma no oficial a matrimonios que me envían de la consulta de Infertilidad para que se los enseñe.

Un matrimonio que conoce y practica los Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad actúa en libertad pero con responsabilidad, decidiendo libre y responsablemente el momento adecuado de tener un hijo o posponer un nuevo nacimiento, además de que no ven su fertilidad como algo malo de lo que

hay que “cuidarse” sino como un gran regalo que hay que disfrutar responsablemente. Las relaciones interpersonales son plenas y responsables y la armonía prima en la pareja, el hombre respeta muchísimo a su esposa, cuyo aparato reproductivo conoce, y sabe que está hecho con gran delicadeza y amor, semejante a una flor.

6-Magisterio de la Iglesia

Cuando la enseñanza de los métodos de reconocimiento de la fertilidad va dirigida a esos determinados grupos donde existen razones éticas por las cuales su uso se impone, la formación integral, de los católicos en este caso, conlleva el conocimiento de las enseñanzas del Magisterio de la Iglesia sobre esta materia.

Resulta oportuno citar el acápite 97 de la Encíclica *Evangelium Vitae* donde S.S. Juan Pablo II nos dice:

“La labor de educación para la vida requiere la formación de los esposos para la procreación responsable. Esta exige en su verdadero significado que los esposos sean dóciles a la llamada del Señor y actúen como fieles intérpretes de su designio: esto se realiza abriéndose generosamente la familia a nuevas vidas y, en todo caso, permaneciendo en actitud de apertura y servicio a la vida incluso cuando, por motivos serios y respetando la ley moral, los esposos optan por evitar temporalmente o a tiempo indeterminado un nuevo nacimiento. La ley moral les obliga de todos modos a encausar las tendencias del instinto y de las pasiones y a respetar las leyes biológicas inscritas en sus personas. Precisamente este respeto legitima, al servicio de la responsabilidad en la procreación, el recurso a los métodos naturales de la regulación de la fertilidad: estos han sido precisados cada vez mejor desde el punto de vista científico y ofrecen posibilidades concretas para adoptar decisiones en armonía con los valores morales...” (1).

Conclusiones

Propongo que todas las Conferencias Episcopales exijan el aprendizaje de los Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad a todos los que pidan el sacramento del matrimonio, y esto se debería extender a todos los gobiernos como requisito indispensable también para el matrimonio civil para que todas las familias que se funden, que son una comunidad de amor y vida, lo hagan en la base de un conocimiento pleno de la fertilidad de la pareja.

Considero que estos cursos deben abarcar una enseñanza integradora que va más allá de una técnica del diagnóstico de la fertilidad, incluyendo todo el aprendizaje necesario para asumir la responsabilidad de ser esposos y padres, y deben ser impartidos por personal debidamente formado.

Bibliografía

- 1- Juan Pablo II, Encíclica *Evangelium Vitae*, 1995
- 2- Mas, Manuel. Biología del deseo sexual. Determinantes relacionales en el climaterio. V Symposium Internacional sobre Avances en la Regulación Natural de la Fertilidad. Madrid, 1996.
- 3- Memorias del Encuentro Nacional de Provida Cuba, 1999.
- 4- Morales, María Concepción. El Reconocimiento de la Fertilidad en Cuba. II CIRF, Monterrey 2010.
- 5- Pablo VI, Encíclica *Humanae Vitae*, 1968
- 6- Rodríguez, Antonio. La Encíclica “*Humanae Vitae*” y la Pastoral de la Iglesia en Cuba. 1999.

LA ORIENTACIÓN A LA FAMILIA DURANTE LA ENSEÑANZA DE LOS MÉTODOS DE RECONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD.

Martha Tarasco Michel

Resumen

La orientación familiar respecto a la decisión responsable y ética de espaciar el nacimiento de los hijos, debe considerar no solo medios lícitos, que respeten la integridad antropológica y la finalidad del acto conyugal, sino además, ayudar a los cónyuges a descubrir su valor como personas, el de la sexualidad humana y a distinguir el contenido de las dos dimensiones del acto conyugal: la unitiva y la procreativa. Y hoy en día no sobra decir que también la complementariedad biológica psicológica y social. Con el fin de vivir una sexualidad plena y no la mera genitalidad, o el simple desahogo de las pulsiones

Introducción

Orientar a una familia en el aprendizaje de los métodos de reconocimiento de la fertilidad, implica mucho más que solo manejar con experiencia y eficacia los diferentes modelos y tecnología para ellos. Es, sobre todo, ayudar a descubrir la verdad sobre el bien inteligible de la sexualidad humana. Tiene un solo objetivo y es generada por un único deseo, que es el conocer la verdad sobre el bien de la misma.

El término sexualidad posee dos significados ambivalentes: Significa la facultad sexual en cuanto al constitutivo que impregna a toda la persona, y el ejercicio de dicha facultad (2). La persona humana, está de tal manera marcada por ella, que ésta es parte principal entre los factores que caracterizan la vida de los hombres. En la sexualidad radican las notas características que constituyen a las personas como hombres y mujeres en el plano biológico, psicológico y espiritual, e influye así, en su evolución individual y en su inserción en la sociedad.

La bondad inteligible intrínseca de la sexualidad humana, implica que la cualidad moral de su ejercicio debe ser buscada y fundamentada en primer lugar en la adecuación del acto sexual que se va a realizar y la bondad inherente a la facultad (2).

Independientemente de la filosofía o marco de creencias y valores de los cónyuges, siempre la cultura, al menos, va a tener una influencia en la forma según la cual elijan actuar su paternidad responsable en cuanto al nacimiento de los hijos (12).

En este trabajo entendemos por cultura aquello que corresponde a las creencias personales, a su cosmovisión, a la educación familiar y comunitaria, a la influencia de su núcleo social y laboral, y al propio hábito que se tenga para la reflexión.

Respecto a la elección de los métodos de reconocimiento de la fertilidad el periodo de días de posible fertilidad que se descubre con ayuda del gráfico se corresponde con los días de posible fertilidad de

Martha Tarasco Michel. Catedrática de Bioética. Facultad de Bioética de la Universidad Anáhuac.
[mtarasco@anahuac.mx]

ambos porque fuera de esos días no es posible engendrar un hijo entre ambos, al servicio de la tarea de paternidad que ambos comparten, no presenta consecuencias físicas, y en términos generales, está abierto a la vida (10), las motivaciones pueden ser solo biológicas, o de un tinte ecologista, o bien pueden ser un medio para ser coherentes con el hecho de que la vida es un don, de alguien superior, - para muchos es Dios mismo,- y que como tal debe respetarse y aceptarse (2).

El Magisterio de la Iglesia Católica

Los MRF están al servicio de la paternidad como nos dice Juan Pablo II la paternidad responsable no significa solo evitar un nacimiento sino también hacer crecer la familia según los criterios de prudencia¹ Y sirven al matrimonio para conocer con precisión el periodo fértil del ciclo lo cual les ayuda tanto para buscar el embarazo como para posponerlo. Dentro del catolicismo que pretende ser fiel al Magisterio de la iglesia, cuando se emplean como medio de espaciamiento de los hijos, o de elección del momento no fértil, cuando existen severas razones para ello, no deja de estar perneado por intenciones de una gran riqueza interior, y que a ojos externos pueden ser muy sutiles, e incluso imperceptibles. Por un lado el reconocimiento de sí mismos como criaturas de Dios, que implica una vivencia de la virtud de la humildad y de una actualización plena de fe. Es decir el dar a Dios su lugar de Dios, creador de todo, y cuya sabiduría es infinita, y cuya intención siempre es de total bondad y amor hacia nosotros. Ye al aceptar que como criaturas suyas, existe el convencimiento de que Él sabe mejor que nosotros lo que nos conviene, para ser plenamente felices. Pero que a pesar de ello, a través de nuestra inteligencia Dios quiere que colaboremos con Su creación al hacer activa nuestra voluntad de elección, y nuestra responsabilidad (2). Por ello en la continencia periódica, que implica un esfuerzo, los cónyuges están aceptando y purificando cualquier vestigio de egoísmo respecto a la decisión que cotidianamente realizan, respecto a la venida de otro hijo.

Este tipo de reflexión, es ciertamente diferente a la de elegir esta metodología, sin duda buena y efectiva, tal como lo OMS lo ha aprobado desde hace ya tres décadas (11), pero que no tiene la riqueza que sin una motivación trascendente y puramente utilitarista (1) no logra el enriquecimiento personal, de la pareja e incluso como familia, que se logra con lo anteriormente mencionado.

Al juzgar sobre los valores morales el hombre no puede proceder según su arbitrio personal.

“En lo más profundo de su conciencia descubre el hombre la existencia de una ley, que él no se dicta a sí mismo, pero a la cual debe obedecer... Tiene una ley escrita por Dios en su corazón, en cuya obediencia consiste la dignidad humana y por la cual será juzgado personalmente”.(7)

Además para el cristianismo, la Revelación de Dios ha hecho conocer su designio de salvación: y Jesucristo, lo ha propuesto, en su doctrina y en su ejemplo, como la ley suprema e inmutable de la vida, como se recoge en el evangelio de San Juan:

“Yo soy la luz del mundo; el que me sigue no anda en tinieblas, sino que tendrá luz de vida” .(6)

No puede haber entonces una verdadera promoción de la dignidad del hombre, sino en el respeto del orden esencial de la naturaleza. Es verdad que en la historia de la civilización han cambiado y todavía cambiarán muchas condiciones y necesidades de la vida humana, pero cualquier evolución de las costumbres, así como todo género de vida deben tener un límite, y éste tiene que estar basado en las relaciones interpersonales y en los elementos que trascienden las contingencias históricas.

Estos principios fundamentales, comprensibles por la razón, están contenidos en la Ley divina accesible a la razón humana:

¹ Crf. Juan Pablo II. Hombre y Mujer lo creó. Ediciones Cristiandad, Madrid 2000. Cat.122, p. 636.

“..eterna, objetiva y universal, por la que Dios ordena, dirige y gobierna el mundo y los caminos de la comunidad humana según el designio de su sabiduría y de su amor. Dios hace partícipe al hombre de esta su ley, de manera que el hombre, por suave disposición de la divina Providencia, puede conocer más y más la verdad inmutable”.(3)

Desde 1975 en que la Sagrada Congregación para la Doctrina de la Fe publicó, por indicaciones de SS. Paulo VI, la declaración “Persona Humana” acerca de cuestiones de ética sexual, se señala que las enseñanzas morales sobre la sexualidad deben basarse en la verdad revelada, sobre la dignidad de la persona humana. Por ello el primer requisito para la formación y asesoría de la familia en la consulta de reconocimiento de la fertilidad o en una consulta de relaciones familiares donde se enseñan los métodos de reconocimiento de la fertilidad es profundizar en conceptos antropológicos, acordes a la dignidad ontológica humana. Pero estas bases no serían reconocidas por todos, si no fueran universales. Así la filosofía del personalismo ontológicamente fundamentado (15), que parte de la razón y no de la fe, puede ser comprendida por todos, aunque no profesen la fe católica. Y es factible esclarecer la conciencia de cara a las nuevas situaciones creadas, y comprender el sentido y el valor de la sexualidad humana. Pero argumentar desde la razón, no obsta para que estas enseñanzas y las de la Encíclica *Humanae Vitae*, sean seguidas y enseñadas con fidelidad por quienes somos católicos, no por temor, sino por la razón de que corresponden al orden natural y por ello a la dignidad humana. En este sentido es indispensable que en la formación sacerdotal y religiosa, y en el sacramento de la confesión se oriente adecuadamente respecto a la paternidad responsable y el aprendizaje de los métodos de reconocimiento de la fertilidad al servicio de la misma, no solo en cuanto a los medios adecuados, sino a la adecuada antropología y a las razones para seguirlos. Lo cual implica un conocimiento profundo de los mismos.

A la familia se le debe educar además en la formación de la voluntad para buscar el bien objetivo, y no solo el hedonismo. Esto será una fuente de fortaleza, que puede influir positivamente en otras cuestiones cotidianas, y en el ejemplo a los hijos, de saber posponer los deseos por un fin superior, que respete la “primacía absoluta del orden moral objetivo” (5). Hay un imperativo muy fuerte en el uso del término absoluto, ya que por un lado delinea con exactitud el límite. Pero por otra parte otorga una certeza extraordinaria respecto a la bondad absoluta que existe en este orden. Al entenderlo casi parece un absurdo dejar de seguirlo.

En este año de celebración de la fe, y también del Concilio Vaticano II, se subraya además el deber de los padres, y de la sociedad entera con los niños respecto a la formación de su recta conciencia, para que cuando ellos tengan que decidir sobre su propia vida, lo hagan en este orden moral.

Contenidos de la Orientación familiar

La orientación para los cónyuges debe siempre orientar hacia el aprendizaje de los métodos que sirven para reconocer la fertilidad, incluyendo una ética de los medios (el objeto), del fin y de las circunstancias. Los medios solo pueden ser aquellos en los que se reconoce con la inteligencia, lo que de manera natural existe en el cuerpo de la mujer: períodos fértiles e infértiles, con diferentes formas de observación y de comprobación. Y con la voluntad se elige posponer el impulso sexual, para cuando sea más conveniente, de acuerdo al primer punto.

Referente a la ética de la valoración sobre la conveniencia de espaciar los hijos hay que recordar que solo el acto libre presenta una moralidad inherente.

Y como la libertad es el conocimiento del bien del acto y la voluntad para ejecutarlo (8), ser conscientes de la libertad que se tiene en todas las áreas del comportamiento humano, y conociendo el fin de la sexualidad, se puede y se debe elegir lo que será la “bendición” de los hijos, como es llamada en el Antiguo Testamento.

Incluso el aprendizaje de los métodos de reconocimiento de la fertilidad y el acuerdo de la abstinencia periódica, actualizan la potencia de la libertad, y permiten a ambos cónyuges entrar en la comunicación del tema sexual, en sus dos dimensiones, y perfeccionar así en comunión la alianza que un día se prometieron.

Además la mujer aprecia ser respetada en su corporeidad, no le gusta sentirse manipulada: con los anticonceptivos, una función sana es bloqueada, mientras que con la observación de los días fértiles se le conoce mejor. Y el hombre se adecua a la fisiología femenina, en lugar de que le estorbe para su uso placentero, y sobrepone el bien de su esposa a sus deseos, lo cual también lo perfecciona.

Por otro lado el ritmo de la abstinencia periódica incrementa el deseo, y abre la oportunidad de explorar otras formas de conocimiento y de convivencia de la pareja, así como de demostrar su amor.

Pero además de estas bondades que son muchas, la orientación familiar debe también apoyar a los cónyuges a reflexionar en conciencia sobre los motivos del espaciamiento de los hijos, ya que la encíclica *Humanae Vitae* habla de “graves motivos”, para evitar tener más hijos. Sin entrar en la conciencia de los esposos, ni cuestionarlos, sí en cambio hay que ayudar a que conozcan la naturaleza de la persona, la grandeza y bondad de la sexualidad, y cómo vivirla hacia la perfección: es decir sin romper su doble dimensionalidad de unión y procreación. Los esposos deben ahondar en lo que significa ser persona sexuada, que se resume en la propia naturaleza y en la antropología de la sexualidad.

a) La naturaleza humana

La esencia es lo que un ser es: absolutamente definido y circunscrito. Aristóteles decía que la esencia es como los números: no se puede añadir ni quitar una unidad, sin que cambie el número. En la persona el sujeto espiritual se comunica al cuerpo y lo hace ser, de la misma manera que en *El Quijote de la Mancha* no existe separación entre las páginas y grafemas con las que está escrito, y la inspiración. La unidad entre cuerpo y espíritu, es sustancial: es decir que el cuerpo no tiene un acto de ser, diferente al de ser del espíritu. Y mediante los dinamismos psíquicos y físicos, el hombre se relaciona con el mundo, y mediante el dinamismo espiritual, el hombre sale de sí mismo (16).

Esta comprensión de la naturaleza humana es la piedra fundamental para la orientación a los cónyuges, sobre su propia sexualidad, ya que el acto sexual, no es diferente de lo que es la persona. Sin embargo se analizarán primero algunas de sus características biológicas, para comprender cómo aún en ello, hay una singularidad en este acto.

Desde el punto de vista de la biología la función sexual es distinta de cualquier otra función corporal.

1) No es esencial para la supervivencia del individuo, aunque sí lo es para la especie. Las demás funciones son esenciales (vitales) para la supervivencia del individuo. Si no funciona una de ellas el individuo muere.

Pero la reproducción no es una función esencial (vital) para la supervivencia del individuo ya que si deja de reproducirse no muere. Más bien es una función esencial para la supervivencia de la especie, no para el individuo.

En especies inferiores incluso pueden morir durante la reproducción como la mantis religiosa es que es degollada por la hembra en la cópula; o el salmón y algunos cefalópodos (pulpo y calamar) en que posterior a la puesta y cuidado de los huevos mueren consumidas por depleción protéica.

2) Es la única función que no afecta al medio interno ni a la homeostasis, porque no hay una necesidad orgánica de la misma. Las demás funciones están destinadas al mantenimiento del medio interno y la homeostasis del individuo. La reproducción es la única función que no afecta al mantenimiento del medio interno, y a veces lo afecta negativamente, incluso hasta la muerte del individuo. Porque no es una actividad necesaria para que la vida del individuo se realice plenamente, ya que no hay una necesidad orgánica para ello.

3) No se realiza individualmente. Se necesitan dos individuos complementarios. A diferencia de las demás funciones que se realizan individualmente, la función reproductora requiere de un ser complementario para realizarla. Desde su raíz biológica hay una apertura hacia otro del sexo complementario. Amor.

b) Antropología Sexual

Ahora bien, considerando a la sexualidad humana desde su esencia ontológica, el primer hecho es que abarca a toda la persona, y es una dimensión esencial y constitutiva de la persona. Edith Stein como filósofa de la fenomenología, decía que el alma es sexuante, la psiché es sexuable y el cuerpo es sexuado (13). No se puede pensar, orar, hablar, ni tener un cuerpo que no sea sexuado. Es una facultad o dimensión enraizada en la persona (espíritu-corpórea). Por otro lado toda persona humana se manifiesta desde uno de los dos tipos de sexo: el sexo masculino o el femenino. Esta característica implica que existe una complementariedad entre las dos formas de ser persona.

La bondad inteligible de la sexualidad es la que le viene de su finalidad, que es la procreación:

“Es la posición de las condiciones necesarias y suficientes para que entre en el ser, una nueva persona.” (2)

El hecho de que en la vida de una persona surja un nuevo sujeto personal, es un acto intrínsecamente bueno porque el “ser personal” es un bien mayor.

Sin embargo la bondad debida a la procreación, no agota toda la bondad de la sexualidad humana. La otra característica de su bondad es que la sexualidad está orientada hacia la unidad. Una unidad que toda persona necesita, y por la cual se siente atraída, ordenada y orientada hacia el sexo complementario, no solo como un bien apetitivo, que se agotaría en cuanto fuera satisfecho, sino también como un apetito espiritual porque es un bien en sí y por sí. Por ello la unidad sexual consiste en la unión común o comunión de dos personas complementarias.

En el Génesis 1, se nos dice que “no es bueno que el hombre esté solo”, donde resalta que la soledad del hombre le hace un ser incompleto, pero alcanza su plenitud superando su soledad con otra persona (14). y fundando una “unidad de dos” (2). Hay una conexión entre el ser y el bien.

En resumen, en una orientación familiar desde el reconocimiento de la fertilidad, como reconocimiento de la mutua tarea de paternidad es un requisito fundamental apoyar a los cónyuges a conocer mejor lo que significa la sexualidad humana, y su finalidad y bondad intrínseca, para que así si eligen los medios en los que se respeta la unidad y no se evita la procreación sino que se elige los periodos de fertilidad o de infertilidad, se perfecciona la libertad y la responsabilidad respecto a sí mismo, al otro cónyuge y a la paternidad. Y sobre todo se vive la sexualidad más plenamente y más humanamente, y con ello la persona se perfecciona y se completa a través de esta dimensión, pero perneando a todo su ser.

Conclusiones

- 1.- La formación y asesoría de la familia en la materia que nos ocupa, debe basarse en la antropología personalista ontológicamente fundamentada, y educar la voluntad para adherirse al orden moral objetivo.
- 2.- Los expertos en Métodos de Reconocimiento de la fertilidad tienen el deber moral de enseñarlos a los sacerdotes en formación y ya ordenados, para que ellos a su vez puedan aconsejar en lo moral a las familias en este terreno.
- 3.- La sexualidad es inherente a toda la persona y expresa a la persona en dos modos complementarios de ser: hombre y mujer. Posee una bidimensionalidad que es la unión de la pareja y la posibilidad de procrear.
- 4.- La generosidad en la procreación, no implica suprimir la capacidad de usar la libertad en planear responsablemente la venida de los hijos, aunque en toda ocasión se esté abierto a su venida.
- 5.- La bondad y eticidad de la sexualidad consiste en vivirla con plenitud física y espiritual, y conciencia de su finalidad.

Bibliografía

- 1.- Bankowski Z.; Barzelatto J. and Capron A.M. Editores. Ethics and Human Values in Family Planning. Geneva. Switzerland. CIOMS (1989).
- 2.- Caffarra C. Ética General de la Sexualidad. 2da Edición. Barcelona. España. Ediciones Internacionales Universitarias. (1997).
- 3.- Concilio Vaticano II, Declaración "Dignitatis Humanae," 3 AAS 58 (1966).
- 4.- Concilio Vaticano II, Decreto "Gravissimum Educationis," 1: AAS 58 (1966).
- 5.- Concilio Vaticano II, Decreto "Inter Mirifica," 6 AAS 56 (1964).
- 6.- Evangelio de San Juan 8:12
- 7.- "Gaudium et Spes," 16 AAS 58 (1966).
- 8.- Giustiniani P. Antropología Filosófica 1ª Ed. Casale Monferrato Italia. Edizioni PIEMME (1991)
- 9.- Kipley J.F. and Kipley K. S. The Art of Natural Family Planning. 4th Edition. Cincinnati. USA. C.C.L. (2000).
- 10.- Marcó FJ. "Métodos naturales de regulación de la fertilidad". Medicina y Ética, México (1993).4 (4): 75-97.
- 11.- OMS. Blithe (Centre for Health and Medical Education). "Educación en fertilidad familiar. Materiales para la enseñanza sobre los métodos de planificación familiar natural, dirigidos a educadores". Ginebra, Suiza. (1979).
- 12.- Pérez Adán J. y Ros C. Sociología de la Familia y de la Sexualidad. Valencia, España. Textos Universitarios EDICEP. (2003)
- 13.- Di Pietro M.L. Coordinadora: Educare all'identità sessuata. Brescia, Italia Editrice la Scuola.. (2000).
- 14.- Polaino A. Sexo y cultura: análisis del comportamiento sexual. 2da ed. Madrid. Ediciones RIALP (1992).
- 15.- Sgreccia E. Manual de Bioética. Edición. Madrid España. BAC (2009)
- 16.- Wojtyła K. Persona e atto. Librería Editrice Vaticana, Città del Vaticano, (1982)

ÁREA TEMÁTICA 4// UN TRATAMIENTO CLÍNICO DE LA INFERTILIDAD ACORDE CON LA PATERNIDAD RESPONSABLE

Ponencia 1// El ciclo en tres fases: alteraciones en infertilidad. Helvia Temprano Alonso. La Coruña, España.

Ponencia 2// La NaProTecnología y el enfoque de la salud pública de la infertilidad versus la fertilización in vitro. Alejandro Leal Esquivel. Costa Rica.

Ponencia 3// El Método de la Ovulación™ Billings en parejas con subfertilidad. Martín Tantaleán del Águila. Lima, Perú.

Ponencia 4// Reconocimiento de la fertilidad en el tratamiento reproductivo restaurativo. Javier Díaz Díaz. Washington, EEUU.

Ponencia 5// Unidad de fertilidad de Agrupación Clínica (UFAC): Tratamiento de la infertilidad. Detalle del protocolo explicado a través de una muestra de dos casos clínicos. Concepción Medialdea Fernández. Valencia, España.

EL CICLO EN 3 FASES. ALTERACIONES EN INFERTILIDAD.

Helvia Temprano Alonso.

RESUMEN

Hay distintas clasificaciones del ciclo según el parámetro al que se haga referencia. El ciclo en 3 fases se basa en los cambios de la secreción mucosa cervical, por los que la mujer puede reconocer su fertilidad o infertilidad, divulgado por John y Evelyn Billings: 1ª fase de infertilidad, fase de fertilidad y 2ª fase de infertilidad. El Día Pico y la sensación de humedad lubricante informan sobre la ovulación. Se exponen los indicadores de fertilidad: temperatura basal, secreción cervical y los cambios anatómicos del cervix. La investigación científica demuestra que el ascenso espermático sólo puede realizarse en la fase fértil. La infertilidad está aumentando por el aplazamiento de la maternidad y presentar el varón alteraciones en el semen por diversos factores. En la mujer las alteraciones hormonales cambian las características del ciclo: la insuficiencia ovárica alarga la 1ª fase de infertilidad y acorta la 2ª, produciendo a veces baches amenorreicos; la hiperprolactinemia aumenta la longitud del ciclo y reduce los niveles de la progesterona; el stress puede incidir resultando un ciclo anovulador o acortarlo por una fase lútea insuficiente. Se exponen los resultados de gestaciones en diversos centros europeos relacionados con el reconocimiento de la fertilidad.

El reconocimiento de la fase fértil indica los días de máxima fertilidad con eficacia y bajo coste. Aplicable también para aplazar un embarazo por: cesárea (20-25% de incidencia actual) u otras causas. De gran interés en la docencia sanitaria.

INTRODUCCIÓN

El ciclo de la mujer se divide en fases según el efector hormonal referido: fase pre y postovulatoria (ovario); fase estrogénica y progesterónica (endometrio); fase postmenstrual-estrogénicamedia-avanzada, etc (citología del epitelio vaginal); temperatura basal monofásica/bifásica (centro termorregulador).

John y Evelyn Billings divulgaron que la mujer puede conocer su propia fertilidad a través del flujo mucoso cervical indicando con precisión 3 fases (1).

1ª fase de infertilidad. Es el período comprendido entre el último día de la regla y el primero en el que se aprecia un cambio en el patrón mucoso o en la sensación (de sequedad a humedad); la duración es variable, alargándose en los ciclos de más de 28-29 días, pudiendo no existir en los ciclos cortos. La representación de las distintas fases fue realizada por la Dra. Anna Capella. Fig. 1.

Helvia Temprano Alonso. Cofundadora de la Asociación Provida Coruña. Asesora de RENAFER y Miembro de Instituto Universitario de Estudios sobre la Mujer de La Coruña. Instauró, junto con otros profesionales, el primer Centro en Galicia de Educación Maternal. [helviatemprano@ctv.es]

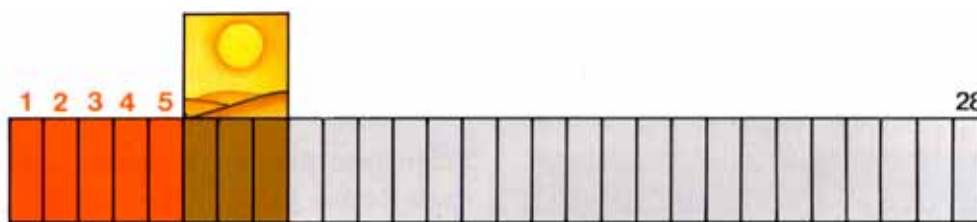


Fig. 1. 1ª fase de infertilidad

2. Fase de fertilidad. Se aprecian cambios en la secreción: la cantidad es abundante, el aspecto transparente (como clara de huevo) y elástico (hasta 15-20 cm). La sensación es de humedad lubricante (3). Fig. 2.



Fig. 2. Fase fértil: la sensación es de humedad

Odeblad realiza un estudio a 14 mujeres, de 18 a 25 años, que han anotado sus sensaciones durante 32 ciclos, con los siguientes resultados: ambas sensaciones, de humedad y lubricación finalizan unas horas antes de la ovulación (de 8 h. a 3 h. en algunos ciclos) (4).

Otro estudio de 37 ciclos correspondientes a 34 mujeres dividido en dos grupos:

1. La sensación era humedad y 2. Sensación lubricante.

Comparándoles había una diferencia significativa ($P < 0.01$) en la secreción P6; la mayor cantidad correspondía a la lubricación. Puede deducirse que el subtipo P6 es probablemente el responsable del Día Pico y de la sensación lubricante (5).

Día Pico/Cúspide: Último día de secreción fértil y/o sensación de humedad; es el más cercano a la ovulación. Coincide con el día 0: ovulación (80%) ó del -2 al +2 (20%).(6) Los 3 días posteriores se consideran probablemente fértiles. Fig. 3. (7).

Lyn Billings consideró el Día Pico como el “gold standard” del ciclo (8).

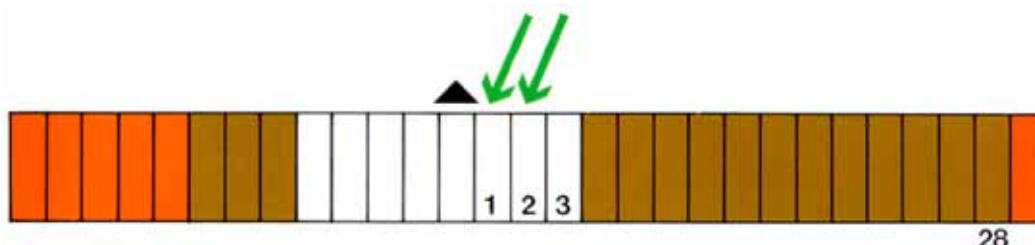


Fig. 3. Día Pico (marcado con el triángulo)

FASE 3. 2ª Fase de infertilidad. Es la más fija del ciclo: 14 días; duración de 10 a 16 días. Empieza a partir del 4º día postpico hasta la regla siguiente. No hay secreción o tiene características de infertilidad: escasa, pegajosa, grumosa; la sensación diaria es de sequedad. Fig. 4. (9)



Fig. 4. 2ª fase de infertilidad

INDICADORES DE FERTILIDAD

1. TEMPERATURA BASAL

Los derivados de la progesterona actúan sobre el centro termoregulador elevando la temperatura después de la ovulación. No indica cuando se va a producir sino CUANDO SE HA PRODUCIDO. Condiciones: antes de levantarse. Lugar de toma: bucal, vaginal ó rectal

Aplicaciones

1. Una meseta térmica inferior a 10 días sugiere insuficiencia lútea. Más de 16: indica gestación.
2. Si meseta es irregular detecta posibles variaciones de la progesterona.
3. Fija el día adecuado para la analítica hormonal en ciclos irregulares: +5,+6+7 desde el primer día de la subida térmica.
4. Indica el día adecuado para suplementar un ciclo con progesterona al conocer cuando se inicia el primer día de ascenso. Y corregirse con tratamiento hormonal alteraciones de la meseta térmica.
6. Determina el inicio de la 2ª fase de infertilidad según este parámetro: tercera noche de temperatura elevada.

Registro Sintotérmico. Anotación diaria de la temperatura basal (antes de levantarse) en mucosa: bucal, vaginal ó rectal. El patrón mucoso y la humedad (por la noche) como resumen del día. Utilizamos la nomenclatura internacional: regla (.), no secreción (I), secreción no fértil (I), fértil (O) y la sensación: sequedad (S); humedad (H).

CASOS CLÍNICOS

Caso 1. 33 años. Menarquia: 12 años; tipo 5/35-60. Un aborto de primer trimestre hace 4 meses. Día Pico el 21º; TB elevada en el 24º. Indicada analítica hormonal: +5 + 6 ó +7.

Gráfica Sintotérmica

Ciclo más corto conocido: Via de toma de la temperatura:
 Longitud del Ciclo: Hora de toma de la temperatura:
 Marcar relaciones con un círculo

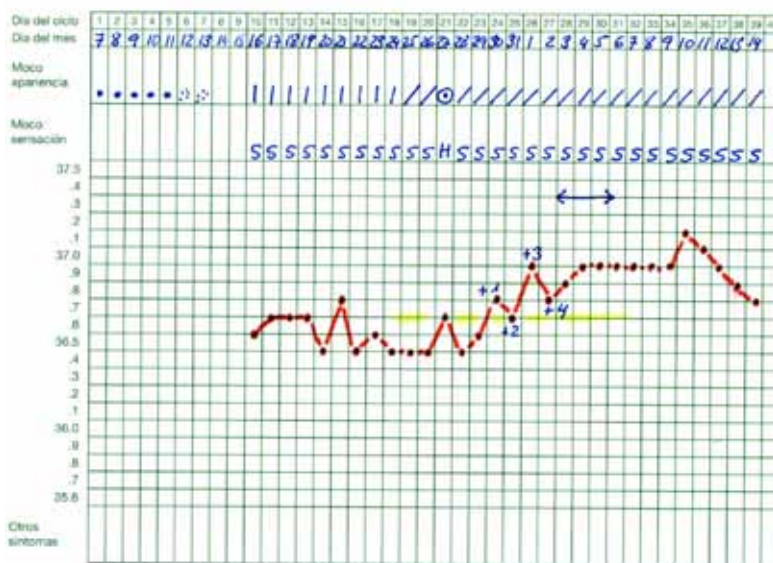


Fig. 5. Gráfica utilizada por la Asociación RENAFER. CHUAC.

Caso 2. 31 años. 2 abortos previos Día pico 12°.TB elevada 13°. Se inicia tratamiento con Progesterona el 2º día:14º al 27º.

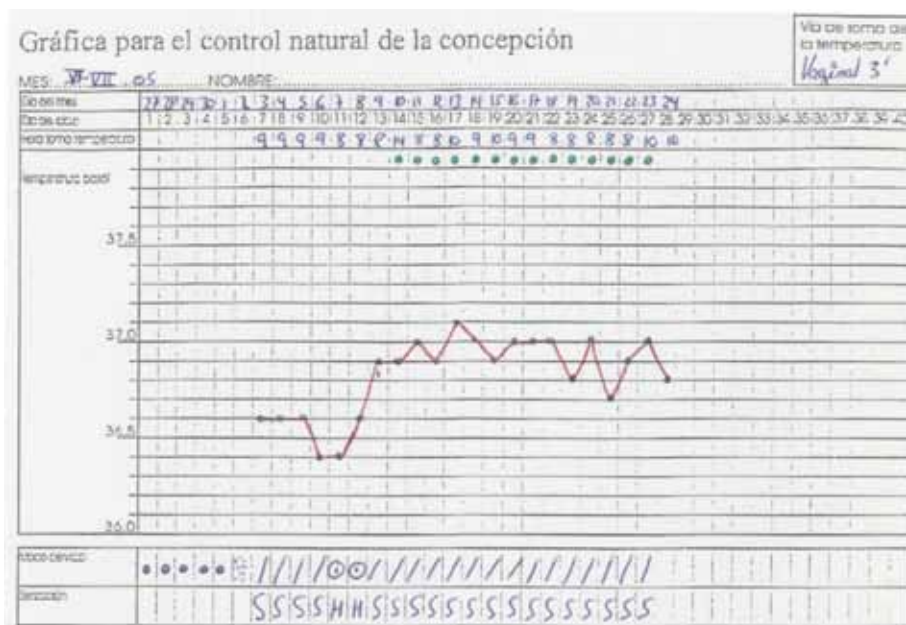


Fig. 6. Gráfica utilizada en el Servicio de Obstetricia y Ginecología.Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (CHUAC). España.

Caso 3. Aborto previo. La meseta térmica, de 16 días, indica gestación.

Diseño de una paciente.

Anotación diaria de la temperatura basal (antes de levantarse), bucal, vaginal. Fig. 7. El registro sintotérmico indica gestación por la meseta térmica de 16 días.

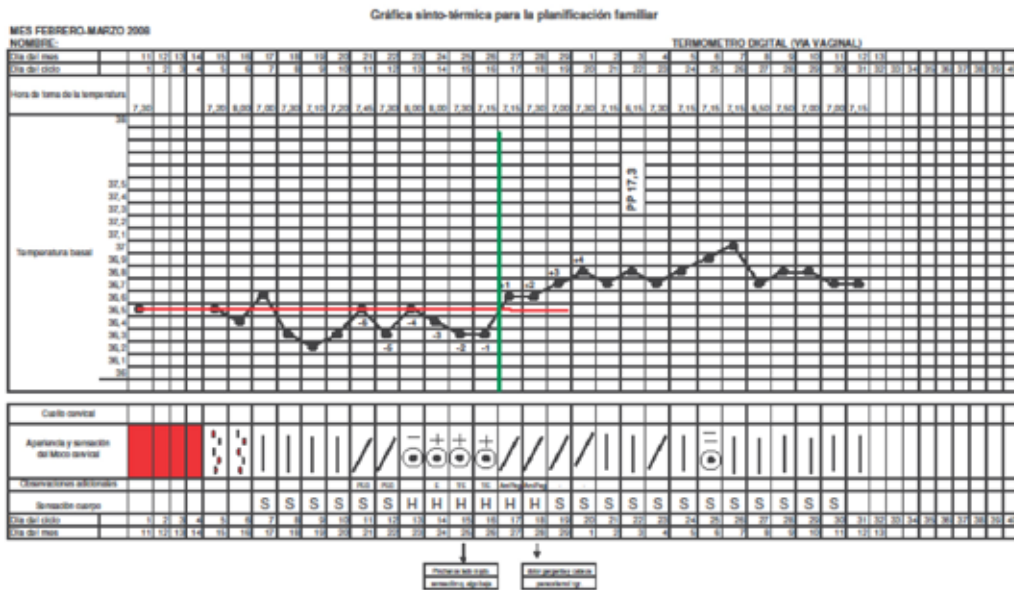


Fig. 7. Registro sintotérmico según diseño de una paciente.

2. SECRECIÓN CERVICAL

Es una secreción mucóide, elaborada por las células secretoras del canal cervical, que varía según los niveles hormonales circulantes. Puede considerarse un hidrogel con una:

- Fase líquida. Esencialmente compuesta de agua, tiene disueltas sales minerales (ClNa y ClK), azúcares, ácidos aminados, lípidos y proteínas en disolución.
- Fase sólida. Formada por glicoproteínas polimerizadas unidas por enlaces no covalentes.

Investigaciones científicas.

Erik Odeblad, en 1959, observa que en la fase fértil las macromoléculas de mucina forman hilos (micelas). Por RMN comprueba que la alineación se debe a moléculas de alta viscosidad (13).

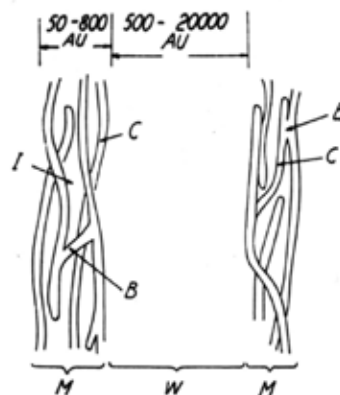


Fig. 8. Canalización cervical en la fase fértil

Davajan, 1971, estudia las distintas fases del ciclo bajo cubreobjetos (14).

Hilgers y Prebil, 1979: miden el número de canales.

Cappella, 1980: relaciona el conteo de canales con el grado de fertiidad.

En 1968 Erik Odeblad clasifica 2 tipos de secreción: Tipo E (estrogénico), de baja viscosidad y Tipo G (gestagénico), alta viscosidad, segregado en fase lútea.

Por RMN establece el diámetro de las micelas y los intervalos que las separan (canales), siendo de 3 micromicras durante la ovulación y de 0.3 mmicras en la fase lútea. El espermatozoide tiene un diámetro en su cabeza de 2.5 mmicras por lo que el tipo G no es receptivo a los espermatozoides (15).

En 1976 Odeblad presenta en la Universidad de Surrey (Inglaterra) 2 tipos que dependen de la secreción estrogénica E:

La secreción S (sperm-trasmission) y L (locking-in=atrapar) por detener espermatozoides malformados. Fig. 9 (16, 17).

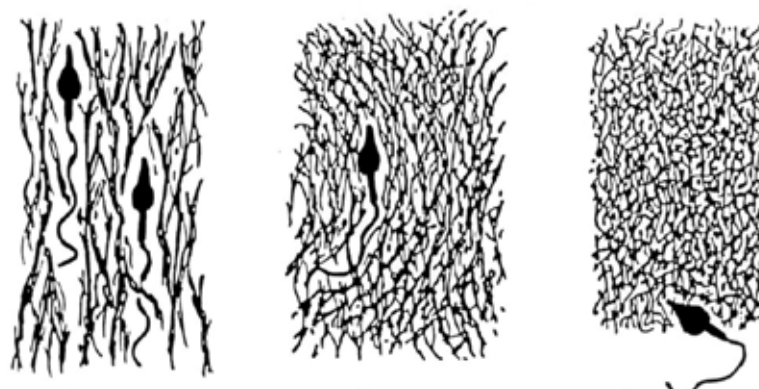


Fig. 9. El modelo G, L y S es capaz de explicar el ascenso espermático

Temprano, en 1990 realiza una clasificación bajo cubreobjetos, a microscopía óptica basándose en la imagen preferente, en ciclos ovuladores sin tratamiento,

- En la 1ª y 2ª fase de infertilidad la gradación de fue de 1 a 6.
- En la fase fértil, de 7 a 10. La canalización únicamente se encontró en esta fase (18).

Realiza también un estudio sobre los cambios en cantidad, aspecto y filancia en ciclos sin tratamiento con los siguientes resultados:

Cantidad. 123 muestras. Máxima cantidad en los días -1 y 0. Fig. 10. (18)

Aspecto. 205 muestras. Máxima transparencia en el día -1, seguido del -2 y del 0.

Fig. 11. (18).

Filancia. 205 muestras. Se obtuvo una media de 6 cms al inicio de la fase fértil alcanzando media de 9 cm. en el Día Pico. (18).

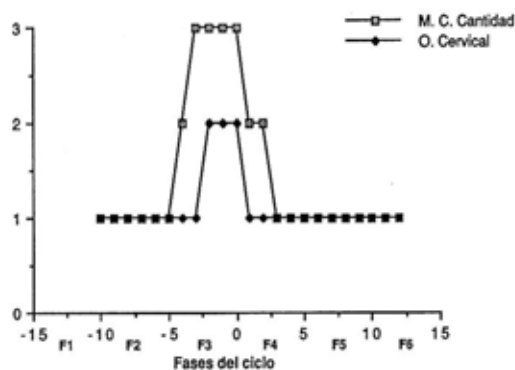


Fig. 10. Relación entre la cantidad de secreción y la apertura del canal.

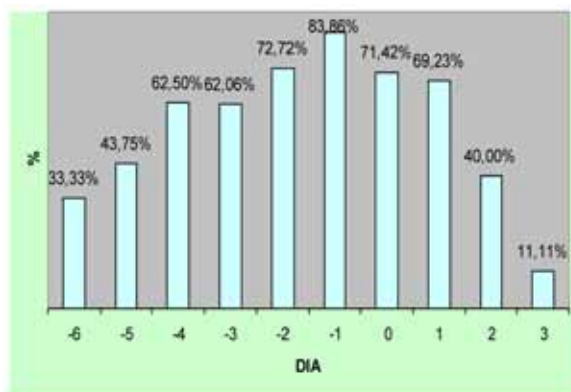


Fig. 11. Incidencia del aspecto en la fase fértil.

Micaela Menárguez identifica y describe los tipos de secreción cervical procedentes de las criptas endocervicales fijados con glutaraldehído: “Esta técnica permite la observación de la malla de una forma más próxima a la realidad”.

En la secreción L los poros miden de 0.4 a 1.3 micromicra; en la secreción S de 1.5 a 7 microm. Fig. 12. En la G, no hay poros o son de 0.1-0.5mm (19).

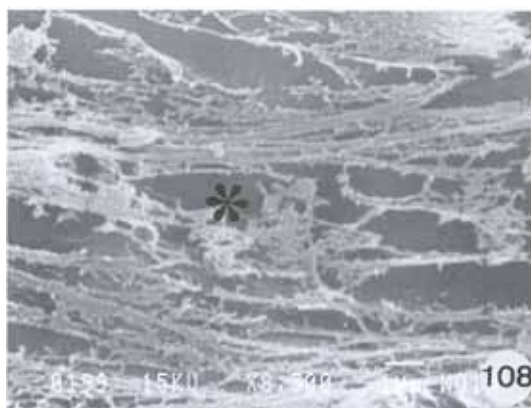


Fig. 12. Secreción S: poros en la malla.

Concepción Medialdea también ha investigado la canalización a microscopía óptica en 566 muestras de secreción cervical obtenidas por autoextracción (por primera vez) y en 94 muestras extraídas en la consulta de ginecología. En muestras autoextraídas asigna el grado máximo de canalización observado y en muestras extraídas en la consulta ginecológica asigna el grado más frecuentemente observado y propone una clasificación simplificada en 5 grados: 1. cuarteado con formas redondas o nube redondeada; 2. Nubes alargadas y alineadas; 3. Compactación grande; 4 Compactación pequeña; 5. Canales con o sin espículas. Define por primera vez, en muestras que han secado tapadas con un cubreobjetos, la visualización de maclas de cristales cúbicos y la lisis abundante, evidenciada como transparentación, como diagnóstico certero de cercanía de la ovulación y por lo tanto de posible fertilidad. (20).

3. CAMBIOS ANATÓMICOS DEL CERVIX

En la fase fértil, asciende, se centra en la vagina, se vuelve blando (como los labios ó el lóbulo de la oreja) y el orificio cervical está abierto. En las fases de infertilidad el cérvix está bajo, lateralizado y duro (como la punta de la nariz) y el orificio cervical cerrado. (21).

ÍNDICE DE GESTACIONES Y RECONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD

Bigelow realiza el Índice de fecundabilidad según el día de la fase fértil dando por resultado que los más altos son los días -3 y -2 (22).

En el Dipartimento di Scienze Statistiche de la Universidad de Padova, Italia, con la colaboración de los Centros italianos de Planificación Familiar Natural realizan un estudio prospectivo en 2755 ciclos de 193 mujeres: encuentran una probabilidad de gestación de 42.9% en el Día Pico (23).

Otro realizado en 191 mujeres sanas procedentes de 4 Centros en los que se ofrece Conocimiento de la Fertilidad Natural obtuvieron en 2.536 ciclos: 161 gestaciones (84.29%). Media de espera hasta la gestación: 13.27 ciclos/mujer (1 año). (24).

En el 25 aniversario del Dipartimento di Scienze Statistiche se hizo esta propuesta: una pareja sin conseguir gestación durante un año se considera infértil y se remite a Reproducción Asistida. Como las técnicas son caras, y tienen posibles efectos secundarios, el tiempo de espera puede ser utilizado para conocer los días de máxima fertilidad y obtener un embarazo (25).

1239 parejas consultadas en NaProTecnología utilizando el Creighton Model Fertility Care System tuvieron una incidencia de 25.5% de gestaciones (26)

7

International Institute of Restorative Reproductive Medicine The Galway Clinic. Ireland. 1249 mujeres desde 1998 a 2002. Tienen en 257 mujeres con esterilidad 1ª un 23.1% de gestacione; en 785 con esterilidad secundaria: 35.8% (27).

En la Consulta de Fertilidad Natural del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Hospital Universitario Teresa Herrera, aplicando un protocolo basado en los indicadores de fertilidad, se revisaron 118 historias clínicas (2005 – 2007) con estos resultados:

Causa Consulta: Aborto previo 39.83 %. Esterilidad 11%.

Índice gestaciones. Aborto/s previo 25.53%. Esterilidad 30.54%. (28).

En 2012, Isabel Valdés presenta en Madrid la primera Tesis Doctoral realizada en Atención Primaria sobre el índice de gestaciones obtenida por la información sobre los días de máxima fertilidad, obteniendo óptimos resultados: 41.5% en 224 parejas. En alteraciones hormonales del ciclo (28.1%): 34% (29).

Los resultados expuestos indican la importancia de dar a conocer la fase fértil en la docencia sanitaria.

BIBLIOGRAFÍA

1. Método Billings. Evelyn Billings, Ann Westmore. Impreso en Compañía Editora Argentina S.A. Editorial Gedisa. 1982.
2. Según la naturaleza. El método Billings. La página. Torino. Italy. 1993. pg. 11
3. Según la naturaleza. El método Billings. La Página. Torino. Italy. 1993. pg. 11.
4. Odeblad, E. Some additional aspects of the physiology of the mucus symptom. Bulletin of OMB&RCA Vol 36, Nº 3, Nov 2009, p 1-7.
5. Odeblad, E. The Peak and the P mucus. Bulletin of OMB&RCA Vol 25, Nº 3, Nov 2008, p 8-14.
6. Temprano, H. Actas del I Symposium sobre Avances en Regulación de la Fertilidad. La Coruña, 1990.
7. Según la naturaleza. El Método Billings. La Página. Torino. Italy. 1993. pg. 14.
8. Billings, L. Bulletin of OMB&RCA Vol 25, Nº 2, July 2008, p 24-26.
9. Según la naturaleza. El Método Billings. La Página. Torino. Italy. 1993. pg 15.

10. Odeblad, E. The functional structure of human cervical mucus. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 47 (Suppl. 1). 58-79. 1968.
11. Odeblad, E. Physical properties of cervical mucus. *Adv. in Exp. Med. and Biol.* 89, 217-225. 1977.
12. Hoglund, A. And Odeblad, E. Sperm penetration in cervical mucus, a biophysical and group-theoretical approach. *The uterine cervix in reproduction.* Ed. V. Insler and G. Bettendorf. P 129-134. 1977.
13. Odeblad, E. The physics of the cervical mucus. *Acta Obstet. Gynec. Scand.* 38 Suppl. 44-58.
14. Davajan, V. Et all. A simplified technique for evaluation of the biophysical properties of cervical mucus. *Am. J. Obstet. Gynec.* 109, 7,1042-1048.
15. Odeblad, E. The functional structure of human cervical mucus. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 47 (Suppl. 1). 58-79. 1968.
16. Odeblad, E. Physical properties of cervical mucus. *Adv. in Exp. Med. and Biol.* 89, 217-225. 1977.
17. Hoglund, A. And Odeblad, E. Sperm penetration in cervical mucus, a biophysical and group-theoretical approach. *The uterine cervix in reproduction.* Ed. V. Insler and G. Bettendorf. P 129-134. 1977.
18. Temprano, H. Estudio de los parámetros biofísicos del moco cervical humano. *Cristalización con microscopía óptica y electrónica.* Tesis Doctoral. Universidad de Santiago de Compostela, 1990.
19. Menárguez, M. Caracterización morfológica de diversos tipos de moco cervical humano mediante Microscopía de luz y Microscopía Electrónica de Barrido. Tesis Doctoral. Universidad de Murcia, 1998.
20. Medialdea, C. Parámetros biofísicos, bioquímicos y microscópicos para facilitar el conocimiento de la fertilidad. Tesis Doctoral. Universidad de Valencia, 2005.
21. Keefe, EF. Self-observation of the cervix to distinguish days of possible fertility. *Bulletin Sloane. Hospital for Women,* 1962, 8, 129-136.
22. Bigelow JL, *et al.* *Hum Reprod.* 2004 Apr;19(4):889-92.
23. Colombo B *et al.* *Statistical Methods in Medical Research* 2006; 15: 161-180
24. Scarpa B, Dunson DB, Giacchi E. Bayesian selection of optimal rules for timing intercourse to conceive by using calendar and mucus. *Fertil Steril.* 2007 Oct; 88(4):915-24.
25. Scarpa B, Dunson DB. Bayesian methods for searching for optimal rules for timing intercourse to achieve pregnancy. *Stat Med.* 2007 Apr 30;26(9):1920-36.
26. Stanford JB, Parnell TA, Boyle PC. Outcomes from treatment of infertility with Natural Procreative Technology in an Irish general practice. *J Am Board Fam Med.* 2008 Sep-Oct; 21 (5): 375-84.
27. Boyle, P. Outcomes from Treatment of Infertility with Natural Procreative Technology in an Irish General Practice” - *The Journal of the American Board of Family Medicine* in Sept 2008.
28. Póster presentado en el IX Symposium Internacional de Fertilidad Natural. La Coruña, nov. 2010.
29. Valdés de la Colina, MI. Aplicación del conocimiento de la fertilidad humana para la búsqueda de embarazo: resultados en el ámbito clínico. Tesis Doctoral. Madrid, 2012.

AGRADECIMIENTOS

Al Servicio de Anatomía Patológica e Informática del CHUAC y a todos los profesionales y a las mujeres que han colaborado.

EL ENFOQUE DE SALUD PÚBLICA DE LA INFERTILIDAD Y LA NAPROTECNOLOGÍA VERSUS LA FERTILIZACIÓN IN VITRO.

Alejandro Leal Esquivel.

La Fertilización *In Vitro* como respuesta a la infertilidad

La técnica de Fertilización in vitro (FIV) implica una mortalidad masiva de embriones. En Europa en el año 2005 se requirieron unos 486.981 embriones para lograr 58.809 niños nacidos (12,08% de supervivientes). Por lo tanto, el porcentaje de muertes embrionarias, sin contar los embriones desechados o congelados es de 87,92%, según dicho estudio (Nyboe Andersen *et al.* 2009). Si se contaran los embriones que no llegan a ser transferidos la tasa de mortalidad sería mucho mayor al 90%. Por su parte, un estudio norteamericano muestra que se requirieron 2252 embriones transferidos (no ovocitos) y para producir 326 niños nacidos. Esto indica que según este estudio, el 85,52% de los embriones producidos, sin contar los descartados, no lograron llegar al nacimiento o quedaron crioconservados (Patrizio y Sakkas 2009). Si se tomaran en cuenta los embriones descartados, que no se transfirieron o fueron almacenados, la tasa de mortalidad, nuevamente, sería mucho mayor al 90%. En un estudio alemán se colectaron en promedio 10,35 ovocitos por mujer, se realizaron 8.048 ciclos con un promedio de 2,06 embriones por ciclo, por lo que se transfirieron 16.579 embriones, y se lograron 2.068 niños nacidos (12,5% de supervivencia de los embriones transferidos), sin contar los embriones que fueron producidos pero no transferidos (Gnoth *et al.* 2011). Esto indica una mortalidad del 87,5%.

Las cifras anteriores contrastan con las muertes embrionarias que ocurren en circunstancias naturales. Diferentes investigaciones importantes relacionadas con la estimación de embarazos “ocultos” o subclínicos han estimado que la tasa de pérdidas naturales temprano en el embarazo es alrededor de 25-31% (Wilcox *et al.* 1988, Wilcox *et al.* 1999 & Wang 2003). Sin embargo, todos estos estudios presentan problemas metodológicos debido a las diferentes técnicas con las que se mide la hCG, las diferentes poblaciones de pacientes involucrados en los estudios y a los problemas metodológicos (Arora 2007). Además, la hCG que se utiliza para detectar un embarazo, también puede ser detectada en mujeres que no están embarazadas (falsos positivos), sobreestimando el número de pérdidas tempranas (Arora 2007). Por otro lado, algunos estudios han estimado la pérdida temprana de embarazos (PTE), a partir de datos de embriones producidos por FIV, sin embargo, aunque estos estudios proveen información útil, los ciclos reproductivos naturales se llevan a cabo en ambientes hormonales y físicos totalmente diferentes de los que se usan en técnicas de reproducción asistida, por lo tanto, cualquier comparación de estos estudios con lo que sucede naturalmente está sujeto a debate y críticas (Benagiano *et al.* 2010). En síntesis, la afirmación hecha por quienes promueven la FIV, de que las muertes provocadas por esta técnica y las que se dan en circunstancias naturales son equivalentes, carece de fundamento científico.

Ahora bien, la FIV no afecta solamente la vida de muchos embriones: los niños que llegan a nacer luego de una FIV tienen un mayor riesgo de parto prematuro y muerte fetal. Si bien es cierto esto se ha asociado principalmente a la mayor incidencia de embarazos múltiples con esta técnica, también

Alejandro Leal Esquivel. Catedrático de genética humana y Coordinador de la Sección de Genética y Biotecnología de la Universidad de Costa Rica. [aleal9@yahoo.com]

se ha visto en embarazos simples. En estudios como el de Koivurova *et al.* (2002) se concluye que la incidencia de partos pre-término se debe a la aparición de embarazos múltiples y sabemos que la incidencia de estos es mayor con la FIV. La tasa de embarazos múltiples según la Sociedad Americana de Reproducción Asistida (SART por sus siglas en inglés es de un 32.4% para embarazos gemelares y 1.5% para trillizos en mujeres menores de 35 años. De la misma manera, estudios de cohorte como el de Wisborg *et al.* (2010), en el que le dan seguimiento a 20166 embarazos simples, concluyen que las mujeres que conciben por medio de FIV tienen mayor riesgo de que sus hijos mueran al nacer con respecto a niños concebidos naturalmente.

Los niños concebidos por FIV también tienen mayor riesgo de nacer con malformaciones y otras complicaciones médicas con respecto a niños concebidos naturalmente. Por ejemplo, en el estudio de Koivurova *et al.* (2002), se encontró que la incidencia de malformaciones cardíacas en niños concebidos por FIV es cuatro veces mayor que en niños concebidos naturalmente. En otros estudios como el de Reefhuis *et al.* (2009), se ha encontrado que en nacimientos simples (de un solo niño), los niños concebidos por FIV tienen 2.1 veces más probabilidades de nacer con defectos septales del corazón, 2.4 veces más propensos a nacer con labio leporino con o sin paladar hendido, riesgo de 4.5 veces más de padecer de atresias esofágicas y 3.7 veces más de presentar atresias anorectales. En países como Finlandia (Koivurova *et al.* 2002) y Estados Unidos (Reefhuis *et al.* 2009) se reconoce la importancia del riesgo que presenta esta técnica en la salud de los niños, por lo que estos datos deben ser tomados en cuenta para valorar la idoneidad de la técnica.

Adicionalmente, es más probable que los niños concebidos por FIV desarrollen problemas médicos serios en el futuro que niños concebidos naturalmente (Savage *et al.* 2011). Por ejemplo, se ha encontrado que en los niños nacidos por FIV han sido diagnosticados con algunos síndromes raros, como el síndrome de Beckwith-Wiedemann (BWS), trastorno que involucra un crecimiento excesivo y neoplasia, que se debe a alteraciones epigenéticas en un grupo de genes, que además, aumenta en un 50%, la predisposición a desarrollar cualquier cáncer infantil (DeBaun *et al.* 2003). En pacientes concebidos por FIV y con el síndrome BWS es más frecuente la pérdida o ganancia de metilaciones (que controlan la activación o inactivación de genes) en el genoma materno que en niños concebidos naturalmente (DeBaun *et al.* 2003, Lim *et al.* 2009, LeBouc *et al.* 2010). Del mismo modo el síndrome de Angelman que se caracteriza, entre otras, por retardo mental severo y defectos motores, se ha visto relacionado con defectos con la impronta genética en pacientes concebidos por FIV (Cox *et al.* 2002; Kolata 2009). Otros estudios también demuestran que la FIV podría estar asociada a una alteración de los cambios epigenéticos en los gametos concebidos por técnicas como la FIV y, por lo tanto, un efecto en los patrones globales de metilación y la regulación genética, y estos cambios podrían alterar la expresión genética a largo plazo (Katari *et al.* 2009). Las alteraciones en el marcaje epigenético no sólo son responsables de enfermedades raras como las mencionados anteriormente, sino, también de alteraciones en el crecimiento fetal y el desarrollo, así como, de bajo peso al nacer y de un aumento en el riesgo a desarrollar cualquier cáncer (Kolata 2009; LeBouc *et al.* 2010).

Ciertamente para las implicaciones en la salud de los niños mencionadas anteriormente hay estudios que no han mostrado asociaciones con la FIV (Bahtiyar *et al.* 2010 y Ericson y Kallen 2001, por ejemplo). Sin embargo, esto no desmiente el hecho de que se ha encontrado mayor riesgo de presentar malformaciones y desarrollar problemas médicos en niños concebidos por FIV que en circunstancias naturales, más bien evidencia lo mucho que falta por investigar en estos aspectos para poder establecer con certeza que la FIV no atenta contra la salud de los niños y los neonatos. Es a estas publicaciones con asociaciones significativas a las que hay que poner atención y, mientras siga habiendo asociaciones significativas en la literatura, la técnica deberá seguir considerada como riesgosa para la salud de los neonatos y niños. Por otra parte, la FIV también conlleva efectos sobre la salud de las mujeres a las que se les practica la estimulación y se les transfieren embriones. El Síndrome de Hiperestimulación Ovárica (SHO) puede tener efectos desde leves hasta severos como la esterilidad y la muerte, y afecta de

un 2-10% de las mujeres que se realizan la FIV (Vloeberghs *et al.* 2009). Si bien es cierto se han desarrollado estrategias preventivas que han permitido disminuir el número de casos, el SHO sigue siendo un problema serio para especialistas que trabajan con pacientes con problemas de fertilidad.

Estamos hablando de una complicación asociada a un procedimiento que no es necesario para la vida de la paciente y que podría ser fatal si no se maneja adecuadamente.

Algunos autores establecen que la incidencia de este síndrome puede disminuirse a 0.8% utilizando estrategias preventivas como variar la aplicación de la hCG, administrar agonistas de la GnRH o de la dopamina, entre otros. Estos autores también nos dicen que en estos casos, la estrategia consiste en congelar, mientras tanto, todos los ovocitos y embriones para usarse posteriormente (Devroey *et al.* 2011). Estrategia que pone en riesgo a los embriones al congelarlos, aumenta la probabilidad de que no se transfieran nunca y, además, esta medida no garantiza completamente que la mujer no vaya a desarrollar el síndrome.

Para evitar los efectos de una inducción a la ovulación repetida, quienes practican la FIV recurren a la crioconservación de embriones, con el fin de utilizarlos en ciclos sucesivos. No obstante, este procedimiento los somete a riesgos adicionales en su salud y constituye un trato cruel y degradante contra seres humanos.

Al criopreservarse el embrión humano, se somete a crioprotectores, para lograr una conservación adecuada. Estos agentes químicos ayudan a minimizar el daño a las organelas, así como, atenuar los efectos de los cambios osmóticos debido a los cambios de congelación y descongelación. Sin embargo, todos estos agentes ejercen cierto grado de toxicidad sobre los embriones dependiendo de su concentración y el tiempo en que fueron expuestos (López-Moratalla 2003). Además, por medio de esta técnica se paralizan todos sus procesos vitales y se dañan los embriones. Se ha estimado que el daño provocado a los embriones por los ciclos de congelación-descongelación es alrededor de un 30% (López-Moratalla 2003). De hecho, congelar y descongelar embriones puede provocar alteraciones en sus características morfológicas y en la tasa de supervivencia de los blastómeros, lo que puede traducirse en tasas de implantación más bajas. Las tasas de supervivencia de los embriones que se descongelan varían mucho (40%-90%), así como las tasas de éxito en la implantación de los embriones (7%-40%). Se ha reportado un porcentaje muy bajo de embriones crioconservados que logran nacer: cercano a un 5% (Joshi *et al.* 2012).

En Europa solo en 2005 se reportaron 72.347 procedimientos de crioconservación de varios embriones (no se reporta el número total de embriones crioconservados) (Nyboe Andersen 2009). La cantidad de embriones congelados en el mundo, que en la mayoría de los casos no van a llegar a un nacimiento, y que con mucha probabilidad van a ser desechados o utilizados en experimentaciones es sin duda una afrenta contra la humanidad.

Afirma Germán Zurriarán del *Departamento de Ciencias de la Educación, Universidad de La Rioja, España*, que “el respeto por la dignidad del embrión radica en su pertenencia desde el inicio de su vida a la especie humana. Por ello, el respeto por la dignidad del embrión humano no depende de operación alguna, sino, de manera exclusiva, de la eminencia de su ser. La congelación no sólo es un hábitat no acorde con la dignidad del viviente individual humano, sino expresión de una voluntad que determina y decide la vida humana de los débiles, y por la que la dignidad del embrión se reduce al valor de uso con fecha de caducidad”.

Adicionalmente, el profesor Zurriarán afirma que “si al embrión humano, desde su concepción, se le despoja de su estatuto ontológico como individuo de la especie humana y de su condición personal, se le otorgará el estatuto de simple material biomédico. Esta consideración abre la pendiente de un

proceso donde la producción, selección, acumulación, congelación y descongelación, reanimación, utilización y muerte, no son sino sucesivos pasos de un mismo proceso, que conduce a un mismo fin: la deshumanización de los propios orígenes del hombre y la promoción de otros intereses que ignoran el valor no ponderable de la vida humana” (Zurriarán 2007).

Está claro que el embrión humano es un miembro de la especie humana, por lo que le corresponde un trato conforme a su dignidad, y tanto la FIV como la crioconservación no son coherentes con ese trato porque es una amenaza contra su vida, no les permite el desarrollo que es le es propio y connatural y lo hacen totalmente dependiente al arbitrio de otras personas. Por lo tanto, estamos frente a tratos inhumanos, crueles y degradantes.

Finalmente, hay que hacer referencia a la incidencia de embarazos múltiples. Se define como embarazo múltiple a los embarazos de más de un embrión o feto. Considerando los problemas de salud relacionados con las causas subyacentes de la infertilidad, lo ideal es que las mujeres con antecedentes de infertilidad, de conseguir un embarazo, éste sea un embarazo simple y no múltiple. Una de las consecuencias más frecuentes del embarazo múltiple es el parto pretérmino y bajo peso al nacer asociado con múltiples patologías en los niños, incluyendo el retardo mental y la muerte. Ciertamente en los últimos años se ha observado una disminución en los embarazos múltiples producidos por las técnicas de reproducción asistida. Entre las razones de esta disminución están las siguientes: hay una tendencia a transferir menos embriones, por ejemplo uno (*Single Embryo Transfer*, SET) o dos (DET) (Maheshwari *et al.* 2011; Nyboe Andersen 2009). Esto provoca una disminución de los embarazos múltiples pero también una disminución en los ciclos de FIV que producen un niño nacido, por lo que se deben realizar ciclos sucesivos usualmente tomando embriones crioconservados. Para realizar esta variante se escoge el embrión o los embriones con mejor pronóstico de supervivencia por su morfología. Por otra parte, la embrio-reducción es una técnica ampliamente utilizada en diversos países para disminuir los partos múltiples. Se realiza aplicando cloruro de potasio en el corazón de uno o más embriones que morirán rápidamente, dejando normalmente de uno a tres embriones en el útero (Mansour 1999). Por medio de las dos metodologías indicadas anteriormente se disminuyen los embarazos múltiples pero no el número de embriones producidos por fertilización in vitro, la mayoría de los cuales no va a lograr nacer.

Todos estos datos permiten concluir que la FIV no es una técnica idónea para tratar la infertilidad, por sus efectos en la vida y la salud de las personas. A esto hay que agregar el hecho de que la FIV no es una terapia, pues no cura a nadie de nada: incluso después de lograr un niño nacido, la pareja sigue siendo igualmente infértil. La solución a la infertilidad deberá venir por otro lado.

Hacia un enfoque de salud pública de la infertilidad

Un sistema de atención de la infertilidad moderno implica un enfoque de salud pública, lo que significa verla desde sus causas y condicionantes biológicos y ambientales, con perspectiva epidemiológica, que permita desarrollar medidas de prevención, el diagnóstico y tratamiento rápidos y eficientes (Ferrero 2012). Esta perspectiva integral es la única que puede resolver de raíz el problema, e implica un abordaje del problema tomando en cuenta a la bioética.

La dignidad de la persona exige que se pongan a su servicio los tratamientos que requiere para atender una enfermedad. Este es el caso de las personas que sufren enfermedades que producen infertilidad. El principio bioético de beneficencia reclama que se haga el bien a las personas que sufren de infertilidad, en todas sus dimensiones, esto es incluyendo sus aspectos corpóreos y emocionales. El principio de no maleficencia reclama que no se admitan tratamientos que dañan a las personas, o cuando los efectos colaterales de un tratamiento sean peores que la cura que se busca; además exige que se dé una atención oportuna, pues lo contrario sería dañino para las parejas que presentan este problema. Por su parte, el principio de justicia invoca a que se actúe eficientemente en procurar el cumplimiento del legítimo deseo de los esposos de tener hijos, así como otros esposos los tienen. En este punto hay que aclarar que los

hijos no son un derecho de los padres, sino un don. El pretendido derecho a tener un hijo sería contrario a la dignidad del mismo hijo, pues nadie merece tomar parte en la acción procreadora de una persona, ni un hijo consiste en una propiedad que se puede exigir tener. Por tanto, no se puede considerar injusto no poder procrear un hijo, aunque sí sería injusto que no se le ofreciera un tratamiento adecuado para que tenga más posibilidades de tenerlo. Tampoco se puede apelar al principio de autonomía para exigir un método de reproducción asistida, porque éste entraría en conflicto con los principios de beneficencia y de no maleficencia, que se deben aplicar en este caso a favor de la dignidad de los embriones y también de la propia salud. En esta contradicción entre principios, debe prevalecer el de beneficencia, porque es el que garantiza la vida humana (primer derecho humano) que debe ser respetada por la dignidad de las personas implicadas.

De este modo, es evidente que se debe poner a disposición un sistema de atención de la infertilidad moderno, interdisciplinario, expedito, que incluya los tratamientos que sean proporcionados y que no pongan en riesgo la vida humana. Se requiere el desarrollo de un guía de práctica clínica de la infertilidad, que incluya la participación pronta y oportuna de profesionales de diversas áreas, donde los exámenes necesarios para el diagnóstico y los tratamientos modernos y proporcionados sean incluidos, pero no los que impliquen el daño serio o la muerte de seres humanos.

Prevención de la infertilidad

Todo abordaje integral y con perspectiva de salud pública empieza con la prevención, que deberá basarse en la modificación de las conductas que la afectan, en un contexto de respeto a la sexualidad humana. De este modo, la abstinencia y la fidelidad se plantean como modos adecuados de proteger realmente la salud sexual de las personas y de impedir la transmisión de las ITS, y el énfasis en métodos reversibles de regulación de la fertilidad, particularmente en los métodos basados en el reconocimiento de las distintas fases del ciclo menstrual en que se encuentra la mujer, ofrece una alternativa real y personalizante, que a disminuir los casos de infertilidad y esterilidad en la población. Las alternativas reduccionistas no respetan esta dignidad porque no atienden a la persona toda y no la guían a desarrollar todas sus dimensiones.

A lo mencionado anteriormente sobre la necesidad de una educación integral en sexualidad para responder a los requerimientos éticos de las personas, hay que agregar que tanto los sistemas de educación formal como los medios de comunicación deben promover una visión positiva de la fertilidad y evitar las conductas y políticas que predisponen a las personas a padecer de infertilidad, o a manejarla inadecuadamente. Esta educación deberá incluir a toda la población y se deberá profundizar en la adolescencia, con el fin de prevenir la infertilidad a tiempo y también a tratarla adecuadamente cuando se presente. Esto quizá contribuya a que se procure no postergar la reproducción hasta edades en las que ya sea más difícil tener hijos, y los esposos ejerzan más temprano su vocación a la paternidad y maternidad. Estos temas tienen cabida dentro de la educación de la afectividad, en el marco de los valores, la formación de la voluntad y la valorización de la familia. Lógicamente la educación formal deberá respetar el criterio de los padres de familia en cuanto a la educación que se le brinda a los hijos, pues de ellos es la responsabilidad. El Estado educa en forma delegada, en apoyo a los padres, de acuerdo al principio de subsidiariedad.

El manejo del tema de la fertilidad no debe ser patrimonio de unos pocos, sino de conocimiento teórico y práctico de todas las personas.

De igual modo, el tema de las adopciones debe ser abordado adecuadamente en el sistema educativo, para prepararse para acoger a uno o más niños que carezcan de una familia. Esta educación debe darse desde la perspectiva de la generosidad y de una concepción amplia y profunda del tema de la maternidad-paternidad, y debe ir acompañada de las modificaciones jurídicas y administrativas que sean necesarias para que el sistema de adopciones vele por el máximo interés de los niños, sea capaz de identificar las parejas que le convienen a los mismos y sea eficiente en los plazos para dar en adopción.

Investigación de la infertilidad

Otro componente de un abordaje de salud pública es la investigación científica. Un país que no investiga está condenado al subdesarrollo, porque no es capaz de resolver sus propios problemas ni tampoco tiene el personal ni la infraestructura que le permita profundizar en sucesivos conocimientos, ni puede hacer una integración entre docencia e investigación, por lo que la enseñanza no podrá ser el fruto de la experiencia y el compartir de primera mano por parte de los investigadores, sino que será un conjunto de ideas más o menos abstractas, difíciles de comprender y de reconocer en la realidad.

En el caso particular de la infertilidad, si ésta no se investiga, no se podrá ayudar a fondo a las parejas, no se podrá profundizar en la resolución de problemas propios de las parejas en esta situación y no se podrán formar profesionales con las mejores condiciones para atender a las parejas con infertilidad.

Genética de la infertilidad

En diversas partes del mundo hay un divorcio entre las ciencias básicas y la aplicación del conocimiento obtenido por medio de éstas a favor de la salud de las personas. Una de las áreas que sufre de este problema es la genética. Actualmente se conoce la participación de diversos genes en infertilidad masculina y femenina, pero en la mayoría de nuestros países no se realiza diagnóstico genético que pueda contribuir con la identificación de la causa del problema. Las pruebas genéticas no son tan costosas (económica y metodológicamente) como para que no se puedan ofrecer en cualquier sistema de salud, y aunque a veces no se pueda dar un tratamiento a la enfermedad diagnosticada, es conveniente el diagnóstico porque va a evitar el desgaste físico y emocional de otras técnicas y procedimientos, los riesgos secundarios de estas pruebas y de tratamientos y el gasto económico de quienes buscan insistentemente la causa del problema. Además, junto con el diagnóstico genético, usualmente se llevan a cabo investigaciones que pueden culminar en el descubrimiento de una terapia que pueda beneficiar a los pacientes. Cuando se determinare que hay un factor genético que es responsable de abortos recurrentes, las parejas pueden tomar decisiones reproductivas con el fin de evitar estos abortos, como puede ser optar por evitar los embarazos y decidirse por la adopción.

No obstante, con el fin de evitar abusos de este diagnóstico se requiere de una legislación que impida la discriminación en razón del patrimonio genético de la persona, así como protección a los seres humanos desde la concepción, para evitar que el contenido genético pueda ser utilizado para seleccionar seres humanos por medio del aborto o del diagnóstico genético preimplantacional.

Psicología e infertilidad

La infertilidad tiene también una dimensión emocional, y ésta debe ser parte de su abordaje integral. Como es sabido, el fundamento de una buena relación de pareja son el buen diálogo y la comunicación. Estos son particularmente importantes para hacer frente a los momentos de angustia, de frustración y de estrés, como los que se sufren ante la infertilidad. La Dra. Olga Redondo, psicóloga, afirma que en su experiencia en el tratamiento de parejas con problemas de infertilidad, se ha percatado de que entre los factores causales de la infertilidad pueden estar los problemas internos en la psique de la mujer, y que su infertilidad puede ser el resultado de un conflicto psíquico. Incluso afirma que la FIV —al no solucionar el conflicto de fondo— podría agudizarlo. Sostiene que lo que la mujer demanda no siempre es idéntico a lo que realmente necesita, siendo tarea del psicólogo “sacar el problema oculto” (cita). Es un hecho que las parejas requieren una formación adecuada para tener una disposición a la comunicación, al manejo de conflictos y al estrés. Requieren, además, tener acceso a profesionales que los asistan cuando requieran consejo en este aspecto. De este modo, la orientación familiar, psicología de pareja o consejería matrimonial son necesarios. El acceso a estos profesionales debe estar al alcance de todas las personas, de todas las situaciones sociales y culturales. Una mejor comunicación y manejo de conflictos por parte de la pareja además contribuirán con una disminución de los problemas de infertilidad por estrés (en este momento incluidos en la categoría de “infertilidad idiopática”), y un mejor tratamiento de la

misma. Mata-Barahona y colaboradores (2007) hacen una propuesta desde la medicina conductual para afrontar el problema del estrés en la infertilidad. [2] Soluciones que proporcionen ésta y otras corrientes psicológicas pueden, luego de que se realicen estudios para demostrar su eficacia y conveniencia, ser integradas a la guía de práctica clínica de la infertilidad.

La NaProTecnología: identificando y tratando eficazmente las causas de la infertilidad

Como se mencionó anteriormente, el enfoque de salud pública requiere de la puesta en marcha de un sistema de diagnóstico y tratamiento de las causas subyacentes de la infertilidad como el que ofrece la tecnología procreativa natural, conocida como NaProTecnología.

Los métodos de reconocimiento de la fertilidad favorecen la identificación de los períodos de mayor fertilidad y por lo tanto facilitan conseguir un embarazo cuando se desea, así como la obtención de información útil para resolver eventuales problemas de infertilidad. De hecho, si una pareja llega a consulta por infertilidad y puede aportar información sobre la salud de su ciclo menstrual, la aplicación de pruebas diagnósticas y de terapias va a ser más adecuada y rápida. En las Conferencias internacionales de la Organización de las Naciones Unidas promueven una oferta amplia de métodos de planificación y en nuestros países solo falta la oferta de los métodos de reconocimiento de la fertilidad, útiles tanto para espaciar como para procurar los embarazos. Por lo tanto, es éticamente inaceptable que los sistemas de salud no los pongan a disposición de la población. No obstante, la propagación de estos métodos requiere de instructores y profesionales de la salud convencidos de las bondades de los mismos y con formación teórica y práctica, por lo que sería conveniente que los centros de salud públicos y privados refirieran a las personas interesadas a iniciativas privadas que ofrezcan capacitación. Dado que existe evidencia de la efectividad y de la conveniencia para las personas y la pareja, desde muchos puntos de vista incluyendo el de la prevención, diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, la dignidad humana y el principio de beneficencia exigen la oferta de estos métodos, que además por su bajo costo son medios proporcionados. El principio de autonomía también le confiere a las parejas interesadas, razones para poder tener acceso a los mismos.

La NaProTecnología (NPT) ofrece un sistema eficiente para lograr un embarazo que llegue a buen término, que resuelve los problemas que provocan la infertilidad desde su raíz y que respeta la vida humana, tanto de la mujer como de los embriones y los neonatos. Es, además, costo-efectivo. La NPT restituye el funcionamiento normal procreativo, a partir de una evaluación profunda de las causas de la infertilidad (Hilgers 2011, Boyle y Stanford 2011), basado en la graficación con el modelo Creighton, que es un sistema estandarizado de la observación del moco cervical. Esta estandarización es fundamental para que las gráficas de las usuarias sean interpretables clínicamente de una forma adecuada, por lo que cada gráfica no depende de lo que le parece a la mujer que observó, sino que grafica lo que realmente observó. Este sistema de graficación se estableció a partir de estudios que se hicieron desde mediados del siglo pasado, en el que se caracterizó el moco cervical (Cohen *et al.* 1952), y se demostró su utilidad para monitorear la ovulación (Billings xx; Hilgers y Prebil 1979). Esta graficación contribuye a la determinación del momento en que a la pareja se le deben realizar diversas pruebas diagnósticas para tener un panorama completo y diseñar una estrategia terapéutica. Por lo tanto, basándose en la graficación, la NPT realiza otras herramientas diagnósticas como evaluación ultrasónica en la fase de desarrollo del moco cervical, en pruebas hormonales basadas en el día pico del moco (que ha demostrado científicamente ser una aproximación excelente del momento de la ovulación) (Hilgers *et al.* 1978), la laparoscopia diagnóstica y la histerosalpingografía selectiva, útiles para evaluar la presencia de endometriosis, obstrucción tubárica, problemas en la liberación del ovocito, etc. Adicionalmente, esta graficación estandarizada, sugiere cuáles pueden ser las causas subyacentes de la infertilidad en cada caso, haciendo más fácil identificarlas para tratarlas. Por ejemplo, la estandarización permite la obtención de un score de moco cervical, útil como indicador de los niveles de estrógenos; la graficación de lo que

en Creighton se denomina un “2W” (permanencia de humedad abundante pero sin lubricación) en la fase post-pico del ciclo sugiere la existencia de una infección cervical; la graficación de “B” (*spotting* café) antes o al final de la menstruación, o el diagnóstico de síndrome premenstrual o de una fase post-pico corta usualmente sugieren una deficiencia de la progesterona, lo que se corroborará hormonalmente.

Luego de un diagnóstico expedito de las causas subyacentes de la infertilidad, la NPT aplica un sistema de tratamiento restaurativo de la fisiología y anatomía reproductiva, que incluye el uso de hormonas bioequivalentes en los momentos apropiados del ciclo, la reconstrucción de trompas, la eliminación de la endometriosis, etc. Muchos de los tratamientos de la NPT no son nuevos, pero sí es nuevo el modo en que ellos operan en combinación con el sistema de graficación y además han sido mejoradas.

En cuanto a resultados, para problemas anovulatorios, la NPT tiene un porcentaje de éxito del 81,8%, para endometriosis es del 56,7% (2,67 veces mejor que la FIV), para el síndrome de ovarios poliquísticos es del 62,5% (2,35 veces mejor que la FIV), para oclusión tubárica es del 38,4% (1,41% mejor que la FIV) (Hilgers 2004). Este sistema ha logrado importantes éxitos en diversos países como Irlanda (Joseph *et al.* 2008) y Canadá (Tham *et al.* 2012). De hecho, en parejas que se han practicado infructuosamente la FIV, la NPT logra el embarazo en el 26,2% de las veces entre 12 y 17 meses de atención, y en el 32,6% de las veces entre 18 y 25 meses de estar en el programa (Boyle en Hilgers 2004). Adicionalmente, la NPT ha disminuido en un 71,4% los partos prematuros de menos de 36,9 semanas de embarazo con base en las tasas en los Estados Unidos, y en un 142,1% los anteriores a 34,9 semanas (Hilgers, *op.cit.*, p. 748), y las tasas de embarazos múltiples son de 3,2%, diez veces menores a las tasas obtenidas en algunos informes de FIV (Hilgers 2009).

Por lo tanto, hay sistemas de diagnóstico y tratamiento que son eficaces y enteramente respetuosos de la vida humana. Junto con una política de investigación sobre las causas y tratamientos de la infertilidad en el país, estos enfoques pueden llevar a la solución real del problema de la infertilidad.

Conclusión

La solución al problema de la infertilidad no es la fertilización in vitro (FIV) y otros métodos de reproducción asistida, que implican la mortalidad masiva de embriones humanos. Estos no son admisibles éticamente porque no respetan al ser humano personal recién concebido, que es un sujeto humano completo e intrínsecamente digno. Estas técnicas producen una cantidad de muertes mucho mayor que la que ocurre en circunstancias naturales, afecta la salud de muchas mujeres y fetos que logren sobrevivir a las mismas.

En cambio, NaProTecnología, como se vio anteriormente, es más exitosa que la FIV, no tiene sus efectos negativos en la salud de los embriones, neonatos y mujeres, y cura las enfermedades subyacentes de la infertilidad. Inclusive, el porcentaje de éxito logrado sería mayor si en el mundo se dedicaran más esfuerzos y recursos en investigar cómo mejorar el diagnóstico y tratamiento de estos problemas, lo cual se ha dejado de hacer en muchos países debido a la centralización del trabajo en la reproducción asistida. Por ejemplo, un editorial de la revista *Medical Journal of Australia* enfatiza el enorme costo de la FIV, mientras que el “estudio de las causas de infertilidad o su prevención primaria en Australia está virtualmente abandonado” (Australian In-Vitro Fertilization Collaborative Group, 1988).

El establecimiento de la NPT en nuestros países, así como de una perspectiva de salud pública de la infertilidad es, por lo tanto, impostergable. La pareja que padece de infertilidad merece que se le ofrezca un sistema de atención a su padecimiento basado en la evidencia científica actualizada, estructurado pensando en la eficiencia y en el éxito, pero sobre todo, respetuoso de la vida y la dignidad humanas. Solo en este contexto tiene sentido la sublime y maravillosa participación en llamar a la vida a una nueva persona.

Literatura citada

- Arora, M. 2007. Recurrent pregnancy loss. Jaypee Brothers, 290 pp.
- Australian In-Vitro Fertilization Collaborative Group, In-vitro fertilization pregnancies in Australia and New Zealand, 1979-1985. *Med J Aust*, 1988. 148(9): p. 429-436.
- Benagiano, G., M. Farris y G. Grudzinskas. 2010. Fate of fertilized human oocytes. *Reprod Biomed Online*. 21: 732-741.
- Billings, xx
- Bahtiyar M.O., K. Campbell, A.T. Dulay, O. Kontic-Vucinic, B.P. Weeks, A.H. Friedman, *et al.* 2010. Is the rate of congenital heart defects detected by fetal echocardiography among pregnancies conceived by in vitro fertilization really increased: a case-historical control study. *J Ultrasound Med*. 29: 917-922.
- Boyle, P. y J. Stanford. 2011. NaproTechnology (natural procreative technology) – a multifactorial approach to the chronic problem of infertility. *Biomed*. 21: 61-68.
- Boyle, en: Hilgers, T.W. 2004. *The Medical & Surgical Practice of NaProTechnology*. Pope Paul VI Institute Press, Omaha, NE, p. 668-669
- Cohen, M.R., I.F. Stein y B.M. Kaye. 1952. A characteristic of cervical mucus. *Fertil Steril*. 3: 201
- Cox, G.F., J. Burger, V. Lip, U.A. Mau, K. Sperling, B.L. Wu y B. Horsthemke. 2002. Intracytoplasmic sperm injection may increase the risk of imprinting defects. *Am J Hum Genet*. 71: 162-164.
- DeBaun, M.R., E.L. Niemitz y A.P. Feinberg. 2003. Association of In Vitro Fertilization with Beckwith-Wiedemann syndrome and epigenetic alterations of LIT1 and H19. *Am J Hum Genet*. 72: 156-160.
- Devroey P., N.P. Polyzos, C. Blockeel. 2011. An OHSS-Free Clinic by segmentation of IVF treatment. *Hum Reprod*. 26:2593-2597.
- Ericson, A. y B. Kallen. 2001. Congenital malformations in infants born after IVF: a population-based study. *Hum Reprod*. 16: 504-509.
- Ferrero, A. 2012. La infertilidad debe abordarse como un problema de salud pública. *Acta Médica Costarricense*. 54: 119-121.
- Gnoth, C., B. Maxrath, T. Sconieczny, K. Friol, E. Godehardt y J. Tigges. 2011. Final ART rates: a 10 years survey. *Human Reprod*. 26: 1-8.
- Hilgers, T.W. y A.M. Prebil. 1979. The ovulation method- vulvar observations as an index of fertility/infertility. *Obstet Gynec*. 53: 12-22
- Hilgers, T.W., G.E. Abraham y D. Cavanagh. 1978. Natural family planning-I. The peak symptom and estimated time of ovulation. *Obstet Gynec*. 52: 575-583
- Hilgers, T.W. 2004. *The Medical & Surgical Practice of NaProTechnology*. Pope Paul VI Institute Press, Omaha, NE. p. 691
- Hilgers, T.W. 2004. *The Medical & Surgical Practice of NaProTechnology*. Pope Paul VI Institute Press, Omaha, NE. p. 748
- Hilgers, T.W. 2010. *The NaProTechnology Revolution*. Pope Paul VI Institute Press, Omaha, NE. Pág. 246.
- Hilgers, T.W. 2011. The new women's health science of NaProTechnology. *Arch. Perinatal Med*. 17: 191-198.
- Joseph, B., T.A. Parnell y P.C. Boyle. 2008. Outcomes from treatment of infertility with natural procreative technology in an Irish general. *J Am Board Fam Med*. 21: 375-384.
- Joshi, B., M. Banker, P. Patel, P. Shah y D. Patel. 2012. Pregnancy rates following transfer of cultured versus non cultured frozen thawed human embryos, *Advances in embryo transfer*. Dr. Bin Wu (Ed.) InTech, Disponible en: <http://www.intechopen.com/books/advances-in-embryo-transfer/pregnancy-rates-following-transfer-of-cultured-versus-non-cultured-frozen-thawed-human-embryos>.
- Katari, S., N. Turan, M. Bibikova, O. Erinle, R. Chalian, M. Foster, J.P. Gaughan, C. Coutifaris y C. Sapienza. 2009. DNA methylation and gene expression differences in children conceived in vitro or in vivo. *Hum Mol Genet*. 18: 3769-3778.
- Kolata, G. 2009. Picture emerging on genetic risks of IVF. *New York Times*, p. D1.
- Koivurova, S., A. Hartikainen, M. Gissler, E. Hemminki, U. Sovio y M. Järvelin. 2002. Neonatal outcome and congenital malformations in children born after in-vitro fertilization. *Hum Reprod*. 17: 1391-1398.

- LeBouc, Y., S. Rossignol, S. Azzi, V. Steunoy, I. Netchine y C. Gicquel. 2010. Epigenetics, genomic imprinting and assisted reproductive technology. *Ann Endocrinol.* 71: 237-238.
- Lim, D., S.C. Bowdin, L. Tee1, G.A. Kirby, E. Blair, A. Fryer, W. Lam, C. Oley, T. Cole, L.A. Brueton, W. Reik, F. Macdonald y E.R. Maher. 2009. Clinical and molecular genetic features of Beckwith–Wiedemann syndrome associated with assisted reproductive technologies. *Hum Reprod.* 24: 741-749.
- López, N. 2003. Destino de los embriones criopreservados e investigación biomédica. Fundación IBI. Disponible en: <http://arvo.net/embrion-humano/destino-de-los-embriones-crioc/gmx-niv828-con9903.htm>, consultado el 26 de setiembre del 2012.
- Maheshwari, A, S. Griffiths & S. Bhattacharya. 2011. Global variations in the uptake of single embryo transfer. *Human Reproduction Update* 17: 107–120.
- Mansour, R.T., M.A. Aboulghar, G.I. Serour, M.A. Sattar, A Kamal y Y.M. Amin. 1999. Multifetal pregnancy reduction: modification of the technique and analysis of the outcome. *Fertil Steril.* 71: 380-384.
- Mata, M., Sáenz, G., Ramírez, R., Infertilidad y control del estrés: una visión desde la medicina conductual. *Revista Reflexiones*, 2007. 86(1): p. 77-86.
- Nyboe A., V. Goossens, S. Bhattacharya, A.P. Ferraretti, M.S. Kupka, J. de Mouzon, K.G. Nygren y the European IVF monitoring (EIM) Consortium for the European Society of Human Reproduction and Embryology (ESHRE). 2009. Assisted reproductive technology and intrauterine inseminations in Europe, 2005: results generated from European registers by ESHRE. *Human Reprod.* 24: 1267-1287.
- Patrizio, P. y D. Sakkas. 2009. From oocyte to baby: a clinical evaluation of the biological efficiency of in vitro fertilization. *Fertil Steril.* 91: 1061-1066.
- Redondo, O., Participación de la Dra. Olga Redondo, psicóloga en la Asamblea Legislativa de Costa Rica. 1995: San José.
- Reefhuis, J., M.A. Honein, L.A. Schieve, A. Correa, C.A. Hobbs, S.A. Rasmussen. 2009. National birth defects prevention study. *Hum Reprod.* 24: 360-366.
- Savage, T., J. Peek, P.L. Hofman y W.S. Cutfield. 2011. Childhood outcomes of assisted reproductive technology. *Hum Reprod.* 26: 2392-2400.
- Tham, E., K. Schloep y J. Stanford. 2012. Natural procreative technology for infertility and recurrent miscarriage. *Can Fam Physician.* 58: e267-274.
- Vloeberghs, V., K. Peeraer, A. Pexsters y T. D’Hooghe. 2009. Ovarian hyperstimulation syndrome and complications of ART. *Best Pract Res Cl Ob.* 23: 691-709.
- Wang, X., C. Chen, L. Wang, D. Chen, W. Guang y J. French. 2003. Conception, early pregnancy loss, and time to clinical pregnancy: a population-based prospective study. *Fertil Steril.* 79: 577-584.
- Wilcox, A., C. Weinberg, J.F. O’Connor, D.D. Baird, J.P. Schlatterer, R.E. Canfield, G. Armstrong y B.C. Nisula. 1988. Incidence of early loss of pregnancy. *N Eng J Med.* 319: 189-194.
- Wilcox, A. D.D. Baird y R.E. Canfield. 1999. Time of implantation of the conceptus and loss of pregnancy. *N Eng J Med.* 340: 1796-1799.
- Wisborg, K., H.J. Ingerslev, T.B. Henriksen. 2010. IVF and stillbirth: a prospective follow up-study. *Hum Reprod.* 25: 1312-1316.
- Zurriarán, RG. 2007. La dignidad del embrión humano congelado. *Rev Med Univ Nav* 51: 30-32.

EL MÉTODO DE LA OVULACIÓN BILLINGS™ EN PAREJAS CON SUBFERTILIDAD. Martín Tantaleán del Águila.

Resumen

En el presente artículo se revisa en forma sucinta los antecedentes y fundamentos científicos del Método de la Ovulación Billings™ (MOB), con énfasis en la aplicación de las reglas para lograr el embarazo y se analiza como estos conceptos pueden ser de utilidad en parejas con problemas de subfertilidad en los que el reconocimiento de la ventana fértil pueda ser de utilidad (endometriosis, síndrome de ovario poliquístico, trastornos hormonales diversos, etc.).

Se presenta también las variantes del continuo de la actividad ovárica y se sugieren pautas para el empleo del MOB para lograr el embarazo. Se requieren de estudios prospectivos, preferentemente ensayos clínicos controlados que permitan confirmar la utilidad del MOB en el manejo de parejas con subfertilidad.

Introducción

Se reporta una prevalencia de 9% de parejas con problemas de fertilidad y las modernas técnicas de concepción asistida y en particular de fertilización in vitro no son una opción aceptable para muchas parejas por principios u otros problemas la Fertilización in Vitro no es una opción válida. De hecho, para los católicos no es aceptable la fertilización in vitro por la manipulación de los embriones y no respetarse el acto conyugal¹.

La efectividad del Método de la Ovulación Billings™ (MOB) ha sido reconocida y verificada en diversos estudios y países, siendo los más importantes los realizados por la OMS en cinco países (1978 –1981), el Consejo de Investigación médica de la India (1996) y el del Instituto de Salud Jiangsu en China (1997).

Las sensaciones vulvares que la mujer grafica diariamente tienen una muy buena correlación con penetrabilidad de los espermatozoides y la predicción de la ovulación(1)(2) y por los estudios del Continuo del Dr. Brown(3) sabemos que el MOB puede ser de gran ayuda para reconocer la ventana fértil de gran ayuda para parejas con problemas para concebir.

Es importante alertar que existen diversos métodos de abstinencia periódica relacionados con el moco cervical que no son el Método Billings siendo interesante resaltar que en Indonesia(4) compararon tres de ellos encontrando que el Método Billings fue el que tuvo la menor tasa de discontinuación (10.4 por 100 mujeres año).

¹ Dignitas Personæ - 2008

Martín Tantaleán del Águila. Presidente de CEPROFARENA (Centro de Promoción Familiar y Regulación Natural de la Fertilidad, asociación peruana creada en 1981 y afiliada a la Organización Mundial del Método Billings.), Perú. [mtantalean@gmail.com]

El presente artículo es una pequeña revisión de los fundamentos científicos del MOB y además se explica y comenta su utilidad para el diagnóstico de problemas de ovulación, manejo personalizado de tratamientos por trastornos hormonales y en la determinación de la ventana de fertilidad en que se tiene la mejor opción de lograr un embarazo.

Materiales y métodos

El presente es un artículo de revisión en que primero abordaremos el fundamento científico del Método de la Ovulación Billings™ (MOB), a continuación analizamos como este conocimiento puede ser de utilidad en las parejas con problemas para concebir y finalmente sugerimos algunas condiciones específicas en que el MOB podría aplicarse ilustrándolo con algunos ejemplos tomados del programa de oficial de formación de instructores del MOB y algunos de la práctica clínica personal.

Antecedentes y fundamentos científicos del MOB²

La historia de los métodos de reconocimiento de la fertilidad se estableció por primera vez sobre bases científicas hace aproximadamente 80 años³, cuando dos ginecólogos, el japonés Ogino y el austriaco Knaus, demostraron siguiendo diferentes líneas de investigación que, cuando una mujer ovula, la menstruación comenzará aproximadamente dos semanas más tarde, si no ha habido embarazo.

Las observaciones realizadas por Ogino y Knaus dieron lugar al Método del Ritmo, un método predictivo para determinar la fase fértil del ciclo menstrual, lamentablemente muy poco confiable y de muy poca utilidad en mujeres con ciclos irregulares.

Dado que la menstruación sólo puede indicar retrospectivamente el momento de la ovulación, se comenzó a dirigir la atención al patrón bifásico de la Temperatura Corporal Basal. Van de Velde fue el primero en notar en 1905 que una de sus pacientes tuvo una elevación de la temperatura en la última parte del ciclo. Sin embargo, el método de la Temperatura Corporal Basal tiene varias debilidades. La elevación de la temperatura en relación con la ovulación puede producirse unos pocos días antes de la ovulación o hasta no antes de cuatro días después.

En los seguimientos realizados por el grupo de investigadores de WOOMB International de Australia, se ha observado que la ovulación puede ser identificada midiendo las hormonas ováricas, sin ningún efecto observable en el registro de la temperatura.

Hay diversos factores que pueden generar elevación de la temperatura y causar confusión. Adicionalmente, cuando se retrasa la ovulación, como por ejemplo durante la lactancia y la premenopausia, o cuando ya ésta no se produce más, después de la menopausia, la temperatura no puede dar ninguna señal positiva de infertilidad en absoluto.

El Método de la Ovulación Billings™ (MOB)

Con la introducción de la píldora anticonceptiva en los años 60, se anticipó que el suprimir o destruir el funcionamiento normal de un sistema biológico fundamental del cuerpo humano, tarde o temprano seguramente causaría serias complicaciones. Esto fue sobradamente confirmado con el artículo de enero de 1999 del British Medical Journal que reportó 1599 “muertes debidas a la píldora”, ocurridas

2 Adaptado del Enseñanza del Método de la Ovulación Billings™ Currículo de Entrenamiento de Instructores. Comité de Educación, OMR&RCA Melbourne, 2000 Revisado 2008. Traducido por Gustavo Machado: Asociación CAF (Buenos Aires – Argentina) Revisado por los integrantes de WOOMB Latinoamérica Primera edición en español: Julio 2009.

3 JJ Billings 1999 - El desarrollo de La Planificación Familiar Natural Traducido por: Asociación CAF (Buenos Aires – Argentina).

durante los pasados 25 años. Existen diversos efectos secundarios bien documentados, incluyendo ataques al corazón e infartos provenientes de coágulos sanguíneos que se desplazan en el torrente sanguíneo e incremento de la incidencia de cáncer de mama (5)(6)(7), cálculos biliares, diabetes, tumores de hígado, pérdida de la libido, depresión, sangrados uterinos irregulares, migrañas e infertilidad prolongada incluso permanente posterior al uso de la medicación. Esta infertilidad es principalmente consecuencia del daño al cuello uterino. La industria farmacéutica señaló desde la primera introducción de la píldora anticonceptiva, que la medicación interfería con el desarrollo normal del endometrio en su preparación para un embarazo, impidiendo la implantación, lo que se conoce como “efecto post-fertilización” (8) y que por lo tanto algunas veces operaría dicha acción abortifaciente si la píldora no lograra evitar la ovulación.

La efectividad de la medicación anticonceptiva a través de píldoras, implantes o inyecciones, más la continua propaganda que en gran medida ocultaba los efectos adversos de estas técnicas, hizo que fuera muy importante intentar desarrollar un método carente de efectos adversos y por lo tanto completamente inocuo, con la misma efectividad al ser aplicado para evitar un embarazo. Por lo tanto, se realizó una cuidadosa evaluación de cual eran los problemas importantes que debían ser solucionados en consideración al método en sí mismo, con la esperanza que esto ayudaría a proveer una técnica confiable para la regulación de la fertilidad en diferentes circunstancias fisiológicas, sin abstinencia prolongada. Estos problemas eran:

1. La necesidad de conocer los límites del tiempo de supervivencia espermática después de una relación sexual, y los factores determinantes de dicha capacidad.
2. Se requería un marcador específico del advenimiento de la ovulación, especialmente un método que advirtiera a la mujer cuando se aproximaba dicho momento.
3. Se necesitaba desarrollar y validar el nuevo método con investigación clínica, incluyendo estudios de campo bien diseñados, y aplicar investigación de laboratorio para confirmar los principios básicos y las directivas del nuevo método.

Todos estos problemas fueron resueltos y en 1953 las investigaciones de los esposos John y Evelyn Billings dieron origen al Método de la Ovulación Billings. La explicación que se presenta a continuación proviene de las investigaciones realizadas por el Dr. James Brown, referidas como El continuo de la actividad ovárica(3), quien con su equipo realizaron más de 800.000 análisis de estrógenos y progesterona (como metabolitos en la orina) y que incluyeron todos los tipos de actividad ovárica- niñez, menarquia, embarazo, amamantamiento, menopausia y respuestas a la terapia con FSH y LH (HCG) (para investigar la interrelación de la glándula pituitaria con los ovarios). Adicionalmente, se recoge las investigaciones del Dr. Erik Odeblad, quien colabora con los Billings desde 1977, y ha investigado las propiedades del moco cervical por más de 40 años y refiriéndose al MOB dice **“es un indicador simple, fácilmente perceptible, y confiable de la fertilidad en la mayoría de las mujeres”**(9). Ya desde sus primeros estudios cuando identificó inicialmente dos subtipos de moco, estos se asociaron con la fertilidad de la mujer al ser determinante para el pasaje de los espermatozoides(10). Odeblad continúa investigando las diferentes secreciones cervicales y sus funciones relacionadas con la fertilidad. Su trabajo ha demostrado que el transporte y la supervivencia espermática dentro del sistema reproductivo femenino dependen fundamentalmente de un patrón mucoso saludable.

Fase infértil preovulatoria

Actividad Ovárica/ Pituitaria

Durante la última mitad del ciclo anterior, la gran producción de estradiol y progesterona por el cuerpo amarillo, actúa a través del hipotálamo, suprimiendo la producción de FSH y LH. La producción declinante

de estradiol y progesterona al final del ciclo elimina esta supresión y los niveles de FSH se elevan. Los folículos tienen un umbral en su requerimiento de FSH por debajo del cual no se produce ninguna estimulación. Los valores de FSH se elevan lentamente hasta que se alcanza el nivel umbral y un grupo de folículos es estimulado a crecer activamente. Se requieren varios días de crecimiento antes que los folículos comiencen a producir estradiol, avisándole al hipotálamo que se alcanzó el umbral.

Respuesta cervical

Hasta que los folículos en desarrollo empiezan a producir estradiol, el cérvix está cerrado por un moco G, que es una barrera natural para los espermatozoides. Su alta viscosidad lo convierte en un tapón mecánico, que cierra el canal cervical, a su vez también adelgazado durante las fases infértiles por el sistema fibromuscular del cérvix. La presencia de leucocitos y gama globulinas sugiere que el moco G es una sustancia protectora. La supervivencia espermática en esta fase es muy breve y no se puede producir el embarazo porque el moco G obliga a los espermatozoides a permanecer en la vagina donde son rápidamente fagocitados.

El registro de la mujer

La mujer reconoce este tiempo de infertilidad de la pareja, al ser consciente de un patrón sin cambios de los síntomas registrados, que pueden ser de sequedad sin cambios o alguna sensación o flujo similar día tras día. Este patrón de infertilidad pre-ovulatoria individual es su patrón básico infértil (PBI) y se corresponde con un nivel basal bajo de estrógenos.

Fase Fétil

Actividad Ovárica/ Pituitaria

Para que un folículo sea finalmente lanzado hacia su respuesta ovulatoria completa, se debe exceder un nivel intermedio de producción de FSH, y no se debe sobrepasar un nivel máximo de FSH, de otro modo se producirán ovulaciones múltiples.

El folículo dominante que se lanza hacia la ovulación produce cantidades rápidamente crecientes de estradiol, el cual estimula la producción del moco cervical y el crecimiento del endometrio, también suprime la producción de FSH por debajo del nivel umbral original. Se elimina el soporte a los folículos menores, permitiendo que se seleccione el folículo dominante. Se activa un mecanismo de maduración que lo vuelve receptivo a la segunda gonadotropina hipofisaria, la LH.

Respuesta Cervical

El cérvix responde a la elevación de estradiol produciendo moco de las diferentes criptas a lo largo de toda su extensión. La supervivencia espermática ahora se extiende a 3 –5 días. Al microscopio se identifican por sus formas cristalinas características, diferentes tipos de moco, algunos de los cuales tienen subtipos.

Al comienzo de la fase fértil, el moco P disuelve el moco G permitiendo la entrada de los espermatozoides al cérvix.

El moco L secretado por las criptas ubicadas a lo largo de todo el canal cervical, está presente durante toda la fase fértil. El moco L forma un soporte mecánico flexible para el moco S más fluido que aparece después. También actúa como un sistema de filtrado al capturar y eliminar espermatozoides de baja calidad, permitiendo que sólo los de alta calidad lleguen a las criptas S.

El moco S es secretado por las criptas superiores del cérvix y está presente en el canal cervical como formaciones hebras durante un número variable de días antes y hasta tres días después de la ovulación. El moco S provee canales para el transporte espermático a las criptas S y nutrición para

los espermatozoides de alta calidad. Después de una relación sexual, algunos espermatozoides viajan directamente a la cavidad uterina, pero la mayoría son conducidos a las criptas S, donde son bloqueados por el moco L por un cierto tiempo, de medio día a dos días, en el que las criptas permanecen en estado no secretor y los espermatozoides inmóviles. Por consiguiente, tanto el moco L como el moco S cooperan para provocar la propagación de espermatozoides óptimos a una cripta.

Poco antes de la ovulación, el moco P, combinándose con una enzima de los gránulos Z provenientes del istmo, disuelve los mocos L y S, liberando las células espermáticas atrapadas en las criptas y las conduce al cuerpo uterino. También es responsable de la sensación vulvar muy lubricativa, a menudo sin flujo visible, que permite identificar fácilmente a la Cúspide.

El registro de la mujer

La mujer reconoce el comienzo de su fertilidad por un cambio en su sensación y quizás por observaciones visuales diferentes a las de su PBI. Durante los subsiguientes días se producen cambios, tanto en la sensación en la vulva como en el flujo visible. Cerca de la ovulación, la sensación se vuelve resbalosa, el moco visible puede disminuir o desaparecer, y puede haber una sensibilidad intensificada e hinchazón vulvar. El registro gráfico de la mujer revelará un patrón cambiante en desarrollo, reflejando la respuesta cervical a los niveles crecientes de estrógenos. La fertilidad de la pareja está por tanto regulada por las distintas funciones de las secreciones cervicales en respuesta a la producción cambiante de las hormonas ováricas.

Es interesante resaltar que en la actualidad los investigadores que se dedican a los tratamientos de reproducción artificial también están reconociendo y prestando más atención no solo a los niveles absolutos de las hormonas sino también a los cambios y momentos en que estos se dan(11) algo que los que nos dedicamos a la enseñanza de los métodos de reconocimiento de la fertilidad y en especial al MOB ya conocíamos desde hace muchos años merced a las investigaciones del Dr. James Brown.

Ovulación

Actividad Ovárica/ Pituitaria

Los altos niveles de estradiol activan un mecanismo de retroalimentación positivo en el hipotálamo, provocando que la hipófisis libere una oleada masiva de LH que inicia la ovulación aproximadamente 37 horas después del comienzo de la oleada ó 17 horas después de su pico. El estradiol alcanza un pico aproximadamente 36 horas antes de la ovulación y luego cae abruptamente y la progesterona comienza a subir como resultado de la luteinización del folículo. Se acepta que el óvulo puede ser fertilizado hasta 24 horas después de la ovulación, sin embargo, en la revisión realizada por Standford y col. (12) se sugiere que en verdad el óvulo solo puede ser fecundado durante unas horas (alrededor de 16).

Los estudios clínicos y científicos se corresponden para confirmar que la ovulación tiene la mayor probabilidad de producirse el día Cúspide, ocasionalmente al día siguiente y en raras ocasiones dos días después de la Cúspide. Se cuentan 3 días después de la Cúspide, para considerar la supervivencia de un óvulo que pudiera ser liberado ese segundo día. “Una segunda ovulación no puede producirse más allá de un período de 24 horas de una ovulación observada, aún cuando se produzcan embarazos múltiples”. (Brown)

Respuesta Cervical

La elevación de la progesterona inhibe fuertemente el efecto estrogénico y estimula al cérvix a producir otra vez moco G. Durante los 3 días posteriores al síntoma Cúspide, el cérvix es gradualmente ocluido por el moco G en aumento, pero todavía están presentes los mocos L, S y P y existen canales para el transporte espermático. Odeblad ha demostrado que el ascenso en la progesterona activa las Bolsas de Shaw, las que producen manganeso que extrae la humedad de cualquier flujo que atraviese la vagina.

Esta acción provoca la abrupta interrupción de la sensación resbalosa y lubricativa que define el síntoma Cúspide.

El registro de la mujer

La Cúspide indica el tiempo fértil óptimo en el ciclo y es identificada como el último día de sensación resbalosa en la vulva, después de un patrón mucoso cambiante y en desarrollo de duración variable. Se lo identifica en retrospectiva en el día de cambio a una sensación ya no más resbalosa. La sensación en la vulva será seca o pegajosa y no más mojada ni resbalosa. Cualquier flujo visible puede ahora aparecer más espeso, reflejando la acción deshidratante de las Bolsas de Shaw. Cualquier observación interna saltará la acción de estas Bolsas de Shaw, brindando información imprecisa.

Fase Lútea

Actividad Ovárica/ Pituitaria

Después de la ovulación, el folículo roto se transforma en el cuerpo amarillo y la producción de progesterona aumenta rápidamente (duplicándose aproximadamente cada día), junto con un segundo ascenso en la producción de estradiol, lo que cambian el endometrio a un estado secretor. Aproximadamente 7 días después de la ovulación, si no se ha producido el embarazo, la producción de estradiol y progesterona alcanza un pico y luego declina, dando lugar a la menstruación y a una fase lútea de 11 a 16 días en un ciclo fértil. Se indica un embarazo cuando la menstruación no se ha producido para el 17 ° día después de la Cúspide. El sangrado de implantación puede ocurrir a partir del 6° día después de la ovulación.

Respuesta Cervical

Para el comienzo del cuarto día después de la Cúspide, el cérvix está ocluido por moco G que permanece en su lugar hasta poco antes de la menstruación- cuando es desplazado para permitir el flujo menstrual.

El registro de la mujer

Después de la Cúspide, el registro mostrará una ausencia de la sensación resbalosa. Justo antes de la menstruación, se pueden registrar uno o dos días de una sensación más mojada (refleja que los niveles de progesterona cayeron más rápido que los de estrógenos). A partir del cuarto día posterior a la Cúspide hasta el comienzo de la menstruación, la pareja experimenta infertilidad absoluta.

Reglas del Método Billings para espaciar nacimientos

1° Regla de los Primeros días: Evite las relaciones sexuales en los días de fuerte sangrado menstrual. Motivo: la fertilidad puede comenzar durante la menstruación y el sangrado podría ocultar el moco. Brown ha encontrado ciclos en los que la ovulación se produjo tan temprano como el quinto día del ciclo.

2° Regla de los Primeros días: En los días reconocidos como infértiles (Patrón Básico Infértil - PBI), se pueden tener relaciones sexuales en noches alternas, siempre por la noche y nunca dos noches seguidas. Motivo: el coito recién por la noche le permite a la mujer evaluar el estado de su fertilidad durante el día. El fluido seminal al día siguiente puede enmascarar cualquier interrupción de su PBI.

3° Regla de los Primeros días: Evite las relaciones sexuales en cualquier día de flujo o sangrado que interrumpa el PBI. Si no se confirma la ovulación, espere 3 días del regreso del PBI antes de reanudar las relaciones sexuales. Motivo: cualquier interrupción del PBI indica actividad ovárica. A partir de este punto puede suceder una de dos cosas: (1) El cambio más frecuente refleja el ascenso y pico de estrógenos y se reconoce la Cúspide. Se aplica entonces la Regla del día Cúspide para la fase postovulatoria. (2) Si el cambio es actividad folicular sin ovulación, como ocurre en algunas variantes del Continuum (ver después), no se reconocerá la Cúspide y el PBI volverá.

La cuenta de 3 días cuando regresa el PBI, otorga tiempo para que las hormonas se estabilicen en un nivel bajo y se confirme la infertilidad. Se aplica entonces la 2º RPD mientras persista el PBI.

4º Regla de la Cúspide. Desde el comienzo del cuarto día después de la Cúspide hasta el final del ciclo, se pueden tener relaciones sexuales todos los días en cualquier momento. Motivo: se reconoció el momento de la ovulación y la desaparición del óvulo.

El continuo de la actividad ovárica(3).

El Dr. James Brown describe una progresión que va de:

- ◊ Ausencia de actividad ovárica
- ◊ Actividad folicular anovulatoria con elevación constante o fluctuante de los niveles de estrógenos.
- ◊ Folículo luteinizado no roto.
- ◊ Ovulación seguida por una fase lútea corta o deficiente.
- ◊ Un ciclo ovulatorio fértil.

Más aún describe niveles hormonales en orina de 24 horas que permite reconocer esta secuencia de eventos:

- ◊ Anovulación: los valores del pregnanediol caen alcanzando 1.6 mg/ 24 h;
- ◊ LUF (folículo luteinizado no roto): los niveles de pregnanediol son mayores a 1.6 mg/24 h pero no alcanzan los 2 mg/24 h;
- ◊ La Ovulación ha ocurrido cuando los niveles de pregnanediol alcanzan o superan los 2 mg/24 h (9 mM/24 h)
- ◊ Ovulación con una fase lútea deficiente: pregnanediol mayor de 2 mg/24 h pero menor de 3 mg/ 24 h; or
- ◊ Fase lútea corta: 10 días o menos contados a partir del pico de estrógenos designando como el día 0 el día antes de que venga el nuevo sangrado;
- ◊ Ciclo ovulatorio fértil, pregnanediol mayor de 3 mg/24 h durante los 6 días después del pico de estrógenos y una fase lútea de 11 a 17 días si la mujer no está gestando.

El retorno de la fertilidad pos parto es similar al desarrollo de ciclos fértiles luego de la menarquía con la diferencia de que el proceso se da en menos tiempo.

Sangrados fisiológicos(13),(14)

A efectos de interpretar adecuadamente las fases del ciclo y aplicación de las reglas del MOB es muy importante tener presente que no todo sangrado es menstruación y se describe cuatro tipos de sangrado fisiológico:

- ◊ Menstruación: que se produce luego de la ovulación como consecuencia de la caída de los estrógenos y progesterona. Por lo tanto, solo si está precedido por la cúspide un sangrado es menstruación.
- ◊ Sangrado de retiro: cuando se ha retrasado la ovulación pueden haber períodos de alza de los estrógenos que sin llegar al nivel umbral para desencadenar una ovulación, estimulan el crecimiento del endometrio. Cuando los estrógenos caen (identificado en la gráfica por el retorno del PBI) puede ocurrir un sangrado que muchas veces puede confundirse con menstruación pero en estos casos aún no ha ocurrido la ovulación.
- ◊ Sangrado de disrupción (breakthrough bleeding) que es consecuencia de desprendimiento de pequeñas porciones de endometrio durante una fase de crecimiento rápido como consecuencia de la elevación de los estrógenos.
- ◊ Sangrado de implantación: puede ocurrir durante el proceso de anidación a partir del sexto día pos ovulación, pero en otros casos puede ocurrir un poco más tardíamente y confundirse con la menstruación.

Logrando el embarazo con el MOB⁴

Procedimiento

Se realiza la historia clínica a cada uno de los esposos por separado para poder captar información confidencial, siendo particularmente importante registrar enfermedades anteriores, operaciones abdominales o infecciones, uso de anticonceptivos orales, cualquier otra forma de anticoncepción, y preguntar si hubo algún tipo de estudio médico.

Si el problema es de sub-fertilidad secundaria (historia de abortos espontáneos previos) o relacionada con obstrucción tubárica bilateral probablemente el Método de la Ovulación Billings no sea de mucha ayuda y se le debe hacer saber a la pareja.

La pareja debe ser instruida meticulosamente acerca de su fertilidad, y pedirle a la mujer que al hacer la observación para el registro, lo haga sin ningún tipo de contacto genital. Es muy importante en casos de infertilidad, entrevistar a ambos esposos, a fin de averiguar si existe, de hecho, acuerdo entre los esposos sobre el deseo de concepción. No siempre es el caso y cualquier mejora en la comunicación entre marido y mujer beneficiará mucho la relación.

Es muy importante reconocer y manejar la ansiedad, tensión y cansancio particularmente en la mujer, pero también en el esposo. La ansiedad en éste último puede ser transmitida a la mujer con efectos desastrosos. Desilusión, culpa, incapacidad, especialmente si se ocultan al otro, todas ellas pueden obrar impidiendo la concepción. La armonía matrimonial puede aumentar si se le ofrece a la pareja asesoramiento general respecto al cansancio y la relajación.

Se sabe que para efectos de que las parejas acepten un método es muy importante que ambos participen, que no sea dañino y que el hombre comprenda los conceptos básicos del método⁽¹⁵⁾. En lo posible hay que propiciar que los dos esposos participen, exceptuando durante la realización del examen clínico que es recomendable hacerla por separado y así poder en privado indagar algunos antecedentes personales que el cónyuge pudiera no conocer. Por ello, independientemente de que pueda identificarse factores de sub-fertilidad en el hombre o la mujer, debe enfatizarse que la fertilidad es un asunto de "pareja" y por lo tanto el problema es de los dos y "no hay culpables" sino una "responsabilidad compartida" debiendo reconocerse que la vida finalmente es un don de Dios.

Los pasos posteriores dependerán de la información mostrada por la gráfica que llevan los esposos (recomendamos que la mujer realice las observaciones y el hombre registre en la gráfica). Esta cartilla brindará información valiosa sobre la fertilidad de la pareja. Si la mujer nota signos evidentes de fertilidad durante las primeras semanas de registro, la pareja no debería evitar estos días para las relaciones sexuales. Se da este consejo porque en estos casos de infertilidad relativa o aparente infertilidad, los signos fértiles pueden aparecer muy raramente, tal vez sólo una vez cada seis o doce meses. De este modo no se perdería ninguna oportunidad.

Lineamientos para el Logro de Embarazo:

Hay diversos factores que pueden afectar la fertilidad de la pareja y que pueden corregirse tales como obesidad, bajo peso (IMC⁵<19), fumar, consumo de alcohol o café en exceso (cafeína > 250mg/día), uso de drogas, empleo de solventes⁽¹⁶⁾, por lo que será importante conversar sobre ello y adoptarse medidas cuando corresponda.

⁴ Adaptado de E. L. Billings El método de la ovulación Billings y la "infertilidad" – Melbourne, Australia 2002

⁵ IMC = índice de masa corporal. Se calcula dividiendo el peso en Kg entre la talla al cuadrado (m²). Normal entre 20 a 25. Obesidad si IMC > 30

La pareja deberá ser instruida sobre las reglas del Método de la Ovulación Billings e informada cómo aplicar las reglas del MOB. Esto permite reconocer el cambio hacia el patrón de moco fértil. Cuando se busca el embarazo se recomienda que apliquen la Regla 1 y 2 en la forma habitual, en tanto que si notan una interrupción del PBI se recomienda que en lo posible puedan tener relaciones diarias o cuando menos interdiarias a partir del punto de cambio y hasta el día 3 pos cúspide.

Puede darse una gráfica que durante 2 a 4 semanas muestre una mayoría de días secos con, quizás, un día o medio día solamente de humedad leve. La mujer debe tener la tranquilidad de que sus observaciones le darán la pista acerca de su fertilidad y que ese cuidado en las observaciones le redituará ganancias. Algunas mujeres que han logrado el embarazo registraron principalmente días secos con sólo una ocasional y pequeña cantidad de humedad, indicativa tanto del tiempo de ovulación como de soporte espermático.

2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32
=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	0	0	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=	=
												R																		
Agente	Agente	Agente	Agente	Agente	Agente	Agente	Agente	Agente	Agente	Agente	Agente	Agente	Agente	Agente	Agente	Agente	Agente	Agente	Agente	Agente	Agente	Agente	Agente	Agente	Agente	Agente	Agente	Agente	Agente	Agente
Seco	Seco	Seco	Seco	Seco	Seco	Seco	Seco	Seco	Seco	Seco	Seco	Seco	Seco	Seco	Seco	Seco	Seco	Seco	Seco	Seco	Seco	Seco	Seco	Seco	Seco	Seco	Seco	Seco	Seco	Seco

Gráfico N° 1 - Gráfica un día de moco cervical

Concepción en un único día de flujo mucoso (Pág. 33 Enseñanza del MOB Parte 2)

Fuente: Enseñando el Método Billings Parte 2 – Diagrama 19

Algunas mujeres producirán una gráfica donde hay un parche de moco correspondiente con la ovulación, seguido por una fase lútea de duración normal. Sin embargo, no se puede reconocer ningún síntoma Cúspide y las relaciones sexuales ocurridas en esos días de ese particular tipo de moco no provocan la concepción.

Esta situación se da frecuentemente en mujeres que han dejado de tomar la píldora anticonceptiva, o en mujeres que se están acercando al fin de su vida reproductiva y aún en mujeres jóvenes sin motivo aparente. En estos casos, se ha comprobado, por ensayos hormonales, que ocurre la ovulación, sin embargo el ciclo no será fértil.

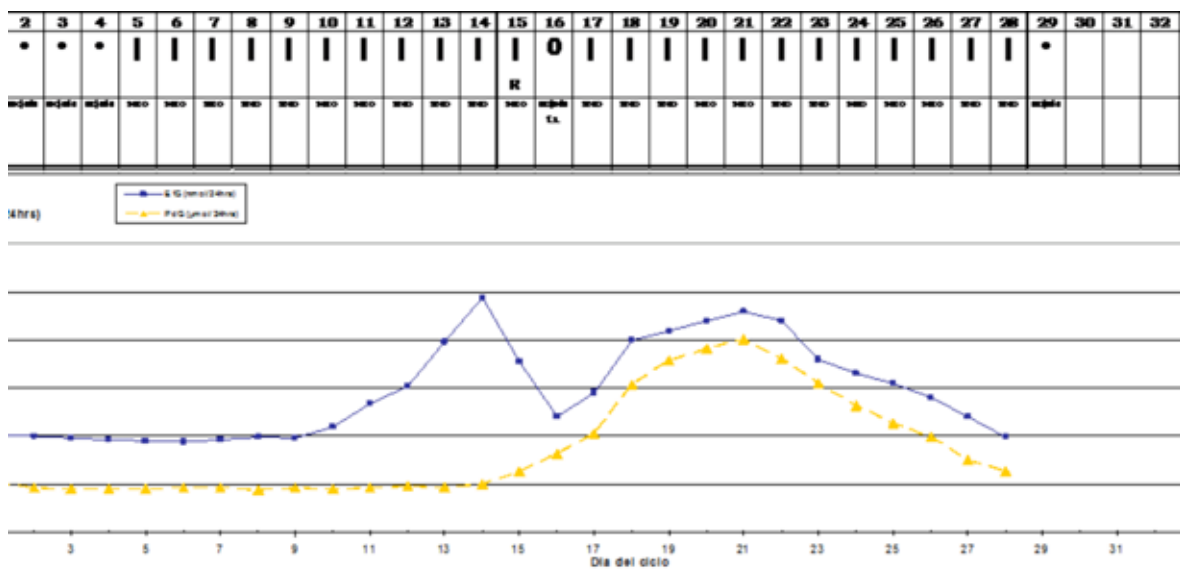


Gráfico N° 2 – Ovulación sin respuesta cervical

Una relación sexual en el día de la ovulación –niveles hormonales adecuados pero hay PBI seco a lo largo de todo el ciclo – no hay embarazo (Pag. 31 Enseñanza del MOB Parte 2). Fuente: Enseñando el Método Billings Parte 2 – Diagrama 15

La mujer con daño cervical debido a la medicación anticonceptiva deberá esperar un tiempo considerable para que la naturaleza repare este requisito esencial para la fertilidad, el moco, y puede que nunca lo haga. Los anticonceptivos inyectables, tales como la medroxiprogesterona son particularmente perjudiciales.

En estos casos es importante enseñar a la pareja a reconocer su fertilidad combinada. Hacer énfasis en los signos fértiles durante el ciclo así como informar a la pareja que estos signos son evidencia de salud y de fertilidad, y no una enfermedad. Algunas mujeres evitarán las relaciones sexuales en el tiempo fértil debido a la ignorancia del síntoma, ya sea porque lo imaginan parte de un desorden en su salud, o bien sentirán vergüenza por la presencia de un flujo que no comprende, como ocurrió con una usuaria de CEPROFARENA que refería dificultad para concebir luego de unos años de matrimonio y que durante le aconsejé explicó que ella había visto el moco fértil pero pensaba que eran “descensos” y evita tener relaciones con su esposo en esos días.

Es importante el examen ginecológico completo de la mujer y del varón. Adicionalmente en la mujer serán muy importantes los estudios hormonales en función a los hallazgos de la historia clínica y en el varón la realización de un espermatograma y espermocultivo (para descartar infecciones sub-clínicas que puedan estar comprometiendo la producción de espermatozoides) lo que puede complementarse con el test de Huhner, para adicionalmente al recuento de espermatozoides, morfología y motilidad, evaluar la movilidad de las células espermáticas en presencia de moco de características fértiles(17). Cuando las condiciones de los espermatozoides son desfavorables, esto es, cuando está presente moco no apto, o con ausencia del mismo, entonces las células espermáticas morirán muy rápidamente.

La supresión de la ovulación debido a estrés físico severo y por niveles altos de prolactina puede tratarse exitosamente. A veces a causa de un desorden metabólico de las glándulas adrenales, el nivel de progesterona es anormalmente alto a lo largo del ciclo.

Aunque la ovulación no se vea afectada, el moco cervical, es el ingrediente esencial para la fertilidad, es alterado y se convierte en no apto para la función espermática normal. La corrección de tal anomalía restaurará un nivel normal de progesterona y de desarrollo del patrón mucoso lográndose la concepción.

Oportunidades del MOB en parejas con problemas de subfertilidad

Ayuda en el diagnóstico de ovulación y problemas relacionados con la fase lútea

Diversas investigaciones han corroborado que las sensaciones vulvares que la mujer grafica diariamente tienen una muy buena correlación con penetrabilidad de los espermatozoides y la predicción de la ovulación(1)(2) y por los estudios del Continuo del Dr. Brown, ya previamente citados, sabemos que los mayores niveles de progesterona se producirán una semana después de la cúspide. Una concentración de progesterona mayor a 30 nmol/L sugiere ovulación y en lugar de hacer “a ciegas el día 21 o 23 del ciclo”, estar repitiendo la prueba dos o más veces en el ciclo, o haciendo seguimiento ecográfico seriado que son las alternativas mencionadas en los textos (18), se puede programar el estudio de progesterona en forma apropiada a la semana de la cúspide y así lograr una mejor interpretación de los resultados en forma sencilla y con menor costo.

El perfil endocrino (FSH, LH, Estradiol) se recomienda realizar durante los primeros 3 días del ciclo(18). Así, la reserva ovárica se evalúa mediante el dosaje de FSH en el día 3 del ciclo (mayor de 10 IU/L sugieren problemas con la ovulación y >25 sugestivos de menopausia o falla ovárica prematura) y la evaluación ecográfica de los ovarios, sin embargo, como describe el Dr. Brown(3), no todo sangrado es menstruación y por ello su medición inmediatamente luego de un sangrado no garantiza que sea

efectivamente la fase folicular y llevar a interpretaciones erróneas, en tanto que si lleva el MOB podrá tenerse al certeza de que efectivamente la prueba se ha realizado en el momento apropiado.

Personalización de tratamiento en problemas endocrinos que afectan la fertilidad

En la práctica clínica he tenido pacientes con problemas de hiper e hipotiroidismo, así como con trastornos en la producción de Prolactina todos los cuales fueron tratados por sus respectivos médicos endocrinólogos. En estos casos los tratamientos se monitorean a través del dosaje hormonal respectivo en sangre. El problema es que los criterios de normalidad son principalmente estadísticos y el rango de normalidad es muy amplio. El llevar una gráfica del método Billings ayudará a las mujeres a reconocer cuando realmente la dosis de la medicación es la apropiada para ellas al ver que sus ciclos se regularizan y retorna la ovulación. En estos casos a su vez, el reconocer los días fértiles les permitirá mejorar la probabilidad de lograr el embarazo deseado.

Mejor posibilidad para determinar la ventana fértil

El embarazo solo se puede dar en el día de la ovulación o en los 6 días previos, tiempo durante el cual la tasa de embarazos de incrementa de 8 a 36%(19),(20). En estudio de cohorte prospectivo de 193 usuarias del Método Billings en Italia encontraron que la fertilidad pasaba de prácticamente 0% (en los días no detectados como fértil por las mujeres en función al tipo de flujo mucoso) hasta cerca de 30% en los días más fértiles(21).

Algunos investigadores comparan el síntoma de la cúpide como al pico de LH y se ha encontrado mediante ecografía que la ovulación ocurre en el día cúpide o en los dos días previos(22). Por los estudios de los estudios de los Doctores E. Odeblad y J. Brown, ahora sabemos que es la elevación de la progesterona la que determina que a nivel de las Bolsas de Shaw se liberen iones manganeso que reabsorben el agua causando el cambio que permite identificar la cúpide.

Diversas revisiones han encontrado que la mayor fertilidad es en el día cúpide y alrededor de él. En la revisión realizada por Ryder(23) encontró que el día cúpide era el de mayor fertilidad (llegando a 66.7%), siendo de 44.5%, 20.5% y 8.9% para los días pos cúpide 1, 2 y 3, respectivamente. La fertilidad en los días pre-cúpide fue algo menor cuando el flujo mucoso era descrito como pegajoso (2.4% en cúpide - 4 y 50% en los tres días previos al cúpide) en relación a cuando el moco era de tipo resbaloso (35.3% en el día cúpide -4 y de 54.6% en los tres días previo al cúpide)⁶. No obstante, como ya hemos descrito, Standford y col.(12) sugieren que en verdad el óvulo solo puede ser fecundado durante unas horas (alrededor de 16) por lo cual teniendo relaciones solamente en el día de la ovulación podría no lograr un embarazo y ello explicaría porque recientes estudios han encontrado que habría más probabilidad de embarazo teniendo relaciones uno o dos días antes de la ovulación que en el mismo día.

Por lo tanto, el MOB puede ser de gran utilidad para determinar la venta fértil que va, en la mayor parte de casos, desde el punto de cambio hasta el tercer día pos cúpide. Ello puede ser de gran utilidad en mujeres con Síndrome de Ovario Poliquístico, Endometriosis y diversos trastornos hormonales, en donde acompañando al tratamiento médico/quirúrgico respectivo, permitirá optimizar el momento para las relaciones sexuales seleccionando los días de mayor fertilidad.

Tuvimos una paciente de 33 años con una hija de 9 años a quien 4 años antes le habían tenido que extirpar el ovario y trompa izquierdos por un endometrioma roto y desde entonces había estado controlándose cada 6 meses. Sin embargo en su último control detectaron un nuevo endometrioma de 6 cm. en su diámetro mayor y sus niveles de FSH y LH sugerían anovulación. Las opciones que le ofrecieron en

⁶ World Health Organisation. A prospective multicentre trial of the ovulation method of natural family planning. III. Characteristics of the menstrual cycle and of the fertile phase. *Ferti Ster* 1983;40:773-8.

la clínica eran de tipo quirúrgico con o sin tratamiento previo con análogos de la GnRH para tratar de reducir el tamaño del endometrioma antes de la intervención. En esas circunstancias escuchó hablar del MOB y luego de la entrevista inicial quedó en claro que no solo era capaz de reconocer los cambios en el patrón mucoso sino que contrariamente a lo que sugerían sus estudios hormonales ella estaba ovulando. Se le recomendó tener relaciones entre el punto de cambio y hasta el tercer día pos cúspide, logrando el embarazo en el segundo ciclo.

Anecdóticamente, nos llegó luego una joven 24 años aún sin hijos, diagnosticada con Síndrome de Ovario Poliquístico en una clínica local y que estaba recibiendo tratamiento de inducción de ovulación con citrato de clomifeno. Se le recomendó que siguiera con el tratamiento indicado y se le enseñó a reconocer su período fértil con el MOB. Coincidentemente también en el segundo ciclo logró concebir.

El número total, forma, motilidad de los espermatozoides afectará la fertilidad del varón y si bien los estándares de OMS se ha sugerido que deben revisarse, habiéndose encontrado en relación con subfertilidad una concentración de espermatozoides menor de 13.5×10^6 por mililitro, menos de 32% de esperma con motilidad normal y menos de 9% con forma normal(24), el tener relaciones poco antes de la ovulación, momento en que los mocos S y P facilitarán el pasaje a través del cérvix, mejorará el chance de concebir en estas parejas.

Tuvimos el caso de una pareja con 4 años de matrimonio, la mujer de 41 años y medio, sin antecedentes importantes en relación con fertilidad ni embarazo previo y esposo de 50 años, con un espermatograma reportado como Aztenospermia. No habían utilizado anticonceptivos y a la fecha de la primera consulta no habían logrado nunca un embarazo. Luego de 3 sesiones lograron el embarazo que progreso hasta las 16 semanas, lamentablemente luego se perdió de forma espontánea y la pareja se desanimó manifestando que optarían por inseminación artificial homóloga.

Conclusión

Como se ha comentado, existe un fuerte respaldo científico que sustenta que el Método de la Ovulación Billings puede ser de gran utilidad en parejas con subfertilidad primaria no relacionada con problemas de obstrucción tubárica bilateral y el equipo de la Organización Mundial del Método Billings refiere estar logrando tasas de embarazo de hasta 65% en parejas con problemas para concebir.

En 1984 Muzezerall(25) comentaba que muchos de los instructores del MOB no son médicos sino matrimonios voluntarios. Esta situación no ha cambiado mucho desde entonces, de hecho en los estudios realizados por la OMS en cinco países también se trabajó con usuarias voluntarias y en la actualidad los profesionales de la salud no tenemos mucho conocimiento y sin embargo, podría ser de gran ayuda para la práctica clínica y para apoyar a las mujeres con dificultades para concebir que por principios u otros problemas no aceptan a la FIV como una opción válida.

Se requiere de ensayos clínicos bien controlados que permitan confirmar estas cifras y delimitar mejor sus indicaciones, particularmente en casos de endometriosis, ovario poliquístico, hipospermia y diversos problemas endocrinos tales como alteraciones del funcionamiento tiroideo o de la producción de prolactina que pueden afectar la fertilidad.

Bibliografía

1. Etchepareborda JJ, Rivero LV, Kesserü E. Billings natural FP method: correlation of subjective signs with cervical mucus quality and ovulation. *Contraception* [Internet]. 1983 Nov [cited 2012 Oct 14];28(5):475–80. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6673902>

2. Hume K. Fertility awareness in the 1990s--the Billings Ovulation Method of natural family planning, its scientific basis, practical application and effectiveness. *Advances in contraception : the official journal of the Society for the Advancement of Contraception* [Internet]. [cited 2012 Oct 14];7(2-3):301–11. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1950726>
3. Brown JB. Types of ovarian activity in women and their significance: the continuum (a reinterpretation of early findings). *Human reproduction update* [Internet]. 2010 [cited 2012 Jul 22];17(2):141–58. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=3039221&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
4. Thapa S, Wonga MV, Lampe PG, Piotojo H, Soejoenoes A. Efficacy of three variations of periodic abstinence for family planning in Indonesia. *Studies in family planning* [Internet]. [cited 2012 Oct 14];21(6):327–34. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2075623>
5. Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Therapeutics Oestrogen plus progesterone increased coronary heart disease and breast cancer events in postmenopausal women. *Evidence Based Medicine*. 2002;7(October):7819.
6. Yager JD, Davidson NE. Estrogen Carcinogenesis in Breast Cancer. *The New England Journal of Medicine*. 2006;35:270–82.
7. London OD. WHO links long term pill use to cervical cancer. *British medical journal*. 2002;324(April):2002.
8. Larimore W, Joseph Stanford. Postfertilization Effects of Oral Contraceptives and Their Relationship to Informed Consent. *Archives of Family Medicine*. 2000;9:126–33.
9. Odeblad E. Natural family planning. Demand is increasing. *BMJ (Clinical research ed.)* [Internet]. 1993 Nov 20 [cited 2012 Oct 14];307(6915):1359. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1679452&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
10. Odeblad E. Cervical factors. Contributions to gynecology and obstetrics [Internet]. 1978 Jan [cited 2012 Oct 14];4:132–42. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/679687>
11. Kol S, Homburg R. Change, change, change: hormonal actions depend on changes in blood levels. *Human reproduction (Oxford, England)* [Internet]. 2008 May [cited 2012 Nov 2];23(5):1004–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18326517>
12. Stanford JB, White GL, Hatasaka H. Timing intercourse to achieve pregnancy: current evidence. *Obstetrics and gynecology* [Internet]. 2002 Dec;100(6):1333–41. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12468181>
13. Committee E. Teaching the Billings Ovulation Method TM Teacher Training Curriculum Education Committee , OMR & RCA Melbourne , 2000 Revised 2008 Companion Volume to. 2008.
14. Committee E. WOOMB International Approved Billings Ovulation Method TM Teacher Training Extension Program Curriculum Education Committee. *Billings LIFE*; 2009. p. 88.
15. Mena P, Jensen L, Alliende ME, Mazuelos E, Miranda E. [Acceptability factors of natural methods of birth regulation: the inscription and instruction phases]. *Revista chilena de obstetricia y ginecología* [Internet]. 1984 Jan [cited 2012 Oct 14];49(3):175–86. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/6533711>
16. Committee P, Society A. Optimizing natural fertility. *Fertility and sterility* [Internet]. American Society for Reproductive Medicine; 2008 Nov [cited 2012 Nov 4];90(5 Suppl):S1–6. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19007604>
17. Billings JJ, Bennett LA. Quality of cervical mucus and Huhner's test. *British medical journal* [Internet]. 1978 Aug 26 [cited 2012 Oct 14];2(6137):640. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1607518&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
18. Adam H Balen. *Infertility in Practice*. Third edit. London - United Kigdom: Informa Health Care; 2008. p. 479.
19. Allen J, Clarice R, Donna D. Timing of sexual intercourse in relation to ovulation. *The New England Journal of Medicine*. 1995;333(23):1517–21.

20. Brown JB, Blackwell LF, Billings JJ, Conway B, Cox RI, Garrett G, et al. Natural family planning. *American journal of obstetrics and gynecology* [Internet]. 1987 Oct [cited 2012 Oct 14];157(4 Pt 2):1082–9. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/3314524>
21. Scarpa B, Dunson DB, Colombo B. Cervical mucus secretions on the day of intercourse: an accurate marker of highly fertile days. *European journal of obstetrics, gynecology, and reproductive biology* [Internet]. 2006 Mar 1 [cited 2012 Oct 14];125(1):72–8. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16154254>
22. Depares J, Ryder RE, Walker SM, Scanlon MF, Norman CM. Ovarian ultrasonography highlights precision of symptoms of ovulation as markers of ovulation. *British medical journal (Clinical research ed.)* [Internet]. 1986 Jun 14;292(6535):1562. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1340563&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
23. Ryder RE. “Natural family planning”: effective birth control supported by the Catholic Church. *BMJ (Clinical research ed.)* [Internet]. 1993 Sep 18 [cited 2012 Oct 14];307(6906):723–6. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=1678728&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>
24. GUZICK D, OVERSTREET J. SPERM MORPHOLOGY, MOTILITY, AND CONCENTRATIONS IN FERTILE AND INFERTILE MEN. *The New England Journal of Medicine*. 2001;345(19):1388–93.
25. Muzzerall L. The ovulation method of family planning. *Canadian family physician Médecin de famille canadien* [Internet]. 1984 May [cited 2012 Oct 14];30:1107–9. Available from: <http://www.pubmedcentral.nih.gov/articlerender.fcgi?artid=2153977&tool=pmcentrez&rendertype=abstract>

RECONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD EN EL TRATAMIENTO REPRODUCTIVO RESTAURATIVO.

Francisco Javier Díaz Díaz.

Área temática de investigación

Medicina Procreativa Restaurativa en la Atención Primaria de la Salud, aplicaciones de los conceptos de la Tecnología Natural Procreativa (NaProTecnología o NPT) en el consultorio médico familiar, compatibilidades y desafíos en la aplicación de conceptos clave del sistema de atención de la fertilidad del Modelo Creighton y de la NPT a las gráficas del Método de la Ovulación, ya sea Billings o Fundación Familia de las Américas.

Resumen

El Método de la Ovulación Billings (MOB) sirvió como base para el desarrollo de lo que hoy se conoce como el sistema de atención de la fertilidad del Modelo Creighton (CrMS)[1]. Ambos sistemas permiten el reconocimiento de la ventana de la fertilidad en la mujer. La investigación de Hilgers a partir del Modelo Creighton permitió la publicación del libro de texto fundamental de la tecnología natural procreativa (NaProTecnología o NPT) en el año 2004[2]. Stanford, Partnell y Boyle publicaron los resultados de la aplicación de dicha tecnología para el tratamiento de la subfertilidad en una clínica de medicina general en Irlanda (2008) [3]. Boyle presenta la NPT como el prototipo de tratamiento reproductivo restaurativo, que incluye evaluaciones, técnicas e intervenciones que buscan cooperar y restaurar la fisiología y anatomía normal y que excluye métodos supresivos, destructivos o engañosos[4]. Durante la reflexión propia del desarrollo de esta ponencia para el III Congreso Internacional en Reconocimiento de la Fertilidad, el autor prefiere junto con otros profesionales en diferentes disciplinas, utilizar mejor el término tratamiento procreativo restaurativo, con la intención de destacar de manera apropiada el papel del ser humano en el proceso que inicia una nueva vida humana y que lo hace diferente de otros seres vivos: el ser humano es pro-creador, colaborador en la generación de la una nueva vida humana y abierto al aspecto trascendente que caracteriza la responsabilidad humana [5,6]. Esta preferencia terminológica parece coherente con el nombre mismo de la Tecnología Natural **Procreativa** [6].

El ponente busca presentar algunos casos clínicos que puedan ilustrar las aplicaciones de conceptos clave desarrollados por la NPT pero aplicados no sólo a las gráficas del CrMS, sino también a las del MOB o particularmente a las que surgen de los materiales del Método de la Ovulación desarrollados por la Fundación Familia de las Américas (FFA) [7,8,9,10]. Los casos clínicos son esperanzadores especialmente en las situaciones de subfertilidad.

Los diferentes modelos, métodos y sistemas de reconocimiento de la fertilidad permiten la identificación de los días potencialmente fértiles en la mujer. Estos días son denominados en su conjunto como “la ventana de la fertilidad” [11]. El reconocimiento es usualmente efectuado por la propia mujer, una vez que se le ha proporcionado la información necesaria para notar los signos y síntomas presentes en su cuerpo [11]. Entre los métodos basados en la presencia del moco cervical en la vulva se encuentra el

Francisco Javier Díaz Díaz. Instructor Clínico de Medicina Familiar de la Universidad de Georgetown, Director Clínico de la Clínica Médica del Centro Católico Hispano en su sede de Washington DC (Caridades Católicas de Arquidiócesis de Washington), miembro asociado de la Academia Estadounidense de Profesionales en Cuidados de la Fertilidad y miembro del Instituto Internacional de Medicina Reproductiva Restaurativa. [franjadidi@gmail.com]

método de la ovulación Billings (MOB). Este método es uno de los más altamente difundidos alrededor del mundo [7,10,13]. Un estudio independiente de este método permitió el desarrollo del sistema de atención de la fertilidad del modelo Creighton (CrMS)[1].

Partiendo del atento estudio de las gráficas del CrMS, Hilgers [2] propone una nueva ciencia de la mujer a la que denomina Tecnología Natural Procreativa (NPT). El texto fundamental de la NPT fue publicado en el año 2004 y cuenta con cerca de 1200 referencias a la literatura médica [4,14].

Boyle define el abordaje médico reproductivo restaurativo como aquél cuyo punto de vista mira a la fertilidad como un proceso normal y saludable que puede ser entendido y vivido en armonía con la capacidad procreadora y la expresión de amor de los esposos [4]. El abordaje restaurativo restablece la función normal. Por ende, evita técnicas supresivas, destructivas o engañosas, lo que explica el que no haga uso de la inseminación intrauterina, de la fertilización in vitro ni de la inyección intracitoplasmática de esperma [4]. Boyle considera que la NPT es probablemente el paradigma más completo con que se cuenta hoy en la medicina reproductiva restaurativa [4]. El autor de esta ponencia, durante el proceso de reflexión terminológica en preparación al III Congreso Internacional en Reconocimiento de la Fertilidad, y en consonancia con otros profesionales de diferentes disciplinas, prefiere el uso de medicina procreativa restaurativa [5,6]. El término “procreativo” ofrece una apertura a la dimensión trascendente del ser humano que en materia de generación de nuevas vidas humanas va más allá de la mera reproducción propia de todo ser vivo y pertenece más bien a una colaboración creadora propia de la persona humana [5,6]. Esta preferencia terminológica se expresa en el nombre que Hilgers ha preferido en su palabra clave: NaProTecnología o Tecnología Natural **Procreativa** [2,6].

Stanford, Partnell y Boyle [3], concluyen que la NPT proporcionada por médicos generales capacitados tiene tasas de niños nacidos vivos en parejas con infertilidad comparables a estudios de cohortes con tratamientos más invasivos (incluida la tecnología artificial reproductiva). Tham, Schliep y Stanford [15] han recientemente publicado un artículo revisado por pares en el que muestran resultados de la NPT en Canadá semejantes a los reportados en Irlanda [3]. Esta vez se trata de un consultorio de medicina familiar [15].

Los resultados descritos en los dos artículos antes mencionados presentan a la NPT como una herramienta útil para todo médico general o médico de familia que atiende pacientes con dificultades para concebir. La subfertilidad es un problema crónico con múltiples dimensiones entre las que destacan el estilo de vida y las comorbilidades [3]. Estos dos son aspectos centrales de la consulta de atención primaria y pertenecen con propiedad al área de competencia del médico general y del médico de familia [3]. Para que un médico general o de familia pueda iniciar su capacitación en NPT, se le pide que complete un programa educativo básico que incluye dos etapas educativas de una semana cada una, separadas por una pasantía de seis meses. El certificado de conclusión de esta etapa básica ofrece el reconocimiento como consultor médico y cubre los contenidos básicos relacionados con el CrMS y la NPT. Este certificado es otorgado por el Instituto Papa Pablo VI para el Estudio de la Reproducción Humana en conjunto con la Universidad de Creighton.

Para que el médico pueda aplicar los conceptos de la NPT en óptimas condiciones, se requiere que la mujer haya aprendido a graficar con el CrMS. La enseñanza del CrMS se le ha confiado a maestros (denominados en inglés *practitioners*). Los maestros del CrMS se someten a un proceso formativo estructurado y exigente con el fin de poder instruir cuidadosamente a las parejas en la graficación y el estilo de vida requerido, así como llevar una documentación elaborada de los problemas y soluciones surgidas durante el proceso de aprendizaje [16]. El CrMS pone un marcado énfasis en la estandarización de la graficación así como de la educación de los diferentes actores y facilitadores del sistema [16].

La Clínica Médica del Centro Católico Hispano de Caridades Católicas en Washington DC (CCH) cuenta en la actualidad con un médico certificado como consultor médico por el Instituto Papa Pablo VI. A pesar de ello, el CCH no ha contado con una maestra disponible dentro de la estructura de la clínica para la enseñanza del CrMS. Algunos pacientes han tenido la oportunidad de desplazarse hasta dónde se encuentran los maestros más cercanos para iniciar la graficación y el proceso educativo correspondiente. Al menos un matrimonio ha sido referido por una maestra del CrMS al CCH para ser tratados por un consultor médico.

Muchos lugares tienen desafíos de acceso a maestros del CrMS semejantes o más complicados que los del CCH. Esto ha sido recientemente mencionado por McLindon [17]. Esta situación requiere esfuerzos para mejorar el acceso a los beneficios de la NPT en los diferentes contextos económicos, regionales y culturales.

En ausencia de la estructura óptima para instruir a las pacientes en el CrMS, surge la pregunta de hasta dónde se pueden aplicar ciertos conceptos clave presentes en la NPT a gráficas del MOB, dado que el CrMS surge de ellas, sin dejar de trabajar por establecer los medios por mejorar el acceso a la graficación con el CrMS.

El CCH sirve a una población inmigrante de bajos recursos económicos que en su mayoría no ha tenido acceso a la educación formal. Bajo la iniciativa de su anterior directora, la doctora Marguerite Duane (médica de familia, docente de la Universidad de Georgetown y consultora médica por el Instituto Papa Pablo VI), se obtuvo permiso de la señora Mercedes Arzú Wilson para utilizar materiales producidos para la enseñanza del método de la ovulación por la Fundación Familia de las Américas (FFA) que se inspiran en lo aprendido por Mercedes Arzú Wilson y su equipo en la FFA del trabajo de John y Evelyn Billings, y de la experiencia didáctica de servicio en la enseñanza dirigida a poblaciones diversas, incluyendo poblaciones con limitada escolaridad y dedicadas a actividades agrícolas. Luego de una breve capacitación, el ponente se ha dedicado a enseñar la graficación del método de la ovulación haciendo uso de la propuesta de la FFA, pero integrado al contexto de la consulta médica familiar diaria o en sesiones educativas sabatinas. Esta educación procreativa se realiza de manera gradual y adaptada a las capacidades cognitivas de cada paciente.

La FFA ha tenido experiencia en la enseñanza del método de la ovulación a multitud de grupos socioculturales, entre ellos a poblaciones agrícolas de Guatemala cuya escolaridad es similar a la de muchos de los pacientes del CCH. Los materiales producidos por la FFA son altamente accesibles para toda persona que cuente o no con educación formal [10]. Gracias a estos materiales, muchas pacientes logran, con relativa facilidad, identificar los signos y síntomas vulvares que marcan la presencia del moco cervical y los días potencialmente fértiles. Esto ha motivado a varios pacientes en el reconocimiento del periodo fértil y en su apreciación. Tanto hombres como mujeres se muestran agradecidos por entender mejor cómo la fertilidad se manifiesta en sus cuerpos y cómo pueden comenzar a tomar decisiones basadas en este conocimiento.

En el caso de pacientes diagnosticados como subfértiles, el CCH ha registrado 9 embarazos de 21 pacientes que asistieron al menos a dos sesiones de consejería procreativa desde el inicio del programa en marzo del 2010 hasta febrero del 2012. Estos 21 pacientes presentaron una disposición de apertura al aprendizaje en la identificación de los síntomas vulvares de la presencia de moco cervical y su relación con la posibilidad de embarazo [7,8,9].

El sólo conocimiento del síntoma del moco cervical como indicador de la fertilidad parece haber favorecido la concepción del primero de estos 9 embarazos en un matrimonio con más de un año sin lograr concebir.

La utilidad de este conocimiento se vuelve a confirmar en dos concepciones posteriores en pacientes diagnosticadas con síndrome de ovarios poliquísticos y subfertilidad secundaria: luego de iniciar tratamiento con metformina, las pacientes identificaron la presencia de moco cervical y, pese a una graficación poco constante, lograron seleccionar la relación conyugal en los días en que el moco cervical fue identificado y en los días subsecuentes, lográndose la concepción varios meses después de la consulta inicial por subfertilidad y de más de una intervención en consejería procreativa basada en la graficación con el método de la ovulación FFA y ofrecida durante el espacio de la consulta médica.

A la instrucción básica en la graficación con el método de la ovulación apoyada en los materiales de la FFA, se suele añadir la incorporación de conceptos clave del CrMS o de la NPT para mejorar las posibilidades de embarazo [7]. Una vez identificada la ventana de la fertilidad, existe un concepto de la NPT que ha resultado favorable para el embarazo en varias pacientes: el **coito enfocado a la fertilidad**. Si bien el método de la ovulación FFA recomienda a quienes padecen de subfertilidad las relaciones conyugales en los días con características más fértiles (moco claro, elástico con sensación húmeda lubricante) [18], la NPT proporciona instrucciones más detalladas: se recomienda seleccionar las relaciones cuando el moco cervical es de la mejor calidad y cantidad, más los dos días siguientes [20].

Partiendo de la experiencia del Dr. Hilgers, se les suele indicar a los matrimonios que las **relaciones diarias** a partir de que aparece lo que el CrMS denomina como moco tipo pico, más los tres días subsecuentes, pueden facilitar la concepción [20]. En el CrMS el moco tipo pico se define como aquél que es claro o elástico o lubricante [21]. Por elástico se entiende que al tomar el hidrogel cervical entre los dedos se forman hilos mayores de 2,5 cm. Por lubricante, se entiende que el contacto del papel higiénico con el cuerpo perineal causa una sensación resbalosa [21].

La importancia de la frecuencia coital parece ser confirmada por la gráfica del método de la ovulación FFA del embarazo más rápida alcanzado en pacientes con subfertilidad en el CCH. La paciente de 32 años tenía más de un año tratando de concebir. Luego de la primera sesión en la que se presentó la técnica básica de graficación del método de la ovulación con los materiales de la FFA, se mencionó la importancia para la concepción de las relaciones diarias durante los días más fértiles marcados por el síntoma vulvar.

En este caso en particular, las relaciones ocurrieron todos los días posteriores a la menstruación hasta el 13 del ciclo menstrual. La paciente no pudo identificar el moco cervical en este ciclo, pero la ausencia de menstruación le llevó a buscar la prueba de embarazo que resultó positiva a tan sólo 4 semanas de la sesión educativa inicial, y la bebé nació saludable el pasado mes de julio [9]. El fallo en la identificación de los síntomas y signos de la presencia vulvar del hidrogel cervical se pueden deber a un problema técnico en la forma de instruir o en la comprensión de lo transmitido. El CrMS tiene todo un repertorio de sugerencias para facilitar este reconocimiento. El maestro del CrMS es capacitado para desarrollar una gran familiaridad con el manejo de cada caso con una red compleja de apoyo: supervisores, casos modelo y el desarrollo de estrategias concretas para responder a cada desafío educativo.

Por otra parte, tanto el MOB como el método de la ovulación FFA suelen recomendar al menos dos semanas de graficación en ausencia de relaciones conyugales, con el fin de evitar la confusión que la descarga seminal y otras secreciones propias de la respuesta sexual pudiesen generar en el reconocimiento inicial de los signos y síntomas de la presencia vulvar del hidrogel cervical. El CrMS recomienda iniciar la graficación en ausencia de relaciones conyugales durante al menos un ciclo o un mes. En todo caso, las recomendaciones son sugerencias y la gráfica le pertenece al matrimonio que se sirve de ella en la toma de decisiones relacionadas con sus capacidades procreativas [4].

Si bien el no observar este periodo de ausencia de relaciones conyugales puede generar confusión a la hora de hacer las observaciones y atrasar en vez de adelantar la posibilidad de embarazo, la gráfica y las decisiones le pertenecen oportunamente al matrimonio que debe discernir con la información que la gráfica les proporciona [4].

Otro aspecto presente en el caso ejemplo de la frecuencia coital es el uso de suplementos nutricionales. Mencionamos que la madre tenía 32 años. Boyle [4] recomienda el ácido lipoico alfa a todo paciente subfétil, varón o mujer, mayor de 30 años, que desee lograr el embarazo. Se le atribuye al ácido lipoico alfa un efecto antioxidante [4]. Su acción contra la formación de radicales libres hace que se le comercialice como un producto contra el envejecimiento [4]. Boyle ha notado una respuesta significativa en el mejoramiento del conteo espermático en pacientes con oligospermia [4]. El padre en el caso ejemplo de la frecuencia coital tenía 27 años y no se contó con ningún espermograma en su caso, pero tomó los otros suplementos nutricionales recomendados con excepción del ácido lipoico alfa. Los otros suplementos recomendados en Irlanda para cónyuges con subfertilidad, que el autor ha continuado sugiriendo independientemente de la causa de subfertilidad, son: la vitamina D 2000 unidades internacionales diarias, la coenzima Q10 200 mg al día y el ácido fólico (mi recomendación sigue las recomendaciones nacionales de Estados Unidos para mujeres en edad reproductiva: al menos 400 microgramos diarios) [22].

En diciembre del 2011 se presentó al CCH una paciente de 40 años con una prueba doméstica de embarazo positiva, confirmada luego por el laboratorio en sangre. La paciente, originaria del Perú, tenía historia de subfertilidad y en el pasado se le había realizado una laparoscopia en el año 2009 para tratarle un problema de endometriosis. Meses antes de que se lograra este embarazo se consideró importante realizarle una prueba de niveles de progesterona en el día 7 posterior al día pico dada la historia de dos pérdidas múltiples anteriores, siguiendo el protocolo de evaluación hormonal más simple propuesto en la NPT para determinar si existía una deficiencia luteínica [9,19]. La paciente había sido instruida en la graficación del método de la ovulación a través de los materiales ofrecidos por FFA, pero se le educó también en el concepto del día pico con las definiciones propias del CrMS .

La definición del día pico para el MOB es bastante semejante a la del CrMS. Los materiales del método de la ovulación desarrollados por FFA lo describen como el último día en el que el moco es elástico o la vulva se siente húmeda y resbalosa [10]. El día pico es identificado al día siguiente cuando ocurre un cambio a moco pegajoso, no elástico o a una sensación de sequedad [10]. En el caso del CrMS, el día pico se define como el último día de moco tipo pico (moco claro o elástico o lubricante). La definición del moco tipo pico en el CrMS se acompaña de instrucciones técnicas para detallar qué se entiende por elástico y qué por lubricante [21]. La integración de este préstamo cognitivo del CrMS a una gráfica del método de la ovulación FFA permite acercar lo más posible los resultados del nivel de progesterona en el día siete luego del día pico (abreviado P+7) a los que se obtendrían en una paciente formalmente instruida en el CrMS, para así poder comparar sus resultados con el normograma control desarrollado por el Instituto Papa Pablo VI, realizado en mujeres de fertilidad normal que graficaron con el CrMS[23].

En el último caso clínico mencionado (paciente de 40 años), los resultados de progesterona en el P+7 fue de 6.0 ng/mL, el promedio normal se considera 15.7 ng/mL, una desviación estándar por debajo de ello sería aproximadamente 10 ng/mL [23]. La paciente fue diagnosticada con una deficiencia luteínica y tratada siguiendo el protocolo de NPT llamado terapia cooperativa de reemplazo de progesterona [24]. En este caso se utilizó progesterona micronizada intravaginal en cápsulas, 300mg, iniciando el día 3 después del pico (P+3) y continuando hasta completar un total de 10 días (P+12), siguiendo una de las opciones propuestas por Hilgers [25]. Tres meses después de iniciado el tratamiento, la progesterona en día P+7 se registró en 10.9 ng/mL, justo arriba del límite inferior dado por la primera desviación estándar debajo del valor normal promedio.

La función tiroidea alterada se ha vinculado con problemas de fertilidad. Siguiendo con la misma paciente, su TSH se reportó en 2,45 microunidades internacionales por mililitro. Se ha sugerido que en el caso de las pacientes con dificultades para concebir el TSH óptimo sería menor de 2,0 siempre y cuando no se llegue a valores muy bajos compatibles con hipertiroidismo [26]. A la paciente se le ofreció levotiroxina de 25 microgramos por vía oral una vez al día. Como se mencionó anteriormente, la paciente de 40 años presentó una prueba de embarazo positiva en diciembre del 2011, luego de 18 meses de intentar el embarazo, 9 meses de graficar con el método de la ovulación FFA y 5 meses de suplementarle con progesterona dirigida a la fase lútea y coordinada con la gráfica del método de la ovulación FFA con préstamos conceptuales del CrMS. El padre tendría en ese momento 50 años, y no se contó con ningún reporte de espermograma. La paciente lamentablemente presentó otra pérdida en esta oportunidad, al parecer con un saco gestacional anembriónico.

Pasando a un caso diferente, en el mes de marzo del 2012 se confirmó una prueba de embarazo positiva en una paciente de 26 años luego de 7 años de intentar lograr el embarazo [8]. La prueba positiva de embarazo se da un año y siete meses desde que la paciente inició la graficación con el método de la ovulación FFA. Sus menstruaciones eran muy infrecuentes, pudiendo tardarse hasta 3 o 4 meses en aparecer. Previo al inicio de la graficación, su caso había sido revisado por una especialista en Endocrinología Reproductiva de los Institutos Nacionales de Salud de los Estados Unidos, con lo que se descartó el síndrome de ovarios poliquísticos así como otras endocrinopatías. Entre las recomendaciones proporcionadas por la especialista se encontraba el tratar de bajar de peso (la paciente padece de obesidad, con un índice de masa corporal de 41) así como proporcionar ocasionalmente progesterona, dado el sospechado estado hiperestrogénico marcado por la menstruación infrecuente y la obesidad. El marido tenía 26 años en el momento en que la prueba de embarazo resultó positiva. Previo a iniciar la consejería procreativa en el CCH, el marido había sido sometido a un espermograma, pero nunca recibió el resultado y el reporte no se pudo obtener.

La paciente inició la graficación con el método de la ovulación FFA en el año 2010, pero no pudo identificar la presencia del moco cervical. Se le sugirió tomar diariamente vitamina B6 500mg de liberación prolongada, siguiendo el protocolo de mejoramiento del moco cervical de la NPT [27]. La paciente continuó tomándolo hasta el momento del resultado positivo de embarazo, pero inclusive en el ciclo de la concepción no logró reconocer la presencia del moco cervical a nivel vulvar.

Esta paciente presentó un patrón de ausencia del síntoma vulvar de moco cervical conocido como ciclos secos [28]. Dada la menstruación infrecuente, se procedió a prescribir progesterona micronizada 300mg intravaginal al acostarse [8,9], pero suministrada por 10 noches luego de pasar 60 días sin menstruación y con una prueba de embarazo negativa antes de comenzar a aplicarla. Se recomendó también en ciclos con persistentes parches de sangre (uno o dos días de un sangrado escaso, en ausencia de moco), siempre y cuando también la prueba de embarazo fuese negativa antes de empezar a tomar la progesterona como ya se ha mencionado.

El patrón anovulatorio sugerido por la menstruación infrecuente fue tratado con clomifeno, iniciando a una dosis muy baja 25 mg en los días 3 al 7 del ciclo (5 días en total) por la vía oral [8,9,29]. Esta dosis se fue gradualmente incrementando hasta llegar a 75 mg en los días 3 al 7 del ciclo. Dada la ausencia del síntoma del moco cervical, se recomendó relaciones diarias entre el día 10 y el 20 del ciclo tratado con clomifeno. La TSH se optimizó, esta vez suministrando un suplemento de hormona T3 y T4 de origen porcino (comercializada en Estados Unidos como armour thyroid de 30 mg al día [26]). La gráfica previa al resultado positivo de embarazo muestra que la relación diaria ocurrió en los días 12 al 15 del ciclo, resultando en una prueba positiva de embarazo a pesar de la ausencia de síntoma vulvar de moco cervical detectable por la paciente. El bebé se espera que nazca en a finales del presente mes de noviembre del 2012.

Estos casos ilustran algunos de los conceptos claves de la NPT que, con la debida precaución y cuidadoso ajuste, pueden proporcionar resultados en pacientes que grafican con el MOB o el método de la ovulación FFA y que necesitan una terapia que les restaure su capacidad procreativa. Probablemente existirán otras gráficas de reconocimiento de la fertilidad que permitan la aplicación de los mismos conceptos en beneficio de los matrimonios que sufren de subfertilidad. Queda la tarea de investigar y consolidar datos que permitan evaluar apropiadamente esta posibilidad. Los 9 embarazos de 21 casos de subfertilidad atendidos en el CCH son motivo de esperanza, con 5 bebés ya nacidos y otros 2 cercanos al parto en este momento.

Bibliografía

1. Hilgers TW. Introduction to the Creighton Model System. En: Hilgers TW. The medical and surgical practice of NaProTechnology. Omaha (NE), Estados Unidos: Pope Paul VI Institute Press; 2004: 44
2. Hilgers TW. What is NaProTechnology? En: Hilgers TW, ed. The medical and surgical practice of NaProTechnology. Omaha (NE), Estados Unidos: Pope Paul VI Institute Press; 2004: 25
3. Stanford JB, Parnell TA y Boyle PC. Outcomes from treatment of infertility with Natural Procreative Technology in an Irish General Practice, JABFM 2008; 21(5): 375-384
4. Boyle PC. Restorative Reproductive Medicine: A “clinical evidence-based” approach to care. En: Infertility, Miscarriage and Gynaecologic Health Care Conference. Dublin, IIRRM; 26 Mar 2011 (CD 2)
5. Concepción, M. Comunicación privada vía correo electrónico privado dirigida al autor. 26 Abr 2012
6. Williams H. The hope for motherhood in Africa [Ponencia]. Presentado en: NaProTechnology Seminar, MaterCare International y Universidad de Strathmore. Nairobi, 29 Oct 2012.
7. Diaz FJ. Applying NaProTechnology key concepts to Billings based cervical mucus charts [Resumen]. En: International Scientific Conference of the International Institute of Restorative Reproductive Medicine. Banff, AB, Canadá: IIRRM, 31 Mar 2012
8. Duane, M y Diaz, FJ Helping couples conceive using NFP [Ponencia]. FMEC Northeast Region Meeting. Cleveland 29 Sept 2012
9. Diaz FJ. Creighton Model Fertility System: Monitoring Biological Markers in Women [Ponencia]. Presentado en: NaProTechnology Seminar, MaterCare International y Universidad de Strathmore, Nairobi, 30 Oct 2012.
10. Wilson MA. Love and Fertility. 4a ed. Dunkirk, MD, Estados Unidos: Family of the Americas Foundation; 2006
11. Stanford, JB. Fecundity and the Mucus Cycle Score in Couples using the CrMS En: Hilgers TW. The medical and surgical practice of NaProTechnology. Omaha (NE), Estados Unidos: Pope Paul VI Institute Press; 2004: 644
12. Lejeune, J En: Wilson MA. Love and Fertility. 4a ed. Dunkirk, MD, Estados Unidos: Family of the Americas Foundation. (Contraportada) 2006
13. Wilson MA. Love and Fertility. 4a ed. Dunkirk, MD, Estados Unidos: Family of the Americas Foundation. (Contraportada)
14. Hilgers TW. NaProTechnology: Infertility Treatment without Frozen Embryos. En: V Conferencia Mundial Provida. San José, Costa Rica: Oct 2011
15. Tham E., Schliep K. y Stanford J. Natural procreative technology for infertility and recurrent miscarriage: outcomes in a Canadian family practice, Can Fam Physician 2012; 58: e267-e274
16. Hilgers TW. Introduction to the Creighton Model System. En: Hilgers TW. The medical and surgical practice of NaProTechnology. Omaha (NE), Estados Unidos: Pope Paul VI Institute Press; 2004: 52
17. McLindon L. Addressing relevant clinical questions in restorative reproductive medicine within a challenging environment. En: 2012 Annual General Meeting: Restorative Reproductive Medicine Update, Research and Practical Applications. Salt Lake City (UT), Estados Unidos: IIRRM; 11 Jul 2012 (Accesado como conferencia web)

18. Wilson MA. Love and Fertility. 4a ed. Dunkirk, MD, Estados Unidos: Family of the Americas Foundation;2006: 54
19. Hilgers TW. Medical Treatment of Ovarian and Target Organ Dysfunction. En: Hilgers TW. The medical and surgical practice of NaProTechnology. Omaha (NE), Estados Unidos: Pope Paul VI Institute Press; 2004: 609
20. Hilgers TW. Basic CrMS Instructions. En: Hilgers TW. The medical and surgical practice of NaProTechnology. Omaha (NE), Estados Unidos: Pope Paul VI Institute Press; 2004: 133,134
21. Hilgers TW. Standardization of Teaching. En: Hilgers TW. The medical and surgical practice of NaProTechnology. Omaha (NE), Estados Unidos: Pope Paul VI Institute Press; 2004: 71
22. Bradley, M. Correo electrónico dirigido al Dr. F. J. Diaz, Abr 2011
23. Hilgers TW. Targeted Hormonal Assessment of the Menstrual Cycle. En: Hilgers TW. The medical and surgical practice of NaProTechnology. Omaha (NE), Estados Unidos: Pope Paul VI Institute Press; 2004: 256
24. Hilgers TW. Establishing Normal Hormone Levels. En: Hilgers TW. The medical and surgical practice of NaProTechnology. Omaha (NE), Estados Unidos: Pope Paul VI Institute Press; 2004: 287
25. Hilgers TW. Cooperative Progesterone and Estrogen Replacement Therapy. En: Hilgers TW. The medical and surgical practice of NaProTechnology. Omaha (NE), Estados Unidos: Pope Paul VI Institute Press; 2004: 337
26. Golden-Tevald J. Correo electrónico dirigido al Dr. F. J. Diaz, Feb 2011
27. Hilgers TW. Medical Treatment of Ovarian and Target Organ Dysfunction. En: Hilgers TW. The medical and surgical practice of NaProTechnology. Omaha (NE), Estados Unidos: Pope Paul VI Institute Press; 2004: 609,620
28. Hilgers TW. Special Instructions and Applications. En: Hilgers TW. The medical and surgical practice of NaProTechnology. Omaha (NE), Estados Unidos: Pope Paul VI Institute Press; 2004: 159
29. Hilgers TW. Medical Treatment of Ovarian and Target Organ Dysfunction. En: Hilgers TW. The medical and surgical practice of NaProTechnology. Omaha (NE), Estados Unidos: Pope Paul VI Institute Press; 2004: 614

UNIDAD DE FERTILIDAD DE AGRUPACIÓN CLÍNICA (UFAC): TRATAMIENTO DE LA INFERTILIDAD. DETALLE DEL PROTOCOLO EXPLICADO A TRAVÉS DE UNA MUESTRA DE DOS CASOS CLÍNICOS.

Concepción Medialdea Fernández, Jose Ángel Mínguez y César David Vera Donoso.

Resumen

En la Consulta de Fertilidad de Agrupación Clínica (UFAC) trabajamos dentro del **Área del Reconocimiento de la Fertilidad (ARF)**¹ para dos fines: 1) enseñamos a nuestros pacientes los Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad cuando no buscan el embarazo porque concurren especiales circunstancias de mucha dificultad y 2) cuando aplicamos nuestro protocolo de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, que incluye el aprendizaje por parte de los pacientes y la aplicación por los clínicos del gráfico sintotérmico junto con el tratamiento médico y farmacológico adicional para ayudar al embarazo fisiológico natural. Tratamos de devolver la salud corporal y de apoyarla pero también trabajamos a favor de la responsabilidad procreativa. Son claves en el trabajo de la UFAC el respeto por la vida y por la naturaleza integral del hombre y la utilización de una terminología adecuada. Se muestran detalles del protocolo de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad en la UFAC a través de una muestra de dos casos clínicos.

Palabras clave: métodos de reconocimiento de la fertilidad; área del reconocimiento de la fertilidad; diagnóstico y tratamiento de la infertilidad; terminología adecuada; paternidad responsable; tratamiento de la infertilidad desde el reconocimiento de la fertilidad.

¹ El ARF es un área de trabajo y estudio, donde el uso de una terminología adecuada es muy importante para poder transmitir lo esencial cuando enseñamos a reconocer la fertilidad en el sentido de enseñar a reconocer los signos en el cuerpo y en el alma de la persona propios de ser mujer o varón y las notas esenciales de la tarea de paternidad responsable presente o futura. En el contexto de una consulta para el tratamiento de la infertilidad, se trata de trabajar para lograr que los pacientes se posicionen en primer lugar como padres, madre y padre, responsables y que así busquen y quieran lo mejor para su hijo, también para el hijo que están buscando tener. En este contexto, se enseña también el método sintotérmico como herramienta de utilidad a los pacientes y a los especialistas durante el protocolo de diagnóstico y de tratamiento de la infertilidad.

Concepción Medialdea Fernández. Farmacéutica especialista en análisis clínicos y en fertilidad y sexualidad humana. Es doctora en ginecología y coordina la Unidad de Fertilidad de Agrupación Clínica (AC) donde trabajan en equipo el Departamento de Ginecología, el Departamento de Urología y el Instituto Valenciano de Fertilidad, Sexualidad y Relaciones Familiares. **Jose Angel Mínguez.** Médico especialista y doctor en ginecología y coordina actualmente el departamento de ginecología de AC. **César David Vera Donoso.** Médico urólogo, doctor en Medicina y Cirugía y coordina actualmente el Departamento de Urología de AC. [cursos@ivaf.org]

Introducción

En la Consulta de Fertilidad de Agrupación Clínica (UFAC) trabajamos dentro del *Área del Reconocimiento de la Fertilidad* cuando enseñamos a nuestros pacientes los Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad al servicio de su co-paternidad responsable para que les sirvan tanto cuando buscan el embarazo como cuando no lo buscan porque concurren circunstancias de mucha dificultad. Y trabajamos también en el *Área del Reconocimiento de la Fertilidad* cuando aplicamos el protocolo de diagnóstico y tratamiento de la infertilidad que incluye el aprendizaje por los pacientes y además la aplicación por los clínicos del gráfico sintotérmico junto con el tratamiento médico y farmacológico adicional para ayudar al embarazo fisiológico que acontece como fruto de las relaciones sexuales. Tratamos de devolver la salud corporal y de apoyarla pero también trabajamos a favor de la responsabilidad procreativa porque la procreación humana comprende y precisa de la fisiología pero también del amor y de la responsabilidad. Procuramos que nuestros pacientes se posicionen desde el primer momento como esposos y padres, que busquen lo mejor para su hijo y para su esposo o esposa. Les ayudamos a reconocer su co-fertilidad y también su tarea de co-paternidad responsable. La coordinación de la UFAC corre a cargo del IVAF que es canal de comunicación y mediación entre departamentos y con los pacientes con quienes procura y facilita un mayor acompañamiento y cercanía vía e-mail.

El IVAF atiende una consulta para enseñar los Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad en Agrupación Clínica de Valencia desde 1997 y durante el quehacer cotidiano se fue constatando la necesidad de ofrecer una atención interdepartamental para el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad. En 2003 comienzan conversaciones en orden a construirla y a partir de 2005 comienza modestamente la actividad regular de la UFAC con el trabajo en equipo del departamento de ginecología, del departamento de urología y del IVAF sección de fertilidad en quien recae la coordinación de la unidad y con la colaboración puntual de otras especialidades como la medicina psicosomática o el IVAF sección de relaciones familiares. No se reciben muchos casos, pero existe una atención personalizada y cercanía a cada paciente y se aporta un tratamiento clínico razonable para los casos de infertilidad junto con una información particularizada. En un tiempo en el cual domina el tratamiento de la infertilidad desde el área de la salud y sexualidad reproductiva conviene ofrecer *un tratamiento clínico de la infertilidad desde el reconocimiento de la fertilidad*.

No realizamos, ni derivamos nunca hacia las técnicas de reproducción asistida. Sí que dirigimos a nuestros pacientes hacia algunos tratamientos restaurativos que no realizamos en nuestra unidad². No tenemos prisa y procuramos transmitir serenidad y confianza a nuestros pacientes. No buscamos en primer lugar una alta tasa de embarazos sino una paternidad responsable. La misma satisfacción nos proporciona la ocurrencia de un embarazo que el reconocimiento, por los pacientes, de que lo suyo es otro tipo de paternidad.

Detalle de dos casos clínicos que muestran nuestro quehacer en la UFAC

1) Resultado de embarazo en un caso muy difícil. Aceptamos casos casi imposibles porque se trata de personas que, en caso contrario, acudirán a la Fecundación in Vitro. El motivo de aceptarlos es ganar un tiempo que empleamos en proporcionar información, facilitar formación, liberar de ansiedad y aportar sentido común. La confianza en Dios nos permite tener una esperanza y transmitirla de que, si Dios

2 1.- Repermeabilización de las trompas de Falopio. Dirigimos a nuestros pacientes a la Clínica Universitaria de Navarra donde realizan dos procedimientos, uno por vía transcervical con catéteres e imagen radiológica (indicado en obstrucciones pseudo obstrucciones por detritus, adherencias etc). La otra opción es la cirugía que tiene unas indicaciones muy precisas. Está indicada para fracaso de la técnica anterior o para obstrucciones localizadas (que no afectan a la totalidad de la trompa). También en caso de hidrosálpinx leve. Los porcentajes de éxito son difíciles de precisar, porque los grupos son muy heterogéneos. En general los casos de daño leve de la trompa pueden llegar a un 50-60% de embarazos. Otra situación sería la cirugía para repermeabilización tras ligadura de trompas. Aquí los factores más importantes son el tipo de ligadura que le hicieron (básicamente si queda trompa sana suficiente o la han dañado en exceso) y la edad de la paciente. Sólo operan las trompas que cumplen una serie de condiciones (longitud >5cm y presencia de fimbrias) La tasa de embarazos es de 85% en mujeres < 35 años y 35% en > 40 años. 2.- Cirugía especializada con láser. Contacto: JA. Mínguez en Clínica Universitaria de Navarra.

quiere, ocurrirá el embarazo y de que si no fuese así a pesar de aplicar las medidas de manejo del gráfico sintotérmico y las terapéuticas y/o medicamentosas razonables es seguro lo que más conviene para ellos y tendrán que buscar y descubrir su camino en otro tipo de paternidad que les hará muy felices. Les ayudamos a posicionarse, desde la primera consulta, como esposos y padres. Ejemplo:

Pacientes nº 1:

1ª Visita: 14/10/2010. Casados desde 14/07/2010.

Ella: 43 años, Administrativa. Ningún hijo y ningún aborto previo. Tuvo la menstruación por primera vez a los 14 años pero siempre se retrasaba y siempre estaba esperándola, por lo que recibió tratamiento inyectado de deprivación hormonal cada tres meses para tenerla. Varios años más tarde recibe tratamiento con Progylutón®. Posteriormente la trataron con Progevera® tomada durante una semana regularmente. Y por temporadas la trataron con medicación hormonal combinada. A los 35 años es tratada con Diane® 36 durante 6 meses o más y se logra que menstrúe a partir de entonces, con bastante regularidad. Nos refiere que su madre a los 47 años era ya menopausica.

El: 47 años, Mecánico. Ningún hijo. Ningún estudio previo por infertilidad.

Resultado final en la UFAC: Logran el embarazo en Febrero de 2012 y el día 18 de Septiembre de 2012 tienen una niña de 2,680 Kgr. quien nace a las 37 semanas de embarazo, mediante cesárea, porque la madre había sufrido rotura de membrana.

Desarrollo del protocolo de diagnóstico y tratamiento en la UFAC:

Ella manifiesta en la primera consulta que ya han estado en una consulta de infertilidad en un hospital de Valencia donde le han dicho que por sus antecedentes y edad es imposible que se quede embarazada sin recurrir a las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) y que le van a llamar para empezar el tratamiento. Vienen a la UFAC porque unos amigos se lo han aconsejado. Ella expresa tajantemente que si no podemos hacer nada, que se lo digamos cuanto antes porque en el hospital si que pueden. El permanece callado y en el curso de la conversación, en la cual les vamos explicando como trabajamos y por qué, da muestras de entender y al final deciden seguir con nosotros durante un tiempo para intentarlo porque a él le parece bien y porque ella, aunque no lo tiene claro, acepta probar.

Cuesta un poco que ella aprenda a observar y a anotar sus signos biofísicos y que se implique, pero va anotando en el gráfico sintotérmico y él la anima. Hemos recogido muchas gráficas de esta paciente porque, una vez que ha aprendido, le gusta hacerlo y no le causa ansiedad, aquí mostraremos 4. Constatamos al inicio, que obtiene gráficos de temperatura bifásicos pero la temperatura alta sube poco con respecto al nivel de temperaturas bajas y presenta caídas y la temperatura de la fase preovulatoria presenta muchos picos. Su temperatura basal es, durante todo el ciclo, muy elevada, se la toma en el recto, pero aún así es más alta de lo habitual. (Fig. 1).

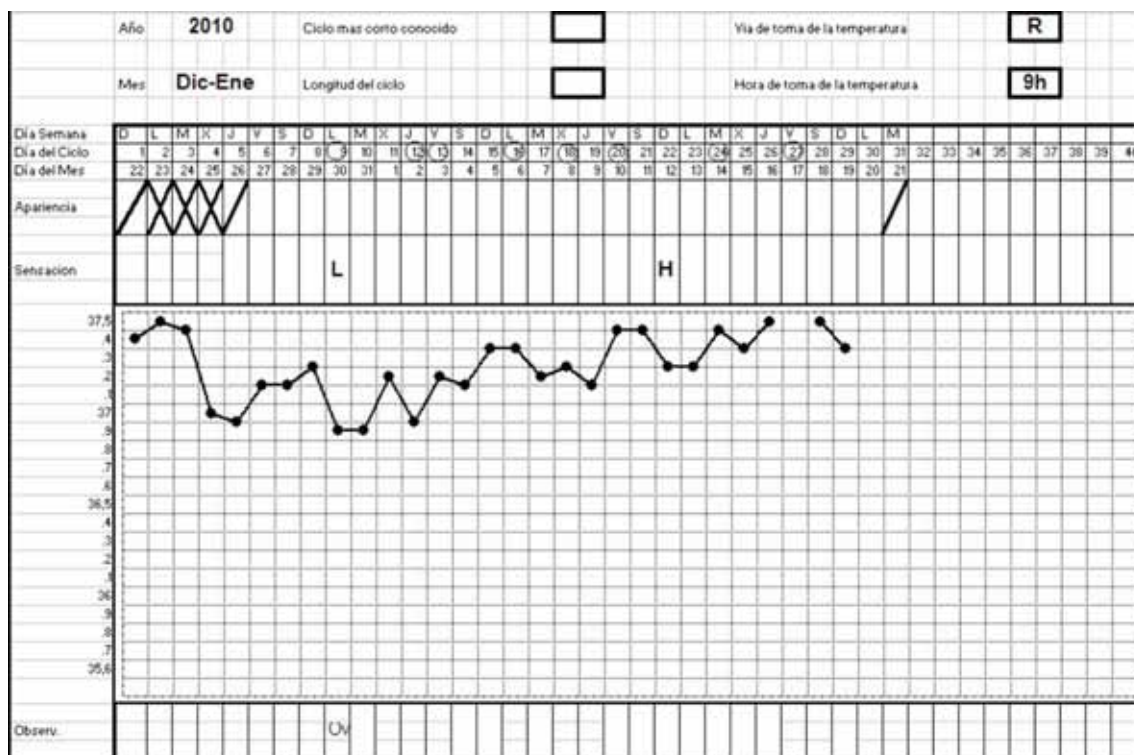


Figura 1: gráfica nº 1: tanto los signos biofísicos, moco cervical y temperatura basal, como la fecha de inicio de la menstruación y de comienzo de la siguiente, nos muestran un reflejo del ciclo ovárico de la paciente poco después de su llegada a la UFAC³

El 23/12/2010 ella se realiza un primer análisis de hormonas en sangre que ya le habían pedido en el hospital con vistas a la FIV. Vemos en la gráfica anterior que se trata de un análisis de primera fase del ciclo, día 2 del ciclo, obteniendo una tasa de FSH: 5,87 mU/ ml. y una tasa de LH: 5,70 mU/ml. El día 10/01/2011 le proponemos que se realice el análisis hormonal de segunda fase del ciclo y obtiene una tasa de progesterona de 13,44 ng/ml. El se realiza un seminograma y cultivo de semen el día 24/01/2011 con resultado de oligoastenopermia.

Mostramos el siguiente gráfico de la misma paciente donde se confirma que nunca, o casi nunca observa moco cervical. Y que casi nunca percibe sensación de mojada o de lubricada. La temperatura sigue en un nivel demasiado alto, con los mismos picos, se sigue evidenciando un nivel de temperaturas bajas y un nivel de temperaturas altas, si bien mal mantenido (Fig. 2).

³ Hemos pasado a limpio los datos de las gráficas de las pacientes en una plantilla vacía para mejorar la presentación y facilitar la comprensión del lector. Agrupación Clínica está en C/ Cronista Carreres nº 8 bajo, Valencia y es una policlínica ambulatoria que ofrece muchas especialidades médicas. Una de las sedes del IVAF se localiza en AC.

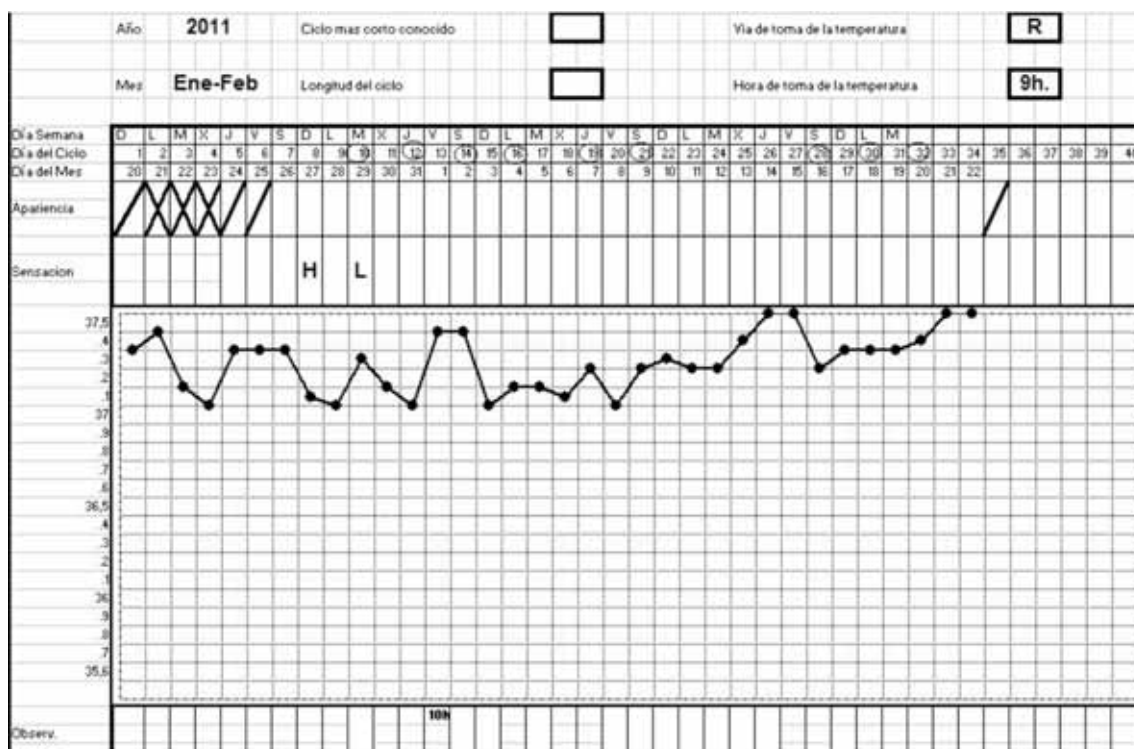


Fig.2: gráfica nº 2: Se confirma el mismo tipo de gráfico y por lo tanto de ciclo ovárico.

El día 28/01/2011 comienza a tomar jalea real diariamente y el 17/02/2011 acuden a la primera visita con el ginecólogo y con el urólogo teniendo ya la primeras gráficas, el análisis hormonal de ella y el seminograma⁴ de él y a continuación, en el mismo día, la segunda visita clínica con IVAF para repaso de todos los datos, recoger lo aportado por el ginecólogo, el urólogo y para coordinación posterior que conlleva el seguimiento cercano de los pacientes y el contacto con los especialistas.

Se indica a la paciente tomar Diane 35®. El día 26/02/2011 la paciente acepta con muchas reticencias y comienza el tratamiento con Diane 35® para los siguientes 3 meses. Con ello buscamos lograr reposo ovárico que pueda reactivar y producir un beneficio en el funcionamiento ovárico posterior al tratamiento y mayor posibilidad de lograr el embarazo.

El día 11/03/2011 se le pide que se aplique Dalacin 100® óvulos vaginales porque en citología se revela vaginosis bacteriana. 26 de Mayo de 2011, una vez terminado el tratamiento con Diane 35®, le indicamos tratamiento con Omifin 100® los días 5 al 9 del ciclo y apoyo con progesterona en fase lútea. Además ácido fólico y un complejo vitamínico. A él le proponemos tratamiento con tamoxifeno, vitamina E y complejo vitamínico específico.

El día 12/06/2011, habiendo confirmado el ascenso térmico en el primer ciclo de tratamiento, ella empieza a apoyar con Progeffik 200® y en adelante en cada ciclo una vez que lo confirmamos. Pero el día 17 de Junio de 2011 va al oculista porque tiene molestias oculares quien le receta Retilut Thea® por detectar un inicio de cataratas. Acuden a consulta para repasar antes del verano y nos damos cuenta de que ella aún no se ha realizado una histerosalpingografía, decidimos que deje el tratamiento con Omifin hasta haberla realizado y que el mes de julio, vacaciones de verano en España, descansen lo más posible, se olvide de llevar la gráfica, se relajen y que sólo tome el Retilut, aceite de onagra 1gr/día y un sobre de Ovusitol ®al día. Le pedimos realizarse un nuevo análisis hormonal de segunda fase del ciclo en el mes de Agosto, a la vuelta de sus vacaciones. El deja también su tratamiento para retomarlo cuando lo

⁴ La obtención del semen la realizan durante el acto conyugal según protocolo de la UFAC. Se les recomienda realizarlo cuando ella se encuentra en su periodo infértil posovulatorio confirmado por la temperatura corporal basal. Para la recolección utilizan un preservativo especial para la recogida de la muestra para analizar, distinto de los que se comercializan para uso anticonceptivo.

reinicie ella y sólo sigue con un complejo vitamínico durante el verano.

Se realiza la histerosalpingografía el día 7 de Julio de 2012, antes de irse de vacaciones y se evidencia que la paciente presenta un hidrosalpinx leve en sólo una de las trompas de Falopio. El día 8 de Agosto se realiza el análisis hormonal de segunda fase del ciclo y observamos que la prolactina está algo elevada: 39,09 ng/ml. Desestimamos la cirugía de la trompa, entre otras cosas, por la levedad y por tener la otra trompa en perfectas condiciones. Se le pauta, a partir del siguiente inicio de ciclo, Dostinex 0.5®, Omifin 100®, Auxina E 50® y Progeffik 300 mg/día. Mostramos la gráfica que ha recogido durante el mes de agosto-septiembre (Fig. 3). El retoma el tratamiento con tamoxifeno y además vitamina E 200 y Androferti®.



Fig. 3: gráfica nº 3: Se observa una clara mejora del ciclo ovárico en esta gráfica de agosto-septiembre que muestra su reflejo. Las temperaturas están más bajas durante todo el ciclo. Tal vez el tratamiento con retilit... La temperatura de la fase lútea se mantiene mejor y ha observado por primera vez moco elástico transparente el día 10 del ciclo. El día siguiente realiza un test de LH en orina y le sale positivo.

Quedamos con ellos para explicarles que recibirán este tratamiento durante 3 meses aproximadamente y que si no ocurriese el embarazo durante ese tiempo o en los meses posteriores al mismo ya no seguiríamos adelante. Les sugerimos que conversen los dos sobre ello, que reflexionen y que recen. Que sigan confiando en que puede ocurrir un embarazo si Dios quiere, pero que contemplen también la posibilidad de no ocurrencia del embarazo y que si fuese así deberán aceptarlo con alegría por ser lo mejor y pensar en otras posibilidades estupendas.

El día 9/11/2011 la paciente sigue adelante con el tratamiento que le hemos indicado, pero nos escribe un e-mail diciendo que están pensando irse a la fecundación in Vitro si no se produce el embarazo. Le mandamos un artículo sobre efectos adversos relativos a los tratamientos de FIV, les explicamos que en su caso sería con donación de ovocitos por su edad y que sería por tanto un hijo biológico de su marido y de otra mujer y les animamos a buscar lo mejor para su hijo que es que su vida se inicie, si Dios quiere, dentro de su madre y como fruto de un acto conyugal de sus padres. Quedamos con ella de forma presencial para explicarle, observando los gráficos, que se nota una mejoría de sus ciclos en la gráfica

nº 3 y que por eso ahora, tal vez, haya más posibilidades de lograr el embarazo si además unimos el tratamiento. Además del mismo, apoya con aceite de onagra 1g/día. Durante la fase posovulatoria apoya con progesterona y toma dos o tres tazas de tila al día.

A inicios de Diciembre, a punto de terminar el tratamiento prescrito en la UFAC, pensamos la posibilidad de darle un antibiótico junto con un antiinflamatorio durante al menos dos meses para tratar la inflamación leve de un oviducto que padece, pero es alérgica a casi todos los antiinflamatorios y a varios antibióticos así que desistimos. En adelante, ella reinicia el tratamiento con solo Retilut®, que había discontinuado en septiembre. Se suceden conversaciones telefónicas, alguna durante más de media hora, para explicarle por qué no deben recurrir a la FIV, para tranquilizarles y animarles (a través de ella que es quien llama siempre) a considerar otras posibilidades. Sólo con atender a su madre que cada vez necesita más ayuda y a su hermana discapacitada a quienes podría dedicarse un poco más tendría su tiempo lleno y su vida plena de sentido. Su marido acepta mejor que ella la situación que les está tocando vivir. Él deja también su tratamiento y toma, desde mediados de diciembre, maca-andina, selenio, zinc y l-carnitina. Ella se revela, acepta, se revela, acepta. Así avanza el mes de Enero y pronto va a ocurrir el embarazo (Fig. 4).

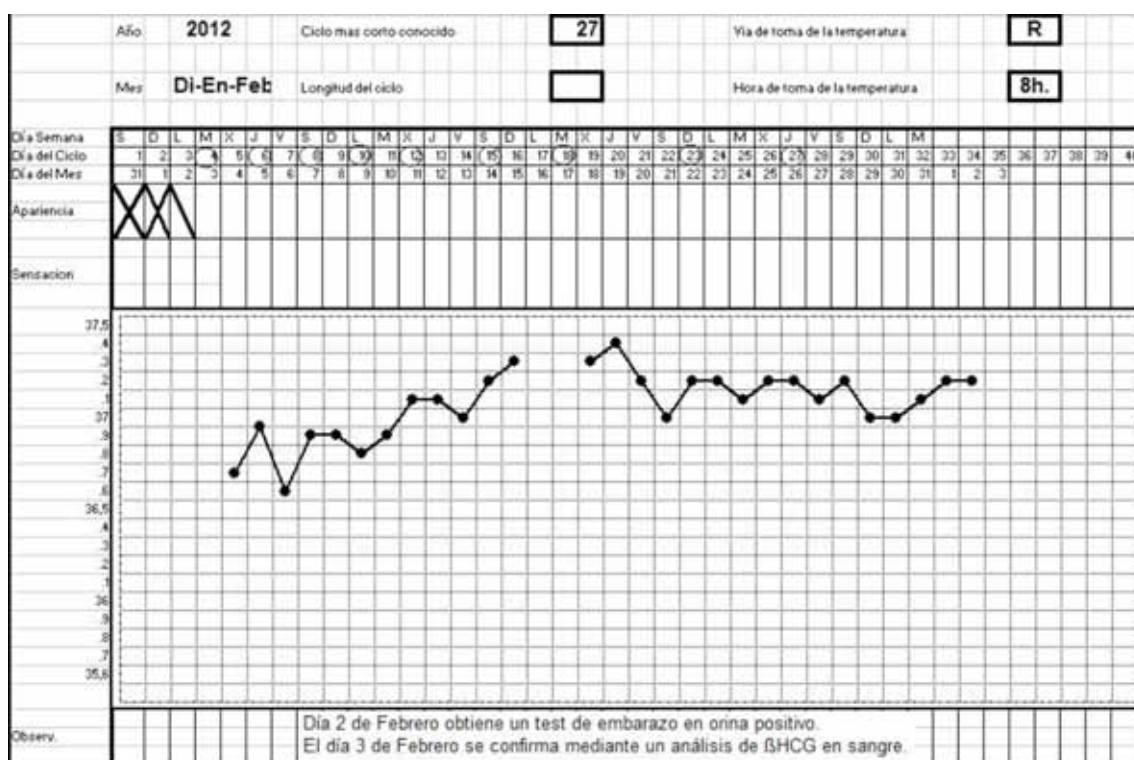


Fig. 4: gráfica nº 4: Esta gráfica muestra el ciclo en el que tuvo lugar el embarazo. Nos mandó esta gráfica y le pedimos que realizara un test de embarazo de farmacia. Al obtener el positivo le pedimos un análisis de βHCG en sangre para obtener la confirmación.

El día 2 de Febrero nos manda por e-mail su gráfica, indicamos test urinario de embarazo y tras el positivo le pedimos que se realice un análisis sérico de βHCG. La alegría fue inmensa tras la confirmación. Le indicamos apoyar con progesterona pues no lo estaba haciendo en este ciclo. Nos confesó la paciente que el día del 20 de Enero, fiesta de San Sebastián, patrono de su pueblo y Santo de su marido le pidieron al Santo lograr el embarazo y había ocurrido. El día 20 de Enero hay una bajada de la temperatura la cual se recupera a partir del día 22 (Fig. 4) ¡nunca se sabe! Ha sido un embarazo con mucho seguimiento y algo complicado con una diabetes gestacional, pero con final feliz. Ya han regresado a nuestra consulta para el seguimiento con el gráfico del periodo posparto.

2) Resultado distinto del embarazo e igualmente celebrado en la UFAC

Pacientes nº 2:

1ª Visita: 07/02/2011: Casados desde hace cuatro años y medio.

Ella: 32 años. Especialista en dislexia. Ningún hijo ni aborto previo. En 2007 le diagnostican síndrome de Crohn. En 2008 había sido operada de endometriosis en ovario y trompa de Falopio mediante laparoscopia. Y posteriormente tratada con Zoladex® durante 6 meses. En 2009 le habían realizado una laparoscopia y comprobado que la endometriosis seguía controlada. Viven en otra ciudad y su ginecólogo de dicha ciudad le había tratado, a partir de entonces, con Omifin® del día 5 al 9 de cada ciclo y HCG-Lepori 2500® inyectada el día 13 de cada ciclo. Todo ello sin hacer seguimiento con el gráfico sintotérmico, sin ecografía a mitad del ciclo y sin apoyo con progesterona. A continuación les derivó a tratamiento de FIV. Antes de acudir a la primera consulta de reproducción asistida, su farmacéutica, que es antigua alumna del IVAF, le recomienda venir a la UFAC.

Él: 28 años. Consultor financiero. Ningún hijo. A él no le han realizado antes ningún estudio ni ha recibido ningún tratamiento previo por infertilidad.

Resultado final: Realizan una solicitud de «acogida». Les confían a dos niñas hermanas de 2 y 3 años.

Desarrollo del protocolo de diagnóstico y tratamiento en la UFAC:

Nos refieren que él viaja constantemente y que ella siempre le acompaña. Se trata de viajes a distintos países con mucha frecuencia y ambos se sienten sometidos a bastante stress. Les proporcionamos algunas pautas personalizadas para tratar de disminuirlo. Les explicamos el protocolo de nuestra unidad, y que es lo que no realizamos en ningún caso por criterio ético. Ella suele anotar las fechas de la menstruación y sabe la duración de su ciclo más corto en el último año. Conoce la fecha de la menstruación anterior, la anotan en el gráfico y aprenden a observar y anotar los signos biofísicos moco cervical y temperatura corporal basal. Muy pronto tenemos cumplimentado su primer gráfico sintotérmico que recibimos por e-mail (Fig. 5).

Veremos en esta primera gráfica que la paciente ha anotado sensación de mojada (H) durante 7 días seguidos a pesar que la gráfica recoge sólo la fase posovulatoria de su ciclo. La fase posovulatoria presenta una duración normal, 12 días, pero con una caída térmica el día 15 del ciclo. El ciclo ha durado sólo 23 días. Ello le llama mucho la atención porque no había tenido hasta ahora ninguno de duración menor a 26 días en ciclos sin tratamiento. El stress es mayor ahora, le decimos que podría ser el motivo de las anomalías del ciclo y de la no ocurrencia del embarazo y le animamos a tomar las medidas que le hemos recomendado para disminuirlo porque, si el grado de stress y/o ansiedad es demasiado alto, ello se detecta a nivel cerebral y se puede afectar la implantación⁵.

⁵ Kondoh et al. "Stress affects uterine receptivity through an ovarian-independent pathway". Human reprod 2008; 24 (4): 945-953.

En la gráfica anterior, observamos que el ciclo ha durado un día más que el anterior, si bien menos de lo que ella esperaba. Durante la fase preovulatoria, las temperaturas oscilan entre 36,5 y 36,4 y el día 14 del ciclo se inicia el ascenso térmico relativo a la ovulación. La fase lútea dura 11 días y no presenta caídas. Ha observado moco elástico transparente algunos días y también sensación de lubricada varios días. Esta paciente prefiere no anotar los días en los que mantienen relaciones sexuales si bien conocen, mediante el gráfico los días con más posibilidad de embarazo y lo tienen en cuenta. Durante el tiempo de recogida de datos en el gráfico han mantenido una comunicación frecuente vía e-mail que ha permitido orientarles en este sentido.

Durante el tercer ciclo de observación realizan los análisis de ambos (Fig. 7).

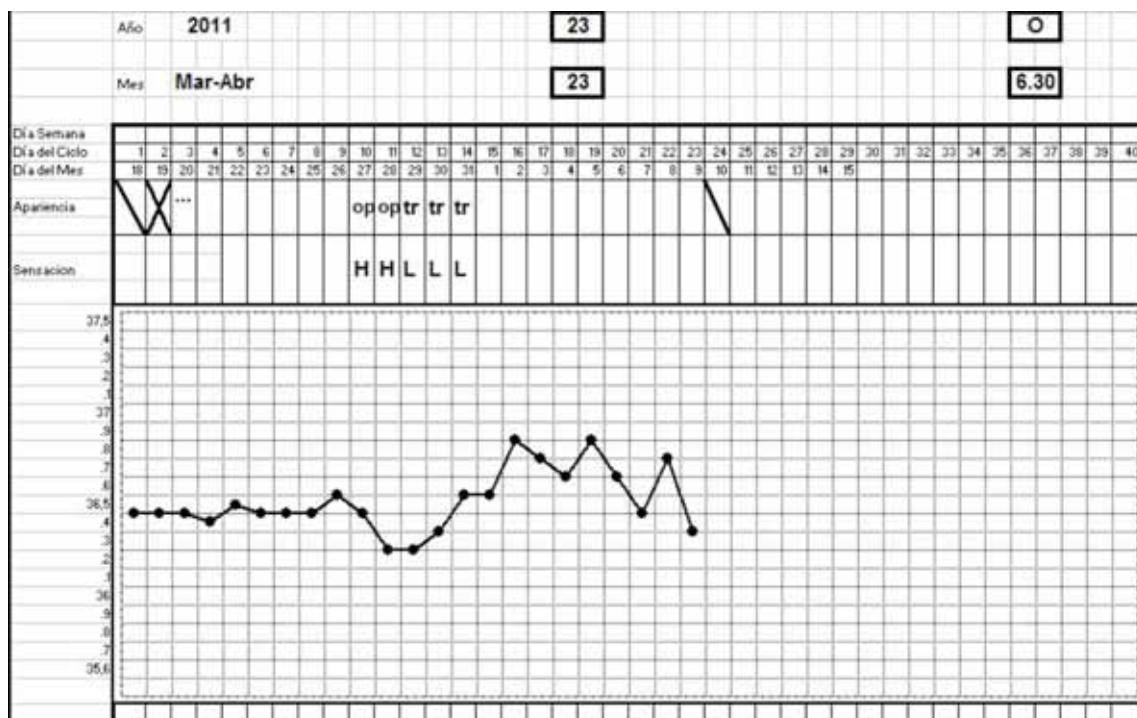


Fig. 7: La temperatura de los primeros días del ciclo (Figuras 6 y 7) está a 36,5 que es una temperatura normal para ella durante toda la fase preovulatoria y ello nos dice que seguramente su endometriosis sigue bien controlada⁶, los síntomas de la paciente lo corroboran.

Ella se realiza el análisis de primera fase del ciclo el día 22 de marzo de 2001, día 5 de su ciclo, aunque lo habitual es entre los días 2 y 4 del ciclo pero sus viajes hacen difícil cuadrar. Le sale la HDL muy bajita y le recomendamos realizar natación con regularidad. Ya se lo habíamos recomendado desde el inicio, porque le gusta y le relaja, y ahora con más motivo. Le informamos de los alimentos que contribuyen a subir el HDL como los cereales integrales, aceite de oliva, nueces y pescado. Las hormonas sexuales están dentro de parámetros normales. Los parámetros de las hormonas sexuales están dentro del rango de normalidad.

Y el análisis de 2º fase del ciclo se realiza el día 6 de abril de 2011, día 20 del ciclo. Vemos una fase lútea, según el reflejo del ciclo ovárico obtenido en el gráfico anterior, corta y con caídas de temperatura. Y la duración del ciclo ha sido de nuevo de 23 días. A ella le resulta difícil anotar en el gráfico diariamente, los viajes continuos lo dificultan más de lo habitual y además le conviene disminuir el grado de ansiedad por lo que le recomendamos dejar de anotar. Los parámetros obtenidos para las hormonas sexuales de ella están dentro de parámetros normales. El seminograma de él está también dentro de parámetros

⁶ La endometriosis suele dar temperaturas elevadas, como si fueran de fase posovulatoria, durante los primeros días del ciclo. Cfr. Chai S, Wild RA. "Basal Body Temperature and endometriosis". Fértil Steril 1990; 54: 1028-1031.

normales si bien muy ajustados: 28,7 millones de espermatozoides/ml. En cuanto a la movilidad, de tipo A: 25,3% y A+B: 50%.

El día 14/04/2011 acuden, con los análisis básicos realizados tanto ella como él, y habiendo ya recogido en el gráfico el reflejo de 3 ciclos, a la primera visita con el ginecólogo y el urólogo y a continuación a la segunda consulta clínica del IVAF en la UFAC, todo en la misma tarde. Repasamos las recomendaciones del ginecólogo y del urólogo, la interpretación del gráfico y señalamos las pautas a seguir a continuación, tanto ella como él. Mantenemos un contacto regular, en adelante, en ambas direcciones vía E-mail.

Se le indica a ella tratamiento con clomifeno desde el día 5 al 9 del ciclo y posterior apoyo con progesterona una vez detectado el ascenso térmico hasta que se inicie la menstruación. Además ácido fólico y yodo. A él se le recomienda un complejo vitamínico específico y vitamina E adicional.

En los 4 ciclos siguientes se aplica este tratamiento, Ella ya no anota en el gráfico y sólo se toma la temperatura desde el día 12 del ciclo para comprobar el ascenso térmico antes de iniciar el apoyo con progesterona. Se mantiene el contacto regular por e-mail y en los meses de julio y agosto se procura que ella descanse más y se refuerza el tratamiento con aceite de onagra y vitamina E. Una vez que han transcurrido 4 ciclos con tratamiento para ambos y sin resultado de embarazo les citamos en la consulta para revisar y hablar con ellos.

El viernes 28 de noviembre de 2011 los recibimos por última vez de forma presencial en nuestra consulta UFAC en AC. Les decimos que, en su caso, el stress excesivo nos parece un factor importante, pero nos confirman que no pueden cambiar el estilo de vida por el momento. Mientras que no varíen estas circunstancias no nos planteamos continuar con el tratamiento hormonal. Les animamos diciéndoles que un embarazo puede ocurrir, en su caso, en cualquier momento si Dios quiere y les recomendamos hablar entre ellos, rezar, reflexionar, para poder descubrir que es lo que Dios quiere, en concreto, para ellos. Tal vez podrán variar su estilo de vida en algún momento y se pueda retomar el tratamiento más adelante si es que no ocurre antes un embarazo. Tal vez pueden pensar en la adopción o en una acogida o tal vez pensar en donde podrían dedicar sus energías en beneficio de los demás en sus circunstancias particulares. Lo cierto es que aceptaron muy bien lo que les dijimos e incluso nos comentaron que, durante el tiempo del tratamiento, habían pensado en ello alguna vez. No tenían nada decidido, pero pensaban en ello.

El 11 de Agosto de 2012 recibimos noticias por e-mail: «Les habíamos prometido que escribiríamos este año para contarles la continuación de nuestra historia. Después de 10 meses de proceso para poder tener un niño en acogida permanente, nos llamaron desde la Consellería para preguntarnos si queríamos acoger a dos niñas, hermanas de 2 y 3 años. Aquel día estábamos en Malta y me llamó mi marido por teléfono. Yo estaba tomando un café con mi madre. Notaba que algo serio pasaba por el tono de voz y me preguntó: «¿cuantas mujeres sois en casa ahora?» Yo le contesté «2», refiriéndome a mi madre y a mí. «Bueno» siguió, «ahora seréis 4». De repente, sin esperar mas detalles, me eché a llorar en un llanto de felicidad que no pude contener. Con las lágrimas salieron todas mis angustias que hasta entonces llevaba por años dentro por el hecho de no poder ser madre. No podía creer que el Señor me iba a dar el doble de lo que llevaba años pidiendo. Llevan 10 semanas con nosotros y aunque estamos muy cansados, estamos también muy contentos. Las niñas son muy pequeñitas y dan muchísimo trabajo pero al mismo tiempo son un encanto y llenan nuestros días de felicidad y sonrisas. Si pienso en el tiempo que he perdido dudando del amor del Señor por el hecho de no poder quedarme embarazada... me siento fatal. Esta claro que esta es la historia que el Señor quiso y preparó para nosotros. Y aunque yo nunca me imaginaba esta historia ni la querría, es la historia que hoy llena toda nuestra existencia, la de los cinco, con felicidad. Y finalmente puedo decir ¡soy madre! Un fuerte abrazo».

¿Tratamiento de la infertilidad desde el reconocimiento de la fertilidad y/o Napro-tecnología?

Quería terminar esta intervención, a modo de conclusión, planteando una cuestión en este foro y dentro de esta área temática: «Un tratamiento clínico de la fertilidad acorde con la paternidad responsable» ¿Todos los que trabajamos en un tratamiento de la infertilidad que incluye la observación de los signos biofísicos del funcionamiento ovárico y aplicando tratamiento médico y/o farmacológico adicional ¿podemos decir que hacemos Napro-tecnología? ¿Podemos todos decir que tratamos la infertilidad desde el reconocimiento de la fertilidad? ¿Conviene que usemos una terminología común?

En 2001 publicamos nuestro manual del Curso de Reconocimiento de la Fertilidad para Monitores (CRF Monitores)⁷. Redacté para el mismo los capítulos dedicados a la aplicación de las situaciones especiales, uno de los cuales incluyó la búsqueda de embarazo con un apartado denominado «Tecnología procreativa natural»⁸. Fue así porque durante la preparación de estos capítulos y de los temas básicos para nuestro CRF Monitores a distancia realicé una búsqueda bibliográfica y encontré noticias sobre las actuaciones clínicas en el tratamiento de la infertilidad que por entonces empezaban a ser conocidas como Na Pro tecnología, aunque este término por entonces se empleaba también para referirse a la actuación en la evitación del embarazo⁹. Nos llamó la atención un artículo de Stanford quien planteó con fuerza y acierto la opción de la «*tecnología procreativa natural*» para tratar la infertilidad¹⁰ en el cual dijo que esta aplicación sería probablemente lo primero que entraría en el maremagnum de la medicina reproductiva. Creo que muchos nos quedamos, desde entonces, con la idea de que el término Tecnología Procreativa natural/ Natural Procreative Technology era específico para el tratamiento de la infertilidad y nos gustó. Por otra parte, se habían publicado por entonces algunas aportaciones relativas a esta cuestión en las actas de los symposium internacionales organizados bianualmente en España por las entidades AEPPFN¹¹ y WOOMB España¹² entre otras. Uno de ellos, el V Symposium Internacional en Regulación Natural de la Fertilidad celebrado en Madrid en 1995, había dedicado uno de sus apartados al asunto «la mujer y la infertilidad» en el cual se presentó la *regulación natural de la fertilidad aplicada al diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, otro modo de referirse a ello por entonces fue los métodos naturales para prevenir o potenciar la fertilidad*. Así se refleja en las ponencias de Sánchez-Méndez 1995 y de Callejo y Mir 1995¹³ respectivamente¹⁴.

Actualmente, siguen siendo muchos quienes se refieren a Napro-tecnología cuando quieren referirse concretamente al diagnóstico y tratamiento de la infertilidad que incluye el uso del gráfico con las anotaciones del moco cervical y/o de la temperatura corporal basal y además tratamiento médico y/o farmacológico adicional.

Cuando nosotros, a partir de 2005, pusimos en marcha la UFAC, con el trabajo en equipo de tres departamentos uniendo fuerzas en el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, siendo herramienta esencial el gráfico sintotérmico ya no nos referíamos a ello como Napro-tecnología.

7 Cfr. IVAF. *Curso de Reconocimiento de la Fertilidad*. EIUNSA (2ª), Madrid 2001.

8 C. Medialdea. "Tecnología procreativa natural" En: IVAF. *Curso de...*p. 171.

9 Cfr. Hilgers TW, Stanford JB. "Creighton Model Na pro Education technology for avoiding pregnancy: use effectiveness. J Reprod Med 1998; 6.

10 Stanford JB. "Sex. Naturally". First Things 1999; 11: 28-33.

11 Nos referimos a la Asociación Española de Profesores de Planificación Familiar Natural (AEPPFN).

12 Y a la Asociación Española del Método de la Ovulación Billings, en Inglés: World Organization of the Ovulation Method Billings (WOOMB España)

13 Sánchez-Méndez JI. "Aplicaciones de los métodos de regulación de la fertilidad en el diagnóstico y tratamiento de la infertilidad". Actas del V Symposium Internacional sobre avances en Regulación Natural de la Fertilidad, Madrid 1995. Más adelante se publicó en la literatura científica: Sánchez-Méndez JI. "Aplicaciones de los métodos de regulación de la fertilidad en el diagnóstico y tratamiento de la esterilidad y la infertilidad". Act Obstet Ginecol 1997; 9(5): 237-243.

14 Mir I, Callejo M, Alsina M, Cabré S y Lailla JM. "infertilidad y regulación natural de la fertilidad". Actas del V Symposium Internacional sobre avances en Regulación Natural de la Fertilidad, Madrid 1995.

Se trataba simplemente de aplicar los MRF como parte del diagnóstico y tratamiento de la infertilidad y añadir tratamiento médico y farmacológico adicional y eso lo hacíamos en nuestra *Unidad de Fertilidad de Agrupación Clínica (UFAC)*. No estábamos seguros de la conveniencia de usar el término Naprotecnología y explico el motivo.

Lo cierto es que la Napro-tecnología/Napro-technology Oficial cuenta con varios Centros de Cuidado de la fertilidad en varios países y se utiliza como elemento gráfico el Creighton Model y la tecnología NaPro que no está al alcance de todos en su peculiaridad característica. Los profesionales que trabajan en estos centros son profesionales de la salud certificados por la Academia Americana de Profesionales del Cuidado de la Fertilidad. Esta academia también aprueba y acredita los programas de educación y atención en NaProTecnología¹⁵. Si bien algunas personas certificadas son menos puristas y realizan variaciones como utilizar el método Billings en lugar del modelo Creighton por ejemplo.

En cualquier caso, convendría saber si los promotores de la NaProTecnología están o no de acuerdo en que digamos que ofrecemos Naprotecnología quienes tenemos un protocolo distinto al suyo. Conviene también considerar si conviene que utilicemos una terminología común entre quienes trabajamos en diagnóstico y tratamiento de la infertilidad con distinto protocolo pero teniendo en común como elementos fundamentales 1) la no utilización en ningún caso, ni la derivación, a técnicas de reproducción asistida, 2) la utilización del gráfico de alguno de los métodos de reconocimiento de la fertilidad como herramienta principal de trabajo y 3) el tratamiento médico y farmacológico adicional en orden a mejorar la función fértil y aumentar la posibilidad de lograr un embarazo fisiológico fruto de las relaciones sexuales.

Y en tal caso ¿cuál sería la terminología más conveniente ¿Tal vez *Tecnología procreativa natural*? O ¿tal vez *Tratamiento de la infertilidad desde el reconocimiento de la fertilidad*?

Nosotros somos partidarios de utilizar los términos «Métodos para reconocer la fertilidad» y «Área del reconocimiento de la fertilidad»¹⁶ que no son términos intercambiables entre si. El primero se refiere a los métodos basados en la observación y anotación de los signos biofísicos del funcionamiento ovárico que sirven para conocer los límites del periodo fértil mediante la aplicación de unas reglas propias de cada método que se han ideado con éste propósito. Hablamos por tanto del Método Billings, del Método Creighton, del Método de la temperatura corporal basal y del método sintotérmico de doble comprobación. Mientras que el «Área del reconocimiento de la fertilidad» se refiere a un área de conocimiento y de trabajo (en clínica, en educación, en investigación etc.) en la que se usamos una terminología adecuada para ayudar a entender mejor lo esencial. Un área a través de la cuál se transmite y se aprende, en la escuela y en la universidad, en la clínica etc. el valor y el respeto a la vida humana y la paternidad responsable bien entendida. No queremos estar ni trabajar en el área de la salud y sexualidad reproductiva ni utilizar la misma terminología que ellos. Creemos que la utilización de términos adecuados ayuda a entender y a transmitir lo esencial y a no perderse en el camino. Pensamos que sirve al bien decir que nos dedicamos a tratar la infertilidad desde el área del reconocimiento de la fertilidad, o simplificar refiriéndonos al *tratamiento de la infertilidad desde el reconocimiento de la fertilidad*.

Del mismo modo cuando enseñamos los MRF a matrimonios que no están buscando el embarazo por concurrir situaciones muy difíciles, decimos que les enseñamos los *métodos de reconocimiento de la fertilidad desde el área del reconocimiento de la fertilidad o de enseñar los MRF desde el reconocimiento de la fertilidad* porque no sólo se trata de enseñar los MRF sino también de formar en responsabilidad procreativa. Muchas gracias.

15 Cfr. Santa Ana Fertility care Center. "Na Pro TECNOLOGÍA": <http://nfpdoctors.org/2010/01/naprotecnologia/>. Y ver también: Sonia Ma. Crespo y Francisco J. Díaz: <http://www.revistavive.com/index.php/personaje/44-la-naprotecnologia> (22/010/2012).

16 Concepción Medialdea y José Pérez Adán. "El área del reconocimiento de la fertilidad y los métodos para reconocer la fertilidad". Concepto y terminología. Actas del I Congreso Internacional en Reconocimiento de la Fertilidad, Managua 2008. Vid. <http://www.reconocimientodelafertilidad.com/wp-content/uploads/2012/06/MANAGUA-EL-AREA-DEL-RECONOCIMIENTO-DE-LA-FERTILIDAD-Y-LOS-METODOS-PARA-RECONOCER-LA-FERTILIDAD-prot.pdf>

Bibliografía

Congregación para la doctrina de la fe. *Instrucción Dignitas Personae* (08/09/2008).

IVAF. *Curso de Reconocimiento de la Fertilidad*. EIUNSA (2ª), Madrid 2001.

Medialdea Concepción y Pérez Adán José. “El área del reconocimiento de la fertilidad y los métodos para reconocer la fertilidad”. Concepto y terminología. Actas del I Congreso Internacional en Reconocimiento de la Fertilidad, Managua 2008. Vid. <http://www.reconocimientodelafertilidad.com/wp-content/uploads/2012/06/MANAGUA-EL-AREA-DEL-RECONOCIMIENTO-DE-LA-FERTILIDAD-Y-LOS-METODOS-PARA-RECONOCER-LA-FERTILIDAD-prot.pdf>.

Medialdea Concepción. “Terminología adecuada a propósito de los MRF y de la enseñanza desde el Área del Reconocimiento de la Fertilidad”. Actas del II Congreso internacional en Reconocimiento de la Fertilidad, Monterrey, México 2010. Vid: <http://www.reconocimientodelafertilidad.com/wp-content/uploads/2012/06/Monterrey-2010-TERMINOLOG%C3%8DA-ADECUADA-APLICADA-A-LOS-MRF-Y-AL-ARF-Congreso-Monterrey-2010-prot.pdf>.

Mir I, Callejo M, Alsina M, Cabré S y Laílla JM. “infertilidad y regulación natural de la fertilidad”. Actas del V Symposium Internacional sobre avances en Regulación Natural de la Fertilidad, Madrid 1995.

Sánchez-Méndez JI. “Aplicaciones de los métodos de regulación de la fertilidad en el diagnóstico y tratamiento de la esterilidad y la infertilidad”. *Act Obstet Ginecol* 1997; 9(5): 237-243.

ÁREA TEMÁTICA 5// LA CONSULTA DE LAS RELACIONES FAMILIARES DESDE EL ÁREA DE RECONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD

Ponencia 1// Autocontrol, requisito para la estabilidad familiar y social.
Paloma Alonso Stuyck. Valencia, España.

Ponencia 2// Reconocimiento de la Fertilidad y Relaciones Familiares.
M^a Paz Mínguez Estevan. Valencia, España.

Ponencia 3// Aporte desde la neurociencia a la pedagogía de la afectividad y de la sexualidad. Genara Castillo Córdova. Lima, Perú.

AUTOCONTROL, REQUISITO PARA LA ESTABILIDAD FAMILIAR Y SOCIAL.

Paloma Alonso Stuyck.

Resumen

En algunos ámbitos de nuestra sociedad, como amargo resultado de la penetración de la ideología de género, se eclipsa el auténtico significado de la familia y de Dios (del que la familia es reflejo). El relativismo ha fragmentado nuestro ethos común, redefiniendo el matrimonio, la familia y por tanto la sociedad. Ahora cada cual puede diseñar su proyecto personal y familiar “a la carta” sin referentes ni límites.

Esta pretendida libertad, esta ruptura de vínculos, lejos de satisfacer a la persona, crea ambientes y personas tristes, llenas de miedos y ansiedades. En ocasiones los esfuerzos terapéuticos se tienen que dirigir incluso a frenar la violencia en esas uniones pretendidamente fundadas en el amor –exclusivamente– donde parece que “no pinta nada” una institución represiva como el matrimonio, donde la figura del padre ha desaparecido.

Frente a la herencia que nos ha legado la revolución sexual se alza la revolución del amor sólido. Son muchos los jóvenes que quieren volver a la verdad sobre la persona, el amor, el bien y la belleza. Llena de esperanza comprobar cómo la vivencia de la verdadera sexualidad humana genera familias felices, llenas de energía, que transmiten a su entorno atractivos modelos parentales basados en el autodomínio y el amor auténtico, toda una pedagogía de la libertad humana.

Tanto en la consulta de Familia como en las aulas universitarias es un reto apasionante enseñar a tender puentes en la relaciones; la consistencia de su construcción está subordinada a un correcto autosistema personal (auto-concepto/control/estima) Sólo desde un buena aceptación, conocimiento y dominio propio se está en condiciones de poder amar, entregándose y acogiendo al otro yo, siendo dos en una sola carne, con un auténtico lenguaje del cuerpo. Urge por tanto restaurar los vínculos que nos sitúan y mantienen en nuestro verdadero ser: relaciones amorosas y agradecidas con Dios y los demás. Esa lógica del amor puede rehacer esta sociedad individualista llena de personas fragmentadas, desorientadas y solas.

Además, en el análisis atento de los programas y terapias orientadas a regenerar las relaciones, puede comprobarse la correlación entre las actitudes y hábitos promovidos desde una visión meramente pragmática, con las siempre actuales virtudes cristianas; estas promueven el respeto hacia toda persona (dignidad humana) y la necesidad de la caridad como catalizador de la convivencia, capaz de superar las limitaciones y deficiencias personales.

Cobra especial relieve la necesidad de enseñar el dominio propio, en una sociedad en que el emotivismo ha sustituido la argumentación, en la que se confunde el respeto a las personas con la validación de sus opiniones. Sólo cuando uno se posee a sí mismo puede donarse totalmente al otro, amando verdaderamente, contribuyendo a la consolidación de una vida familiar y social sana y estable.

Paloma Alonso Stuyck. Profesora del departamento de Psicopedagogía del Centro Universitario Villanueva. Asesora en la consulta de Relaciones Familiares del Instituto Valenciano de Fertilidad, Sexualidad y Relaciones Familiares. Coordinadora del Diploma de Orientación Familiar de la Universidad libre de las Américas. [cursos@ivaf.org]

Tal como ha señalado Benedicto XVI “Hay una necesidad urgente de que toda la comunidad cristiana recupere el aprecio de la virtud de la castidad... esta implica un aprendizaje del dominio de sí, que es una pedagogía de la libertad humana”.

Introducción

Esta ponencia se sitúa en el III Congreso Internacional en Reconocimiento de la Fertilidad cuyo lema es *De la excelencia de la Investigación y la docencia hacia una responsable paternidad*. Mi punto de vista es pluridimensional, desde la experiencia que me proporciona la docencia en la universidad Villanueva¹, la atención de la consulta de Relaciones familiares del Instituto Valenciano de Fertilidad, Sexualidad y Relaciones Familiares IVAF², la colaboración con el servicio “Ser familia”³ de la Universidad Católica de Valencia, y la coordinación del Diploma en Orientación Familiar de la Universidad Libre Internacional de las Américas ULIA⁴. Bien conocen mis colegas que la psicología (ciencia de la psique) se interesa por todo lo específicamente humano, y los psicólogos solemos desarrollar nuestra actividad simultáneamente en diversos campos.

Esta particular atalaya me permite constatar lo que resaltaba Benedicto XVI en el congreso que reunió en Roma a expertos de todo el mundo convocados por el Consejo Pontificio de la Familia con ocasión del 30 aniversario de la constitución apostólica Familiaris Consortio (22.XI.1981). Al recibir a los asistentes les señalaba: “*El eclipse de Dios se debe a la difusión de ideologías contrarias a la familia*” tal como relata Rafael Navarro Valls, uno de los asistentes al congreso.

El citado autor ilustra con acierto: “*No exageraba el Santo Padre. Un ácido ejemplo mediático bastará para definir la seriedad del momento histórico por el que pasa la familia. Los periódicos americanos suelen concretar en pocas palabras el momento de la vida que define a cada generación. Así, dirigiéndose a los que vivieron los años cuarenta, la pregunta clave suele ser: “¿Dónde estaba usted cuando los japoneses atacaron Pearl Harbor? Para los baby boomers (los nacidos entre 1945 y primeros años de los 60) las preguntas son: “¿Dónde estaba cuando Kennedy fue asesinado?” o “¿Qué estaba haciendo cuando renunció Nixon? Para los que vivían el 11 de septiembre de 2001, la pregunta suele ser: ¿“Dónde estaba usted cuando se derrumbaron las torres del World Trade Center”? En fin, para la generación X, es decir para los nacidos entre 1965 y 1980, sólo hay una pregunta: “¿Qué edad tenías cuando tus padres se divorciaron?”. Interrogante que peligrosamente se acerca a niños de edad inferior”⁵.*

La propuesta sencilla y eficaz, es que la familia es el mejor instrumento para revertir la situación social descrita. Los padres, con su testimonio personal -única educación real para sus hijos- deben ser capaces de ofertar la verdadera antropología que late bajo la bíblica *una caro*.

Desde mi reflexión y experiencia personal llego a la misma conclusión: la paternidad responsable implica transmitir a los hijos una vivencia del amor humano tal, que genere el deseo de formar una familia similar, en la que la apertura a la vida y el don sincero de sí mismos sean los elementos configuradores.

Al abordar el tema *Desarrollo Socio-afectivo* en la asignatura *Psicología evolutiva y de la educación* en el Grado de Magisterio, he podido constatar hasta qué punto la ingeniería social propugnada por la ideología de género va calando en la mentalidad de los universitarios.

1 Centro Universitario Villanueva (adscrito a la Universidad Complutense) <http://www.villanueva.edu>

2 Instituto Valenciano de Fertilidad, Sexualidad y Relaciones Familiares <http://www.ivaf.org/>

3 Universidad Católica de Valencia, servicio “Ser Familia” https://www.ucv.es/servicios_1_7.asp

4 Universidad Libre Internacional de las Américas <http://www.ulia.org/dof/>

5 Navarro-Valls Rafael “¿Qué edad cuando tenías tus padres se divorciaron?” en <http://www.zenit.org/rssspanish-41116> 14/12/2011

Al trabajar el documento *¿Qué es la ideología de género?*⁶ en grupos cooperativos, todas las tesis relacionadas con *la sexualidad integrada en la persona como manifestación del amor*, eran clasificadas como ideas religiosas restrictivas y no como lo que la naturaleza humana reclama por la misma felicidad y dignidad de la persona.

Lo expone admirablemente Jorge Escala en su libro⁷ al afirmar que Occidente ha perdido su *ethos* común aquello por lo que un pueblo estima lo que está bien y lo que está mal desde lo más profundo de su corazón al margen de lo que digan las leyes; en su lugar se ha instalado el liberalismo y la moral parece ser una cuestión privada. También este autor indica que el modo de “deconstruir” ese error es presentar testigos de la verdad; familias en las que se experimenta el amor incondicional de la madre y la autoridad amorosa del padre que pone límites. Estos testimonios creíbles constituyen la mejor vacuna ante la ideología de género.

El informe anual de la fundación encuentro⁸, destaca también como en estos momentos de crisis financiera, la familia es el lugar en el que la persona se construye y se *reconstruye*, siendo el capital familiar el principal patrimonio del país, un lugar de reencuentro donde la persona recupera la confianza en la sociedad y en sí misma, donde se forja la capacidad de resiliencia y la esperanza en el futuro. Si todo falla, la familia permanece! Y uno puede recomenzar; pero si la familia falla... Hay otras familias en nuestro entorno que funcionan y proyectan una fuerza que atrae irremisiblemente. Todos tenemos en lo más íntimo de nuestro ser deseos de verdad, bien y belleza; como dice el refranero popular: *la verdad es redonda, cae por su peso*.

Esta es la experiencia que narra Richard Cohen autor de un libro respetuoso e imprescindible⁹. Todos los especialistas le decían que no había nada que hacer, que había nacido así y tenía que ser y vivir como una persona homosexual. El, sin embargo, tenía el sueño de formar una familia, casarse y tener hijos (como así ha ocurrido) y no se dio por vencido. En su caso fue la fuerza de la verdad sobre la familia la que le prestó energía para luchar en su propósito; pero... ¿cuántas personas se habrán quedado en el camino?

Urge que estos temas se aborden en el ámbito familiar donde los padres presentan un testimonio elocuente sobre la manera de vivir el amor responsable. Es en la familia donde se aprende a desarticular los argumentos relativistas que inundan nuestra sociedad y a desenmascarar la falacia del *todo vale*.

Los hijos deben percibir como, respetando a cada persona, no se puede aceptar cualquier opinión; que los argumentos se estudian y se aceptan como verdaderos o falsos; que no todas las opciones son correctas ni están de acuerdo con la naturaleza humana y su felicidad. Hay que diferenciar a la persona y sus opiniones sin necesidad de caer en descrédito y ser tachado de intolerante.

En este sentido, un debate candente en muchos países es el de llamar matrimonio a la unión entre homosexuales. Desde las páginas del Telegraph, el cardenal Keith O'Brien, arzobispo de Edimburgo, ha escrito que *“no podemos ser indulgentes con esta locura”*. Argumenta: *“Desde la superficie, la cuestión del matrimonio entre personas del mismo sexo puede parecer inocua”*, pero *“la redefinición tendrá hondas implicaciones”*, por ejemplo, *“en qué se enseña en los colegios”* y se admite socialmente. *“Se redefinirá la propia sociedad, ya que la institución del matrimonio es uno de sus fundamentos”*¹⁰. Es decir, no da igual: la familia si importa!

6 Almazora Óscar “¿Qué es la ideología de género” en <http://conelpapa.com/ideologia/index.htm> 15/09/2011

7 Scala, Jorge (2010) *La ideología de género o el Género como herramienta de poder* Ed. Sekotia

8 Fundación Encuentro Centro de Estudios del Cambio Social España 2011 una interpretación de su realidad social <http://www.thefamilywatch.org/doc/doc-0274-es.php> 20/12/2011

9 Cohen, Richard (2012) *Comprender y Sanar la Homosexualidad* Ed: LibrosLibres

10 Benjumea Ricardo “Batalla por el matrimonio” en http://www.alfayomega.es/Revista/2012/777/12_mundo1.php 15/03/2012

Llaman la atención iniciativas como la de la revista digital Mercator.net, con su nuevo blog Conjuality. Su responsable, el periodista Michael Kirke, ha puesto el dedo en la llaga, al afirmar que el matrimonio homosexual no es más que la evolución lógica tras “décadas de divorcio, infidelidad y contracepción”, que han erosionado la concepción de esta institución, convirtiéndola en una simple oferta a la carta, al gusto del consumidor”¹¹. Cuando es la propia arbitrariedad la que define lo que son las cosas, todo se desdibuja deslizándose por un peligroso plano inclinado hasta romper su esencia original. Es la tentación primera, la ruptura de vínculos, la posesión de la autonomía total, la libertad ilimitada del *seréis como dioses*¹².

Esta situación no es exclusiva de la nuestro ámbito. Como señala Matthew Fforde “*Occidente parece estar exportando ahora su cultura materialista y desocializada (centrada en que el hombre no posee un alma y en que la verdad es relativa)*”¹³. Quiero llamar la atención en el aspecto paradójico del término que emplea este autor: *sociedad desocializada*. Pone de manifiesto una vez más la ruptura de los vínculos que nos proporcionan soporte y apoyo para mantenerse en pie. En algunos ambientes, como amargo resultado de la penetración de la ideología de género, se eclipsa el autentico significado de la familia y de Dios (del que la familia es reflejo). El relativismo ha fragmentado nuestro *ethos* común, redefiniendo el matrimonio, la familia y por tanto la sociedad. Ahora cada cual puede diseñar su proyecto personal y familiar “a la carta” sin referentes ni límites.

Esta pretendida libertad, esta ruptura de vínculos, lejos de satisfacernos, crea ambientes y personas tristes, llenas de miedos y ansiedades. Un estudio publicado en la revista Family Relations¹⁴ -Life Site News- pone de manifiesto que el miedo al fracaso es el causante de buena parte del descenso de matrimonios en EE UU. También nuestras consultas se llenan de niños con *presuntos trastornos* de aprendizaje, hiperactividad, desmotivación, etc. que enmascaran en realidad una clara demanda de atención de sus padres.

También son numerosos los adolescentes inseguros, con baja autoestima; y en ocasiones los esfuerzos terapéuticos se tienen que dirigir incluso a frenar la violencia en familias donde la figura del padre ha desaparecido.

Un reciente estudio de la Universidad de Melbourne¹⁵ destaca la figura del padre en la prevención de la violencia juvenil, demostrando que la presencia paterna masculina asidua es especialmente eficaz para prevenir los delitos de comportamiento violento en los hijos, sobre todo si es el padre biológico. También una de las conclusiones de mi tesis doctoral¹⁶ subraya la necesidad de la autoridad en la familia, sugiriendo que la consecución de autonomía emocional en la adolescencia refleja en realidad desapego, construcción inadecuada de la identidad, y constituye un factor de riesgo para futuros problemas de conducta.

Está claro que el *amor post-it*¹⁷ que pretende sustituir al amor soldadura, tal como expresa con humor José- Jaime Rico en su reciente libro nos deja inseguros, colgados en la cuerda floja con un equilibrio inestable.

11 Ibid 6

12 Génesis 3,5

13 Forde, Matthew (2011) “Los obstáculos y las esperanzas de libertad en un mundo globalizado” Actas XIII Congreso Católicos y Vida Pública Universidad CEU San Pablo

14 Baklinski, Thaddeus (2011) Young couples not marrying due to fear of divorce Universidad Cornell

15 Melbourne University (2011) National Longitudinal Study of Adolescent. Health Institute of Applied Economic and Social Research

16 Alonso Stuyck, P (2005) Discrepancia entre padres e hijos en la percepción del funcionamiento familiar y desarrollo de la autonomía adolescente <http://www.tesisred.net/handle/10803/10224>

17 Rico Iribarne, J.J. (2011) Comprometerse con el amor autentico: las claves del matrimonio Ed. Palabra

Es fácil pensar: *¿qué pinta una institución en una historia de amor?* Pero pronto nos damos cuenta de que deseamos ser socialmente reconocidos por nuestros padres, que esas instituciones que parecen estorbar el amor en realidad lo ayudan y protegen.

De hecho, tal como he tenido ocasión de aprender en la unidad de familia de la Fundación Humanae¹⁸ el papel de los miembros de la familia agiliza las terapias psicológicas de cualquiera de sus miembros, en especial de aquellos casos en que la voluntad de la persona se halla debilitada. La *evaluación multifuente* (lo que en ámbitos empresariales se designa como evaluación 360º) genera en la persona una percepción de no estar sólo, de contar con un equipo, y dota al terapeuta de recursos inimaginables y sobre todo de datos fiables.

En la consulta de Relaciones Familiares del Instituto Valenciano de Fertilidad, Sexualidad y Relaciones Familiares con frecuencia observo que los conflictos que en ocasiones parecen irresolubles no están originados habitualmente por patología psiquiátrica. Lo más habitual es constatar que son las tendencias temperamentales no corregidas las que tornan insostenible la convivencia. De hecho han proliferado los diagnósticos de *Trastornos de personalidad*, cuando en realidad se trata de una falta de conocimiento personal, *insight*, que deviene en una ausencia de lucha por forjar el carácter, tal como señala acertadamente el Dr. Joan de Dou, director del Máster Universitario en Terapia familiar de la Universidad Internacional de Cataluña¹⁹ al explicar este tipo de trastornos. Lo que en ocasiones se señala como necesidad de educación emocional, de aprender a manifestar los propios sentimientos con asertividad, sin herir a la persona que nos produce sufrimiento o malestar, en realidad refleja necesidades de sentido más profundas. Así las soluciones que se esgrimen van dirigidas a adquirir técnicas de comunicación, asertividad, resolución de conflictos... lo que supone “poner un parche” en lugar de arreglar la gotera.

Frente a la herencia que nos ha legado la revolución sexual se alza la revolución del amor sólido. Son muchos los jóvenes que quieren volver a la verdad sobre la persona, el amor, el bien y la belleza. Llena de esperanza comprobar cómo la vivencia de la verdadera sexualidad humana genera familias felices, llenas de energía, que transmiten a su entorno atractivos modelos parentales basados en el autodomínio y el amor auténtico, toda una pedagogía de la libertad humana que facilita la comprensión y vivencia de unas relaciones sexuales satisfactorias. La experiencia familiar crea una auténtica certeza sobre la verdadera sexualidad: efectivamente la familia es causa, razón y fin de la misma.

Nos cuenta Ignacio Ibarzabal²⁰ cómo Zygmunt Bauman, sociólogo polaco de origen judío, ha tenido gran éxito editorial describiendo nuestra sociedad “líquida”. Uno de sus libros, *Amor líquido*, captura el mensaje de la posmodernidad sobre las relaciones sexuales: hoy los vínculos son frágiles, débiles, casi etéreos.

“Durante los últimos años han surgido iniciativas de jóvenes en todas partes del mundo contra la instrumentalización de la sexualidad y a favor de su personalización a partir del amor. El movimiento más fuerte se ha dado en los EE.UU. y comenzó en febrero de 2005, en la prestigiosa Universidad de Princeton, con el lanzamiento de The Anscombe Society. Esta sociedad reunió a un grupo de estudiantes que -tal como relata Ryan T. Anderson, uno de sus fundadores- estaban cansados de la deshumanizante cultura de los campus universitarios y buscaban señalar una alternativa, una forma más excelente de celebrar la sexualidad humana. La noticia circuló rápidamente por medios como The New York Times y el modelo se replicó vertiginosamente en otros lugares. Hoy contamos grupos idénticos en más de 30 universidades e incluso se ha fundado una nueva organización, Love and Fidelity Network, dedicada exclusivamente a equipar con recursos y entrenamiento a estos jóvenes para que puedan, en ámbitos hostiles, promover sus ideas.”

¹⁸ Fundación Humanae <http://www.fundacionhumanae.org/>

¹⁹ Universidad Internacional de Cataluña <http://www.uic.es/es/terapia-familiar>

²⁰ Ibarzabal, I. (2011) “La rebelión del amor sólido artículo” La nación, Argentina 08/02/2011

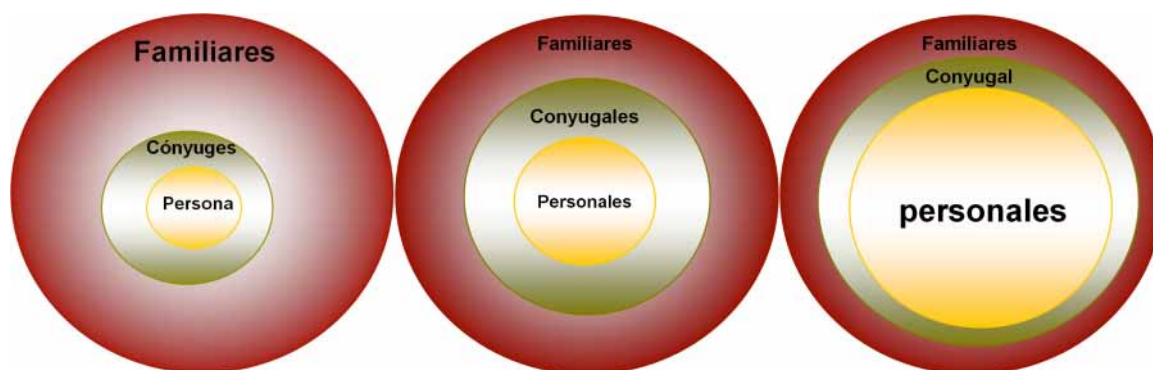
En una sociedad en la que se extienden las terapias Neurolingüísticas, donde se aprende un lenguaje interior positivo, motivante, realista, que dota a las personas de recursos para afrontar con éxito sus tareas y desafíos, es un reto urgente enseñar que el lenguaje del cuerpo es un lenguaje de amor. Para acogerlo esta comunicación vital se necesita una maduración real a fin de llegar a ser “*dos cuerpos y una carne*”²¹. Esta realidad identifica la unidad del origen y fin del género humano. Si este lenguaje no se aprende, la sexualidad queda reducida a deseo, a una sed que rompe a las personas en su intimidad; en definitiva se transforma de entrega complementaria en un consumo... y no se puede *consumir personas*.

Hemos sido creados como un Don y tarea. Constitutivamente nos configuramos recibiendo y donando. El don recíproco –entrega y acogida- cambia el deseo de inmediata posesión dándole otra dimensión y abarcando todo el ser personal²². Los dos modos de ser persona, y por tanto la masculinidad y feminidad, se construyen bajo esa dinámica: actividad y acogida. Para ambas tareas: dar y recibir, hace falta un requisito imprescindible: poseerse. El trabajo de orientación y la tarea terapéutica, al final van encaminados a ese objetivo: el autodomínio.

Solo partiendo de esa libertad esencial, de la capacidad de disponer de uno mismo, se pueden afrontar los demás objetivos de la convivencia. Cuando una persona se puede apoyar en si misma puede empezar a *tender puentes* que permanezcan. Tanto en la consulta de Familia como en el aula, es un reto apasionante enseñar a tender puentes²³ duraderos en la relaciones; la consistencia de su construcción está subordinada a un correcto *autosistema personal* (auto-concepto/control/estima) Desde un auténtica aceptación, conocimiento y dominio propio se está en condiciones de poder amar, entregándose y acogiendo al otro yo, siendo *dos en una sola carne*, practicando el auténtico lenguaje del cuerpo.

La autenticidad de los vínculos deriva de aquellos que nos sitúan y mantienen en nuestro verdadero ser: relaciones amorosas y agradecidas con Dios y los demás. Esa *lógica del amor* contiene la fuerza para restaurar esta sociedad individualista, llena de personas fragmentadas, desorientadas y solas. De esta manera, el análisis atento de los programas y terapias orientadas a regenerar las relaciones²⁴, muestra la correlación entre las actitudes y hábitos promovidos desde una perspectiva pragmática y eficaz, con las siempre actuales virtudes cristianas que promueven el respeto hacia toda persona (dignidad humana) y la necesidad de la caridad como catalizador de la convivencia.

Con frecuencia me ayuda aplicar el esquema aprendido en la Unidad de Diagnóstico y Terapia Familiar²⁵ de la clínica Universitaria de Navarra. Está claro que la persona permanece cuando contrae matrimonio, y hay que seguir cuidando la conyugalidad cuando llegan los hijos y aumenta la familia. Si estos espacios no se respetan, en cualquiera de sus desproporciones o deformaciones, las relaciones se desestructuran y por tanto la sexualidad se desvirtúa, haciéndose en ocasiones costosa.



21 Génesis 2:24

22 Pérez Soba, J.J. "Llamados a amar" en http://www.ufv.es/docs/ponencia_dr_juan_%20perez-soba.pdf 02/10/2012

23 Trullols L.F. "Identificación sexual" en http://www.fiamcbarcelona2006.org/pdf/S1.3PsiCat_Trullols.pdf 06/10/2012

24 Cano Prous, A. "Depresión y Matrimonio" en <http://www.fluvium.org/textos/familia/fam285.htm> 02/10/2012

25 Unidad de Diagnóstico y Terapia Familiar http://www.unav.es/psiquiatria/asistencia/pagina_5.html

Un prestigioso autor, C. Luis en su libro *los cuatro amores*²⁶ expone como *cada clase* de amor puede contener al anterior (como las muñecas Rusas) y cuando así sucede la persona se desarrolla con una plenitud creciente hasta llegar a la caridad (amor de Dios hacia el hombre) Destaca también que se trata de un conocimiento experiencial; somos capaces de hacer tesis sobre temas humanos en los que nos encontramos en pañales, es esta una de las grandes paradojas de la persona, la desproporción entre lo que entiende, quiere y realmente hace. Fruto de la ruptura de nuestra armonía interna por el pecado original.

Otra enseñanza urgente es el *misterio del perdón*. Realmente nos hemos desacostumbrado a ofrecerlo y recibirlo. En el *stage* realizado en la consulta del Dr. Enrique Rojas²⁷, tuve ocasión de comprobar hasta qué punto las situaciones sostenidas de desencuentro, la forja de mundos y paradigmas independientes, está en ocasiones originada por unas relaciones sexuales reducidas o inexistentes. Son en esas ocasiones cuando se debe articular, a veces hasta con tintes teatrales, el proceso de la restauración a través de la disculpa, para llegar al encuentro. Especialmente en una sociedad en que el emotivismo ha sustituido la argumentación, en la que se confunde el respeto a las personas con la validación de sus opiniones, cobra especial relieve la necesidad de enseñar el dominio propio, también “cuando lo que toca es perdonar”

Sólo cuando uno se posee a sí mismo puede donarse totalmente al otro, consolidación de una vida familiar y social sana y estable. Tal como ha señalado Benedicto XVI²⁸ “Hay una necesidad urgente de que toda la comunidad cristiana recupere el aprecio de la virtud de la castidad... esta implica un *aprendizaje del dominio* de sí, que es una pedagogía de la libertad humana.

En el siguiente apartado, protocolo de atención, muestro algunos datos que es interesante recabar en la primera entrevista, junto a algunos ejemplos de las siguientes sesiones, con programas para potenciar o corregir actitudes básicas como proactividad o cordialidad en la relación. A pesar de la apariencia de un enfoque conductual, la entrevista se dirige a potenciar el desarrollo personal de los cónyuges. Este fin subyacente, propio de la logoterapia, que apunta a la parte sana de la persona (en lugar de al aspecto disfuncional o patológico) agiliza y refuerza la efectividad de la intervención.

Muchos de los instrumentos –cuestionarios y test- son los que habitualmente se emplean en la práctica clínica. Alguno de ellos más personales, los he añadido como anexos.

Es interesante no perder de vista que los matrimonios que acuden a una consulta de orientación familiar generalmente no buscan la separación (para eso se dirigen directamente a los abogados) sino que desean salvar su matrimonio. También que antes han intentado solucionarlo con ayuda, por lo que habrá que ayudarles a quitar prejuicios y ofrecerles la experiencia profesional de que es posible mejorar.

26 Lewis, C. S (1996) *Los cuatro amores* Ed. Ed. Rialp

27 Rojas, E. “El perdón es fundamental” en http://www.alfayomega.es/estatico/anteriores/alfayomega428/enportada/ep_reportaje3.html 06/10/2012

28 Benedicto XVI “Visita ad limina con los obispos de EEUU” en <http://www.noticiasglobales.org/documentoDetalle.asp?Id=1550> 09/03/ 2012

Protocolo atención

chequeo	Motivación para el cambio de cada miembro
	Oportunidad cada miembro para "ventilación" propia identidad
	Inventario de la historia y relación familiar: rastreo personalidad y genograma
	Evaluación de recursos y déficits de cada miembro: fortalezas y debilidades
	Antecedentes: percepción de los respectivos padres para conocer expectativas
	Modelo de interacción: estilo comunicación
	Capacidades para la empatía
	Entendido metas y objetivos preliminares del tratamiento
	Énfasis se pondrá en el presente y en el futuro y no en el pasado
	Comprometido a la asignación de tareas y asistencia
1ª sesión	Visión general: número y frecuencia de consultas
	Orientación. Compromiso con la terapia
	Determinación de los problemas y objetivos. Presente, no pasado: metas positivas, alternativas
	Conyugalidad y necesidades personales.
	Propuesta cambio: Practicar dar y recibir gratificaciones/Cuestionario áreas conyugalidad
2ª sesión	Revisión trabajo realizado
	modelado en consulta en dar y recibir gratificaciones, citar una gratificación que le gustaría recibir
	Afectividad y sexualidad: dar afecto importancia comunicación verbal y no verbal
	Propuesta cambio: agradecimiento de gratificaciones, petición de afecto físico
Ej: Actitud proactiva	¿Cuándo sientes que eres más proactivo?
	¿Cuándo eres más reactivo?
	¿Cuáles son las consecuencias de las conductas proactivas y reactivas en el ámbito del matrimonio?
	¿Qué puedes hacer para mostrar un comportamiento proactivo en lugar de reactivo?
	¿Considera que tu modo de reaccionar ante los problemas conyugales puede estar relacionado con el modo en que tus padres resolvían los problemas de su propio matrimonio?
	¿Qué situaciones conyugales son propensas a provocar comportamientos reactivos?
	¿Te dejas arrastrar por lo que te apetece en el momento, o te empleas en lo que deseas a medio plazo?
	Construye una respuesta proactiva en el ámbito conyugal
Ej: Mejorar convivencia	Anticiparse a una necesidad sin que el otro tenga que pedir ayuda
	Confiar , pensar bien del otro: la confianza genera confianza
	Conocer los gustos del otro y procurar complacerlos interesándose por ellos
	Cuidar con entereza en momentos de enfermedad y cuidarlo/la con esmero
	Dar al otro la dedicación de tiempo que le corresponde, no dejarse devorar por el trabajo
	Descubrir el anhelo de intimidad conyugal, sin pretexto de cansancio o dolor de cabeza
	Enmascarar los disgustos al llegar a casa para no contagiar
	Escuchar las nimiedades, tiene entidad porque son sus "cosas".
	No desprestigiar nunca al otro cónyuge ante los hijos o amigos
	Querer al cónyuge más que a todos los hijos juntos y demostrarlo
	Reconciliarse , no irse a la cama después de alguna bronca sin haber hecho las paces
	Recordar el día del santo y el cumpleaños, para dedicarle una mayor atención
	Secundar sin preocuparse tanto de quién manda, enorme libertad que hace falta para atarse
Sorprender con algo "no programado" que rompa la rutina	
Telefonar a la madre del otro cónyuge para decirle alguna cosa amable	
Instrumentos	Historia Clínica
	Cuestionario áreas conyugales / Genograma
	Test Rasgos Personalidad IPDE (DSM-IV) / Rastreo de personalidad
	Escala autoaplicada para evaluación de la Depresión de Beck/ Cuestionario sobre síntomas de ansiedad
	Test Afectividad/ Test Asertividad
	Evaluación Multifuente

Conclusiones

La principal conclusión sacada de la consulta de relaciones familiares en el IVAF, es la importancia de realizar una tarea preventiva en la familia y la escuela. Sabemos que el ámbito privilegiado para transmitir una profunda educación para el amor es el hogar, a través del testimonio de los padres. Para aquellas familias en las que se vive bien este aspecto, subrayar que se haga desde una auténtica y verdadera alegría, no como una imposición o límite externo, sino con la seguridad de quien sabe que es la mejor manera de ser feliz.

En la familia, la corrección de temperamentos difíciles y el control del propio carácter, se puede hacer de manera lúdica. En esta tarea cuentan con la inestimable ayuda del tutor del colegio de sus hijos, figura significativa que ejerce un segundo rango de influencia. El dominio personal, la búsqueda de la normalidad dentro del propio temperamento y personalidad, capacita para establecer relaciones auténticas, amorosas y estables. Gran parte de las consultas en el terreno familiar cuya demanda surge de problemas en la comunicación sexual, las evitaríamos con esta auténtica labor de prevención. La educación de la sexualidad desde el reconocimiento de la fertilidad que se imparte en el programa *SABE Educadores y Escolares* del IVAF constituye una prevención adecuada, brinda una estupenda ayuda a los padres y profesores así como a los propios niños y adolescentes quienes se plantean como fruto de las sesiones, con ayuda de sus padres y profesores, cómo pueden mejorar y lo intentan y van adquiriendo las virtudes por amor, para hacer felices a los demás y prepararse para conformar una familia lo mejor posible.

Bibliografía

- Cohen, Richard (2012) *Comprender y Sanar la Homosexualidad* Ed: LibrosLibres
 Gervilla, E. (Coord) (2003) *Educación familiar* Ed. Narcea, Madrid:
 Irala, J. y Gómara, I. (2012) *Pautas para una educación afectivo-sexual*. Ed: Universitas.
 Isaacs, D. (2003) *La educación de las virtudes humanas y su evaluación* Ed: EUNSA
 Lewis, C. S (1996) *Los cuatro amores* Ed. Ed. Rialp
 Pérez-Soba J.J. *El corazón de la familia* (2008) Ed: Facultad de Teología San Dámaso
 Polaino- Lorente, A. (2004) *Familia y autoestima* Ed Ariel
 Polaino- Lorente, A. (2007) *Diez principios relevantes para la mejora de la familia en el siglo XXI* Ed CEU
 Rico Iribarne, J.J. (2011) *Comprometerse con el amor auténtico: las claves del matrimonio* Ed. Palabra
 Rojas, E. (2008) *El amor inteligente* Ed: Temas de Hoy
 Wojtyla Karol (2011) *Amor y responsabilidad* Ed Palabra

Anexos

- 1: Ficha 1ª entrevista
- 2: Rastreo psicológico
- 3: Áreas de relación conyugales

Anexo 1: Ficha 1ª entrevista

MATRIMONIO O PAREJA

1ª visita

Ref	Fecha
Nombre	
Edad	
Profesión	
Domicilio	
Teléfonos	

Relación entre ellos

Fecha de inicio

Nombre y edad de los hijos =

Otros matrimonios o parejas

Hijos de anteriores uniones

Otras Personas a su cargo

Intervenciones de otros profesionales

Grado de compromiso con la terapia (Bajo-Medio-Alto) El/ Ella

Historia de la pareja (Cómo se conocieron, qué les enamoró, tiempo de noviazgo, problemas durante el noviazgo, por qué se casaron, etc.)

ENTREVISTA CON ÉL/ELLA

Quejas o motivo de la consulta

Otros problemas individuales

Relaciones con su familia de origen

Qué espera de la consulta

Perfil de su pareja ideal (de 8 a 10 rasgos)

Rasgos (tanto físicos como psicológicos)	pareja ideal	pareja propia
1.		
2.		
3.		
4.		
5.		
6.		
7.		
8.		
9.		
10.		

Interpretación del problema por mi parte

Objetivos

Trabajo propuesto

Observaciones

Hora de inicio:

Hora de fin:

Próxima visita:

Anexo 2: Rastreo psicológico

- Retrato de mi personalidad: ¿Cómo soy, cómo es mi forma de ser?
- Pequeño retrato autobiográfico: infancia, adolescencia, primera juventud, etapas adultas, temprana y tardía... hasta este momento
- Principales influencias en mi vida y en mi personalidad
- Traumas vividos: impactos emocionales que han dejado una huella importante en mi vida
- Cambios en la personalidad: qué le quitaría y qué le añadiría para alcanzar un mayor equilibrio psicológico.
- Relación con los miembros de la familia con la que se convive (padre, madre, mujer, marido, hermanos, hijos...)
- Objetivos a corto y medio plazo
- Psicofármacos tomados hasta el momento, efectos generales, secundarios y duración de dicha administración. Incompatibilidad con algún medicamento.
- Relato de las actividades en un día normal y en un fin de semana
- Aficiones y círculo de amistades

Anexo 3: Áreas relación

Nombre

Fecha

COMUNICACIÓN	Casi nunca	A veces	Bastante	Casi siempre
¿Le gusta comentar las cosas con él/ ella?				
¿Explica a su pareja las cosas que le preocupan?				
¿Le escucha su pareja con atención?				
¿Le interesa lo que él/ella le explica?				
¿Escucha los consejos de él/ella?				
¿Le mira él/ella cuando le habla?				
¿Encuentran a diario un rato para charlar?				
¿Llegan a un acuerdo tras una discusión?				
¿Le gustaría tener más tiempo para hablar con él/ella?				
¿Es usted sincero con él/ella?				
¿Se siente satisfecho después de hablar con él/ella?				
¿Cree usted que su comunicación es buena?				
¿Cree usted que su comunicación es suficiente?				
¿Se siente usted cómodo/a hablando con ella/él?				
¿Se apoyan entre sí cuando comentan cosas con otras personas?				
¿Apoya lo que él/ella ha dicho a sus hijos?				
¿Apoya él/ella lo que usted ha dicho a sus hijos?				
¿Cree usted que ceden por igual ante una discusión?				
¿Cree que son capaces de llegar a un acuerdo y respetarlo?				
¿Se siente usted cómodo con la mirada, el volumen y tono de voz con				

DEMOSTRACIONES DE AFECTO	Casi nunca	A veces	Bastante	Casi siempre
¿Su pareja le besa?				
¿Es cariñoso con usted?				
¿Le deja él/ella conocer sus sentimientos?				
¿Se da cuenta si usted está triste, preocupado/a?				
¿Le hace saber él/ella lo que le ha disgustado?				
¿Le perdona ella/él sus fallos?				
¿Se disculpa él/ella cuando se ha equivocado?				
¿Le prepara él/ella sorpresas?				
¿Le echa usted de menos cuando él/ella está ausente?				
¿Le gustan las atenciones que recibe de él/ella?				
¿Le gusta cómo él/ella se arregla?				
¿Le elogia él/ella cuando usted se arregla?				
¿Le pregunta él/ella cómo le ha ido el día?				
¿Recuerda él/ella su aniversario?				
¿Le ayuda él/ella a sentirse cómodo cuando usted no conoce a la				
¿Le llama él/ella por teléfono sólo para decirle «¡hola!»?				
¿Se arregla usted para gustarle?				
¿Le apetece a usted prepararle sorpresas?				
¿Le apetece estar con él/ella?				
¿Le agradece él/ella sus detalles?				

RELACIONES SEXUALES	Casi nunca	A veces	Bastante	Casi siempre
¿Le satisface su vida sexual?				
¿Le satisface la frecuencia de relaciones que mantienen?				
¿Se dan a conocer sus deseos durante la relación sexual?				
¿Le satisface la duración de sus relaciones sexuales?				
¿Le gusta cómo él/ella le acaricia?				
¿Le gusta cómo se comporta él/ella durante sus relaciones sexuales?				
¿Le gusta cómo él/ella responde a sus peticiones de tipo sexual?				
¿Tiene usted ganas de mantener relaciones sexuales?				
¿Se excita durante sus relaciones sexuales?				
¿Llega al orgasmo en sus relaciones sexuales?				
¿El coito es agradable para usted?				
Cuándo surgen problemas sexuales, ¿suelen hablar de ello a fin de buscar soluciones?				

FILOSOFÍA DE LA VIDA	Casi nunca	A veces	Bastante	Casi siempre
¿Cree que el tipo de vida que llevan le permite a usted evolucionar como individuo?				
¿Suelen enriquecerse mutuamente al exponer sus ideas ético religiosas?				
¿Suelen disfrutar ambos al comentar cuestiones sociopolíticas?				
¿Comparten un interés parecido hacia las amistades que frecuentan?				
¿Están de acuerdo cuando planifican o prevén las necesidades futuras?				
¿Les suelen entusiasmar situaciones parecidas?				
¿Mantienen un nivel de actividad satisfactorio para ambos?				
¿Disfrutan ambos planeando sus salidas, sus vacaciones, las diversiones conjuntas?				
¿Están los dos de acuerdo en el tipo de vida que llevan?				
¿Le resulta un aliciente que él/ella le plantee planes imprevistos o no prefijados?				

ECONOMÍA Y GASTOS	Casi nunca	A veces	Bastante	Casi siempre
¿Está usted a gusto con la actual organización económica de su casa?				
¿Acostumbran a ponerse de acuerdo en cómo gastar un dinero extra?				
¿Suele disponer de dinero para sus gastos personales?				
¿Es responsable su cónyuge en lo que respecta al dinero?				
¿Está usted a gusto con la cantidad que cada uno aporta a la economía doméstica?				
¿Se siente usted libre para decidir cómo gastar un determinado dinero?				
¿Su relación está libre de problemas económicos graves?				
¿Está su cónyuge satisfecho respecto a cómo administra usted el dinero?				

ECONOMÍA Y GASTOS	Casi nunca	A veces	Bastante	Casi siempre
¿Suelen ponerse de acuerdo acerca de las pautas educativas a seguir?				
¿Colaboran ambos en la aplicación de dichas pautas?				
¿Intentan dedicar un rato a diario a charlar con sus hijos?				
¿Disfrutan de actividades de ocio todos juntos al menos una vez por semana?				
Cuando hay que tomar una decisión importante (escuela, asistencia médica, etc.) ¿suelen ponerse de acuerdo?				
¿Cree usted que su cónyuge dedica suficiente tiempo a sus hijos?				
¿Respeta y apoya su cónyuge sus decisiones ante los hijos?				
¿Considera usted a su cónyuge un buen padre/madre?				
¿Es compatible para usted el cuidado y educación de los hijos y la dedicación a la pareja?				
¿Cree que el cultivo de su vida de pareja es tan importante como la educación de los hijos?				

TAREAS DOMÉSTICAS	Casi nunca	A veces	Bastante	Casi siempre
¿Comparte las responsabilidades y tareas del hogar?				
La distribución de tareas en casa, ¿se hace en función del tiempo disponible de cada uno?				
¿Cree que su pareja es competente en las tareas que le corresponden?				
¿Le expresa su pareja su satisfacción por la forma en que usted lleva a cabo su parte en las tareas?				
El reparto de las tareas domésticas, ¿se ha ido actualizando en función de los cambios que van ocurriendo?				
¿Está usted satisfecho del actual reparto de responsabilidades domésticas?				

TIEMPO DE OCIO	Casi nunca	A veces	Bastante	Casi siempre
¿Está usted satisfecho/a con la cantidad de tiempo que dedican al ocio?				
¿Le gustan a usted el tipo de actividades que suelen realizar en su				
¿Suelen planear juntos las actividades para el tiempo libre?				
¿Considera que sus ratos de ocio son suficientemente variados?				
¿Dispone usted de tiempo para dedicarse a sus hobbies personales?				
¿Intentan satisfacer los gustos y aficiones de cada uno cuando planean su tiempo libre?				
¿Acostumbran a hacer las vacaciones juntos?				
¿La vida en común le ha resultado compatible con el mantenimiento de sus aficiones preferidas?				

AMISTADES	Casi nunca	A veces	Bastante	Casi siempre
¿Está usted satisfecho con las amistades que frecuenta?				
¿Está usted de acuerdo en el tiempo que dedican a encontrarse con sus amigos?				
¿Le gusta a usted el comportamiento de su pareja cuando están con sus amigos?				
¿Le complacen las actividades que suelen realizar cuando salen con sus amigos?				
¿Considera usted que la relación que mantienen con las amistades actuales ayuda a enriquecer su relación de pareja?				
¿Su pareja acepta a sus amistades personales?				
¿Se siente usted cómodo con los amigos de su pareja?				

RELACIÓN CON FAMILIARES PRÓXIMOS	Casi nunca	A veces	Bastante	Casi siempre
¿Está satisfecho con la relación que mantiene con su familia?				
¿Cree que su compañero/a dedica a su familia el tiempo necesario?				
¿Ve a su familia cuando lo desea?				
¿Ve a la familia de él/ella cuando lo desea?				
¿Están de acuerdo acerca del trato a dispensar a sus familiares respectivos?				
¿Le parece bien la frecuencia con que él/ella ve a su propia familia?				
¿Se siente usted aceptado por la familia de él/ella?				
¿Están de acuerdo con los favores que pueden dispensar a su familia?				
¿Están de acuerdo en los favores que reciben de la familia?				
¿Están de acuerdo con la frecuencia en que sus familiares les visitan?				

RECONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD Y RELACIONES FAMILIARES.

M^a Paz Mínguez Estevan.

Resumen

En la consulta de orientación familiar es una gran ayuda la enseñanza de los Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad (MRF) por su gran valor educativo que irradia a toda la familia. Enseñar los MRF desde el Área del Reconocimiento de la Fertilidad (ARF) aporta en el contexto familiar una auténtica educación para la vida. Aprender a reconocer la fertilidad nos enseña a conocer nuestro cuerpo, valorarlo y cuidarlo en beneficio de nuestra propia salud, nos enseña también el valor y la dignidad de toda vida humana y nos ayuda a descubrir el valor de la maternidad y paternidad. Esta educación para la vida repercute en las relaciones familiares, las beneficia y afianza.

Aprender el MRF no se resume en un método «natural» en el sentido de carente de efectos secundarios. Siendo esto muy importante y que la fertilidad permanezca intacta, sin embargo lo es más el aprendizaje del autodomínio. Juan Pablo II en sus catequesis sobre el amor humano dice que “no se trata meramente de una determinada técnica (...) sino de ética en el sentido propio de la palabra, de la moralidad de un modo de comportamiento”¹. El autodomínio, combinado con el aprendizaje de los signos de la fertilidad característico de los métodos que ayudan a reconocerla, es lo propio a la dignidad de la persona humana. Anclados en valores y virtudes como el valor de la espera y del compromiso, el valor de la fidelidad y la virtud de la castidad, los métodos de reconocimiento de la fertilidad (MRF) se ponen al servicio de la paternidad responsable. Por ello, sólo mediante los MRF es posible vivir el amor de manera digna, verdaderamente humana², fortaleciéndose la unión conyugal y las relaciones familiares.

La educación en el reconocimiento de la fertilidad es una educación para el amor desde una antropología adecuada; es decir, es toda la persona la que es educada, cuerpo, psique y espíritu. También en el contexto familiar los hijos aprenden que el amor no es sólo cosa del cuerpo, o del sentimiento o del espíritu.

Por todo ello, las relaciones familiares se ven beneficiadas por la educación en el reconocimiento de la fertilidad por ser una educación responsable.

Palabras clave: Reconocimiento de la fertilidad, Relaciones Familiares, Responsabilidad procreativa, Educación para la Vida, Educación para el amor, Castidad, Dominio de sí

¹ JUAN PABLO II, Catequesis sobre el amor humano 1981-1984

² Ibidem

M^a Paz Mínguez Estevan. Licenciada en farmacia por la Universidad de Valencia (España) y Máster en Ciencias del Matrimonio y la Familia por el Pontificio Instituto Juan Pablo II, sección española. Profesora del Instituto Valenciano de Fertilidad, Sexualidad y Relaciones Familiares (IVAF). [cursos@ivaf.org]

Una educación para la vida

“¡Respeta, defiende, ama y sirve a la vida, a toda vida humana!”³.

En su última encíclica, Benedicto XVI pone en el centro del verdadero desarrollo del hombre la apertura a la vida⁴. Cuando una sociedad niega la vida, acaba por ir en contra del mismo bien del hombre. Al igual que “cuando un matrimonio rechaza colaborar con Dios en la transmisión de la vida, es muy difícil que luego encuentren recursos para mantener el entendimiento mutuo”⁵.

Con la revolución sexual⁶ y la llegada de la píldora anticonceptiva en los años 60 las mujeres han ido aceptando como liberación sexual y progreso no tener hijos ó disminuir el número de hijos. La anticoncepción es una realidad que goza de reconocimiento social en mayor o menor medida, y en la mayoría de los casos las mujeres creen que hacen algo normal, convencidas de su “responsabilidad” en la transmisión de la vida. La mujer recién casada asume que de momento es mejor no tener hijos, y parece que tienen que darse muchas condiciones para tenerlos, por ejemplo cuando ya se han cumplido sus expectativas profesionales⁷. “En muchas ocasiones la vida no se ve ya como una bendición, sino como un peligro del que hay que defenderse”⁸.

Si es verdad, como dice Benedicto XVI, que la apertura a la vida está en el centro del verdadero desarrollo del hombre, que “la ciencia está llamada a ser aliada de la sabiduría” (FC 8), y que “cualquier acto matrimonial debe quedar abierto a la transmisión de la vida” (HV 11), entonces, ¿cómo educar para la vida hoy?, ¿qué aporta el aprender a reconocer la fertilidad?

Cuando aprendemos a reconocer la fertilidad favorecemos el conocimiento de nuestro propio cuerpo. El cuerpo de la mujer nos “habla” de la vida, si queremos escucharlo. Todo él se prepara, en cada ciclo, para acoger la vida: las hormonas, los folículos de los ovarios que van madurando, el moco cervical, las trompas de Falopio, el útero, las mamas, los ovocitos, etc. Todo tiene un sentido, una finalidad, las hormonas no actúan porque sí, ni ocurre la ovulación inesperadamente, sino que tienen que darse una serie de pasos anteriores. Toda una armonía perfecta. Esta armonía la podemos descifrar, podemos conocer nuestro cuerpo, saber, por ejemplo, en qué momento del ciclo estamos; algo muy sencillo que, sin embargo, muchas mujeres ignoran.

Para Pablo VI este conocimiento del cuerpo y de las “leyes biológicas que forman parte de la persona humana”⁹ es un aspecto esencial de la paternidad responsable. En efecto, no sólo se aconseja este conocimiento, sino que es necesario entre otros aspectos para que la procreación sea responsable, de acuerdo con la dignidad del hombre. Cuando la mujer aprende a reconocer la fertilidad su ansiedad y posible miedo a quedar embarazada disminuye y la fertilidad no se ve como una amenaza sino como lo que es, un bien de la persona.

3 JUAN PABLO II, Carta enc. Evangelium vitae 5.

4 BENEDICTO XVI, Carta enc. Caritas in veritate 28.

5 Homilía de Juan Pablo II, 25/IX/1993. Citado en JOSE PEREZ ADAN, VICENTE VILLAR AMIGO. Sexo: Razón y Pasión. Eunsa, p.37.

6 “La sexualidad se separa del matrimonio por una absolutización del amor romántico que huye de todo compromiso. Posteriormente, en una cultura hedonista se desvincula de la procreación” Cfr. CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA. Directorio de la pastoral familiar de la Iglesia en España, LXXXI ASAMBLEA PLENARIA, Edice, 2003, nº 11.

7 “La verdadera promoción de la mujer exige también que sea claramente reconocido el valor de su función materna y familiar respecto a las demás funciones públicas y a las otras profesiones. Por otra parte, tales funciones y profesiones deben integrarse entre sí, si se quiere que la evolución social y cultural sea verdadera y plenamente humana”. JUAN PABLO II, Carta enc. Familiaris consortio 23.

8 JUAN PABLO II, Carta enc. Familiaris consortio 6

9 PABLO VI, Carta enc. Humanae vitae, 10.

En efecto, Juan Pablo II decía “cuando la persona se haya dado cuenta de que la fecundación no se debe al azar ni a un concurso de circunstancias sino que es un hecho biológico esmeradamente preparado por la naturaleza (todos estos preparativos pueden seguirse en su organismo), su temor disminuirá y las posibilidades de controlar la concepción de manera racional y conforme a la naturaleza se harán reales”¹⁰.

El conocimiento de nuestro cuerpo cuando aprendemos a reconocer la fertilidad, nos lleva a valorarlo y a cuidarlo. El pudor del cuerpo pone de manifiesto el valor del cuerpo, su negativa a ser tratado como “algo que se usa como objeto de placer”, porque revela el valor de la persona. (Una chica cuando es violada está herida en su persona, le han hecho daño a ella, no podemos decir que sólo han forzado “su” cuerpo). Así, también valoramos nuestro cuerpo (porque daña nuestra persona) cuando decimos “no” a una relación prematrimonial, o extramatrimonial en el caso de personas casadas.

Por otro lado, aprendemos a cuidar nuestro cuerpo cuando mantenemos una alimentación adecuada, hacemos ejercicio, etc., y no dañamos (a veces irreversiblemente) nuestra fertilidad y nuestra salud con anticonceptivos¹¹. Es importante caer en la cuenta que los anticonceptivos no curan nada, y se dan a mujeres sanas cuando hay una alternativa mejor.

Los esposos que recurren a la continencia periódica mediante un método de reconocimiento de la fertilidad asumen la responsabilidad de un “hijo inesperado”, y no recurren al aborto. Esto lo he comprobado muchas veces. Están a favor de la vida. En cambio, los esposos que utilizan un método anticonceptivo y tienen un “contratiempo” es más fuerte la tentación de recurrir al aborto al no sentirse responsables de la nueva vida que entonces surja, pues anteriormente han despojado al comportamiento sexual concreto de su propiedad de ser causa del surgimiento de nueva vida¹².

Esto explicaría que estadísticamente donde aumenta la anticoncepción aumenta el número de abortos. “La tolerancia social frente a la anticoncepción; es más, su valoración como progreso y liberación sexual, lleva a una actitud asimismo tolerada socialmente de irresponsabilidad sexual, lo que significa precisamente que la mentalidad anticonceptiva se ha ido convirtiendo cada vez más en una *actitud básica* ante la vida muy generalizada. La difusión masiva de anticonceptivos no se explica por el hecho de que cada vez más personas empiecen a vivir la paternidad responsable, sino por las nuevas posibilidades de que se dispone ahora para tener, de forma bastante sencilla, *sexo sin hijos, safe sex*”¹³.

Es verdad que la anticoncepción se opone a la virtud de la castidad y el aborto viola el precepto divino “no matarás”. Son males desde el punto de vista moral distintos, dice Juan Pablo II en la encíclica *Evangelium vitae*, pero están íntimamente relacionados, como frutos de una misma planta.

10 KAROL WOJTYLA, Amor y responsabilidad, Plaza & Janes (1996), p.332

11 El Departamento de Salud y Servicios humanos de Estados Unidos hizo público su Décimo Informe sobre carcinógenos en 2002, incluyendo como sustancia que eleva el riesgo de desarrollar cáncer a los estrógenos esteroides utilizados en los anticonceptivos orales (AO). La FDA lo suprimió en el tratamiento postmenopáusico, pero lo silencian en los AO Cfr. <http://www.nih.gov/news/pr/dec2002/niehs-11.htm>

Y la misma Agencia Internacional de Investigación del cáncer (International Agency for Research on Cancer), con sede en Lyon, agencia de la Organización Mundial de la Salud (OMS), en su comunicado de prensa del 29 de julio de 2005 había constatado ya que los anticonceptivos orales combinados eran cancerígenos. En concreto es causa de cáncer de mama, cervical y de hígado. Además de otros efectos secundarios graves como las tromboembolias y la propensión a infecciones, especialmente por Clamydias, VPH, y otras. Cfr. Dr. Rudolf Ehmann. Fédération Internationale des Associations Médicales Catholiques. 2008. 40 años de encíclica HUMANAE VITAE desde la perspectiva médica. www.fiamc.org/fiamc/04texts/ehmann/HumanaeDeu79T.pdf. La anticoncepción oral envejece el cérvix, alterando las criptas productoras de moco. Cfr. E. ODEBLAD. Curso sobre Biología del cérvix (Abstrat).

12 Cfr. M. RHONHEIMER, Ética de la procreación, Rialp, p.117.

13 Op cit. p. 118.

Por ello, defender la anticoncepción para frenar el drama del aborto es una falacia, pues “los contravalores inherentes a la mentalidad anticonceptiva son tales que hacen precisamente más fuerte esa tentación, ante la eventual concepción de una vida no deseada”¹⁴.

Desde el punto de vista médico la línea divisoria entre anticonceptivos y abortivos es muy delgada. A la “píldora del día después”, que claramente tiene un efecto abortivo cuando se toma alrededor de la ovulación, se le llama “anticoncepción de emergencia”; y muchos anticonceptivos orales pueden actuar como abortivos. En efecto, el mecanismo de acción de los anticonceptivos orales de tercera generación no es sólo el mecanismo anovulatorio como los de primera generación, sino que actúan espesando el moco cervical, disminuyen la motilidad de las trompas y modifican el endometrio de manera que queda atrófico y es imposible la implantación. No se puede afirmar que no actuará como antiimplantatorio, y, por tanto, abortivo, cuando haya crecimiento folicular y en algún caso ovulación¹⁵.

Los padres que aprenden a reconocer la fertilidad y su autodomínio están educando a sus hijos de manera creíble. Los hijos que ven que sus padres asumen con responsabilidad un nuevo embarazo estarán más dispuestos en un futuro a defender la vida. Sin embargo, los padres que deseen una vida sexual sin responsabilidades, ¿con qué argumentos apartarán a sus hijos de un modo creíble, de sus reivindicaciones de libertad sexual?¹⁶ Y, ¿cómo convencerlos de que toda vida humana es digna de ser vivida en las últimas etapas de la vida, si en el comienzo de la vida la hemos despreciado?

La educación para la vida que está en la base de los métodos de reconocimiento de la fertilidad no es sólo el descubrir y manifestar el valor de la paternidad y maternidad terrestre, sino que desde el mismo momento de la concepción los esposos saben que sus hijos están destinados al cielo¹⁷. El Concilio afirma que el hombre “es la única criatura en la tierra a la que Dios ha amado por sí misma”¹⁸. Todo ser humano, incluso los enfermos crónicos, disminuidos físicos y psíquicos, incluso los que nacen con una enfermedad mortal, son amados por Dios, y están llamados a participar de su misma vida divina.

Esta dimensión trascendente es urgente recuperarla pues en no pocas amenazas de la vida (aborto, eugenesia y eutanasia) está como telón de fondo. Un ejemplo es el caso que expongo a continuación.

Caso de un matrimonio

Este caso ocurrió hace unos años en un Centro de Orientación familiar en el que colaboro como monitora de métodos de reconocimiento de la fertilidad y en temas de sexualidad en general.

Me llama por teléfono una mujer diciéndome que está embarazada y que es su tercer hijo. Por medio de una ecografía detectan que el feto tiene múltiples malformaciones y que se trata de una enfermedad genética incurable, Síndrome de Patau, una trisomía en el cromosoma 13. Debido a esto le comunican que si llega a nacer, a los pocos días o semanas, morirá, y que la supervivencia raramente supera el año de vida.

La mujer insiste que ella está en contra del aborto, incluso está en contra de que se aborte a fetos con síndrome de Down, y que no le importaría en absoluto tenerlo si fuera Down. Pero se estaba planteando abortar porque este síndrome era distinto, pues moriría al poco de nacer.

14 JUAN PABLO II, Carta enc. *Evangelium vitae* 13.

15 Cfr. ver el caso real en tema 5 del módulo sabe adultos dentro del itinerario de cursos de la sexualidad SABE del IVAF.

16 Cfr. M. RHONHEIMER, *Ética de la procreación*, Rialp, p. 119.

17 Cfr. JUAN PABLO II, Carta a las familias, 1994, Año de la Familia, n° 9 y 22^a.

18 Const past. *Gaudium et spes*, sobre la Iglesia en el mundo actual, 24.

También me dice que su familia vive en unas condiciones precarias, y sobre todo no tiene ninguna ayuda familiar, pues son inmigrantes y están solos en España. Yo, en nombre de la directora, y de todos los colaboradores, le digo que no está sola, que le vamos a ayudar, en todo lo que necesite. Es más, como ella tiene que trabajar, nos ofrecemos a cuidar del bebé en cuanto nazca, etc.

Durante unos días estuvimos hablando de que efectivamente era un gran sufrimiento el que estaban pasando su marido y ella, y más sabiendo que los otros dos niños estaban muy ilusionados por la llegada a la familia de un nuevo hermanito. Sin embargo, el aborto no solucionaba su conflicto, aunque eliminase el problema. No podía salir un bien, haciendo un mal, pues sufriría no sólo ella con las consecuencias del SPA¹⁹, sino toda la familia.

Me doy cuenta que está decidida a abortar, aunque contradictoriamente me dice que ella no quiere. Su marido, sin embargo, está más decidido y desde un primer momento cree que lo que debe hacer es abortar, que no es agradable pero que desgraciadamente no hay otra solución, dice. No ve problema en que el niño tenga limitaciones y malformaciones, tampoco en que no tienen ayuda familiar y su economía sea muy precaria, etc., sólo le horroriza que sus hijos pasen por la angustia de ver cómo muere su hermanito.

La pérdida de la dimensión trascendente (que este niño no es un niño para la tierra, sino para el cielo, querido por Dios por él mismo), ha llevado a este matrimonio a tomar una decisión que no querían, que ha afectado todas las relaciones familiares.

El aborto no ha sido una solución. En primer lugar (frente al argumento del padre), el que los hijos no hayan visto morir a su hermano no quita el hecho que se planteen por qué no ha nacido ¿qué ha pasado con mi hermano? ¿Qué responder a esta pregunta? Además el niño se pregunta por qué él sí ha nacido, ¿porque es querido o porque está sano? En segundo lugar (frente al argumento de la madre) ¿Por qué es más digna de ser vivida una vida de 80 años que una de 8 días? ¿Acaso alguien puede asegurar el tiempo que va a vivir?

Una educación para el amor

“La familia es la primera escuela de las virtudes sociales, que todas las sociedades necesitan”²⁰.

Los esposos saben que “la sexualidad es una riqueza de toda la persona –cuerpo, sentimiento y espíritu– y manifiesta su significado íntimo al llevar a la persona hacia el don de sí misma en el amor” (FC 37), de esta manera la sexualidad es el “lenguaje corpóreo de la comunión interpersonal entre el varón y la mujer”²¹. Aprender a reconocer la fertilidad no se resume en el aprendizaje de un método mal llamado “natural”. Es más, no es lo más importante. Sólo proporciona conocimiento sobre la fertilidad/infertilidad de la mujer. Los métodos de reconocimiento de la fertilidad NO son métodos anticonceptivos naturales, como muchas veces se los quiere presentar; y su bondad no está en que son “naturales” y la maldad de la anticoncepción en que es “artificial”. La diferencia entre la anticoncepción y los métodos de reconocimiento de la fertilidad es mucho más profunda pues se trata de “dos concepciones de la persona y de la sexualidad humana irreconciliables entre sí.”²²

19 A. POLAINO LORENTE, Psicopatología e Interrupción Voluntaria del Embarazo, VII Congreso Nacional de Bioética. “Bioética y Conciencia”. Madrid, 9-10 octubre de 2009.

20 JUAN PABLO II, Carta enc. Familiaris consortio 36.

21 CARLO CAFFARRA, Sexualidad a la luz de la antropología y de la biblia. Documentos del Instituto de Ciencias para la Familia. Universidad de Navarra, Ediciones Rialp, p.34.

22 JUAN PABLO II, Carta enc. Familiaris consortio 32.

Los métodos de reconocimiento de la fertilidad aportan innumerables ventajas a los esposos: no tienen efectos secundarios, son asequibles, la fertilidad permanece intacta, proporcionan una información valiosísima sobre los ciclos de la mujer en caso de infertilidad, etc. Sólo por esto deberían promocionarse entre la población; sin embargo, lo más importante es que están anclados en las virtudes y valores. Sin estos, la educación de la sexualidad para el amor sería imposible. Valores como diálogo, respeto recíproco, responsabilidad común, dominio de sí mismo, fidelidad, ternura y afectividad, valor de la espera y del compromiso. Y, sobre todo, la virtud de la castidad que garantiza el verdadero amor humano y es el camino de la caridad conyugal²³.

El autodomínio es parte esencial en los MRF y necesario en la virtud de la castidad²⁴. Nadie puede dar lo que no posee; ¿cómo puedo darme si no me poseo?, y ¿cómo puedo ser feliz si no me doy? En efecto, sólo es feliz el hombre en la medida que puede darse (GS 24). Este es el sentido, la razón de ser de la sexualidad, y más concretamente del acto conyugal: la donación entre los esposos, signo, sacramento, de la donación, del amor de Dios.

Utilizar un método de reconocimiento de la fertilidad lleva implícita tanto la realización de actos sexuales como la abstinencia cuando por razones graves se desee posponer un embarazo por un tiempo o por tiempo ilimitado. Ambos son actos de comportamiento sexual. Cuando se renuncia al acto sexual, no es un simple “no hacer algo”, sino que es un acto de la voluntad guiada por la razón, por lo que son actos de verdadero amor conyugal. Por eso las cargas y sacrificios que exige la renuncia no son un obstáculo para el amor, sino que son propias de la vida conyugal y no pocas veces son una muestra de verdadero respeto y admiración entre los esposos. Pablo VI lo expresa así:

“Una práctica honesta de la regulación de la natalidad exige, sobre todo, a los esposos adquirir y poseer sólidas convicciones sobre los verdaderos valores de la vida y de la familia, y también una tendencia a procurarse un perfecto dominio de sí mismos. El dominio del instinto, mediante la razón y la voluntad libre, impone sin ningún género de duda una ascética, para que las manifestaciones afectivas de la vida conyugal estén en conformidad con el orden recto y particularmente para observar la continencia periódica. Esta disciplina, propia de la pureza de los esposos, lejos de perjudicar el amor conyugal, le confiere un valor humano más sublime” (HV 21).

Sabiendo que su amor conyugal no sale perjudicado, al contrario, es más sublime, los esposos están dispuestos a abstenerse de relaciones sexuales durante determinados periodos de tiempo por razones de responsabilidad y así eligen modificar el propio comportamiento sexual. Si los esposos recurren a la anticoncepción hacen innecesaria esta modificación del comportamiento sexual, van en contra del ejercicio responsable procreativo, y por tanto van en contra de la virtud de la castidad como parte de esta responsabilidad procreativa, separando al cuerpo y sus actos procreadores del contexto de responsabilidad.

La encíclica *Humanae vitae* menciona una pluralidad de bienes en las relaciones familiares y conyugales que se derivan de la educación en el reconocimiento de la fertilidad con la práctica responsable de la continencia periódica cuando las razones para ello son justas. Estos bienes desaparecen con la anticoncepción, y aunque los esposos deseen manifestarse su amor recíproco en el acto conyugal, no pueden expresarlo.

(El dominio de sí) “exige un esfuerzo continuo, pero, en virtud de su influjo beneficioso, los cónyuges desarrollan íntegramente su personalidad, enriqueciéndose de valores espirituales: aportando a la vida familiar frutos de serenidad y de paz y facilitando la solución de otros problemas; favoreciendo la atención hacia el otro cónyuge; ayudando a superar el egoísmo, enemigo del verdadero amor, y enraizando más

23 Cfr. JOSE NORIEGA, *El destino del eros. Perspectivas de moral sexual*, Palabra, Madrid (2005).

24 CEC 2339: “La castidad implica un aprendizaje de dominio de sí, que es una pedagogía de la libertad humana. La alternativa es clara. o el hombre controla sus pasiones y obtiene la paz, o se deja dominar por ellas y se hace desgraciado (cf Si 1, 22)”.

su sentido de responsabilidad. Los padres adquieren así la capacidad de un influjo más profundo y eficaz para educar a sus hijos; los niños y los jóvenes crecen en la justa estima de los valores humanos, y en el desarrollo sereno y armónico de sus facultades espirituales y sensibles” (HV 21).

No sólo los esposos deben tener una información accesible del conocimiento de su cuerpo y de sus ritmos de fertilidad, también los jóvenes “mediante una información y una educación clara, El conocimiento debe desembocar además en la educación al autocontrol; de ahí la absoluta necesidad de la virtud de la castidad y de la educación permanente en ella”²⁵.

Desde una antropología adecuada

“Ni el cuerpo ni el alma aman por sí solos, es el hombre, la persona, la que ama como criatura unitaria”²⁶.

Detrás de cada ética de la sexualidad hay una concepción del hombre, una antropología. Si no se acepta el presupuesto antropológico fundamental de que el cuerpo y el alma espiritual de la persona forman una unidad esencial, no podrá aceptarse ni comprenderse de ninguna manera la ética que la sigue. El amor de los esposos no es sólo algo del espíritu, sino también algo del cuerpo. Al igual que hay una unidad esencial entre cuerpo y espíritu, hay una unidad entre procreación y amor²⁷.

Por ello, la procreación para ser verdaderamente humana presupone la entrega de los esposos, el amor espiritual, y, a la inversa, el amor espiritual de los esposos, por ser amor entre dos seres espirituales corporalmente constituidos, es en virtud de su naturaleza específica servicio a la transmisión de la vida²⁸.

La sexualidad humana, al ser una dimensión de la persona, están presentes los tres dinamismos del ser personal: el físico, el psíquico y el espiritual. La virtud de la castidad integra estos tres dinamismos y esta “integración de la sexualidad humana significa que el acto psíquico y el acto físico de la unión sexual se subordinan al acto espiritual de donación de los esposos, del cual pasan a ser expresión. Como consecuencia de ello, el acto de unión sexual adquiere la dimensión de ser un modo de intercomunicación personal. En cambio, sin esta integración, el acto físico de la unión sexual no sería expresión de una previa donación personal de los esposos, sino simplemente expresión de una relación psicológica entre amantes o incluso puede reducirse a una mera relación física entre sujetos, como ocurre en el supuesto de la prostitución”²⁹.

El centro de la sexualidad es la persona, no sólo el cuerpo, o sólo las emociones, o sólo el amor espiritual, es toda la persona. Por eso, el valor educativo de reconocer la fertilidad parte de que la sexualidad es el “lenguaje corpóreo” de la comunión interpersonal de los esposos. No hay rechazo al cuerpo como si fuera algo “infrapersonal”, todo lo contrario, es elevado a ser signo de amor.

25 FC 33; también EV 97 habla de eliminar prejuicios y convencer a los esposos y también a los agentes sanitarios y sociales de la importancia de los métodos de regulación de la fertilidad en armonía con los valores morales. Ver también Carta a las familias 11 y 12.

26 BENEDICTO XVI, Carta enc. Deus Caritas Est, 5.

27 Es el llamado principio de inseparabilidad de los dos significados del acto conyugal: Significado unitivo (unión amorosa de los esposos) y significado procreativo (transmisión de la vida). Si se separan los dos perderían su esencia, pues su conexión es interna. “Salvaguardando ambos aspectos esenciales, unitivo y procreador, el acto conyugal conserva íntegro el sentido de amor mutuo y verdadero y su ordenamiento a la altísima vocación del hombre a la paternidad” (HV 12).

28 Cfr. M. RHONHEIMER, Ética de la procreación, Riapl, p.70.

29 CARLO CAFFARRA, Sexualidad a la luz de la antropología y de la biblia. Documentos del Instituto de Ciencias para la Familia. Universidad de Navarra, Ediciones Riapl, p.16.

Una educación Responsable

“El gravísimo deber de transmitir la vida humana ha sido siempre para los esposos, colaboradores libres y responsables de Dios Creador, fuente de grandes alegrías aunque algunas veces acompañadas de no pocas dificultades y angustias”³⁰.

La práctica del dominio de sí mediante los métodos de reconocimiento de la fertilidad aporta a los esposos un gran sentido de la responsabilidad. Los esposos aprenden a asumir responsabilidades y a su vez educan a sus hijos mostrando la belleza de la sexualidad humana y las consecuencias de los actos sexuales irresponsables. La anticoncepción ha llevado a la irresponsabilidad sexual y sus graves consecuencias las predijo Pablo VI en la *Humanae vitae* (HV 17).

Hay un límite en el dominio del hombre sobre su propio cuerpo y es el respeto debido a la integridad del organismo humano y sus funciones. Si es lícito a los cónyuges la anticoncepción para solucionar un problema familiar, “¿quién impediría a los gobernantes favorecer y hasta imponer a sus pueblos, si lo consideran necesario, el método anticonceptivo que ellos juzgaren más eficaz?”

Una consecuencia de la anticoncepción “es el camino fácil y amplio que se abriría a la infidelidad conyugal y a la degradación general de la moralidad”.

Si hay sexualidad sin procreación, es fácil dar el siguiente paso, sexualidad sin amor, se convierte la sexualidad en un objeto de consumo. Llama la atención que en muchos programas de educación de la sexualidad para jóvenes se relaciona sexualidad con anticoncepción, y en el mejor de los casos se relaciona sexualidad con sentimiento o emotividad, y raramente se relaciona sexualidad con amor.

La anticoncepción ha ocultado, pervertido la sexualidad a los jóvenes y les niega el deseo que tienen de que su amor sea bello³¹ condenándoles a una sexualidad sin esperanza.

Otra consecuencia de la anticoncepción es “que el hombre, habituándose al uso de prácticas anticonceptivas, acabase por perder el respeto a la mujer, y sin preocuparse de su equilibrio físico y psicológico, llegase a considerarla como simple instrumento de goce egoísta y no como una compañera, respetada y amada”. La esposa que recurre a la continencia periódica con un MRF se siente respetada y amada por su esposo. Sin embargo, es muy frecuente que la esposa que recurre a la anticoncepción se queje de sentirse utilizada por su esposo.

Caso matrimonio con problemas de relaciones familiares

Una mujer de 49 años, casada hace 29 años y con 3 hijos de 26, 22 y 21 años se queja de la incomunicación con su marido y con su hijo mayor. Dice que el ambiente en su casa es violento, nadie habla ni dice nada y que ella se siente despreciada por su marido. Esta situación viene de lejos, muchas veces ha pedido ayuda para resolver este problema, pero nunca se ha resuelto. Ahora, las relaciones familiares han empeorado. Su hijo mayor está en casa sin trabajo y con una adicción al ordenador con apenas comunicación con él. Esto le hace sufrir mucho y quiere poner de su parte todo para poder ayudarlo.

Me dice que tiene relaciones sexuales con su marido normalmente. Sin embargo, él nunca tiene una palabra amable para ella, a veces, todo lo contrario, pone de manifiesto sus defectos y le “obliga” a que se arregle más, etc. Se siente como un objeto, utilizada, y no amada ni respetada.

³⁰ Pablo VI, Carta enc. *Humanae vitae*, 1.

³¹ Cfr JUAN PABLO II, Cruzando el umbral de la esperanza, Plaza & Janes, p. 133.

Le pregunto si utilizan anticonceptivos y me responde que ahora ya no. Cuando nació su hijo mayor utilizaban el preservativo para no quedarse embarazada y por un fallo del preservativo se quedó embarazada de su segundo hijo y al poco de su tercer hijo. Dice que su marido se asustó y le comentó que se iba a hacer la vasectomía, y así fue. Nunca pensó que este acto fuera grave y con unas consecuencias para su matrimonio, pues aunque la decisión la tomó él, a ella le parecía bien. Ahora ha comprendido que eso les hizo daño, que ha marcado sus relaciones, su amor conyugal se ha desfigurado, y ha repercutido en las relaciones familiares de manera negativa.

Conclusiones

La manera de entender y vivir la sexualidad no es algo secundario en la vida de los esposos sino que afecta a su amor conyugal, a su propia persona, a la sociedad y también a sus relaciones familiares. Es de gran valor la educación en el reconocimiento de la fertilidad en el ámbito familiar, cosechando muchos frutos buenos (algunos descritos en la *Humanae vitae* 21) que podemos resumir:

1º. Los hijos reciben una educación para la vida. Aprenden a conocer su propio cuerpo comprendiendo que la fertilidad es un bien y a defender toda vida humana desde el momento de nacer hasta la muerte natural.

2º. Responsabilidad en la procreación. Los actos sexuales no son separados de la responsabilidad por el surgimiento de una nueva vida. Los embarazos “imprevistos” no acaban en aborto.

3º. El dominio de sí mediante la virtud de la castidad garantiza que el amor conyugal entre los esposos sea auténtico y verdadero.

4º. Este dominio de sí repercute en la personalidad de los esposos que se enriquecen de valores espirituales: aportando a la vida familiar frutos de serenidad y paz y facilitando la solución de otros problemas; se favorece la atención hacia el otro cónyuge, ayudando a superar el egoísmo y enraizando más su sentido de responsabilidad.

5º. El ambiente familiar se ve beneficiado al adquirir los padres un influjo más profundo y eficaz para educar a sus hijos, y los niños y jóvenes crecen en la justa estima de los valores humanos y en el desarrollo sereno y armónico de sus facultades espirituales y sensibles.

6º. Respeto entre los esposos. Respeto a los ritmos de fertilidad, aceptando el diálogo y la responsabilidad común, sin intervención de terceros. La mujer se siente amada y respetada, y nunca utilizada.

7º. Fidelidad en el matrimonio. Los esposos se ven enriquecidos con valores de ternura y afectividad en su comunión conyugal, afianzándose más su alianza matrimonial. La sexualidad entonces no es usada, ni empobrecida, sino que muestra su verdadera dimensión, plenamente humana y digna del hombre.

Bibliografía completa

BENEDICTO XVI, Carta encíclica *Deus Caritas est* (25 de diciembre de 2005)

BENEDICTO XVI, Carta encíclica *Caritas in veritate* (29 de junio de 2009)

CARLO CAFFARRA, *La sexualidad a la luz de la antropología y de la Biblia*.

Documentos del instituto de Ciencias para la familia. Universidad de Navarra, Rialp, Madrid 2002

CATECISMO DE LA IGLESIA CATOLICA (15 de agosto de 1997), nn.2337 ss

CONCILIO VATICANO II (7 de diciembre de 1965), Constitución *Gaudium et Spes* sobre la Iglesia en el mundo actual, n.24 y nn. 47-52

CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA (LXXXI ASAMBLEA PLENARIA)
Directorio de la Pastoral familiar de la Iglesia en España, Edice, Madrid 2003

CONFERENCIA EPISCOPAL ESPAÑOLA (LXXVI ASAMBLEA PLENARIA)

CONSEJO PONTIFICIO PARA LA FAMILIA, *Sexualidad humana: verdad y significado. Orientaciones educativas en familia*, Palabra, Madrid 1996

GONZÁLEZ FÁTIMA, MARTÍ PILAR, MEDIALDEA CONCEPCIÓN y OTTE ANA. *Como reconocer la fertilidad. El método sintotérmico*, Ediciones Internacionales Universitarias (5ª), Madrid 2008

Instrucción Pastoral *La familia, santuario de la vida y esperanza de la sociedad*, Edice, Madrid 2001

Instituto Valenciano de Fertilidad, Sexualidad y Relaciones Familiares (IVAF), *Curso de Reconocimiento de la Fertilidad*. Ediciones Internacionales Universitarias, Madrid 2001

JUAN PABLO II, Carta encíclica *Evangelium vitae* (25 de marzo de 1995)

JUAN PABLO II, Exhortación Apostólica *Familiaris Consortio* (22 de noviembre de 1981)

JUAN PABLO II, *Carta a las familias* (2 de febrero de 1994)

JUAN PABLO II, *Hombre y mujer lo creó. El amor humano en el plano divino*, Ediciones Cristiandad, Madrid 2000

JUAN PABLO II, *Cruzando el umbral de la esperanza*, Plaza & Janes, Barcelona 1994

MEDIALDEA CONCEPCIÓN, *Como funciona mi cuerpo*, Ediciones Internacionales Universitarias, Madrid 2001

NORIEGA JOSÉ, *El destino del eros. Perspectivas de moral sexual*, Palabra, Madrid 2005

PABLO VI, Carta encíclica *Humanae vitae* (25 de julio de 1968)

PEREZ ADAN JOSÉ y ROS CODOÑER JAVIER, *Sociología de la familia y de la sexualidad*, Edicep, Valencia 2003

PEREZ ADAN JOSÉ y VILLAR AMIGO VICENTE, *Sexo: razón y pasión*, Eunsa, Pamplona 1997

RHONHEIMER MARTIN, *Ética de la Procreación*, Rialp, Madrid 2004

WOJTYLA KAROL, *Amor y Responsabilidad*, Plaza & Janes, Barcelona 1996

APORTE DESDE LA NEUROCIENCIA A LA PEDAGOGÍA DE LA AFECTIVIDAD Y DE LA SEXUALIDAD.

Genara Castillo Córdova.

Resumen

La ponencia parte de los problemas que han generado el dualismo y el materialismo o fisicalismo actualmente imperantes. Para afrontarlos se acude a la misma constitución de la vida humana como una actividad hilo-ergo-mórfico-télica que supera el mecanicismo materialista que reduce la vida humana a relaciones hilo-érgicas (materia y movimiento). Desde el arranque la vida humana está engarzada en la dignidad de la persona humana, desde la cual se activa su dinámica. Al hilo de algunos de los aportes de la neurociencia se sugieren aspectos a tener en cuenta para un enfoque aún más profundo en las consultas con el fin de favorecer mejores relaciones interpersonales e inter familiares.

1. Planteamiento antropológico de la unidad de la vida humana

Como es sabido, la vida familiar reposa en la vida matrimonial, la cual tiene el desafío de integrar lo corpóreo-material con lo psicológico-espiritual cuyo culmen está en la persona que cada quien es. Sin embargo, esa tarea de integración se ha visto bastante dificultada por los problemas que en la modernidad ha generado el dualismo –diferente a la dualidad– que ha llevado a verlos irremediabilmente separados, con lo cual se ha derivado frecuentemente en el materialismo, biologicismo y fisicalismo¹, así como también a espiritualismos desencarnados².

Para afrontar los distintos tipos de reduccionismos se precisa acudir a la misma constitución de la vida humana, y partir de sus principios constitutivos. De esta manera es posible ver con Aristóteles la naturaleza del viviente humano como una actividad que reúne 4 principios o causas que se dan a la vez: la causa material (*hylé*), la causa formal (*morfé*), la causa eficiente (*ergon*) y la causa final (*telos*). La primera alude a los elementos corpóreos y las otras tres al alma humana³.

1 Respecto del determinismo físico afirman J. M. Giménez Amaya y J. I. Murillo: “en él convergen de manera inmediata todas las variantes del materialismo, desde el atomismo antiguo hasta el más escrupuloso monismo materialista, y, especialmente en nuestros días, los que piensan que la identidad de cada hombre coincide con la materialidad de su cerebro” SCRIPTA THEOLOGICA 41 (2009/1) 20

2 De este sesgo en la visión del ser humano se han valido precisamente los que defienden el enfoque materialista, ya que, evidentemente, el ser humano no se reduce a sólo lo espiritual. Sin embargo, esa apreciación no corresponde a la Doctrina de la Iglesia católica. Al respecto, es significativo que desde hace mucho tiempo en Medicina pastoral se tenga en cuenta la unidad de cuerpo y alma espiritual: “En efecto, la Medicina Pastoral no debe ocuparse tan sólo de un hombre ideal, desencarnado e inerte. No lo debería hacer en realidad ninguna ciencia verdaderamente humana” SORIA, José Luis, Cuestiones de Medicina Pastoral, Rialp, Madrid, 1973, p. 117

3 “La psyché es causa por igual según las tres acepciones definidas: ella es, en efecto, causa en cuanto principio del movimiento mismo, en cuanto fin y en cuanto forma de los cuerpos inanimados” ARISTÓTELES, Acerca del alma, 415b 9-12. En el alma las tres causas o principios constituyentes son importantes, pero cabe resaltar especialmente la de la forma: “En cuanto el alma es una forma, eidos, que especifica al viviente, lo dota de un “contenido”, de unas características y leyes propias. De ahí que el alma sea también la causa de la diferencialidad de su actividad, debido a que es un cierto eidos, una cierta especie, por ello es fundamento de la naturaleza tan diferenciada de cada una de sus operaciones” CASTILLO, G., Antropología del cuerpo, pro manuscrito, p. 35

Genara Castillo Córdova. Dra. en Filosofía por la Universidad de Navarra. Licenciada en Ciencias de la Educación por la Universidad de Piura. Profesora principal en la Universidad de Piura. Sedes Piura y Lima, Perú.
[Genara.castillo@udep.pe]

Y como la visión aristotélica fue completada por Tomás de Aquino veremos que la dignidad radical del viviente humano está en su dimensión creatural, ya que cada ser humano es puesto en la existencia gracias a un acto de ser personal otorgado por Dios.

Así, el alma humana no es –como pretende el dualismo cartesiano– una parte del ser humano (*res cogitans*), separada de lo material (*res extensa*); ni la vida humana es un simple movimiento de lo material que es lo que sostienen los mecanicistas-materialistas que reducen la vida humana a relaciones hilo-érgicas (materia y movimiento). La forma o especie humana –aunque a algunos les cueste aceptar– está presente y tiene unas características propias como es la capacidad de pensar y querer que hay que tener en cuenta, porque el hombre no es un animal sofisticado. Asimismo la causa final lleva adelante una exigencia propia del viviente humano que es la de crecimiento, en una retroalimentación o hiper formalización constante en que captamos “formas” no sólo en los nutrientes sino además en las imágenes, ideas, etc. que pasan a formar parte de nuestra vida. Así, a la vida “recibida” –en la que tienen un gran papel los padres– le sigue la vida “añadida” que en sus niveles más altos involucran la inteligencia y voluntad, con un crecimiento irrestricto.

Toda esa vida humana está engarzada en la persona⁴ que dispone de sus diferentes condicionamientos, biológicos, psicológicos, sociológicos, etc., para dirigirla o entregarla trascendentemente a unos destinatarios personales que en primer lugar son divinos y secundariamente humanos. En este último ámbito se encuentra el amor humano que es personal, especialmente el que se desarrolla a través del matrimonio cuyo crecimiento personal redundará en el de los hijos.

Nos parece que una manera de abordarlo puede ser el de las investigaciones científicas para ver ahí el mandato de la propia naturaleza humana, de los recursos que se pueden encontrar y que puedan ser una contribución para la vida matrimonial y por ende a la familiar. Por ello hemos recurrido a algunos aportes neurocientíficos para tratar de hacer un desarrollo interdisciplinar del asunto, tratando de tejer la biología, con la psicología y la antropología filosófica. Esta explicación puede sugerir aspectos a tener en cuenta en las consultas con el fin de favorecer mejores relaciones interpersonales e inter familiares. En esta línea está la concepción de la unidad humana tanto en lo que toca a la concepción y vida humana, como al significado unitivo y procreativo del acto conyugal, la castidad y la paternidad responsable, es decir la unidad o integridad que proporciona la virtud y la libre donación o amor personal.

2. Aportes de la neurociencia a la pedagogía de la afectividad y sexualidad

En la vida matrimonial se precisa ver las relaciones de los cónyuges en su naturaleza básica, como relaciones específicas, complementarias y recíprocas. Como ha recordado Benedicto XVI “La relación hombre-mujer en su respectiva especificidad, reciprocidad y complementariedad constituye sin duda alguna un punto central de la «cuestión antropológica», tan decisiva para la cultura contemporánea y en definitiva para toda cultura”⁵.

Así, partiremos de lo que es específico, de lo que es propio, característico o diferencial de las relaciones de los esposos y lo que primero aparece es que se trata de unas relaciones que involucran la sexualidad humana. Es lo que nos lleva a ver las diferencias entre varón y mujer llamadas a la reciprocidad y complementariedad.

⁴ La persona o acto de ser personal creado es la que integra a la vida humana y puede disponer de ella. Para estudiar al ser humano se requiere un planteamiento sistémico capaz de articular u organizar las diferentes dualidades (no dualismos) existentes en el ser humano: “Por ejemplo, acto de ser y esencia; cuerpo y alma; voluntad e inteligencia; interioridad y exterioridad, operación y objeto, hábito y operación, hábitos innatos y hábitos adquiridos, sociedad e individuo, hombre y mujer...” POLO, L., *Antropología Trascendental I*, EUNSA, Pamplona, p. 164

⁵ BENEDICTO XVI, “Discurso a Congreso Internacional para conmemorar el XX aniversario de la carta apostólica *Mulieris Dignitatem*” 9 de febrero, 2008.

a. Los tipos humanos varón y mujer. Enfoque neurológico, psicológico y antropológico

Como se sabe, la especie humana no se manifiesta de manera igual en todos los seres humanos. Existen diversos modos de ser humanos. Es lo que en antropología se denominan TIPOS humanos, que son modalidades de la especie humana. Los tipos humanos básicos son varón y mujer, si bien también existen otras diferencias tipológicas, como por ejemplo, diferentes tipos de temperamento, tipos ocupacionales, profesionales, etc.

Esas diferencias atienden a la colaboración mutua, y no conllevan superioridad ni inferioridad. Así por ejemplo, el tipo humano técnico no puede creer que es superior por su facilidad para dedicarse a esos asuntos, tampoco el tipo humano intelectual o el artista o el deportista es superior a otros. No hay superioridad en los tipos humanos, porque como sostiene Tomás de Aquino, el otro siempre nos supera en algo. En este sentido va la recomendación paulina de “honraos unos a otros”. Ese reconocimiento de las diferencias y el respeto hacen posible la colaboración mutua y es la base de la sociedad, ya que lo que al uno le falta al otro le sobra y por tanto es posible intercambiar, colaborar.

Igualmente, en el varón y la mujer no hay superioridad típica, sino que las diferencias están en la línea de la colaboración mutua en la sociedad y como la célula de la sociedad es la familia, ese aporte tipológico encuentra ahí un ámbito de colaboración y complementación esencial. En el varón y la mujer las diferencias parten de su dimensión corpórea y como en el cuerpo humano es fundamental el sistema nervioso, ya que va muy relacionado con los sistemas endocrino, circulatorio, etc., acudiremos a la neurociencia para considerar y aprovechar algunos de esos aportes para la vida matrimonial y familiar.

En este campo, lo primero que nos dice la neurología es que existe un dimorfismo que atañe principalmente al cerebro humano. El dimorfismo es una condición de las especies vivas que presentan dos formas o dos aspectos anatómicos diferentes; y sucede que las diferencias genéticas (XY o XX) generan diferencias en el cerebro humano. Así, se nace con un cerebro que está configurado de una manera distinta, a nivel estructural, genéticamente, porque las células del cerebro, como las de todo el organismo, tienen diferente dotación genética: XX en las mujeres y XY en los varones.

Según Natalia López Moratalla, esta diferencia neurológica se produce en tres momentos principales⁶: En la etapa prenatal se genera la estructura general dimórfica. Desde el inicio no existe un cerebro “neutro”, sino que depende de los cromosomas parentales que son XX y XY. En el desarrollo embrionario no se construyen igual el cerebro de la mujer y el del varón. No existe un cerebro unisex. Nacemos ya con la estructura de un cerebro típicamente masculino o típicamente femenino⁷.

La segunda etapa se da en los primeros años de vida en los que se produce un “baño” del cerebro en hormonas sexuales. Éstas al igual que las otras hormonas son sustancias secretadas por células especializadas cuyo fin es actuar sobre otras células: son activadoras o estimuladoras. De ahí que es muy importante la presencia de la madre y del padre en estos momentos, ya que aportan cada uno su dotación tipológica, como por ejemplo la sensibilidad y la inicial presencia de la lógica y racionalidad, equilibrando cada una de ellas dependiendo de cada niño o niña y las diferentes situaciones de la vida familiar.

Posteriormente, en la pubertad se producen grandes cambios hormonales que reafirman el cableado cerebral lineal en el varón, y cíclico en la mujer. Este momento es especialmente delicado porque a la identidad sexual biológica se une la identidad psicológica de lo cual es más consciente el adolescente. De ahí que se ha dicho que la comunicación del padre con el hijo varón es muy necesaria, igualmente la de la madre respecto de su hija. Sin embargo, también aquí se requiere de la presencia de ambos,

⁶ Cfr. LÓPEZ MORATALLA, Natalia, *Cerebro de mujer y cerebro de varón*, Madrid, Rialp, 2007, p. 21 y ss.

⁷ Cfr. Miner, Rafael-Gil, Miguel, entrevista a Natalia López Moratalla, “Cerebro típicamente femenino y cerebro típicamente masculino”, ALBA.

ya que como veremos después el cableado lineal del varón y cíclico de la mujer deben equilibrarse adecuadamente; de lo contrario ellos se pueden hacer demasiado “lineales” o directos y ellas demasiado susceptibles o complicadas. Así, se puede ver que desde el inicio la identidad masculina o femenina viene ayudada por la unión y presencia de ambos padres.

Por otra parte, las áreas del cerebro humano que tienen una gran concentración de receptores hormonales son las más dimórficas, debido a que las hormonas ejercen su función diferencial en el cerebro del varón y de la mujer. Así, respecto al sistema límbico, encargado de regular las emociones, señala López Moratalla que en las mujeres son mayores la *ínsula*, que procesa los sentimientos viscerales, el *hipotálamo*, que organiza las hormonas; el *hipocampo*, que guarda memoria de las emociones por más tiempo y la *glándula pituitaria*, que produce las hormonas de la fertilidad y pone en marcha el programa del cerebro maternal mediante la producción de hormonas.

En cambio, en los varones es mayor la *amígdala*, que procesa los instintos y es gobernada por la corteza prefrontal. La amígdala contribuye a las respuestas emocionales rápidas y automáticas e independientes de cualquier contexto⁸. Esto ayuda a entender por qué ellos pueden tener a veces una respuesta emocional rápida pero pasajera, y ellas una mayor continuidad de sentimientos.

También existen diferencias anatómicas de zonas de la corteza cerebral, ya que “en los varones, la parte de la *corteza parietal* implicada en la percepción del espacio es mayor que en las mujeres. Por el contrario, ellas poseen una mayor densidad de neuronas en las zonas de la corteza del *lóbulo temporal*, asociado con el procesamiento y la comprensión del lenguaje⁹. Esto contribuye a entender el que en las mujeres es mayor la fluidez verbal, y tienen una inclinación a hablar y expresarse.

En suma, de acuerdo con Natalia López Moratalla, la diferencia natural en la dotación cromosómica, que determina el sexo en las funciones ligadas a la transmisión de la vida, mediada por la producción de las hormonas sexuales, causa de forma natural un cerebro femenino o masculino con las diferencias funcionales que subyacen a dos modos humanos de ser, de percibir la realidad, de relacionarse con los demás, de razonar y procesar las emociones. Dos formas de ser que hunden las raíces en la diversa relación natural de ambos con la vida naciente.

b. Capacidad relacional del cerebro femenino

Como hemos señalado en el apartado anterior, el cableado del cerebro femenino es cíclico, es decir que tiene la característica que avanza no separando sino integrando, lo cual se podría representar por una espiral. En este sentido se podría decir que la mujer es más reunitiva, lo cual tiene ventajas y también algunos riesgos.

Cabe preguntarse el por qué sea así. La razón que encontramos es que aquello se corresponde con la tarea de la maternidad física y espiritual, la cual atiende al cuidado del ser humano, empezando por el esposo y los hijos. Atender a un ser humano requiere esa complejidad.

Desde la neurociencia es posible ver que –en principio– el cerebro femenino y el masculino tienen estrategias de funcionamiento diferentes. El cerebro femenino tiene más apretadas las conexiones; los dos hemisferios son muy similares, con una distribución de tareas bastante uniforme, y comunica muy bien de un lado a otro.

Esto es lo que les da a ellas esa capacidad más reunitiva y más capaz de tener una empatía, un conocimiento más intuitivo de la realidad, menos lógico o racionalizado –esto no quiere decir que no razone–. Esa capacidad reunitiva, relacional, de su tipo está muy engarzada, muy unida, con su ser

⁸ Cfr. LÓPEZ MORATALLA, Natalia, *Cerebro de mujer y cerebro de varón*, op. cit.

⁹ *Ibidem*, p. 69

personal y con el de los demás. Ella es capaz de captar muchas cosas porque va dirigida a centrarse en la atención de las personas.

Por ejemplo, cuando un niño llega de la escuela a su casa, es frecuente que entre buscando o llamando a su madre. Al escucharle, ella es capaz de captar en la voz del niño cómo le ha ido. Si su voz es como si algo se rompiera por dentro, la madre enseguida relaciona esa voz con la escuela, el salón de clase, las tareas, el profesor, el recreo, los compañeros, etc., en milésimas de segundos.

Lo mismo le sucede con su esposo; suele llamar la atención que una señora pueda distinguir que quien entra a la casa es su esposo por la forma cómo suena la llave en la cerradura de la puerta, o que identifique que es él sólo por los pasos y pueda intuir cómo le ha ido en el día. Igualmente es sorprendente que la primera en darse cuenta que su esposo está dejando de quererla sea precisamente ella, en su ser más profundo lo sabe.

En segundo lugar, esa tipología femenina aporta al ambiente de hogar que requiere de esa secuencia relacional. Por ejemplo, la decoración de la casa que le lleva a relacionar el color de las cortinas con el color de las paredes y el tapiz de los muebles. De modo parecido ocurre con hacer la compra de la semana, la preparación de los alimentos y el poner una mesa. De ahí que cuando en una casa falta una mano femenina esto se nota. Es diferente tener una casa y tener un hogar.

Pero no hay que olvidar que el núcleo de esa actividad son las personas, especialmente la de su esposo y la de sus hijos. En general, la mujer tiene más capacidad de centrar su atención en las personas concretas. Es lo que llevaba al Papa Juan Pablo II a escribir: “Te doy gracias, *mujer*, ¡por el hecho mismo de ser *mujer*! Con la intuición propia de tu femineidad enriqueces la comprensión del mundo y contribuyes a la plena verdad de las relaciones humanas”¹⁰.

Esta capacidad relacional se extiende a la capacidad de darse cuenta de los detalles. Es muy fácil que una madre pueda captar el brillo de una mirada, o un silencio, de los hijos. Por eso es ella la que muchas veces advierte al padre de que a alguno de sus hijos, “algo le pasa”. Los padres sí se dan cuenta de un rostro triste, pero no de la misma manera que una madre, ya que ella cuenta con una mayor capacidad relacional que al sumarse a su capacidad de empatía o sensibilidad, es capaz de mirar agudamente a las personas, ya sea en el aspecto físico, anímico o espiritual.

Por eso mismo, la madre es la guardiana de la vida humana, su relación con el hijo es muy intensa, ya que lo considera intuitiva y profundamente como una persona independiente de ella, a quien ofrece todos sus cuidados. Por ello, cuando tiene la inmensa desgracia de abortar eso la afecta radicalmente, tanto física, como emocional, como personalmente, debido a que rompe ese vínculo de apego que tiene bases incluso neurológicas. En ese marco se encuadran muchas de las depresiones femeninas.

La tarea que comporta ser madre exige la dotación biológica que posee. Así, si su cerebro no estuviera dispuesto de esa manera la misma crianza de los hijos le sería muy difícil. Por ejemplo, una madre es capaz de distinguir si el llanto de su bebé es por hambre, por sueño o porque le duele algo. Asimismo, una madre puede hacer varias cosas a la vez, por ejemplo, estar preparando los alimentos, esperar que salte el botón de la lavadora, hacer la lista de la compra en la mesa, oír las noticias y con el rabillo del ojo vigilar al hijo pequeño que está en el andador. Para un padre hacer todo eso a la vez le pondría muy nervioso, lo que le va mejor es hacer una cosa, terminada la cual empieza la segunda, etc., ya que su cerebro sigue una estrategia más lineal.

¹⁰ JUAN PABLO II, Carta a las mujeres, 29 de junio de 1995

c. La fluidez verbal de ellas y los silencios de ellos

La fluidez verbal femenina que está engarzada en su ser personal le lleva a valorar mucho la comunicación verbal. A eso se suma su inclinación a centrarse en las personas, partiendo de ella misma, lo cual le lleva también a darle mucha importancia al hecho de ser escuchada. Por eso una de las quejas frecuentes de una señora a su esposo es que no la escucha. Él puede pensar que sí la escucha porque atiende al contenido de lo que le dice, pero ella está reclamando que la atienda a ella.

Por eso también es de mucha ayuda para el esposo entender que en el lenguaje femenino hay como un “doble” lenguaje: una cosa es lo que dice y otra lo que quiere decir con lo que dice. Esto suele desconcertar al esposo porque la manera de funcionar del varón, tal como hemos señalado, es lineal, es directa, por lo que a veces puede decir que no hay quien entienda a las mujeres. A este entendimiento contribuye considerar estas características tipológicas que tienen base neurológica.

Por otra parte, ayuda a evitar malos entendidos, ya que una señora puede pensar que si insinúa – indirectamente– que está muy ocupada, su esposo va a entender que le está pidiendo ayuda, pero es mejor si ella se lo pide de manera directa. De lo contrario hasta puede que ella se sienta ofendida y cuando él le pregunte qué le pasa, ella decirle sorprendida “y todavía me lo preguntas”, pero es que ella lo está juzgando desde su modo de ser y no desde él que suele ser más directo cuando necesita algo o que considera que no es necesario describir sus pensamientos o sentimientos por el sólo hecho de hacerlo, por lo que puede guardar silencio.

Así, el cerebro de la mujer, tiene una capacidad de empatía, de entender emociones, de entender por gestos más que por conceptos, por intuición. Sin embargo, esto también la debería poner en alerta porque puede complicarse demasiado. Por ejemplo, una mujer puede complicarse extraordinariamente si no controla y disciplina su imaginación, ya que puede tejer historias que poco o nada tienen que ver con la realidad.

d. Capacidad del cerebro masculino para la objetivación

Desde la neurología también podemos contar con un tercer aporte y es que el cerebro de varón es más asimétrico y como en el caso del cerebro femenino esto tiene ventajas y riesgos también. El cerebro masculino tiene las funciones bien definidas en cada lado o hemisferio, y además, la comunicación entre los dos es menos fuerte. Esto le permite “separar” más y ser más objetivo

También cabe preguntarse por qué esto es así. La explicación que se puede encontrar es que al objetivar la psicología masculina tiene más posibilidades de dominar el mundo. Ese dominio técnico sobre las cosas le posibilita la función de proveer, de proyectar, de crear y llevar adelante una empresa ardua como es la familia.

La objetivación le lleva a cosificar que es el secreto de la eficacia, saber disponer medios para obtener resultados de envergadura. El dominio técnico del mundo está encargado a la mujer y al varón, por lo que ambos tienen la posibilidad de realizarlo, pero de los dos él tiene más capacidad de cosificar, de separar y de gestionar los procesos. Es un asunto de grados en la inclinación tipológica, pero no significa que la otra persona no la posea. Es lo que sucede con la capacidad reunitiva y personal de las mujeres, que no significa que los varones no la tengan, es sólo que ellas la tienen con más facilidad.

Es preciso que la esposa entienda bien este rasgo de la psicología masculina, ya que al objetivar va unida la tendencia a dominar, por lo cual él valora mucho los resultados. Una señora no puede extrañarse de que su esposo valore tanto el éxito y consecuentemente busque el reconocimiento en su trabajo, lo que tiene que hacer es ayudarlo a no exagerar esa tendencia; pero no debe llevarla a criticarlo, más todavía, para un señor es necesario el reconocimiento por parte de su esposa.

Si no encuentra en ella el reconocimiento, él puede sentirse muy frustrado. De ahí que para una señora cualquier logro de su esposo, por pequeño que sea, debe ser reconocido. Es verdad que él puede pasarse al extremo, pero entonces debe contar con la ayuda de su esposa para encauzar ese afán por el logro ya que de lo contrario puede caer en una sobrevaloración de los resultados externos, de los hechos, y eso puede desequilibrarle profundamente, ya que al objetivar se descentra, al descentrarse se proyecta fuera de sí mismo y el riesgo es que se obsesione con aquello.

Pero insistimos que esa ayuda no supone machacar o despreciar esos resultados o logros (ya que a veces se trata de “arreglar” las cosas criticándolas). Hay que saber que el reconocimiento bien enfocado tiene su lugar y una señora tendría que empezar por reconocer los logros de su esposo para después ayudarle a abrirse a horizontes más abarcativos. En los clásicos de la literatura aparece este tema, ya que representan bastante bien la condición humana. Por ejemplo, en el poema épico griego *La Odisea*, después de la Guerra de Troya, Ulises pasa una decena de años para volver a su casa, y todas sus acciones, su lucha y miles de peripecias están encaminadas a ese logro, pero aquello no hubiera sido realmente tal si al llegar a su casa su esposa no lo hubiera reconocido.

Es verdad que el mayor reconocimiento hay que esperarlo de Dios, que es quien da el sentido más profundo a la existencia humana, pero precisamente en el matrimonio el camino al Cielo incluye la persona del cónyuge y su ayuda. No vamos a entrar en este corto espacio a tratar la trascendencia del matrimonio cristiano, cuya maravilla se inserta en la dimensión sobrenatural, de alcance insospechado, sólo la dejamos señalada porque merece ser tratada en una ponencia especial.

Por otra parte, la secuencia lineal que sigue el cerebro masculino puede llevarle a separar excesivamente y a tener compartimentos estancos, porque para él una cosa es su familia, otra su esposa, otra su trabajo, otra sus amigos, etc., de manera que si se descuida puede caer en fuertes incoherencias. Por ejemplo, es lo que sucede con la infidelidad masculina. Con todo aquello aunque afecta al esposo como a cualquier persona, no le afecta de la misma manera que a la mujer, ya que ésta al tener todo relacionado se “daña” más. Esto no quiere decir que él no se dañe, evidentemente sí se deteriora en sus facultades humanas y afecta su ser personal, lo cual es una gran pérdida; pero no lo daña tanto como a una mujer que está intensamente relacionada con las demás personas y con su mismo ser personal.

El riesgo de “salir” fuera de sí y el activismo en él puede ser contraproducente. De ahí que un varón precavido recurra al recogimiento (no sólo en su aspecto espiritual), sino como silencio y reflexión, lo cual es una práctica bastante recomendable para todos pero especialmente para ellos. Un profesor visitante de esta universidad, Don Juan Antonio Pérez López solía decirles a los hombres de empresa que en vista de que estaban en medio de muchas actividades dedicaran un tiempo a pensar a evaluar sus propias acciones, su alcance y sentido, por lo menos durante los fines de semana.

En este sentido y en quinto lugar, cabe un aporte relacionado con esa capacidad de cosificar de la tipología masculina, que hay que vigilar, ya que si se descuida puede cosificar a las personas, y desde luego a la mujer misma. Ser consciente de este riesgo debe llevarle a tratar de estar atento para diferenciar cuándo trata con cosas y cuándo con personas.

Es claro que un hombre puede cosificar a la mujer, tratándola sólo como un objeto sexual, lo cual daña a los dos, pero especialmente a la mujer. Evidentemente cabe una pedagogía mutua del ser masculino y del ser femenino, la cual es necesaria en la vida conyugal. Esto debe llevar a las esposas a evitar sentirse heridas por la brusquedad que a veces puede darse en sus esposos y al contrario ayudarle a reconducir su conducta con la finura y delicadeza que son tan importantes para ellas.

En esta línea está el ayudarle a descubrir todo un mundo de detalles ya que ellos de entrada puede ser que se les pase por alto. Al ser más visuales ellos focalizan su atención en el conjunto y no tanto en los

detalles que son importantes en la vida conyugal. Como ya señalamos, el lenguaje y lo auditivo es un ámbito con el que ellas se familiarizan más que ellos. Así, puede ser que un esposo no entienda por qué tiene que decirle varias veces a su esposa que la quiere, porque para ellos eso es una “redundancia”, y dan por supuesto que ella ya lo sabe y no lo necesita oír, pero su cerebro tiene una capacidad más auditiva y necesita de esas palabras. Igualmente una rosa para él puede ser una cursilería injustificada, puede no entender la importancia de una rosa porque la cosifica, la ve como una cosa sin más, pero a través de ese detalle su esposa capta una serie de significados que quizá él no ve fácilmente.

En sexto lugar, a partir de las diferencias tipológicas cabe una pedagogía masculina, ya que es importante que ayude a su esposa a no complicarse excesiva o inútilmente, con cosas sin importancia que no hacen más que “calentarle” la cabeza. Cuando eso sucede en ella qué bueno es que cuente con la cabeza “fría”, objetiva de su esposo. De la misma manera él puede ayudarle a no darle demasiada importancia a los detalles sin importancia, ya que la susceptibilidad femenina puede jugar en contra de la relación matrimonial.

A su vez, ellas pueden ayudarle a su cónyuge a manifestar más y mejor lo que le sucede y a darle más importancia a las relaciones interpersonales, por ejemplo a través de la comunicación y el contarle sus proyectos y también sus dificultades, ya que ellos al centrar su atención en eso pueden enajenarse y aislarse demasiado. Entonces esos asuntos copan su foco de atención en un 99 y en el 1% queda su esposa, sus hijos, etc. Cuando eso suceda su esposa puede ayudarle a que sea consciente de ese recorte y que tenga mayor apertura hacia los miembros de su familia.

e. Reciprocidad y complementariedad en el amor conyugal y familiar

Como se puede ver, lo anterior va en la línea de ayudar a los cónyuges a que se conozcan también en su diversidad tipológica y así estén en condiciones de brindarse una ayuda mutua y una entrega más generosa, que es lo que subrayaremos a continuación, ya que la vida matrimonial va muy unida a la vida familiar. En otras palabras la base de la paternidad y maternidad está en su vida conyugal, de lo que arranca todo, de manera que para ser buen padre o buena madre se precisa ser buen cónyuge.

La base de la vida familiar es el amor de los cónyuges. Como ya hemos visto, esa reciprocidad en el amor tiene en cuenta la complementariedad de ambos cónyuges. El amor personal es clave en la vida de cada uno de los cónyuges, pero hay que tener en cuenta que si la mujer está muy inclinada a las personas, entonces valorará mucho más intensamente el amor personal.

El desamor daña a los dos, pero la mujer es mucho más vulnerable. Evidentemente el cónyuge varón valora el amor pero esto va direccionado en el plano de la acción –y el correspondiente éxito y reconocimiento– y no tanto de los sentimientos. De ahí que parte importante de la vulnerabilidad masculina esté en el temor al fracaso, mientras que para el miedo más grande de una mujer es no ser querida. Por tanto, una señora no ayuda a su esposo a ser buen padre si le hace sentir un perdedor, si cada vez que se equivoca le sanciona con la crítica y el reproche. Ese desvalimiento no sólo tiene efectos en la relación de ambos cónyuges sino en la relación con los hijos. A su vez, una mujer no querida es muy perjudicial, la llena de profunda tristeza cuando no de amargura, lo cual le afecta no solamente a ella ya que eso es lo que va a transmitir a sus hijos.

Es importante no desligar la conyugalidad de la maternidad y paternidad, ya que se trata de aportes complementarios. Como ya hemos señalado los hijos necesitan tanto de uno y de otro, de la acogida materna como de la objetividad paterna. Por tanto es importante que ellos estén bien atendidos para poder aportar a la educación y al cuidado de los hijos.

Se trata de una comunión interpersonal que arranca desde la misma vida matrimonial. Siendo ésta una de las sendas en que se puede encauzar la plenitud de la vida humana que se cifra en ser un “don” para

otro(s). Uno de los caminos del amor humano es el matrimonio: “En la «unidad de los dos» el hombre y la mujer son llamados desde su origen no sólo a existir «uno al lado del otro», o simplemente «juntos», sino que son llamados también *a existir recíprocamente*, «*el uno para el otro*»¹¹. Evidentemente, las relaciones de dominio o de egoísmo individualista, son contrarias a las del amor y entrega sincera de sí mismos, por lo que rompen la comunión interpersonal y afectan a la dignidad personal del varón y de la mujer; pero eso también afecta a la relación y educación de los hijos.

En cambio, cuando la vida de los cónyuges está fundamentada en las relaciones de amor se abre a la vida de los hijos; por ello si bien dichas relaciones tienen base biológica están subordinadas a la inteligencia y a la voluntad libre de cada quien. Al respecto, es significativo cómo la manifestación específica del amor personal sexuado si bien tiene en cuenta el ciclo biológico de fertilidad femenina, no está determinado por él, sino que requiere una decisión libre dentro de ese marco del amor conyugal, de la entrega sincera de sí mismo.

Todo el ámbito emocional de la vida conyugal debe estar impregnado de esa dirección inteligente y generosa, que no cede fácil y ciegamente a los impulsos, sino que exige la práctica de muchas virtudes que siendo hábitos operativos buenos sostengan la vida conyugal, entre ellos cabe citar el respeto, la prudencia, la sinceridad, la generosidad, la castidad matrimonial, la fortaleza, etc.

Como afirma Natalia López Moratalla, “las ciencias de la vida aportan un conocimiento valioso acerca de la diferencia de la aportación materna y paterna en la concepción y desarrollo del hijo, y en la implicación de los cuerpos de ambos. La dirección desde y en del donarse del uno y de la otra define lo específico de la masculinidad y de la feminidad en la transmisión personal de la vida humana”¹².

Y como con la transmisión de la vida no acaba todo, sino que empieza, hay que cuidar de esa donación, porque de esa reciprocidad y complementariedad se benefician poco o mucho los hijos. Es un requerimiento que si bien es no sólo biológico, lo incluye.

Así, cabe otro aporte de acuerdo con la neurociencia teniendo en cuenta el desarrollo neurológico y la maduración biopsíquica de los hijos. Así siendo necesaria la presencia y ayuda de los dos cónyuges, cuando los hijos están en la primera infancia requieren de manera especial del contacto con la madre. Luego, cuando van creciendo, el desarrollo del hemisferio izquierdo, tanto en niños como en niñas, lo puede trabajar en paralelo más fácilmente el padre que la madre. Para la forma de entender o razonar, más racional que intuitiva o emocional, es importante el padre.

Los hijos necesitan de ambos padres para su desarrollo armónico. Por tanto, las riñas entre los cónyuges (en especial la riña definitiva que es el divorcio) afectan directamente a la normalidad afectiva de los hijos, especialmente cuando son niños y adolescentes. En esas edades un hijo percibe el amor de los padres como una unidad que le da fuerza y seguridad frente a las amenazas externas y cuando ve que esa unidad se resquebraja suele experimentar inseguridad y escasa energía para afrontar los retos que la vida le va imponiendo.

Por tanto es importante lograr un ambiente familiar adecuado para la educación de los hijos. En general, en los niños las preferencias e intereses se matizan, diluyen o marcan, según el ambiente, pero en general tiene sus referencias según el sexo.

11 Ibidem. “El hombre y la mujer, creados como «unidad de los dos» en su común humanidad, están llamados a vivir una comunión de amor y, de este modo, reflejar en el mundo la comunión de amor que se da en Dios, por la que las tres Personas se aman en el íntimo misterio de la única vida divina” JUAN PABLO II, *Mulieris Dignitatem*, n. 7

12 LÓPEZ MORATALLA; Natalia. *Cerebro de mujer y cerebro de mujer*, op. cit., p. 39

A una edad temprana, el cerebro se va configurando, conformando en unas áreas y en otras de acuerdo con las hormonas que segrega; y aquí, por ejemplo, la influencia del cariño o falta de cariño desempeña un papel esencial. Esas diferencias genéticas, hormonales, ambientales le influyen grandemente. Así por ejemplo en la infancia y niñez se está formando el hemisferio derecho y si en él no hay comunicación 'empática' se le quedará raquítica en el futuro si no le cubre la vida esa deficiencia de cariño en la primera infancia.

Pero también los hijos necesitan del padre. Ellos requieren de la ternura de la madre, de su acogida, del consuelo de su amor incondicionado, pero también requieren de la personalidad masculina, de su objetividad, de su afán de logro, de enfrentarse a retos y desafíos. Así, una de las actividades típicamente masculinas es la del juego, en la que los hijos aprenden a ganar y a perder con igual ánimo, sin venirse abajo si pierden, aprenden a enfrentarse con reglas y retos. Por ello cuando a los hijos les falta el padre (o su presencia y trato), corren el riesgo de hacerse demasiado sobre protegidos, asustadizos frente al futuro.

En definitiva, varón y mujer aportan a la vida matrimonial, a la vida familiar y al desarrollo de la cultura. "En su reciprocidad esponsal y fecunda, en su común tarea de dominar y someter la tierra, la mujer y el hombre no reflejan una igualdad estática y uniforme, y ni siquiera una diferencia abismal e inexorablemente conflictiva: su relación más natural, de acuerdo con el designio de Dios, es la «*unidad de los dos*», o sea una «*unidualidad*» relacional, que permite a cada uno sentir la relación interpersonal y recíproca como un don enriquecedor y responsabilizante"¹³.

Conclusión

Hemos esbozado la unidad de la vida humana desde su concepción hasta su desarrollo teniendo en cuenta los diferentes aportes de las diferencias tipológicas, que ha puesto de relieve la neurociencia ya que el cerebro es presupuesto necesario para la manifestación de la peculiaridad humana, lo cual encuentra en la vida matrimonial unos requerimientos y características propias que basadas en el don personal y sincero de sí mismos en el amor conyugal se extienden a la paternidad y maternidad en la gran tarea de la educación de los hijos.

Bibliografía

- ARISTÓTELES; *Acerca del alma*. Gredos, Madrid, 1999
- BENEDICTO XVI, "Discurso a Congreso Internacional para conmemorar el XX aniversario de la carta apostólica *Mulieris Dignitatem*" 9 de febrero, 2008
- CASTILLA, Blanca, *La complementariedad varón mujer: nuevas hipótesis*, RIALP, Madrid, 2004
- JUAN PABLO II, *Mulieris Dignitatem*, 15 de agosto, 1988
- LÓPEZ MORATALLA, Natalia, *Cerebro de mujer y cerebro de varón*, RIALP, Madrid, 2007
- LÓPEZ MORATALLA, Natalia, *La comunicación materno-filial en el embarazo. El vínculo de apego*, EUNSA, Pamplona, 2008
- POLO, Leonardo, *Antropología Trascendental, I: La persona humana*, EUNSA, Pamplona, 1999
- POLO, Leonardo, *La esencia del hombre*, EUNSA, Pamplona, 2011
- SELLÉS, Juan Fernando, *Antropología para Inconformes*, EUNSA, Pamplona, 2006
- SORIA, José Luis, *Cuestiones de Medicina Pastoral*, RIALP, Madrid, 1973

¹³ JUAN PABLO II, Carta a las mujeres, op. cit.

ÁREA TEMÁTICA 6// UNA INVESTIGACIÓN DENTRO DEL ÁREA DEL RECONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD

Ponencia 1// Revisión y avances en biofísica y bioquímica del hidrogel cervical.
Concepción Medialdea Fernández. Valencia, España.

Ponencia 2// Tipos de secreción cervical: cristalografía óptica.
Helvia Temprano Alonso. La Coruña, España.

Ponencia 3// Estado del arte en reconocimiento de la fertilidad. M^a Piedad Puerta de Klinkert. Medellín, Colombia.

INVESTIGACIÓN EN BIOFÍSICA, BIOQUÍMICA Y BIOLOGÍA MOLECULAR DEL HIDROGEL CERVICAL Y PERSPECTIVAS DE FUTURO. UNA INVESTIGACIÓN DENTRO DEL «ÁREA DEL RECONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD» (ARF).

Concepción Medialdea Fernández.

Resumen

Se refiere la investigación en parámetros biofísicos, bioquímicos y microscópicos para facilitar el conocimiento de la fertilidad humana que inició el IVAF con Medialdea 2005¹ así como sus antecedentes y aspectos pendientes de ulterior investigación. Se reseñan de modo muy sintético aspectos de la investigación de diversos autores sobre el hidrogel cervical entre 2005 y 2010 ya referidos por la autora en el II Congreso Internacional en Reconocimiento de la Fertilidad (II CIRF)² y que ahora completa mostrando la ruta de la investigación en bioquímica y biología molecular del hidrogel cervical hasta 2012 y los principales objetivos que la guían. Se indica por donde podrían ir futuras investigaciones en este campo, lugar donde el IVAF tiene previsto reabrir la investigación en los próximos meses. Se apuntan las claves de una investigación científica desde el *área del reconocimiento de la fertilidad*.

Palabras clave: glucoproteínas del endocervix; proteínas del hidrogel cervical humano; caracterización de mucinas; área del reconocimiento de la fertilidad, métodos de reconocimiento de la fertilidad.

Introducción

Comencé mi formación universitaria en la universidad de Valencia con la licenciatura en farmacia y a continuación la especialización en análisis clínicos. Trabajé unos años como farmacéutica adjunta y analista pero circunstancias personales me llevaron a buscar una nueva especialización en ginecología. Entre los años 1995 y 2005 estuve en el departamento de ginecología de la universidad de Valencia buscando esta especialización. Realicé un master en reproducción humana, después los cursos de doctorado en ginecología, obtuve la suficiencia investigadora en ginecología y a continuación inicié y concluí mi tesis doctoral en un programa de doctorado de ginecología la cual leí en la facultad de medicina de la universidad de Valencia en 2005.

Dejé de trabajar en farmacia y análisis clínicos cuando mi segundo hijo tenía 8 meses porque era un niño que necesitaba mucha atención, tanto de día como de noche, y llegó un momento en que me resultaba agotador compaginar la vida familiar y profesional, ambas con un horario demasiado extenso.

1 C. Medialdea. Parámetros biofísicos, bioquímicos y microscópicos para facilitar el conocimiento de la fertilidad. Tesis Doctoral, Universidad de Valencia 2005.

2 Los CIRF son los Congresos Internacionales en Reconocimiento de la Fertilidad que han sido impulsados por CIFER e IVAF junto con instituciones del país de celebración. El primer CIRF se celebró en Managua (Nicaragua) junto con la facultad de Ciencias Médicas de la Universidad de Trópico Seco en octubre de 2008. El II CIRF tuvo lugar en Monterrey en noviembre de 2010 y el III CIRF se celebra en la Universidad de Piura, sede Lima en Noviembre de 2012. Vid: www.reconocimientodelafertilidad.com.

Concepción Medialdea Fernández. Concepción Medialdea es doctora en ginecología por la Universidad de Valencia. Responsable de investigación del Instituto Valenciano de Fertilidad, Sexualidad y Relaciones Familiares y del comité científico del III Congreso Internacional en Reconocimiento de la Fertilidad. [cursos@ivaf.org]

Un par de años después de la llegada de nuestra cuarta hija tuvimos que posponer el embarazo por motivo de enfermedad y constatamos que los que hoy denominamos «métodos de reconocimiento de la fertilidad» los cuales entonces nos enseñaron bajo la denominación de «métodos naturales» se enseñaban de forma muy precaria por personas sin titulación universitaria como «para salir del paso». Era «eso o nada». Esta constatación supuso un giro en mi vida. Empecé a estudiar, a especializarme en reconocimiento de la fertilidad. No existía dicha especialidad así que busqué la especialización en la facultad de medicina del modo que he descrito al inicio de esta introducción y también mediante la asistencia a congresos de esta temática y la lectura de la literatura científica de referencia.

Me encontré con Erik Odeblad primero a través de sus publicaciones en la literatura científica, más adelante le conocí personalmente, por entonces ya habíamos fundado el IVAF, en los symposium internacionales que se realizaron en España por aquellos años y desde entonces mantuve una correspondencia epistolar durante varios años. Mi investigación, que es también la investigación del IVAF, en biofísica y bioquímica del hidrogel cervical, se inició queriendo continuar de algún modo desde los hallazgos que había realizado el investigador, ginecólogo y físico sueco doctor Odeblad. En mi búsqueda bibliográfica encontré también la tesis doctoral de Helvia Temprano, a quien conocí personalmente en La Coruña cuando asistí a un curso de especialización, e intenté que ella dirigiera mi tesis doctoral continuando desde su clasificación de la canalización, pero en aquel momento no le interesaba continuar con el estudio de la canalización y no aceptó.

Conseguí por fin que me la dirigiera Miguel Tortajada, catedrático de ginecología de la Universidad de Valencia que hoy ya no está entre nosotros. No le interesaba el asunto y sólo aceptó después de comprobar que yo me esforzaba horrores y que no cejaría en el intento. No fue fácil ni conseguir quien me quisiera dirigir, ni el lugar donde investigar, ni el dinero, ni nada de nada porque no había por entonces ninguna línea de investigación abierta sobre el hidrogel cervical en la Universidad de Valencia ni nadie estaba interesado en facilitar, con los resultados de una investigación, el reconocimiento de la fertilidad en la consulta o en casa pues tampoco existía formalmente esta especialidad clínica. Todos los esfuerzos y dineros, o casi todos, en el área de la fertilidad humana, estaban focalizados entonces en la contracepción o en las técnicas de reproducción asistida ¿a quien le podía interesar llenar lagunas de conocimiento en biofísica o bioquímica del hidrogel cervical? A mi me interesaba horrores y me puse a ello con la ayuda de Dios.

Esta ponencia pretende reseñar el estado de la investigación básica en hidrogel cervical al momento de realizar mi tesis doctoral como miembro del IVAF, así como los aportes de la misma detallando aspectos de nuestra investigación de interés para ulterior investigación. Ofreceremos algunas pinceladas del estado de la cuestión en bioquímica y biología molecular del hidrogel cervical hasta hoy. Queremos avivar el estado de la cuestión para procurar que personas jóvenes decidan investigar en esta área apasionante y necesaria y por ello referiremos por donde, a nuestro entender, debería discurrir la investigación básica en hidrogel cervical en el futuro. En IVAF vamos a retomar nuestra línea de investigación en «parámetros biofísicos, bioquímicos y microscópicos» en los próximos meses, si Dios quiere, estamos ya pidiendo ayudas económicas para poder hacerlo. Invitamos desde aquí a las personas interesadas en investigar en esta temática a contactar con nosotros para, en equipo, poder poner las bases que faciliten un trabajo multidisciplinar desde distintas instituciones que pueda dar mejores frutos y servir mejor a todos.

Antecedentes de nuestra investigación

1) En biofísica (estudio microscópico) del hidrogel cervical:

En años previos a la tesis doctoral de Medialdea (2005) se había descrito, mediante microscopía electrónica aplicada al moco cervical humano aspecto de malla, de red compacta e impenetrable con niveles bajos de estrógenos, bajo influencia progesterónica, y red laxa y penetrable alrededor de la ovulación (Elstein et al., 1971; Chretien et al., 1973; Bonilla, 1983), o moco cervical de tipo membranoso en fase posmenstrual y con amplios espacios que dejan pasar los espermatozoides durante la ovulación (Faccioli, 1984). Y mediante microscopía óptica en moco cervical extendido y secado al aire se había descrito el fenómeno de la cristalización formando ramas, arborización o «ferning», y su observación se había usado en varios test para medir la actividad estrogénica (Rydberg, 1948; Roland, 1952 o Keseru, 1972). Estos autores habían detectado diferencias observables con ayuda del microscopio óptico entre el moco cervical periovulatorio y el moco cervical de la fase posovulatoria que fueron utilizadas en varios test clínicos para uso en el tratamiento de la infertilidad por aquellos años.

Erik Odeblad (1966, 1994a, 1997) primero con ayuda de la resonancia magnética nuclear y de la microscopía óptica sobre moco cervical extendido mediante su técnica spread it out encontró primero cuatro tipos distintos de secreciones: moco G (Gestagenic), L (Loaf), S (String), y P (Peack) y después varios subtipos de cada uno de estos 4 tipos. Y contribuyó al diagnóstico clínico del moco cervical extraído del canal endocervical, extendido y dejado secar, mediante su diagrama de porcentajes. Así, el *estudio de los distintos tipos de cristalización* y el cálculo de los porcentajes de los mismos en una muestra de moco cervical, finamente extendido y secado al aire, permite conocer su grado de fertilidad con ayuda de un diagrama (Odeblad, 1997). El estudio de la cristalización y el cálculo del grado de porcentajes ha sido ya suficientemente utilizado y probado en clínica y no necesita de ulterior investigación.

Por otra parte, cuando el moco cervical, una vez extendido sobre el portaobjetos, se cubre en su totalidad o una parte del mismo con un cubreobjetos y se deja secar, podemos observar un fenómeno distinto de la cristalización, nos referimos al que se conoce como *fenómeno de la canalización* del moco cervical humano. Creo que no es una buena denominación, aunque en algunas de las muestras se observen canales y por ello me referiré a ello simplemente como estudio y clasificación de las muestras que han secado bajo cubreobjetos. Algunos autores han contado el número de canales y se ha demostrado la estrógeno dependencia del fenómeno y su relación con el contenido de sales y de proteínas (Davajan et al., 1971; Flynn, 1973; Hilgers and Previl, 1979; Capella and Giacci, 1980; Faccioli, 1984; Garcea et al., 1984). Temprano (1990) propuso una clasificación morfológica de la canalización en diez grados.

2) En bioquímica del hidrogel cervical:

Antes de 2005 se había realizado electroforesis de moco cervical humano, muy abundantemente en los años 1955-75, se buscaban principalmente las inmunoglobulinas y su relación con la infertilidad. Se observaron las proteínas solubles de la fase acuosa así como una mucoproteína (MP) insoluble (Spencer et al., 1957; Moghissi et al., 1960; Schumacher et al., 1965; Elstein and Polard, 1968; Moghissi, 1972; Zaneveld et al., 1975). Años más tarde se aplicó electroforesis SDS-PAGE, y se observó que la proporción de proteínas con respecto a MP es mínima antes de la ovulación y aumenta de prisa después de la misma, así el nivel de MP es máximo antes de la ovulación y la proporción de agua baja mucho después de la misma (Roelof et al., 1980; Van Kooij et al., 1983; Morales et al., 1993). Hirano et al., 1999, identifican un componente capaz de blindar inmunoglobulinas.

Detalle nuestras aportaciones de 2005 y de cómo continuarlas

1) En biofísica (microscopía óptica) del hidrogel cervical:

Medialdea (2005) propusimos una clasificación simplificada en 5 grados para clasificar como 1) *con potencial fertilidad* o 2) *sin potencial fértil* las muestras de hidrogel cervical bajo cubreobjetos y demostramos su utilidad para conocer el estado de fertilidad o infertilidad de una muestra de moco cervical humano en la consulta de reconocimiento de la fertilidad, útil tanto si la muestra ha sido extraída por el ginecólogo como si ha sido autoextraída por la propia paciente entrenada previamente en el procedimiento de obtención, de extensión y de tapado de parte de la muestra. Medialdea describió por primera vez tres elementos como claves para afinar en el diagnóstico del estado de fertilidad de las muestras tapadas con un cubreobjetos, y para diagnosticar la cercanía de la ovulación.

En IVAF dejamos de asistir a los symposiums internacionales de esta temática celebrados en España desde 2003 por disentir en puntos que consideramos fundamentales³ y en consecuencia la clasificación de muestras tapadas con un cubreobjetos para conocer su grado de fertilidad no es conocida ni ha sido difundida en ese circuito. Si que fue presentado en el I CIRF (2008). Voy a explicar a continuación detalles del estudio de las muestras tapadas con cubreobjetos porque creemos que debe ser probado para ayudar en la atención clínica de algunos casos en los cuales es más dificultoso definir el estado de fertilidad por el motivo que fuere o bien por motivo investigación con vistas a un posterior tratamiento clínico.

Detalle de nuestra clasificación de muestras tapadas con cubreobjetos (Figuras 1 y 2)

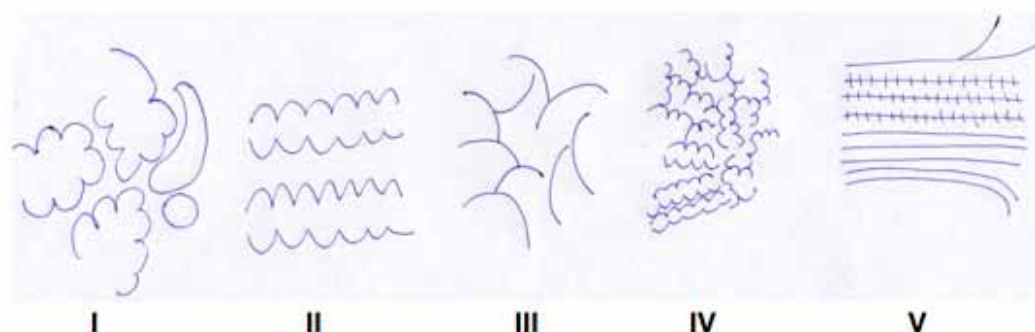


Fig. 1: Dibujo de nuestra clasificación en cinco grados. I: Cuarteado con formas redondas o en nube; II: Las nubes se estiran y alinean; III: Compactación grande; IV: Compactación pequeña; V: Canales con o sin espículas.

³ El motivo está explicado en: Concepción Medialdea y José Pérez Adán. "El «área del reconocimiento de la fertilidad y los «métodos de reconocimiento de la fertilidad». Concepto y terminología. Actas del I Symposium Internacional en Reconocimiento de la Fertilidad, Managua 2008. En Actas, Congresos Internacionales en Reconocimiento de la Fertilidad, nº1..

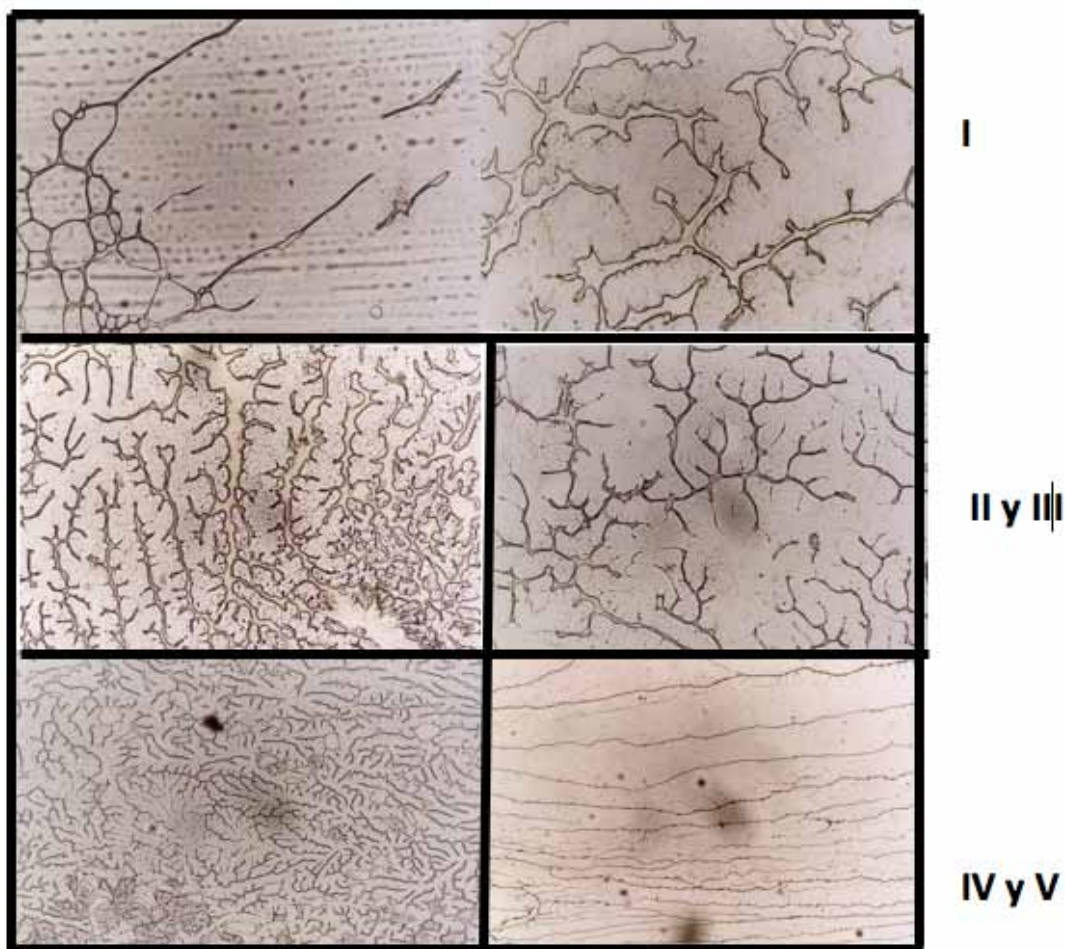


Fig. 2: Fotografías mostrando nuestra clasificación en 5 grados: Arriba: Grado I; En el centro: Grado II (izda..) y Grado III (drcha.), Debajo: Grado IV (izda.) y Grado V (drcha.).

Hemos descrito tres elementos adicionales que se mostraron, durante nuestra investigación, como elementos clave para afinar en el diagnóstico del estado de fertilidad de las muestras tapadas con un cubreobjetos, y para diagnosticar la cercanía de la ovulación:

1. **Mucolisis**, en las muestras bajo cubre se muestra como transparentación o borrado. Cuando la ovulación está muy cerca la lisis es intensa, se observan muchos segmentos transparentes, e incluso zonas de transparentación. Ello se observa mejor moviendo el «micro» (Fig. 3):

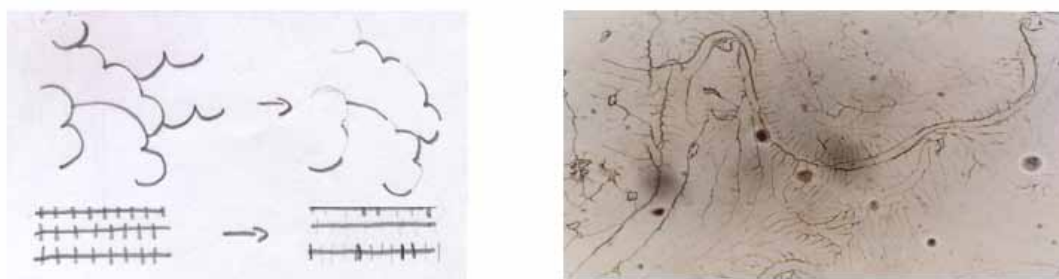


Fig. 3: Izquierda: El dibujo muestra la transparentación o borrado de líneas o espículas, modo en que se observa al microscopio el efecto de la lisis en el moco cervical en las muestras que han secado tapadas con un cubre. Derecha: Foto de la muestra 7-IVAF (día -4): Zona bajo cubre mostrando un grado de canalización V en algunas zonas y transparentación o borrado por efecto de la lisis y con ello la proximidad de la ovulación. 10X.

2. Maclas de cristales cúbicos, bien conformadas se corresponden siempre con fase folicular tardía⁴. Se pueden observar pequeñas o restos de maclas en fase folicular media o en fase lútea inicial. En muestras autoextráidas la observación de sólo algún fragmento de cristal cúbico se debe interpretar como signo de ovulación muy cercana (Fig. 4):

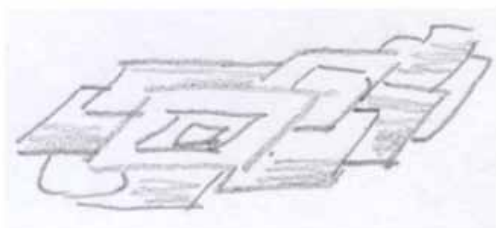


Fig. 4: Izquierda: Dibujo de una macla de cristales cúbicos. Derecha: Foto de la muestra 4-FIV (día -1): Zona bajo cubre mostrando una macla de cristales cúbicos y mucha transparentación por efecto de la lisis y con ello inminencia de la ovulación. 10X.

3. Ramas, con la forma característica que sólo muestra el moco cervical habitualmente en las muestras que han secado al aire, se encuentran excepcionalmente bajo cubre, su estructura residual, ayudando a la clasificar la muestra (Fig. 6):



Fig. nº 5: Zona bajo cubre. Colgadas de unos canales vemos ramitas de moco Pt que permanecen como tales sin haber sufrido el proceso de canalización evidencian la cercanía de la ovulación. 5-AC (día 0). 40X.

Los grados 1 y 2 de nuestra clasificación en 5 grados indican ausencia de fertilidad. El grado 3 por sí solo también se interpreta como momento no fértil pero la presencia de lisis, maclas, o ramas de moco típico de momento fértil constituyen un diagnóstico de posible fertilidad.

El estudio microscópico de la muestra tapada con cubreobjetos se realiza del modo siguiente (Fig. 6):

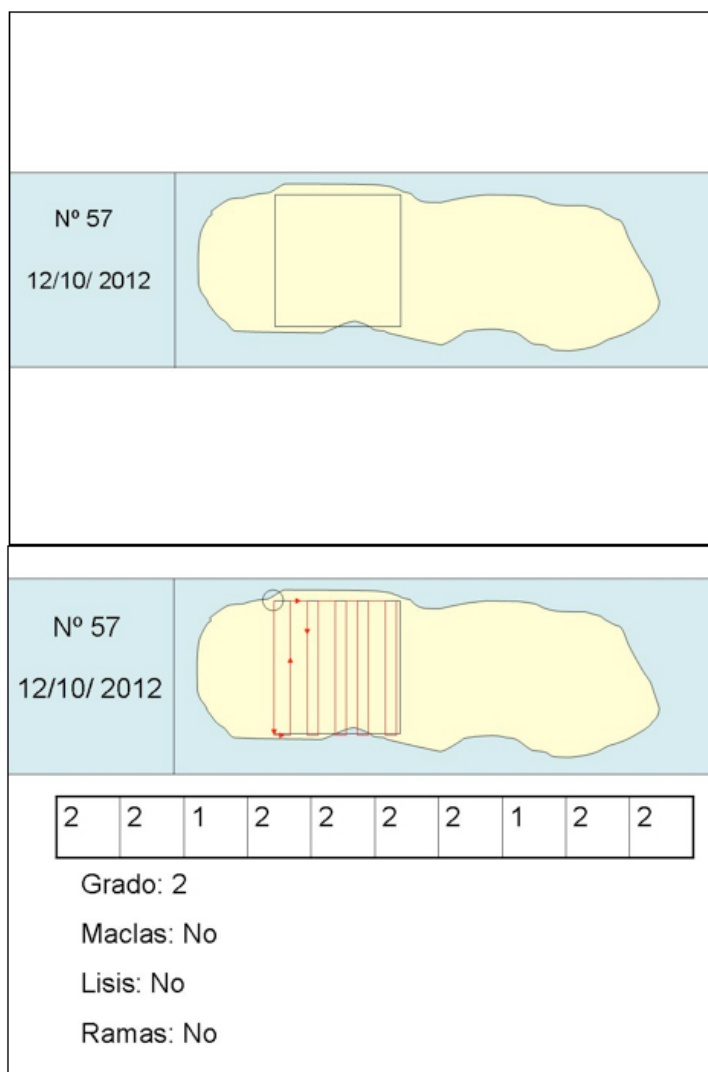


Figura 6: Arriba: la muestra se extiende sobre el portaobjetos muy finamente estirándola en todas las direcciones y se coloca un cubreobjetos sobre una parte de la misma el cual se presiona suavemente con la yema del dedo índice para quede bien fijado; Debajo: Una vez seca la muestra, se coloca el visor del microscopio en la esquina superior izquierda y se va desplazando primero hacia abajo hasta el borde inferior, después hacia la derecha un corto espacio y de nuevo hacia arriba hasta el borde superior. Se realizan 10 recorridos completos. Al final de cada uno de los 10 recorridos se asigna el grado más frecuentemente observado durante el mismo y se anota en la cuadrícula. En las muestras autoextraídas se obtiene el grado más alto asignado en los 10 recorridos. En las muestras extraídas en la consulta se obtiene el grado más frecuentemente asignado en los 10 recorridos.

Durante la investigación de mi tesis doctoral estudié muchas muestras de moco cervical con el microscopio óptico, algunas obtenidas en la consulta de ginecología y otras autoextraídas por la paciente entrenada, pero había muchas más obtenidas mediante autoextracción. Las muestras de autoextracción si bien se han obtenido del canal endocervical sin embargo siempre tienen algo de contaminación de moco gestagénico de la portio y en la parte de la muestra dejada secar al aire, el moco gestagénico de más no permite observar los tipos de moco más fino por lo que el estudio de los distintos tipos de cristalización y el cálculo de los porcentajes de los distintos tipos que aportó Odeblad no es posible con buenos resultados. Sin embargo, nuestra clasificación en 5 grados de la parte de la muestra tapada con un

cubreobjetos nos permitió una clasificación adecuada de todas las muestras autoextraídas que resultó de mucha utilidad en nuestra investigación. El hecho de que, una vez colocado el cubreobjetos sobre una parte de la muestra, siempre aplicábamos presión con la yema del dedo para conseguir una mejor fijación del mismo es seguramente uno de los motivos, porque queda una muestra muy aplastada y por lo tanto muy fina. Cuando se requiere el diagnóstico de fertilidad en el mismo día de recepción de la muestra hay que proceder a dejarla secar en una estufa con termostato a 37° C. durante 8 horas antes de proceder al estudio microscópico de la parte tapada con el cubreobjetos.

Para nuestra investigación, fue suficiente con llegar hasta aquí en el estudio microscópico, pero creemos que el estudio de las muestras bajo cubreobjetos debería ser continuado. Lo que se observa, con microscopio óptico, en la parte de la muestra dejada secar sin cubrir y lo que se observa en la parte que ha secado tapada con un cubreobjetos es la misma cosa. Es decir que estamos observando otro ángulo o apariencia de los mismos distintos tipos de moco cervical y aún no sabemos con que apariencia concreta se muestra cada uno de los tipos después de secar aplastado y tapado con un vidrio fino. Tal vez se puedan reconocer los distintos tipos que se observan bajo cubre y realizar también un cálculo de porcentajes consiguiendo un resultado más preciso. En muestras autoextraídas es la única posibilidad de análisis y la autoextracción es de interés en lugares en los que no hay una consulta de ginecología para extraer la muestra pero si que se cuenta con un buen microscopio óptico. También porque si la muestra se consigue en casa mediante autoextracción es más fácil obtener muestras de varios días seguidos para ulterior investigación o para seguimiento clínico por ejemplo para estudio de fertilidad. Pero las muestras autoextraídas no se pueden clasificar microscópicamente secadas al aire, pero si que es posible hacerlo si han secado tapadas con cubreobjetos.

Creo que para avanzar bien en el estudio de las muestras que han secado bajo cubreobjetos tenemos que hablar quienes hemos investigado en este campo y unificar criterios.

2) En bioquímica (electroforesis SDS-PAGE de proteínas y glucoproteínas) del hidrogel cervical

Medialdea (2005) realizamos electroforesis SDS-PAGE de proteínas y de glucoproteínas, con muestras extraídas por el ginecólogo y con muestras autoextraídas por la paciente, con el propósito de contribuir a la caracterización bioquímica de los distintos tipos de moco cervical que ya habían sido descritos por Odeblad con su investigación pero sólo a nivel biofísico (RMN y microscopía óptica). Encontramos evidencia, a nivel bioquímico, de la existencia de dos glucoproteínas distintas, la glucoproteína E (PM por encima de 300 KD) característica de momentos del ciclo con predominio estrogénico y la glucoproteína G (PM por encima de 200 KD) típica de momentos del ciclo con predominio gestagénico (Fig. 7).

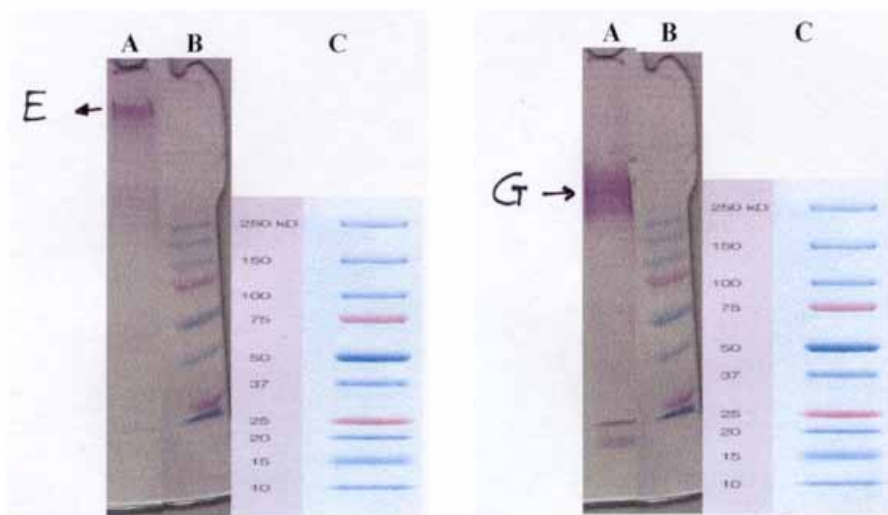


Fig. 7: Izquierda: A: Glucoproteína E evidenciada como banda de color rosa al teñir con reactivo de Schiff tras la electroforesis SDS-PAGE; B: bandas del patrón de proteínas evidenciadas tras su migración por electroforesis SDS-PAGE; C: prospecto del patrón de proteínas preteñido de BIO-RAD mostrando el PM de cada banda. Vemos que glucoproteína E tiene un PM bastante por encima de 250 KD y por lo tanto por encima de 300 KD. Derecha: A: Glucoproteína G evidenciada como banda más ancha de color rosa al teñir con reactivo de Schiff después de la electroforesis SDS-PAGE; B: patrón de proteínas después de su migración por electroforesis SDS-PAGE; C: prospecto del patrón de proteínas preteñido de BIO-RAD mostrando el PM de cada banda. Podemos ver que la glucoproteína G tiene un PM claramente por encima de 200 KD.

Y además hemos evidenciado la presencia de cuatro proteínas que aparecen solas o en grupo de forma típica y diferenciada en el hidrogel cervical de cinco momentos distintos del ciclo ovárico (FI, FM, FT, LI-LT y LM)⁵ (Fig. 8).

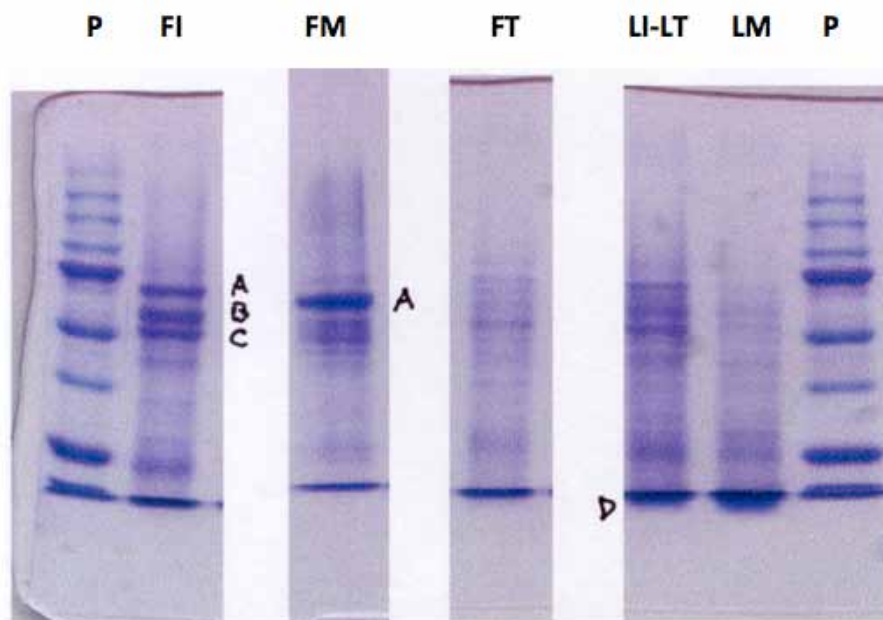


Fig. 8: P: Patrón de proteínas tras su migración. En FI aparecen de forma típica las proteínas A (70 KD), B (60 KD) y C (50 KD); En FM sólo alguna de las mismas; En FT no aparece ninguna En LI-LT aparecen A, B y C desdibujadas junto con D; En LM aparece sólo D (15 KD) con más intensidad.

⁵ FI: Fase Folicular Inicial (día -7 y anteriores); FM: Fase folicular Media (-6 a -3); FT: Fase Folicular Tardía (-3 a 0); LI: Fase Lútea Inicial (+1 a +3); LM: Fase Lútea Media (+4 a +10) y LT: Fase Lútea Tardía (+10 en adelante).

Tenemos que continuar esta investigación porque aún está pendiente la caracterización de las dos glucoproteínas del endocervix G y E. Conviene hacerlo porque estos hallazgos abren la esperanza de lograr un test de tipo bioquímico de uso en clínica o en casa para conocer el estado de fertilidad o infertilidad de mujeres incluso no cicladas que requieren una prueba de su estado de fertilidad de un solo día que no son capaces de situar en un ciclo. Se trataría de un test fácil de usar y de interpretar por los usuarios en su propia casa lo cual no es posible con el estudio microscópico porque, para que sea fiable, se necesita un buen microscopio óptico y el estudio minucioso de personal técnico bien entrenado. Por ejemplo serviría para mujeres que reciben tratamiento agresivo por cáncer durante mucho tiempo y dejan de tener ciclos normales. Tampoco está completado el trabajo con proteínas A, B, C y D.

Conocer al detalle la relación de las distintas proteínas y glucoproteínas con la función fértil normal puede ser el principio para poder llegar a curar algunos casos de infertilidad que estén relacionados con el contenido proteico alterado del hidrogel cervical. En IVAF retomaremos esta investigación en bioquímica, si Dios quiere, durante el próximo año. Tenemos previsto también hacer una incursión en biología molecular del hidrogel cervical. Y nos gustaría que contacten con nosotros personas interesadas.

¿Por donde y con qué objetivos ha ido la investigación en bioquímica y biología molecular del hidrogel cervical humano desde 2005 hasta hoy? Sugerencias de continuidad

Tal como ya avanzamos en el II CIRF, se han realizado estudios tratando de identificar las proteínas del moco cervical humano. Tal vez el más ambicioso sea el de Andersch-Björkman et al (2007) en el cual identificaron 194 proteínas, 3 mucinas formadoras de gel y 2 mucinas transmembrana. Sin embargo los autores sugieren que la O-glicosilación es la mayor alteración que ocurre en el moco ovulatorio al tiempo que reconocen que no se sabe la relación de esta alteración con las distintas propiedades físico-químicas del moco cervical humano.

Creemos, como también ellos reconocen, que algunas mucinas no han sido completamente secuenciadas. Las glucoproteínas G y E del endocervix evidenciadas por Medialdea (2005) no lo han sido, al menos no todavía al completo y es trabajo pendiente.

Hasta 2010, la mayoría de las investigaciones en hidrogel cervical se realizaron a la búsqueda de agentes antimicrobianos y para evaluar la actividad antibacteriana in Vitro de los mismos, por ejemplo el trabajo de Ming y colaboradores (2007) mediante cromatografía líquida y difusión radial. Encontraron proteínas con actividad antimicrobiana frente a *Scherichia Coli*, *Pseudomonas Aeruginosa* y *Cándida Albicans*. Samuel K y colaboradores (2009) sugirieron relación entre el dominio de lactobacilo con la actividad anti VIH. Becher (2009) estudiaron las propiedades inmunológicas del tapón cervical durante el embarazo y la presencia en el mismo de marcadores inflamatorios buscando la relación con embarazos pre-término y ello nos interesa porque el mismo está constituido por moco gestagénico similar al producido en las criptas del endocervix durante la fase lútea de los ciclos normales.

Ulcova-Galova (2010) realizó una extensa revisión de las investigaciones para determinar parámetros inmunológicos y bioquímicos del moco cervical humano de momento ovulatorio que podrían tener relación con los abortos de repetición, entre ellos la glucosa, fructosa, inmunoglobulinas, C3, hormonas, prostaglandina E2, citokinas Th1 y Th2 o anticuerpos antiespermatozoides. Suleyman (2007) planteó una interesante hipótesis para tratar de explicar por qué los anticonceptivos orales usados durante mucho tiempo se asocian con un incremento en el riesgo de padecer cáncer cervical. Sugirió que el moco muy viscoso inducido por los anticonceptivos hormonales prolongaría el efecto de agentes carcinógenos que llegan a través del coito y no pueden ser eliminados por el patrón de moco permanentemente viscoso mientras permanece la toma de los mismos. Esta es una investigación que nos interesa iniciar y continuar

a quienes trabajamos desde el Área del Reconocimiento de la Fertilidad (ARF) pues de momento es sólo una hipótesis. En cuanto a la investigación en biología molecular, no podemos dejar de decir, en este apartado, que, desde 1997, se ha venido informando en múltiples artículos sobre la existencia de 6 genes de mucina que son expresados en el tracto genital femenino y que han sido denominados: MUC1, MUC2, MUC4, MUC5AC, MUC5B y MUC6⁶. MUC2, MUC5B, MUC5AC y MUC6 se han encontrado en el cromosoma 11p15.5 y expresan gel formador de mucinas, mientras que MUC1 y MUC4 se expresan en el epitelio del ectocervix y son mucinas asociadas a membrana⁷. MUC4 y MUC5B se han descrito como los principales genes expresados por el endocervix⁸. Tal vez estos genes están implicados en la expresión de las glucoproteínas E y G que hemos evidenciado y ello es algo que podremos saber si continuamos esta investigación.

Hemos hecho una nueva revisión de la literatura científica con vistas al III CIRF y constatado que sigue de primera actualidad la consideración del tracto cervical como la más efectiva primera línea de defensa contra muchos tipos de gérmenes. Encontramos nuevos trabajos sobre la búsqueda de actividad antimicrobiana en el tapón mucoso del embarazo y nos sigue interesando por su similitud con el moco cervical de la fase lútea. Habton H Habte (2008) purificaron y caracterizaron mucinas del tapón mucoso y determinaron actividad antiHIV1 en un 97,5% en el tapón mucoso del embarazo purificado pero no en el mismo, tal cual, sin una previa purificación⁹.

Se ha realizado análisis proteómico del fluido cervico-vaginal usando muestras de lavado previo a laparoscopia. Si bien no son muestras que quienes trabajamos en el área del reconocimiento de la fertilidad consideremos adecuadas porque no utilizan el hidrogel del endocervix únicamente sino el mismo junto con flujo vaginal dentro del agua de lavado que se suele desechar de forma rutinaria, sin embargo se trata de intentos de aproximación en orden a demostrar el importante papel de prevención de infecciones ginecológicas que constituye la barrera cervical. Así Geert Zegels (2009) consiguieron identificar 339 proteínas, 151 de las mismas no habían sido antes identificadas en fluido Cervico-vaginal¹⁰.

Un campo de investigación interesante para nuestra área de trabajo es conocer la protección que supone el hidrogel cervical frente a la transmisión del virus del SIDA porque si se demuestra una eficaz protección, detectable y por eso comprobable, durante algún periodo del ciclo ovárico los matrimonios en los que sólo uno de los dos está infectado podrían decidir de mutuo acuerdo tener relaciones sexuales sólo durante esos días del ciclo en los cuales el hidrogel cervical provee de protección frente al virus de la inmunodeficiencia humana. Por eso nos interesa la investigación de algunos autores buscando los guardabarreras del HIV. Así Grivel JC (2010) y colaboradores han estudiado la transmisión selectiva de las variantes del R5 HIV-1. Estos autores piensan que en el caso de los guardabarreras X4/R5 la tarea de futuras investigaciones está en identificar cada uno de los guardabarreras selectivos y en descifrar sus mecanismos moleculares de cara a la prevención futura de las distintas variantes de HIV¹¹. Así pues una vía de investigación para nosotros puede ser buscarlos, de forma específica, en el hidrogel distinto que se sintetiza en el endocervix en los diferentes momentos del ciclo ovárico.

6 Gypson IK et al. "Mucin genes expressed by human female reproductive tract epithelia!". *Biol Reprod* 1997; 56: 999-1011.

7 Wiggins et al. "Mucins and sialidases: their role in the pathogenesis of sexually transmitted infections in the female genital tract". *Sex Transm Infect* 2001; 77: 402-408.

8 Idris N, Carraway KL. "Sialomucin complex (MUC4) expression in the rat female reproductive tract". *Biol Reprod* 1999; 61: 1431-1438.

9 Habton H Habte et al. "The inhibition immunodeficiency Virus type 1 activity by crude and purified human pregnancy plug mucus and mucin in an inhibition assay". *Viral Journal* 2008; 5: 59. Este autor recoge el resumen de las aportaciones que mostramos aquí en referencia al estudio de los genes de mucina.

10 Pert Zegels et al. "Comprehensive proteomic analysis of human cervical-vaginal fluid using colposcopy samples". *Proteome Science* 2009; 7: 17.

11 Jean- Charles Grivel et al (2010). "Selective transmission of R5 HIV-1 variants: where is the gatekeeper?". *J Translat Med* 2010; 9(suppl 1): 6.

Levinson P y colaboradores (2012)¹² han encontrado en fluido cervico-vaginal de mujeres seronegativas expuestas a ser infectadas pero de bajo riesgo y de mujeres seropositivas que contiene actividad neutralizante del virus HIV. Varias proteínas innatas de inmunidad, incluida HNP1-3 y LL-37, contribuyen a ello pero esas moléculas pueden tener también propiedades inflamatorias y contribuyen otros factores. La muestra que han utilizado estos autores no es adecuada para el propósito de los investigadores del área del reconocimiento de la fertilidad quienes deben buscar en muestras de hidrogel cervical.

Wiechula B (2010) han investigado el fluido Cervico-vaginal de mujeres con candidiasis, chlamydia y otras infecciones bacterianas, buscando y comparando la concentración de beta-defensinas humanas selectivas (Hbd-1, Hbd-2) y han encontrado que la *Chlamydia trachomatis* activa la producción de Hbd-2 mientras que *Cándida albicans*, *Chlamydia trachomatis* y otras bacteria patógenas inducen aumentos variables en la concentración de Hbd-1¹³.

Recientemente Buckner LR y colaboradores (2011) han experimentado in Vitro con una línea celular epitelial derivada de tejido endocervical, éstas células secretan mucus y expresan MUC5B y también receptores hormonales que responden adecuadamente a las hormonas esteroideas femeninas. Las células expresan péptidos antimicrobianos, citocinas proinflamatorias y chemocinas, éstas últimas en dependencia del influjo hormonal al cual están expuestas las células. Este experimento abre las puertas a posteriores investigaciones in Vitro sobre el papel de factores exógenos y endógenos que regulan el epitelio cervical en orden a la inmunidad¹⁴.

Recientemente ha sido identificada y secuenciada una glucoproteína en moco humano del oviducto la cual está presente cuando hay un predominio del efecto estrogénico. Se trata de la glucoproteína oviductal 1 (OVGP-1) con un peso molecular de 120 KD¹⁵. El gen correspondiente codifica un larga glucoproteína con numerosos lugares de O-Glicosilación, su regulación y expresión sería estrógeno dependiente. La expresión del gen y la secreción de la glucoproteína ocurren durante la fase folicular tardía. Es secretada por células no ciliadas del epitelio oviductal y se asocia con ovocitos ovulados, blastómeros y regiones del acrosoma del espermatozoide. Estos autores han investigado OVGP-1 como posible marcador del cáncer de ovario con resultados esperanzadores de cara a la detección precoz.

Habrá pues que ver si existe alguna relación entre esta glucoproteína del oviducto y la glucoproteína E del endocervix la cual tiene un peso molecular bastante más alto, por encima de 300 KD (Medialdea 2005).

Conclusión

Una investigación desde el ARF abre muchas posibilidades, no sólo la investigación sobre el hidrogel cervical. También la investigación del hidrogel oviductal que pueda llevar a conocer mejor los procesos implicados en los primeros estadios de la vida embrionaria durante el transporte por el oviducto y la implantación en el endometrio, si bien las muestras de moco oviductal son más difíciles de conseguir que las muestras de moco cervical.

12 Levinson P et al. "HIV-Neutralizing activity of cationic polypeptides in Cervico-vaginal secretion of women in HIV-Serodiscordant relationships". Plos one 2012; 7(2): 1-9.

13 Wiechula B et al. "HBD-1 and HBD-2 are expressed in Cervico-vaginal lavage in female genital tract due to microbial infections. Ginekol Pol 2010; 81 (4): 268-71.

14 Buckner LR et al. "Innate immune mediator profiles and their regulation in a novel polarized immortalized epithelial cell model derived from human endocervix". J Reprod Immunol 2011; 92(1-2): 8-20.

15 Maines-Bandiera S et al. "Oviductal glycoprotein (OVGP-1, MUC9): A differentiation-based mucin present in serum of women with ovarian cancer". Int J Gynecol Cancer 2010; 20 (1): 16-22.

Además el conocimiento a nivel bioquímico y molecular del tapón mucoso del embrazo porque ello actúa en la prevención del embarazo pretérmino y por tanto a favor de la vida. Los factores implicados en el transporte y selección de los espermatozoides, tanto en el interior del sistema genital masculino como en el interior del sistema genital femenino, en la fecundación, en el transporte embrionario e implantación. También la investigación que facilita a los matrimonios conocer y poder utilizar mejor no sólo los métodos de reconocimiento de la fertilidad tradicionales de uso en casa que les sirven para reconocer la fertilidad al servicio de la paternidad responsable (Billings, Temperatura corporal basal y sintotérmico de doble comprobación) sino también los monitores técnicos de uso en casa. Obtener marcadores de algunos tipos de cáncer ginecológico y avanzar en su tratamiento etc.

Desde el área de la salud y la sexualidad reproductiva (ASSR) no se encuentran ayudas ni líneas de investigación en relación con los métodos de reconocimiento de la fertilidad ni con el área del reconocimiento de la fertilidad. Por eso conviene que trabajemos en equipo para encontrar los modos de investigar y de publicar lo más y mejor posible. Es de interés que los distintos equipos que trabajamos en investigación en esta temática tengamos relación, nos comuniquemos y favorezcamos y contribuyamos a un trabajo multidisciplinar en equipo para configurar un área de trabajo investigador dentro del «Área del Reconocimiento de la Fertilidad» (ARF).

TIPOS DE SECRECIÓN CERVICAL A MICROSCOPIA ÓPTICA.

Helvia Temprano Alonso.

Resumen

INTRODUCCION. Uno de los parámetros biofísicos de la secreción cervical es la cristalización. El descubrimiento de la arborización de la secreción cervical se debe a Papanicolaou y con más profundidad a Rydberg que la compara con helechos u hojas de palmera; se debe a su contenido en disolución de cloruro sódico. Se citan algunos de los autores que investigaron las bases de la cristalización.

OBJETIVOS. 1. Identificar los tipos de secreción cervical diseñados por Odeblad en el ciclo. 2. Determinar los encontrados en lactancia materna, mixta y artificial. 3. Estudiar los encontrados en premenopausia. 4. Valorar el grado de fertilidad de una muestra.

AMBITO DE ESTUDIO. Mujeres que acudieron a las Consultas de Ginecología Endocrina y Fertilidad Natural del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (España).

MATERIAL. Se recogen 131 muestras de secreción endocervical correspondientes a 118 mujeres.

METODOLOGIA. Se visualiza el cervix con un espéculo observando el grado de apertura del orificio cervical externo; la secreción endocervical se aspira con una jeringa de insulina determinando la cantidad, el aspecto y la filancia para realizar un mucograma. La muestra se deposita en un porta haciéndose una dispersión radial, según técnica de Odeblad, dejándola secar a temperatura ambiente. Posteriormente se realiza un análisis cristalográfico a microscopia óptica identificando cada tipo de secreción por su patrón cristalográfico propio. Para valorar el grado de fertilidad de una muestra se estudian 10 campos a 10x para determinar los porcentajes.

RESULTADOS. Las 131 muestras correspondieron a: revisiones postparto: 40 m; alteraciones del ciclo: 35m; aplazamiento de nueva gestación: 21 m; estudios por aborto previo: 15 m; Menopausia: 11 m; reconocimiento de la fertilidad: 5m; esterilidad: 4 m. Se realizan 2543 fotos. 86 de ellas bajo cubreobjetos. Se ha realizado una selección fotográfica para exponer cada tipo de secreción cervical y sus variedades en distintos momentos hormonales: ciclo ovárico, lactancia y menopausia.

CONCLUSIONES. 1. Sencillo aprendizaje para identificar los tipos de secreción cervical. 2. Interés clínico en valorar el grado de fertilidad de una muestra determinando los porcentajes. 3. Técnica no invasiva y de bajo coste.

Helvia Temprano Alonso. Cofundadora de la Asociación Provida Coruña. Asesora de RENAFER y Miembro de Instituto Universitario de Estudios sobre la Mujer de La Coruña. Instauró, junto con otros profesionales, el primer Centro en Galicia de Educación Maternal. [helviatemprano@ctv.es]

Introducción

La cristalización es un parámetro biofísico de la secreción cervical. Se debe a su contenido de cloruro sódico en disolución.

Papanicolaou descubre la arborización(1) **Rydberg** la compara con helechos u hojas de palmera (2). Zondek encuentra que otras soluciones orgánicas también producen arborización: glándulas salivares o lacrimales (3) Establece una gradación diagnóstica de + a +++. (4).

De la Fuente y Gálvez estudiaron en España este parámetro, por primera vez en 1955 (5).

Beck, ginecólogo, y **Neuhaus**, del Instituto de Mineralografía de la Universidad de Bonn, aportan que la cristalización es inducida por su contenido en mucoides (6).

Kesseru la expresa en **porcentajes**: mide 10 campos con una cuadrícula en el ocular del microscopio (crystalometer).

Un medio sencillo que permite una valoración objetiva (7).

1

Davajan et al. presentan una técnica que consiste en extender la secreción sobre un porta tapando una parte con un cubreobjetos; se pone a 37° durante 24-48 horas para estudiar sus características en las distintas fases del ciclo: en la ovulación se forman trayectos paralelos largos o canales; cuando la secreción es más viscosa son más cortos y pequeños (8).

Odeblad identifica los tipos de secreción cervical

En 1968 Odeblad clasifica 2 tipos de secreción: tipo E (estrogénico) y tipo G (gestagénico) no siendo receptivo a los espermatozoides (9). En 1976 Odeblad presenta en la Universidad de Surrey (Inglaterra) 2 nuevos tipos que dependen de E: S (sperm transmission) y L (locking-in). El modelo G, L y S explica el ascenso espermático. En 1990 define las características de la secreción P (pico de fertilidad).

OBJETIVOS. 1. Identificar los tipos de secreción cervical diseñados por Odeblad en el ciclo. 2. Determinar los encontrados en lactancia materna, mixta y artificial. 3. Estudiar los encontrados en menopausia y durante la ingesta de algunos tratamientos. 4. Valorar el grado de fertilidad de una muestra.

AMBITO DE ESTUDIO

Mujeres que acudieron a las Consultas de Ginecología Endocrina y Fertilidad Natural del Servicio de Obstetricia y Ginecología del Complejo Hospitalario Universitario A Coruña (España).

MATERIAL Y METODOS

131 muestras de secreción endocervical de 118 mujeres. Se visualiza el cervix con un espéculo observando el grado de apertura del orificio cervical externo; se aspira la secreción endocervical con una jeringa de insulina.

En el mucograma se determina la cantidad, el aspecto, la filancia y el grado de apertura del orificio cervical. Se deposita la muestra en un porta haciéndose una dispersión radial, según Odeblad, dejándola secar a temperatura ambiente; una vez seca se realiza un análisis cristalográfico a microscopía óptica, identificando cada tipo de secreción por su patrón cristalográfico propio.

RESULTADOS

Las 131 muestras correspondieron a:

- 40 m. Revisión postparto
- 35 m. Alteraciones del ciclo
- 21 m. Aplazamiento de gestación
- 15 m. Estudios por aborto previo:
- 11 m. Menopausia
- 5 m. Reconocimiento de la fertilidad
- 4 m. Esterilidad

Se realizaron 2.543 fotos. 86 de ellas bajo cubreobjetos.

Tipos de secreción cervical en la fase fértil

SECRECION L

Se visualiza en forma de helechos o en hojas de palmera



Fig.1. Día 14°. Preovulación (-3). 10x.

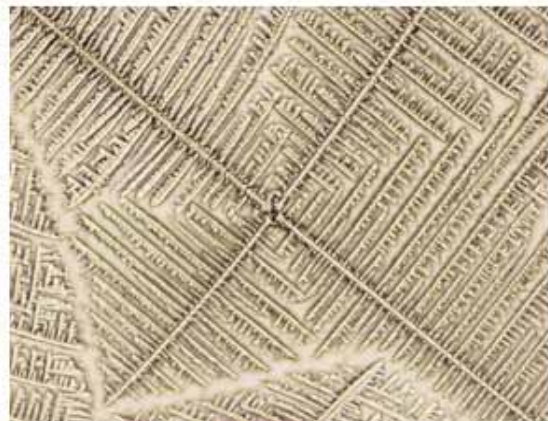


Fig.2. Día 22°. Preovulación (-2). 10x.

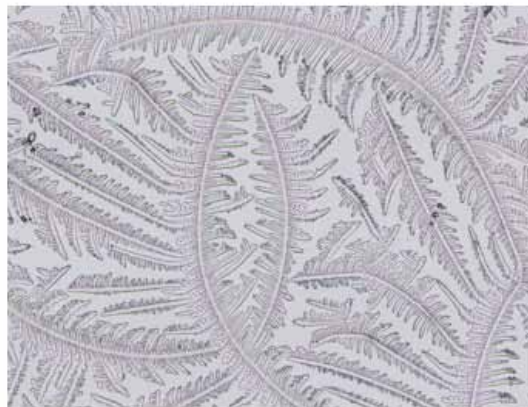


Fig.3 Helechos curvos. Preovulación. 10x.



Fig. 4. Día 18° del ciclo. Ramas con ángulos de 60°. 20x.



Fig. 5. Día 13°. Preovulación (-3).10x.

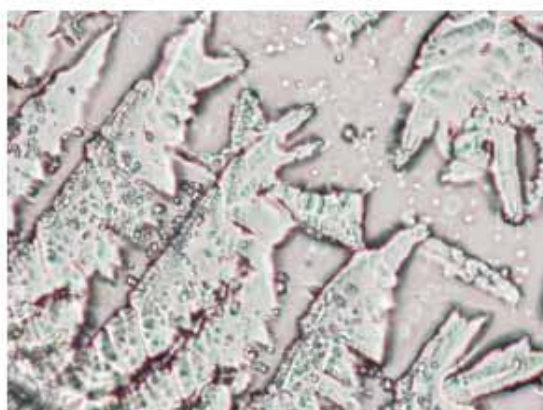


Fig. 6. Detalle. 40x.

SECRECION L CON BAJA ACCION ESTROGENICA



Fig. 7. Lactancia Mixta. 10x.

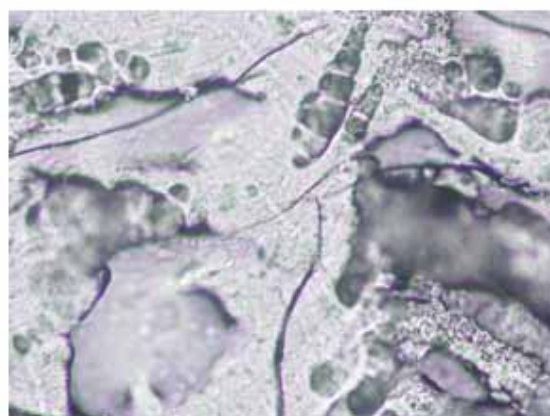


Fig. 8. Día 10° del ciclo. 20x.



Fig. 9. 48 años. Día 6° del ciclo. 10x.

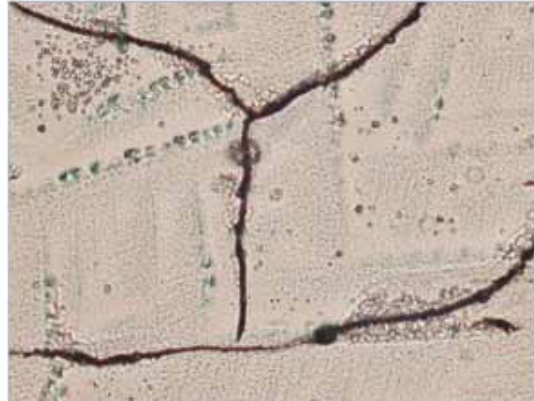


Fig. 10. Detalle. 40x.

SECRECION L CON ACCION PROGESTERONICA

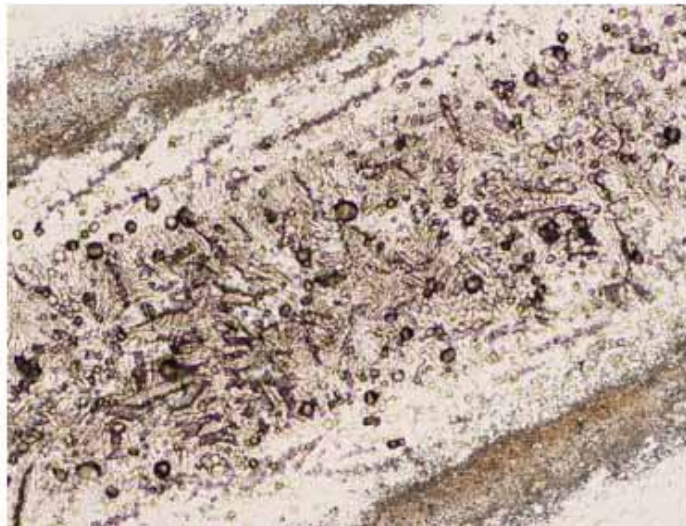


Fig. 11. Día 20° del ciclo. Helecho pequeños. 10x.



Fig. 12. Detalle 40x.

OTRAS VARIIDADES L



Fig. 13. Día 8°.-6 respecto ovulación. 10x.

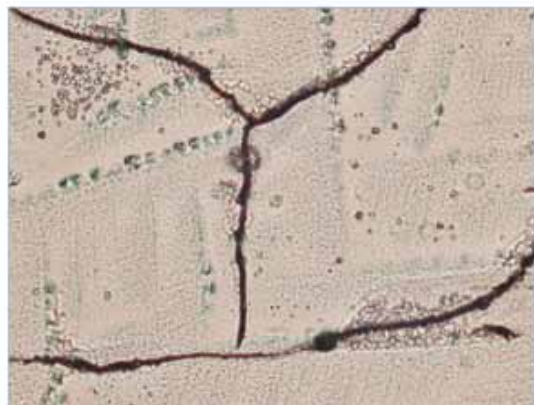


Fig. 14. Detalle de los arcos. 40x.



Fig. 15. 48a. Día 6°. 10x.



Fig. 16. Detalle arabescos. 40x.

SECRECIÓN S

Trayectos paralelos o arboriformes

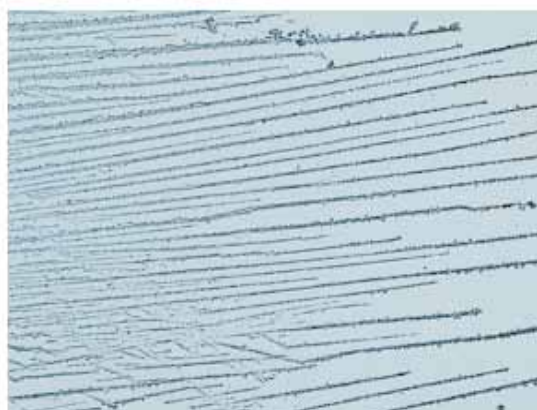


Fig.17 Día 14°. Día Pico (0) S2.10x.



Fig. 18. Día 13°. Postovulación (+1).S3. 10x.



Fig. 19. Día 18°. Periovulación. S1 10x.

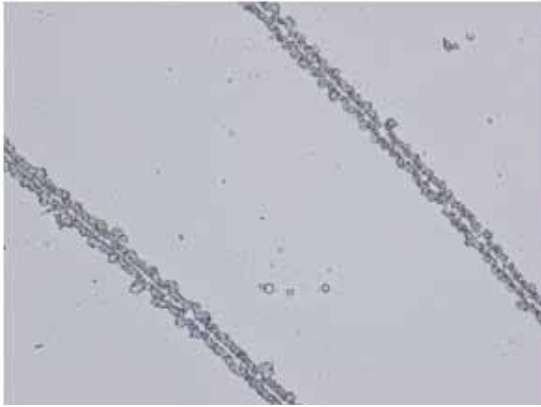


Fig. 20. Día 16°. Ovulación. S2. 10x

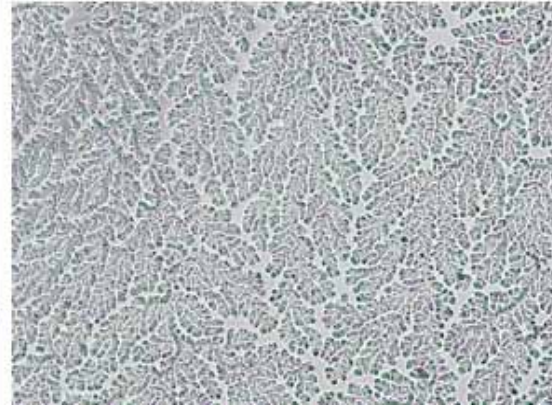


Fig. 21. Día 13°. Preovulación (-4). 20x.

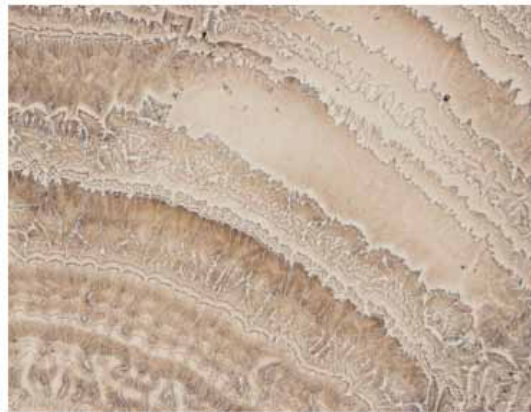


Fig. 22. 48a. Día 15°. Preovulación. Niveles de S3 4x.



Fig. 23. Otro campo de la misma muestra. S3 4x.

SECRECION P

Fina cristalización estrellada. De 6 ramas como el agua pura.

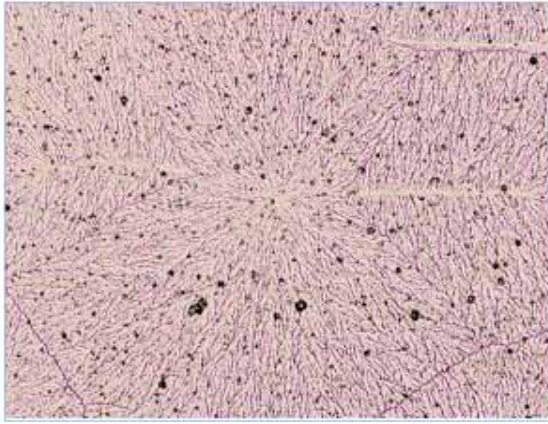


Fig. 24. P2. Preovulación. 10x.

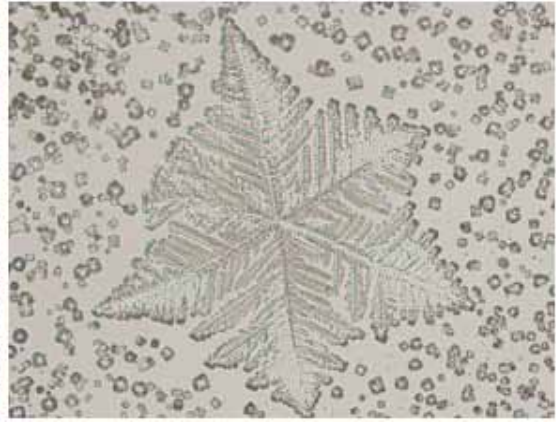


Fig. 25. P6. Día Pico. 20x.

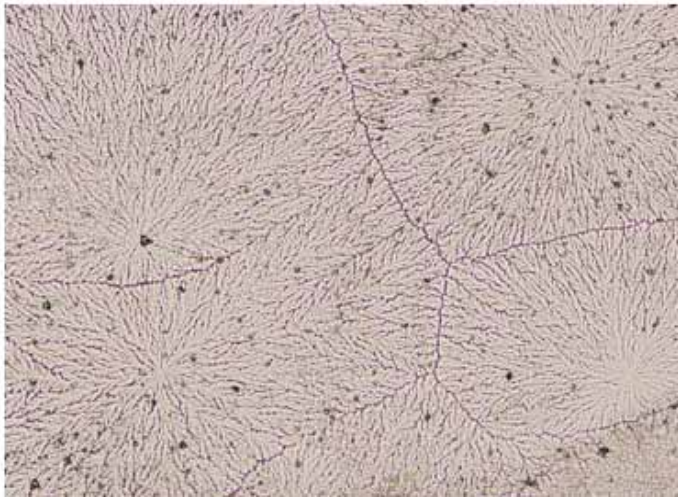


Fig. 26. Día 17°. Postovulación (+1). Ciclos de 40d. P2. 10x.

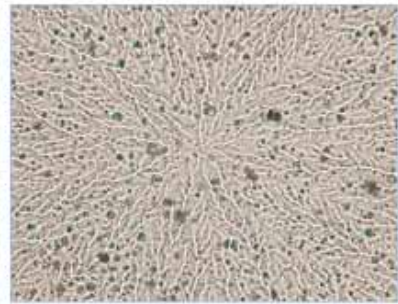


Fig. 27. Detalle 40x.



Fig. 28. 47años. Día 11°. Postovulación (+1). 40x.



Fig. 29. Día 18°. Postovulación (+1). P7. 10x.

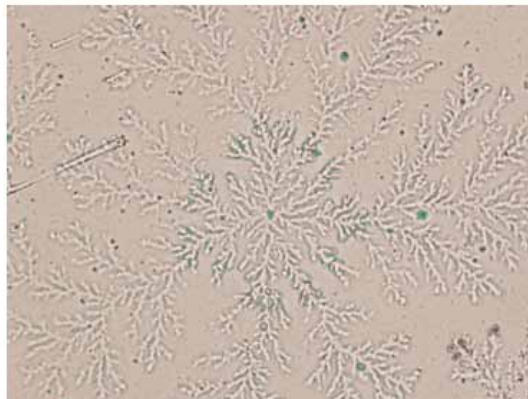


Fig. 30. 55 a. Día 30°. Mucograma +++ P8. 10x.

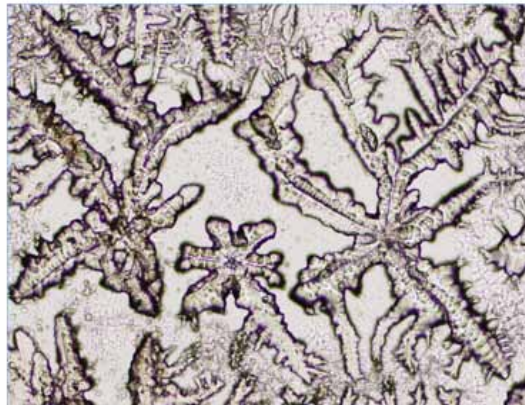


Fig. 31. Premenopausia. Baches amenorreicos. Día 59°. P6 asimétricas. 10x.

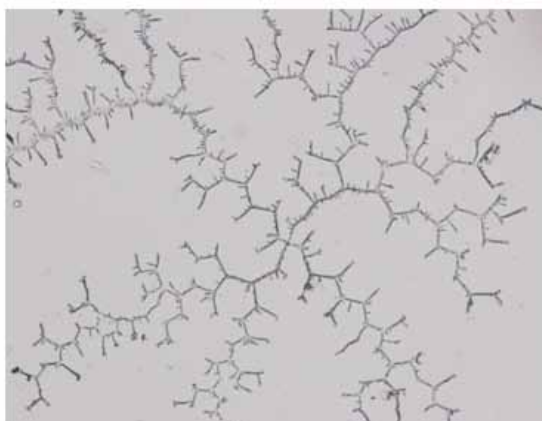


Fig. 32. Día 15°. Periovulación (0/+1). Py: diseño geométrico hexagonal 10x.

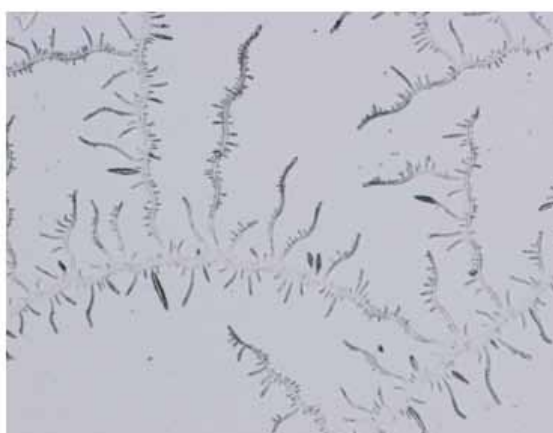
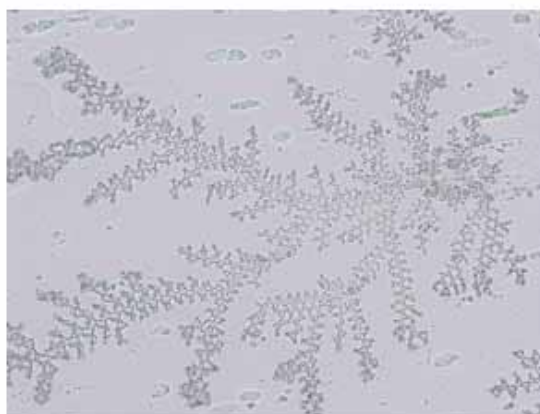


Fig. 33. Día 15°. (0/+1). Otro campo de la muestra anterior. 10x.



**Fig. 34. Día 10°. Postovulación (+1).
Secreción Pt, variedad Ph.
Círculos circunscritos por hexágonos.20x.**

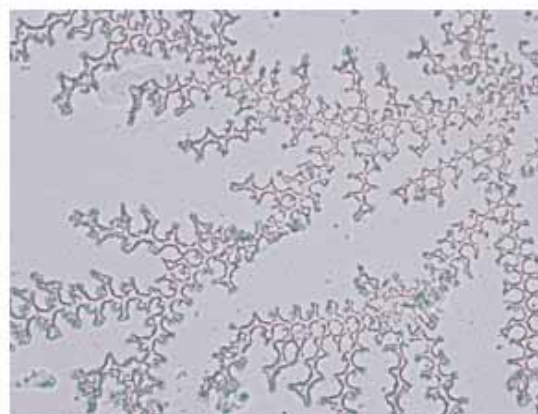


Fig. 35. Detalle rama inferior.40x.

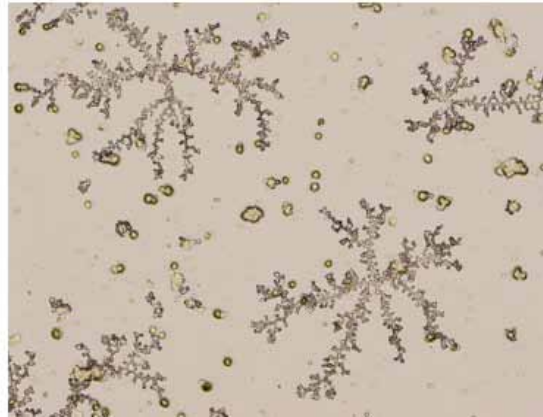


Fig. 36. Día 13°. (+1). Estrellas Pt con diseño Ph. 10x.

SECRECION G

Pequeños cristales sueltos: irregulares, poliédricos ó redondos.

EN LA FASE FERTIL

G -

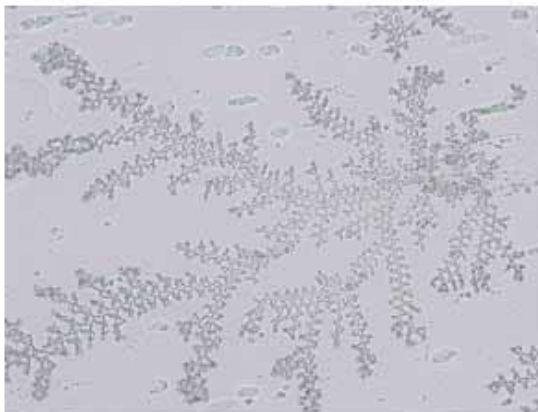


Fig. 37. Día 13°. Preovulación (-4). 40x.

G +

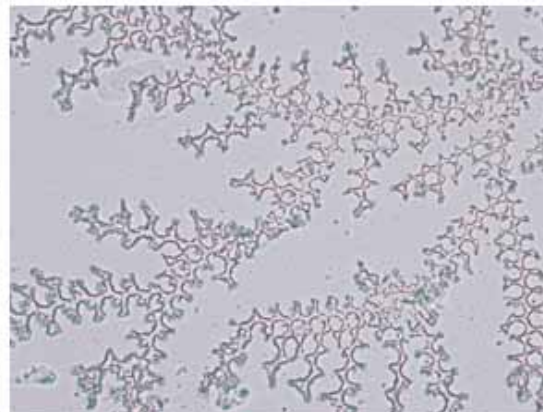


Fig. 38. Día 15°. Postovulación (+1).40x.

EN LAS FASES DE INFERTILIDAD

G CRISTALES

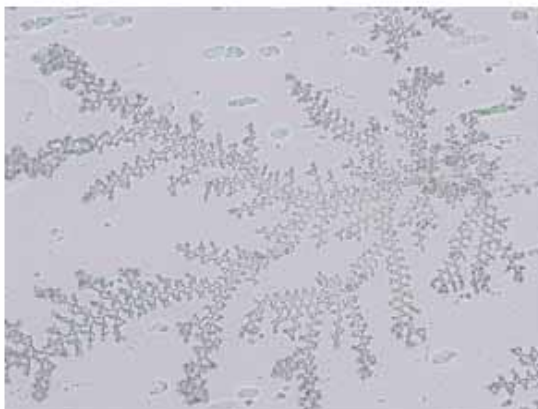


Fig. 39. Lactancia materna. 40x.

G MEMBRANOSO

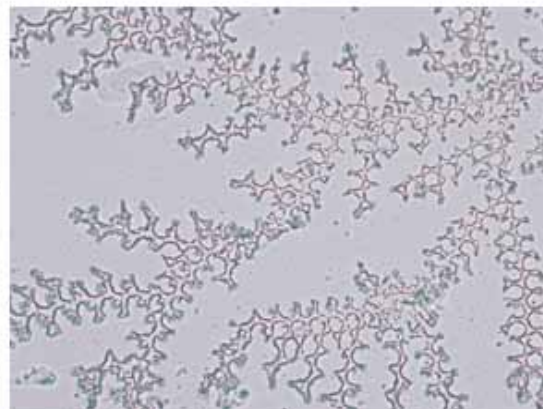


Fig. 40. Día 8°.(-6). Sin cristales. 10x.



Fig. 41. 6 semanas postparto. 10x.

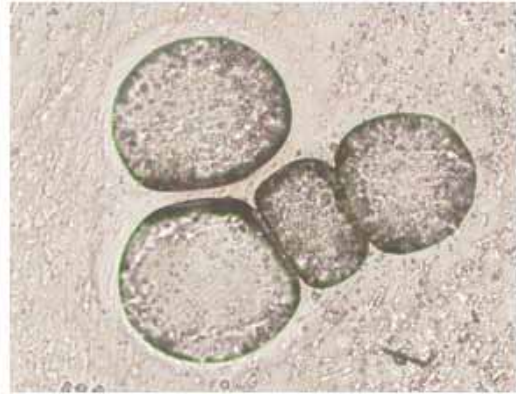
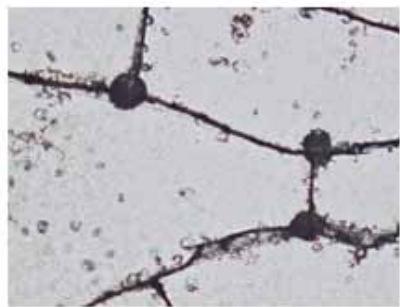


Fig. 42. Destete. 20x.



Figs. 43 y 44. Lactancia materna. 6 tomas/día. No durante la noche. 10x y 20x.

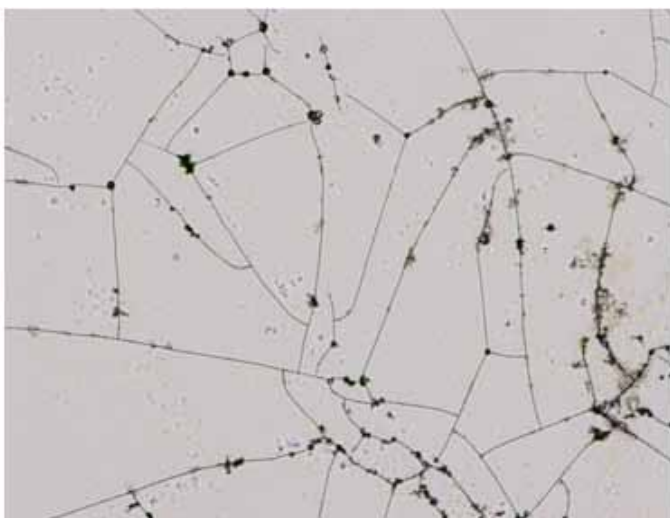


Fig. 45. 48 años. Día 6°. 10x.



Fig. 46. Detalle. 40x.

Valoración del grado de fertilidad de una muestra

1. Se visualiza el cervix con un espéculo observando el grado de apertura del orificio cervical externo.
2. La secreción endocervical se aspira con una jeringa de insulina.
3. Se deposita en un porta y se hace una dispersión radial, según técnica de Odeblad, para que la secreción más densa no impida ver la más flúida.
4. Secar a temperatura ambiente o bajo un foco de calor.
5. A microscopía óptica se estudian 10 campos a 10x. valorando los resultados en el Diagrama de Odeblad.

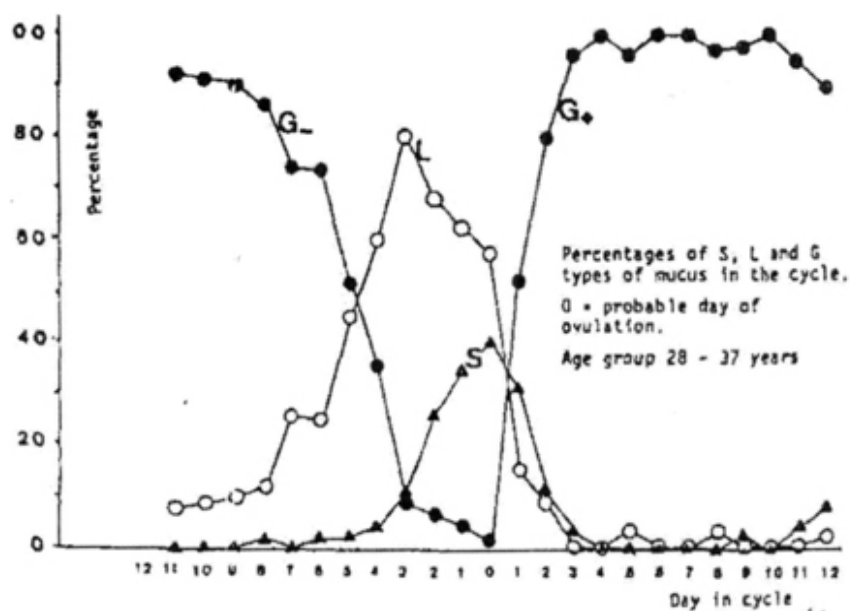


Diagrama de porcentajes de los tipos de secreción L, S y G según Odeblad

Fig. 47. Estudio de 1.124 muestras. Edad: 28 a 37 años.

En la fase fértil se pueden determinar los tipos L y S, a veces P (-2 al +2). Mínima incidencia de G.

La subida de L se inicia unos 6 días antes de la ovulación como respuesta al aumento de los niveles estrogénicos. S alcanza sus niveles máximos en la ovulación para caer bruscamente con L y elevarse los niveles de G.

En la fase 1ª de infertilidad se encuentra G y algo de L. Odeblad lo denominó G- al ser la ovulación el día 0.

En la 2ª fase de infertilidad los niveles de G+ alcanzan el 90-100% en los ciclos ovuladores. Si el ciclo es anovulador o los niveles hormonales no son adecuados se puede encontrar L, eventualmente S.

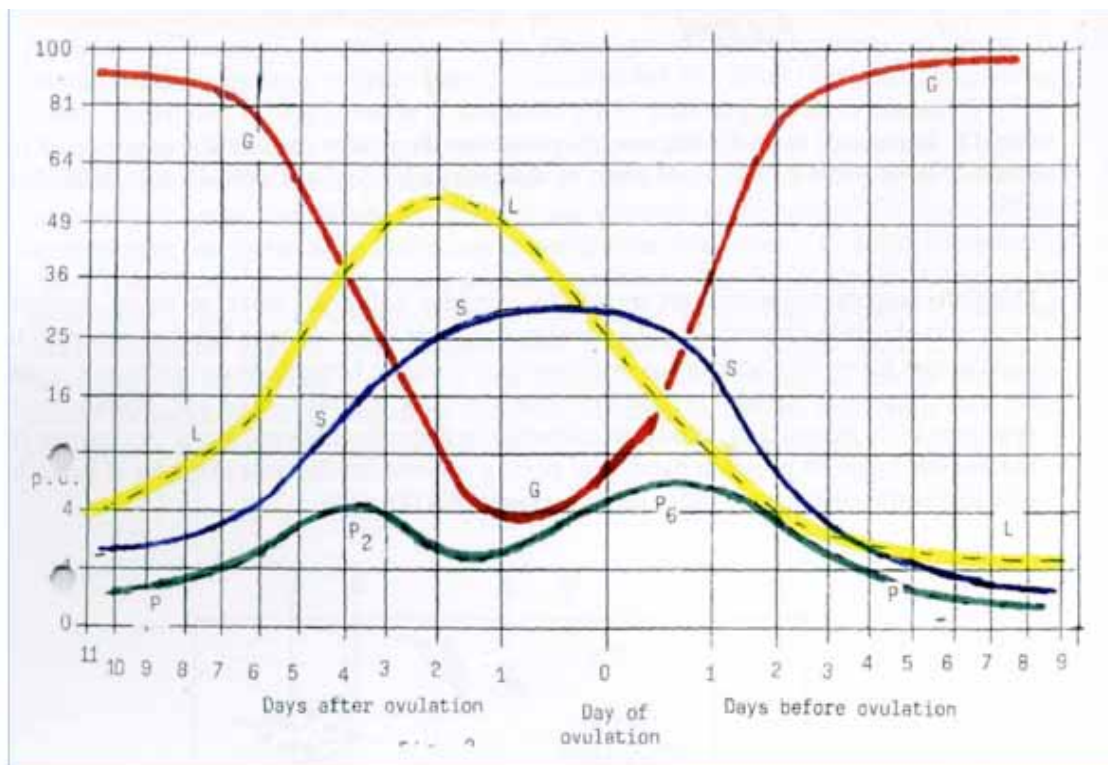


Fig. 48. Día 13°. L 67% S 21% P 2% G 10%. (-2). Gestación en este ciclo.

Conclusiones

1. Un sencillo aprendizaje permite identificar los tipos de secreción cervical.
2. El grado de fertilidad/infertilidad de una muestra se realiza determinando los porcentajes; puede datarse el día del ciclo correlacionando los resultados con el Diagrama de Odeblad.
3. Es una técnica no invasiva y de bajo coste.

Agradecimientos

Al Prof. Erik Odeblad, al Servicio de Anatomía Patológica e Informática del CHUAC y a todos los profesionales y a las mujeres que han colaborado

Bibliografía

1. Papanicolaou, GN. Some characteristic changes in the consistency of the uterine secretion. Department of Anatomy. Cornell University Medical College. Anatomical Record. Vol. 1. 1945.
2. Rydberg, E. Observation on the crystallization of the cervical mucus. Acta Obstet. Gynec. Scand. 28, 172-187. 1948.
3. Zondek, B. And Rozin, S. Cervical mucus arborization. Its use the determination of corpus luteum function. Obst. Gynec. 3, 5, 463-470. 1954.
4. Zondek, B. Cervical mucus arborization as an aid in diagnosis. Progress in Gynecology, vol.3. 86-98. Grune-Stratton. New York, London.
5. Fuente, F y Gálvez, J. Actas de la Sociedad Española de Esterilidad, 3, 70. 1955.
6. Beck, KJ. And colls. Die kristallographischen Grundlagen des Arborisationsphänomenes des Cervixschleimes. Arch. Gynak. 210, 76-96. 1971.
7. Kesseru, E. A simple method for measuring crystallization of the cervical mucus and its application in human sperm migration. Int. J. Fertil. 17, 201-209. 1972.

- Davajan, V. Nakamura, RM. Mishell, DR. A simplified technique for evaluation of the biophysical properties of cervical mucus. *Am. J. Obstet. Gynec.* 109, 1042-48. 1971.
9. Odeblad, E. The functional structure of human cervical mucus. *Acta Obstet. Gynecol. Scand.* 47 (Suppl. 1). 58-79. 1968.
10. Odeblad, E et all. The biophysical properties of the cervical-vaginal secretions. *Int. Rev. Natural Family Planning.* 7, 1, 1-56. 1983.

ESTADO DEL ARTE EN MÉTODOS DE RECONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD 1975 - 2011.

María Piedad Puerta de Klinkert.

Resumen

El presente artículo **es un avance** de un estudio documental titulado “Estado del Arte en Reconocimiento de la Fertilidad 1975 - 2011”, realizado en dos etapas por el equipo de investigadores del Instituto para la Matrimonio y la Familia de la Universidad Pontificia Bolivariana – UPB - de Medellín – Colombia, liderado por María Piedad Puerta de Klinkert.

El objetivo es identificar tendencias y contenidos a nivel mundial sobre investigaciones y publicaciones relacionadas con el reconocimiento de la fertilidad durante el período 1975 - 2011, que sirvan de soporte científico y académico para programas de información, capacitación y atención.

En la fase inicial se aplicó el ciclo de Vigilancia Tecnológica adaptado de Sánchez, J. M. y Palop, F. (2002), se consultaron las bases de datos científicas Scopus, ScienceDirect, Pubmed, Jstor, Ebsco, Scielo y Embase, y las bases de datos de patentes Espacenet, Wipo y USPTO, además de publicaciones científicas localizadas mediante rastreo bibliográfico paralelo, y algunas suministradas por sus autores, especialmente por el Centro de Investigación y Referencia del Método de Ovulación Billings de Melbourne, Australia, y por la Dra. Concepción Medialdea.

Durante la segunda fase, actualmente en curso, se están organizando en categorías y traduciendo los artículos seleccionados. Las categorías se usan en este artículo como grandes bloques temáticos o subtítulos en el segundo capítulo.

Hallazgos más significativos en la primera fase ya concluida

- Se evidencia una tendencia decreciente en publicaciones, siendo 1984 y 1997 los años de mayor producción. El moco cervical es desde el comienzo el tema más abordado.
- El país líder en publicaciones es Estados Unidos, seguido por Reino Unido y Japón. En América Latina el liderazgo lo tienen Brasil y Chile.
- También se encontraron artículos publicados por instituciones diferentes a Universidades: BRIDGE Project, Population Reference Bureau y Centro Ambrosiano de Metodi Naturali (C.A.M.E.N.), de Italia.
- En cuanto a redes de trabajo de investigación y publicaciones conjuntas, Georgetown University seguida de Johns Hopkins University y University of Padua, son las instituciones que evidencian mayor colaboración con otras. También se pudo apreciar que la mayoría de los investigadores europeos no trabajan con los americanos.
- Se encontraron muy pocas publicaciones sobre la enseñanza de los métodos de reconocimiento de la fertilidad, la mayoría en Estados Unidos, Reino Unido e Italia.
- Por último, se encontraron 77 patentes de monitores de fertilidad femenina, la mayoría radicadas en Estados Unidos y Europa, algunas de ellas con Tratado de Cooperación Internacional. Algunas registran nuevos dispositivos y otras sólo mejoras a los ya patentados.

M^a Piedad Puerta de Klinkert. Docente Fundación Universitaria Luis Amigó. Docente Investigadora del Instituto para el Matrimonio y la Familia UPB Medellín – Colombia. [maria.puerta@upb.edu.co]

Introducción

El estudio documental del cual da cuenta el presente artículo titulado “Estado del Arte en Reconocimiento de la Fertilidad 1975 - 2011”, que comenzó a mediados de 2011, ha sido precedido por una investigación de enfoque cualitativo sobre “Factores de Favorabilidad y Resistencia para la práctica de los métodos de regulación natural de la fecundidad”, adelantada en 2008 por el grupo DOMUS del Instituto para el Matrimonio y la Familia de la Universidad Pontificia Bolivariana – UPB de Medellín Colombia, en la cual también participaron otros investigadores de la Facultad de Enfermería y de la Clínica Universitaria Bolivariana, bajo el liderazgo de María Piedad Puerta de Klinkert.

Los resultados de dicho estudio se aprovecharon para iniciar un programa de investigación, promoción y enseñanza de dichos métodos. Una de esas actividades es el estado del arte sobre el cual trata el presente artículo, liderado también por María Piedad Puerta de Klinkert, cuyo objetivo es el de identificar tendencias y contenidos a nivel mundial, sobre investigaciones y publicaciones relacionadas con el reconocimiento de la fertilidad durante el período 1975 - 2011, que sirvan de soporte científico y académico para programas de información, capacitación y atención sobre el tema.

Durante la primera fase se contó con el apoyo de la Abogada Isabel Cristina Piedrahita Correa, miembro de la Unidad de Propiedad Intelectual y Conocimiento de la UPB, y de la MSc. Sandra María Bedoya, el Ingeniero René Yepes Callejas y el estudiante de la Maestría en Gestión Tecnológica Andrés Felipe Avalos, miembros del equipo del programa VIGILA UPB – Coordinación de Transferencia CIDI de esta misma Universidad, quienes hicieron posible la aplicación inicial de un ciclo de Vigilancia Tecnológica adaptado de Sánchez y Palop (2002).

Se inició una búsqueda para identificar conceptos relacionados con el tema que hubieran sido trabajados activamente durante 1975 a 2011, utilizando motores de búsqueda, bases de datos científicas como Scopus, ScienceDirect, Pubmed, Jstor, Ebsco, Scielo y Embase, y las bases de datos de patentes Espacenet, Wipo y USPTO. En la depuración inicial se descartaron todos los estudios encaminados a aplicar los hallazgos en el desarrollo o mejora de algún método artificial para impedir la concepción o para provocarla artificialmente. Con los documentos seleccionados se hizo análisis de tendencias, revisión de palabras más consultadas y volúmenes de consulta y análisis de contenido en documentos clave. La información obtenida se organizó y almacenó mediante el uso de un software especializado, que permite generar ilustraciones de comportamiento de los datos hallados y correlaciones entre ellos.

Actualmente se cuenta con la participación de dos estudiantes de último año de la Facultad de Medicina de la Universidad Pontificia Bolivariana de Medellín - Johanna y Yuliana Arias Uribe, el Director del Instituto para el Matrimonio y la Familia de la sede de Medellín, P. Julio Jairo Ceballos Sepúlveda, y Santiago Valencia, uno de los investigadores del Instituto, quienes han aportado información para la elaboración de esta ponencia. Entre ellos se está llevando a cabo la traducción de 900 artículos descargados de las bases de datos y los que se obtuvieron mediante la búsqueda bibliográfica, y la clasificación en categorías de temas así:

- Métodos de reconocimiento de la fertilidad – MRF
- Tecnología de apoyo para el reconocimiento de la fertilidad
- Estudios de eficacia
- Estudios sobre aspectos socio-antropológicos y educativos relacionados con los métodos de reconocimiento de la fertilidad - MRF

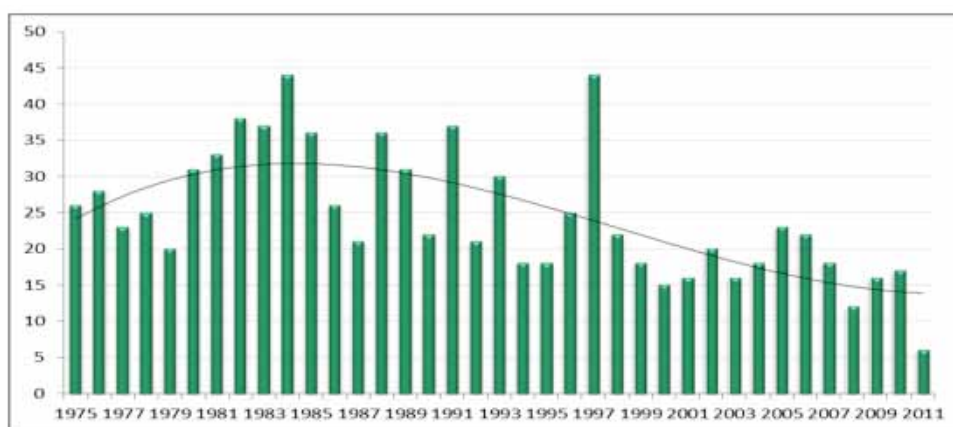
1. Panorama mundial sobre el tema desde bases de datos científicas

Los análisis de contenido efectuados sobre los documentos seleccionados después de la búsqueda, permitieron llegar a varias conclusiones:

1.1 PUBLICACIONES POR AÑO

La mayor actividad científica sobre el tema del estudio se logró en los años 1984 y 1997 y prueba de ello es que se pudieron encontrar 44 artículos producto de diferentes estudios en cada uno de estos años. El resto del tiempo se puede apreciar una serie de altibajos entre los que se destacan los años de 1982 con 38 artículos publicados, 1991 con 37, 1983 y 1985 con 36, 1988 con 35 y 1981 con 33. Ver **Gráfico No. 1**.

Gráfico No. 1 Publicaciones entre 1975 y 2011



El mayor número de estudios y publicaciones en el período 1975 – 2011 es de Estados Unidos, seguido por el Reino Unido y Japón. Ver **Gráfico No. 2**.

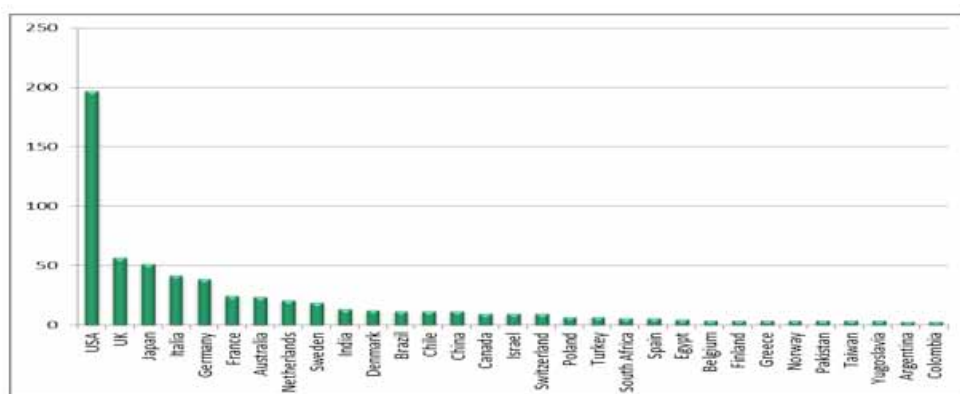


Gráfico No. 2. Publicaciones por país.

Por su parte, en América Latina la actividad científica no ha sido tan fecunda como en Norteamérica, Europa y Asia. No obstante vale la pena mencionar que los países con mayor número de estudios y publicaciones durante ese mismo período son Brasil y Chile con 11 artículos cada uno, mientras que Colombia, Argentina, República Dominicana y México cuentan con 2 investigaciones cada uno. Ver **gráfico No. 3**.

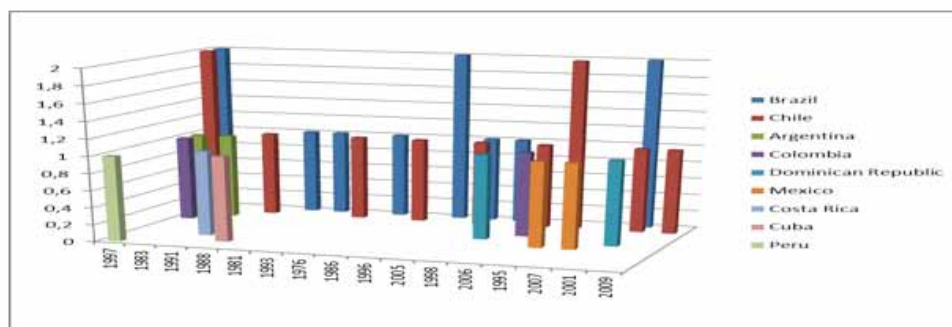


Gráfico No. 3. Publicaciones en países latinos.

1.2 PUBLICACIONES POR TEMAS

En términos generales, y de manera especial en los años de mayor actividad científica, el tema más estudiado ha sido el del Moco Cervical. Durante esos 8 años se publicaron 378 artículos en bases de datos científicas sobre ese tema, además de numerosos documentos impresos, mientras que sobre temperatura basal corporal y método sintotérmico solo se hicieron 132 publicaciones durante el mismo período, con una tendencia decreciente muy fuerte. Ver **Tablas 1 a 8 y Gráfico comparativo No. 4.**

Registros	Tema
33	Moco cervical y método Billings
17	Temperatura basal corporal y método sintotérmico
7	Penetración de espermatozoides y migración de espermatozoides
5	Ciclo menstrual
3	Hormona luteinizante
2	Plasma seminal

Tabla 1. Temas trabajados en el año 1981

Registros	Tema
42	Moco cervical y método Billings
17	Temperatura basal corporal y método sintotérmico
7	Hormona luteinizante y Fase lútea
6	Sicología
5	Ciclo menstrual
4	Penetración de espermatozoides

Tabla 2. Temas trabajados en el año 1982.

Registros	Tema
33	Moco cervical y método Billings
17	Temperatura basal corporal y método sintotérmico
7	Penetración de espermatozoides y migración de espermatozoides
5	Ciclo menstrual
3	Hormona luteinizante
2	Plasma seminal

Tabla 3. Temas trabajados en el año 1983.

Registros	Tema
42	Moco cervical y método Billings
17	Temperatura basal corporal y método sintotérmico
7	Hormona luteinizante y Fase lútea
6	Sicología
5	Ciclo menstrual
4	Penetración de espermatozoides

Tabla 4. Temas trabajados en el año 1984

Registros	Tema
33	Moco cervical y método Billings
17	Temperatura basal corporal y método sintotérmico
7	Penetración de espermatozoides y migración de espermatozoides
5	Ciclo menstrual
3	Hormona luteinizante
2	Plasma seminal

Tabla 5. Temas trabajados en el año 1985

Registros	Tema
42	Moco cervical y método Billings
17	Temperatura basal corporal y método sintotérmico
7	Hormona luteinizante y Fase lútea
6	Sicología
5	Ciclo menstrual
4	Penetración de espermatozoides

Tabla 6. Temas trabajados en el año 1988

Registros	Tema
33	Moco cervical y método Billings
17	Temperatura basal corporal y método sintotérmico
7	Penetración de espermatozoides y migración de espermatozoides
5	Ciclo menstrual
3	Hormona luteinizante
2	Plasma seminal

Tabla 7. Temas trabajados en el año 1991

Registros	Tema
42	Moco cervical y método Billings
17	Temperatura basal corporal y método sintotérmico
7	Hormona luteinizante y Fase lútea
6	Sicología
5	Ciclo menstrual
4	Penetración de espermatozoides

Tabla 8. Temas trabajados en el año 1997.

Vale la pena llamar la atención sobre el hecho de que se percibe un incremento en la publicación de artículos sobre moco cervical y método de ovulación Billings en 2009, que tal vez tenga alguna relación con la realización del I Congreso Internacional de Reconocimiento de la Fertilidad en Nicaragua en octubre de 2008 como agente desencadenante de un renovado interés sobre el tema, y tal vez con otros factores sobre los cuales no se tiene conocimiento preciso. Este dato parece ser coherente con la tendencia al incremento de publicaciones sobre este tema en 2002, 2004 y 2006. Ver **Gráfico comparativo No. 4**.

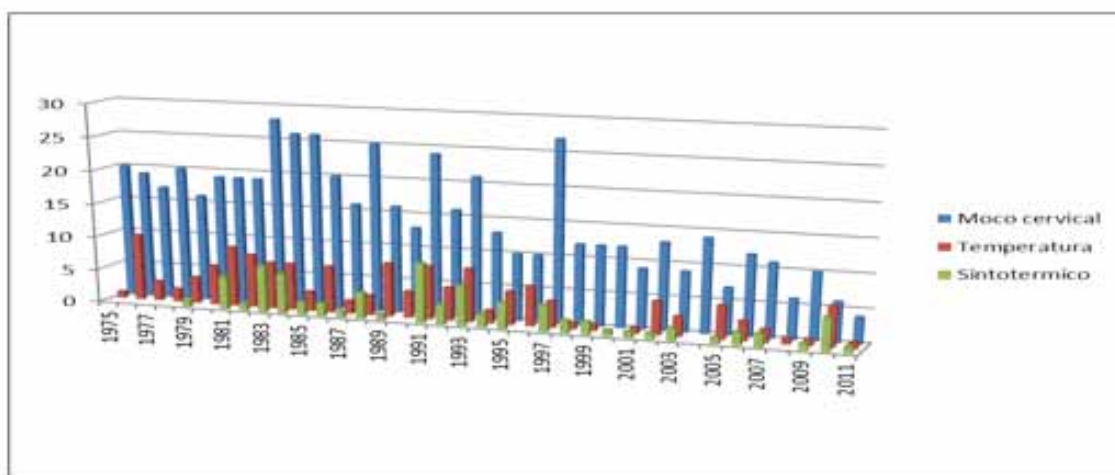


Gráfico No. 4. Publicaciones por temas: moco cervical, temperatura basal corporal y método sintotérmico.

También es pertinente dejar constancia de que durante el período que abarca el presente estudio, sólo se encontraron 2 artículos sobre método del ritmo – calendario u Ogino - Knaus publicados en 1983, lo que podría explicarse a partir del descubrimiento de señales cada vez más claras, precisas y fácilmente reconocibles que indican la ocurrencia de la fertilidad en la mujer, ocasionando con ello un cambio en el foco de atención del cálculo a la auto – observación. Ver nuevamente **Tablas 1 a 8 y Gráfico comparativo No. 4**.

En cuanto a los temas de relación de pareja y asesoría conyugal a usuarias de MRF, se encontraron tan pocos artículos que la cifra no es estadísticamente significativa. No obstante, durante los últimos años se percibe un interés creciente en el tema de terapia familiar en asocio con la práctica de estos métodos. Igual sucede con estudios sobre estrategias, técnicas y materiales educativos. En las bases de datos científicas sólo se encontraron 18 artículos, de los cuales 7 se originaron en Estados Unidos, 3 en Reino Unido y 2 en Italia. Ver Tabla 9. Sin embargo el interés en el tema parece vigente, por cuanto que hasta 2008 se ha mantenido un ritmo casi constante de 2 a 3 publicaciones en la mayoría de estos años. Ver **Gráfico No. 5**.

País	Publicaciones
USA	7
Reino Unido	3
Italia	2
Canadá	1
Nigeria	1
Republica de Moldavia	1
Turquía	1
Alemania	1
Polonia	1

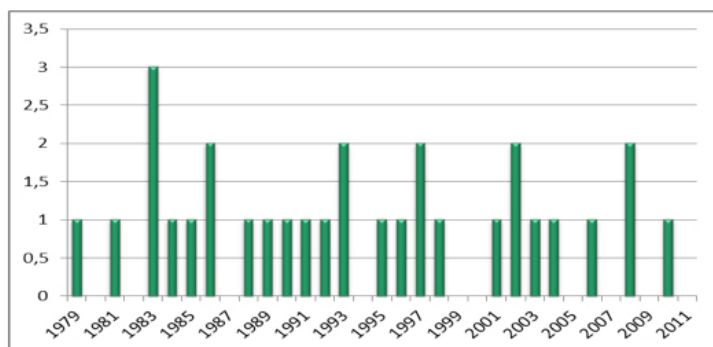


Tabla 9. Publicaciones por país sobre enseñanza. Gráfico No. 5. Publicación sobre enseñanza de MRF.

Es de destacar que la casi totalidad de los estudios que se han publicado sobre este aspecto de los MRF proceden de Facultades de Enfermería, y algunos de ellos lo relacionan con estudios de eficacia. Ver **Tabla 10**. Es lo mismo que sucede con el entrenamiento de profesionales de la salud en NaPro Tecnología, tema al cual se dedicarán unos párrafos más adelante. Al respecto sólo se encontraron dos artículos en las bases de datos científicas, publicados desde el Instituto Pablo VI de la Universidad de Creighton en Omaha - Estados Unidos, por los Dres. Thomas Hilgers y Reniée Mirkes.

Título del documento	Asunto al que se refiere
A randomized prospective study of the use-effectiveness of two methods of natural family planning	Estudio comparativo entre Moco Cervical y Sintotérmico y la relación entre las características del entrenamiento inicial y las tasas de deserción y de embarazos no planeados
Cervical mucus changes and ovulation prediction and detection	Sobre la enseñanza como determinante fundamental para el uso exitoso del moco cervical como predictor de fertilidad
Contraceptive failure of the ovulation method of periodic abstinence	Sobre la incidencia de una deficiente enseñanza en la tasa de embarazos indeseados en el método de la ovulación y en general en la continencia periódica
Natural family planning: physicians' knowledge, attitudes, and practice	Sobre relación entre calidad del entrenamiento, características fisiológicas de la mujer, actitud de la pareja y eficacia en la práctica
Natural family planning. An alternative	Sobre la relación entre la calidad de la enseñanza de MRF y su eficacia en la práctica
Natural methods of contraception	Sobre relación entre deficiencias en el entrenamiento, falta de participación masculina y embarazos no deseados en MRF
Natural methods for fertility control: a prospective study--First Part	Sobre relación entre actitud y características de la enseñanza, con la eficacia en la práctica de Sintotérmico y Temperatura Basal
NFP update: researcher cites need to improve instruction	Sobre necesidad de mejorar la calidad del entrenamiento en MRF para mejorar la eficacia en la práctica en usuarias en Filipinas
Natural contraceptive methods	Sobre la relación entre enseñanza de MRF a adolescentes, y la práctica, eficacia y recurso al aborto provocado
Reducing sexual risk with practice of periodic secondary abstinence	Sobre influencia de la enseñanza escolar sobre abstinencia periódica en comportamiento sexual de adolescentes afroamericanas

Título del documento	Asunto al que se refiere
Family planning methods applied by women having their first and next baby	Sobre el papel de la enseñanza en la actitud de las mujeres respecto al uso de MRF y a la concepción de sus dos primeros hijos
Natural family planning works in a Bukid non town	Sobre características del entrenamiento previo en MRF a parejas en Filipinas, y su interés en usarlos
Knowledge, attitude and practice of natural family planning methods in a population with poor utilization of modern contraceptives	Sobre inclusión de la enseñanza de MRF en servicios de cuidado primario de salud en África y en poblaciones resistentes a la contracepción
Fertility awareness and natural family planning	Sobre la importancia de adecuada información sobre fertilidad e infertilidad, para la toma de decisiones sobre salud sexual y reproductiva
Fertility awareness and natural family planning. Opinion	Ampliación del tema anterior con base en los hallazgos del estudio
Ideally suited. Looking at the prospects of natural family planning in the Philippines today	Sobre un servicio de enseñanza de MRF en Filipinas, para hacer viable la política de oferta de estos métodos a la población
Natural contraception using the Billings ovulation method	Sobre los resultados de enseñar a las mujeres a reconocer el pico de moco cervical y la detección del pico de LH en orina mediante el uso de un predictor de fertilidad
Breast-feeding and natural family planning	Sobre las señales de fertilidad durante el postparto con lactancia y lo que se debe enseñar a las mujeres sobre el tema
Program to motivate post-partum women to use family planning methods	Sobre importancia de entrenar a mujeres ruandesas en postparto, en el uso de los MRF
Nurse-midwives' knowledge and promotion of lactational amenorrhea and other natural family-planning methods for child spacing	Sobre importancia y pertinencia de entrenar enfermeras y parteras en la enseñanza de los MRF
The future of professional education in natural family planning	Sobre importancia del entrenamiento de enfermeras profesionales en el manejo y la enseñanza de MRF
Protecting the Right of Informed Conscience in Reproductive Medicine	Sobre importancia de formar a gineco – obstetras entrenados en NaPro tecnología y formas de proteger su derecho a la objeción de conciencia
Prospective recognition of basal body temperature shifts by gynecologists and statisticians	Sobre la pertinencia de usar un software que facilite la interpretación de las gráficas de temperatura basal corporal
Requirements for NFP service delivery: An overview	Sobre necesidad e importancia de incorporar la conciencia sobre la propia fertilidad y la competencia para enseñar MNRF, en servicios de planificación familiar
Spousal Communication and Family Planning Adoption: Effects of a Radio Drama Serial in Nepal	Sobre impacto de una serie dramatizada radial, en la comunicación conyugal y la práctica de los MRF en Nepal
The role of the clinician in natural family planning	Sobre tiempo de entrenamiento que requieren los usuarios para reconocer el período fértil
Who uses natural family planning	Sobre características de las personas que acuden a recibir entrenamiento en MRF
Couples' Views of the Effects of Natural Family Planning on Marital Dynamics	Sobre participación de ambos miembros de la pareja en instrucción y la práctica de los MRF y efectos en su relación.

Tabla 10. Documentos sobre enseñanza y los temas que abordan.

1.3 ESTUDIOS RELACIONADOS CON LA ENSEÑANZA DE MRF

Aunque los artículos sobre esta categoría encontrados en las bases de datos científicas exploradas no fueron muchos, resulta interesante dedicar unas cuantas líneas a los hallazgos en esta categoría. Ver **Tabla 9**.

Por ejemplo, el mayor número de publicaciones establece comparación entre las características y la calidad de la enseñanza de los MRF y otros aspectos relacionados con el tema, tales como la eficacia, la decisión de usar los métodos o no, la permanencia en el uso, el manejo de características especiales de fertilidad en la mujer, la participación voluntaria y activa del varón en la práctica.

Varios de esos estudios se han llevado a cabo en Filipinas y en África, en donde otras investigaciones han permitido identificar una cierta resistencia cultural al empleo de cualquier tipo de contracepción. Ver **Tabla 10**.

Además de los anteriores hay publicaciones que se refieren de manera específica al entrenamiento de profesionales de la salud, especialmente enfermeras y parteras, en el conocimiento y enseñanza de los MRF, y sobre entrenamiento de Gineco-obstetras en NaPro Tecnología, y en la forma apropiada de ejercer su derecho a la objeción de conciencia.

La población de adolescentes también ha sido materia de estudio en este sentido, especialmente las mujeres, producto de lo cual se han encontrado dos artículos que establecen relación entre el tema objeto de esta ponencia, el comportamiento sexual y el recurso al aborto provocado, especialmente en comunidades afroamericanas.

Por último, se encontraron 6 estudios relacionados con otros aspectos diferentes de la enseñanza: sobre la relación que hay entre la oferta de entrenamiento en MRF y la predisposición a la práctica en potenciales usuarios, el perfil de los usuarios, el impacto producido en la práctica de los MRF y en la comunicación conyugal, por el empleo de la radio novela como estrategia pedagógica, y por último el tiempo de entrenamiento que requieren los usuarios para lograr autonomía en la práctica.

Es importante aclarar que en físico hay abundante material que no se tuvo en cuenta para la primera parte de este estudio, pero sí se está incluyendo en el desarrollo de contenidos y conceptos que corresponde a la segunda parte. Alguno producido por la Liga de Pareja a Pareja – CCL y por el Instituto Valenciano de Fertilidad – IVAF, que promueven el uso del método sintotérmico, y por el Comité de Educación de WOOMB en Australia, que promueve el uso Método de Ovulación Billings, pero en ninguno de los casos las publicaciones corresponden a estudios sobre el tema de la enseñanza propiamente dicho, sino que se trata de guías y contenidos que pueden utilizar los instructores o los usuarios, según el tipo de material.

1.4 TRABAJO CIENTÍFICO COLABORATIVO

Uno de los hallazgos interesantes en la primera etapa de construcción de este Estado del Arte, es el hecho de que son realmente pocos los países, instituciones e investigadores que trabajan de manera colaborativa o en red. Por ejemplo, Estados Unidos es el país en donde mayor apoyo e interacción se ofrece a otros países de América Latina y Europa en materia de investigación en el tema de MRF. Ver **Gráfico No. 6**.

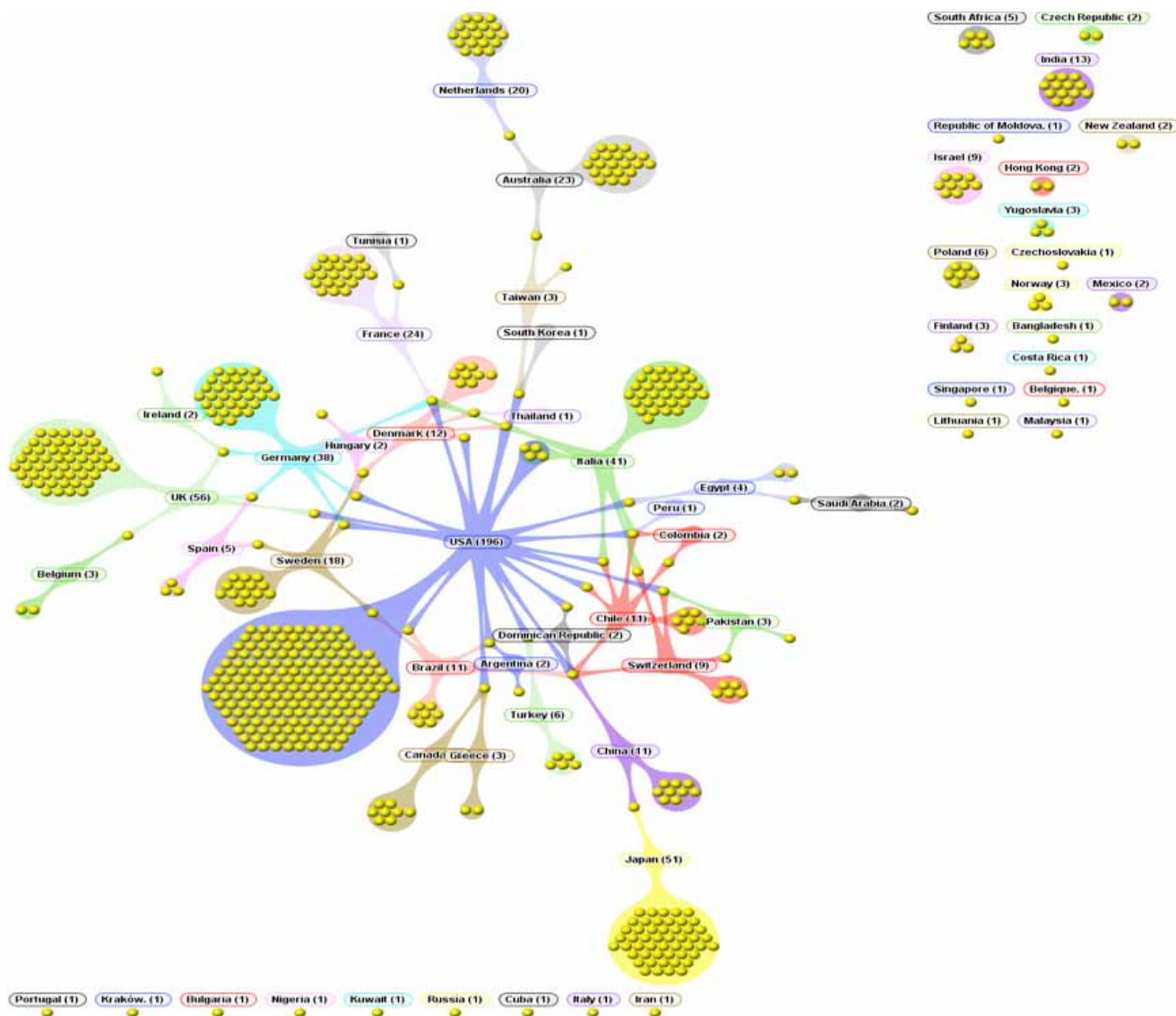


Gráfico No. 6. Colaboración entre países.

Coherente con el dato anterior, las instituciones que más trabajan en colaboración con otras son norteamericanas: las Universidades de Georgetown y Johns Hopkins, seguidas por la Universidad de Padua.

Por el contrario la Universidad de California, que tiene el record del mayor número de publicaciones, sólo reporta trabajo colaborativo con dos instituciones más. En condiciones similares se encuentran las Universidades de Marquette en Milwaukee, la de Pennsylvania, la de Tennessee, la de Heidelberg en Ohio, la de Karolinska en Suecia y la de Florencia en Italia, que han realizado todos sus estudios y publicaciones de manera independiente. Ver **Gráfico No. 7**.

Como dato de interés se incluye también el **Gráfico No. 8**, en el cual se representa el estado de publicaciones en red, de algunos de los autores más fecundos en Europa y el Continente Americano, en el cuál se puede apreciar nuevamente cómo los autores norteamericanos son quienes más investigan y publican en compañía de otros, especialmente con otros de Italia y Latinoamérica. Algo similar ocurre en Europa con los alemanes, aunque vale la pena anotar que el trabajo colaborativo entre investigadores de los dos continentes no es muy frecuente.

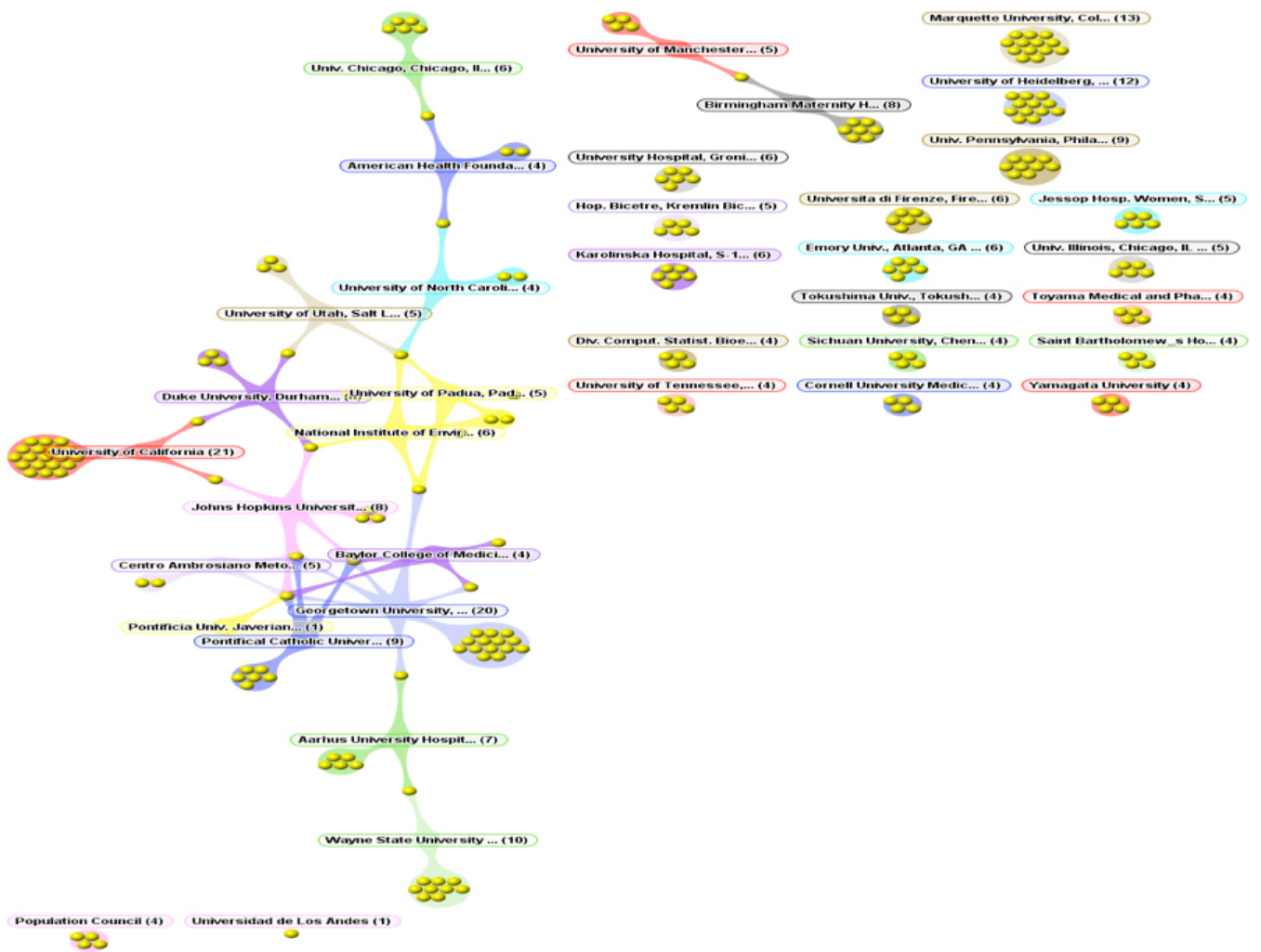


Gráfico No. 7. Colaboración entre instituciones.

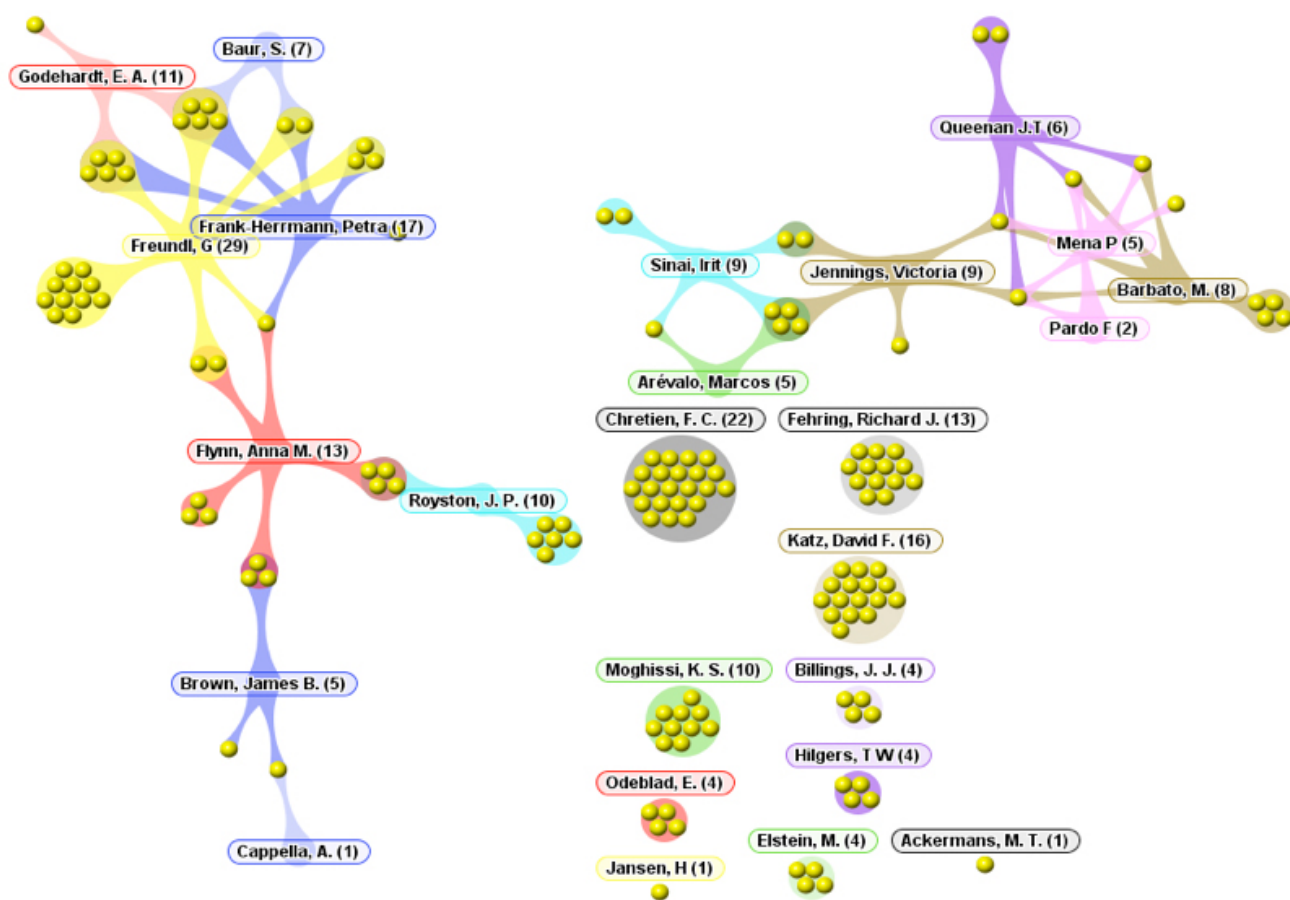


Gráfico No. 8. Mapa de colaboración entre los autores de mayor interés.

1.5 TECNOLOGÍA PARA MONITOREO DE FERTILIDAD FEMENINA

La exploración en las bases de datos de patentes permitió establecer que entre 1975 y 2011 se registraron 77 patentes de dispositivos que sirven para monitorear diferentes indicadores de fertilidad en la mujer, algunos de ellos como aparatos únicos y otros como mejoras a los anteriores. Ver Tabla 11.

País	No Patentes
USA	32
Tratado de Cooperación de Patentes - PCT	18
España	9
Oficina Europea de Patentes	8
Alemania	4
China	3
Gran Bretaña	1
Australia	1
Argentina	1
TOTAL PATENTES	77

Tabla 11. Patentes por país.

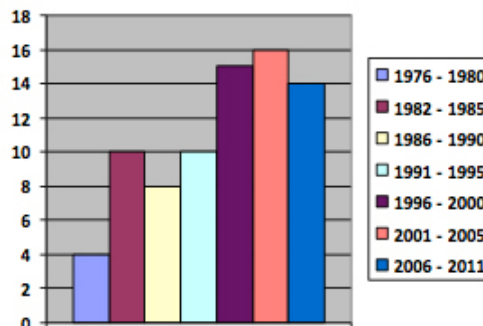


Gráfico No. 9. No. De Patentes Por Rangos De 5 Años



La mayoría de ellos fueron registrados en Estados Unidos, tanto individualmente como en colaboración con otros países, igual que ha sucedido con las publicaciones. Investigadores de este país registraron adicionalmente 8 dispositivos con patentes de Tratado de Cooperación Internacional y uno en la Oficina de Patentes Europeas, lo cual arroja un total de 39 registros. Ver **Gráfico No. 10**.

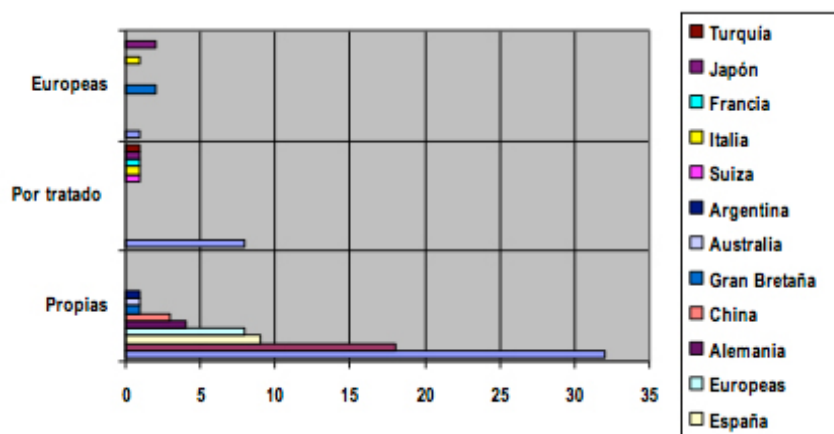


Gráfico No. 10. No. de Patentes por País

Como dato curioso, entre las 18 patentes de Tratado de Cooperación Internacional se encontraron también registros con prioridad para Suiza, Italia, Francia, Reino Unido, Japón, y Turquía. De igual manera se encontraron entre los registros de la Oficina de Patentes Europeas, 2 japonesas, 2 inglesas y 1 italiana. Ver **Gráfico No. 10**. El record de patentes registradas por año aparece a continuación en la **Tabla 12**.

Año	Cantidad
1976	1
1978	1
1979	1
1980	1
1982	1
1983	3
1984	2
1985	4
1986	1
1987	2
1988	2
1989	1
1990	2
1991	1
1992	2
1993	2
1994	3
1995	2
1996	2
1997	5
1998	5
1999	2
2000	1
2001	1
2002	4
2003	5
2004	4
2005	2
2006	3
2007	2
2008	2
2009	1
2010	3
2011	3
TOTAL	77

Tabla 12 Patentes Registradas por año

2. Conceptos fundamentales encontrados hasta el momento

Dado que la investigación aún está en curso, se consignarán a continuación los contenidos fundamentales de algunos de los documentos científicos que ya han sido traducidos, organizados por categorías temáticas que serán los nombres de los diferentes subtítulos de este capítulo.

1.1 SOBRE LA DENOMINACIÓN “MÉTODOS DE RECONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD – MRF”

La revisión inicial del material obtenido para esta investigación, confirmó lo que ya Concepción Medialdea y José Pérez Adán afirmaron en 2008 en Nicaragua, sobre el empleo de variadas expresiones para referirse a los métodos de reconocimiento de la fertilidad. Por ejemplo: entre 1975 y 1996, en la mayoría de los artículos se habla de métodos naturales de planificación familiar o simplemente planificación familiar natural. También hay otros materiales, generalmente producto de investigaciones realizadas en el marco de la anticoncepción, que los nombran como anticonceptivos naturales, expresión de la cual hace eco la Organización Mundial de la Salud – OMS (2005).

Sólo a partir de 1996 algunos autores, especialmente los de enfoque pro-vida, comienzan a hablar tímidamente de métodos naturales de regulación la fertilidad, métodos naturales de reconocimiento de la fertilidad, de auto-observación, de autodiagnóstico de la fertilidad, regulación natural de los nacimientos o de regulación natural de la fecundidad, y a partir de octubre de 2008 en el I Congreso Internacional en Reconocimiento de la Fertilidad Humana y el XXXIX Congreso Médico de Nicaragua, el equipo de profesores investigadores del Instituto Valenciano de Fertilidad, Sexualidad y Relaciones Familiares - IVAF de España formuló la propuesta de comenzar a llamarlos Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad – MRF, y utilizar la expresión Reconocimiento de la Fertilidad para referirse a un área del conocimiento desde la cual se trabaja la educación en la sexualidad, la clínica, la enseñanza y la investigación relativa al reconocimiento de la fertilidad como tal.

Definen esta última denominación como el reconocimiento de la capacidad fértil, la diferencia sexual y su significado, la vida humana y su protección, y el descubrimiento de la vocación al amor como don y a la paternidad del cuerpo y del alma, enmarcado en las áreas de la ciencia, la ética, la razón y la fe. (Medialdea, C. & Pérez, A., 2008). Por otro lado, con la expresión Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad se refieren a procedimientos que permiten reconocer períodos de fecundidad femenina, mediante la observación e interpretación de signos visibles y perceptibles del funcionamiento de los ovarios.

Excluyen el término “Naturales” para evitar su asociación con la denominación de métodos artificiales, lo que los haría elegibles porque no producen efectos adversos como los otros, cuando en realidad el mayor cuestionamiento a los anticonceptivos no se refiere a que sean artificiales sino al hecho de que su único propósito es impedir la concepción. (Medialdea, C. & Pérez, A., 2008)

1.2 SOBRE LOS MÉTODOS DE RECONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD – MRF

Cálculo de Probabilidades

Aunque la mayoría de los estudios publicados en el tiempo seleccionado para este trabajo se refieren a métodos de auto-observación, todavía quedan algunos relativamente recientes que se basan en el cálculo de probabilidades de la ocurrencia de la próxima ovulación.

Es el caso del Instituto de Salud Reproductiva del Departamento de Obstetricia y Ginecología de la Universidad de Georgetown (Arevalo, M. & Jennings, V. 2000), que reporta el diseño del método de los días fijos - MDF, adaptación del método del ritmo – calendario u Ogino – Knaws, a partir de un estudio anterior de la OMS mediante el cual se buscó establecer la probabilidad teórica de embarazo con una fórmula basada en los datos provenientes de 7.500 ciclos menstruales, dentro de los cuales se pudo

identificar la ventana de fertilidad femenina entre los días 8 y 19 de ciclos menstruales con una duración entre 26 y 32 días, mediante análisis de la Tabla de Vida que indicó una probabilidad acumulada de embarazo del 4.75% en 13 ciclos de uso correcto del método, y una probabilidad de 11.96% de embarazo bajo uso típico o común.

Moco Cervical: Antecedentes

Son tan numerosos e importantes los estudios que los Profesores Odeblad y Billings, entre otros, llevaron a cabo sobre el moco cervical, que aunque muchos de ellos fueron publicados antes de 1975, su relevancia hace imprescindible referirse a ellos como fundamento de posteriores investigaciones sobre el tema que serán incluidas en el Estado del Arte.

La mayoría de ellos se han dado a conocer en el transcurso de los últimos 10 años, a través de una publicación periódica sobre diferentes tipos de moco cervical y su relación con el Método de Ovulación Billings (Odeblad, 1994), del Centro de Investigación y Referencia del Método de Ovulación Billings de Australia - OMR&RCA. Igual sucede con los hallazgos sobre interacción hormonal hipófisis – ovarios del Profesor Brown (2000).

Es el caso del resultado de las investigaciones sobre anatomía y fisiología del aparato reproductor femenino y sobre la biosíntesis y la estructura molecular del moco cervical, realizadas por los Profesores Odeblad, Billings y Westmore desde 1959, que fueron publicadas en boletines del OMR&RCA entre 1994 y 2002.

A este respecto Menárguez (Odeblad, E. et al, 2004) explica que la primera referencia al moco cervical en la literatura médica ocurre a mediados del siglo XIX, y posteriormente en 1930 se asocia el moco abundante y elástico con el fenómeno de la ovulación. Comenta que ese estudio fue complementado por otro publicado en 1948, cuando se descubrió que el tipo de moco anteriormente descrito adquiere la apariencia de cristales al secarse, mientras que la secreción espesa que se produce en otros momentos del ciclo menstrual sólo presenta esporádicamente alguno que otro cristal y una gran cantidad de células epiteliales.

A este moco denso se le denominó posteriormente tipo G, porque se logró identificar su relación con altos niveles de Progesterona en el cuerpo de la mujer. Odeblad también (1968) demostró que se produce en unas criptas del canal cervical diferentes a aquellas en donde se produce el moco E, de más baja viscosidad, relacionado con los Estrógenos que segregan los folículos activos.

Los primeros estudios microbiológicos de Odeblad sobre microplasmas en el tracto genital femenino de mujeres sanas y enfermas en 1949, cuando por primera vez se dedicó al estudio del cuello del útero, le permitieron descubrir que su estructura está formada por cuatro tipos de criptas, algunas de ellas localizadas de tal manera que dos diferentes pueden tener un solo orificio en común. Posteriormente descubrió que durante el embarazo puede ocurrir que se fusionen dos en una sola sin perder cada una su abertura y que entre las aperturas de las criptas hay unas células no diferenciadas a las cuales decidió llamar F.

Otro de sus descubrimientos anatómicos de aquella época fue la conexión entre los ovarios y los ganglios linfáticos de la ingle que tienen algunas mujeres, lo que en ellas constituye un indicador de ovulación porque aumentan su tamaño y se vuelven perceptibles al tacto externo en esa etapa del ciclo menstrual.

Menárguez (Odeblad, E. et al, 2004) continúa relatando que además se descubrió que en el 80% de los ciclos la ruptura del folículo u ovulación se produce el último día en que se presenta la secreción de características fértiles, al cual decidieron llamar cúspide o pico, en el 10% se produjo el día anterior y en el otro 10%, el día siguiente, y que en el momento de la ovulación también hay secreciones procedentes

de la descamación de células de la superficie vaginal, del istmo del útero, del endometrio, de las trompas, del peritoneo y del folículo.

Pudieron establecer además (Rudolfsson & Odeblad 1971) que toda la humedad del moco cervical es absorbida por las bolsas de Shaw, localizadas en la parte inferior o distal, de la vagina, que el manganeso tiene relación directa con esta función, y que la absorción disminuye con la proliferación epitelial que ocurre en la fase pre-ovulatoria, lo que causa un incremento en la sensación húmeda y resbalosa que experimenta la mujer a medida que se acerca el momento de la ovulación, explicando con ello la sensación cambiante que experimenta la mujer en la vulva y en la vagina cuando está fértil.

Concepción Medialdea (2010) afirma que existe una primera generación de investigaciones, basadas en la hipótesis de la existencia de un único moco cervical que cambia de manera sincronizada su cantidad, apariencia y consistencia o elasticidad durante la fase fértil del ciclo menstrual. Se trata de estudios realizados en la década de 1930 – 1940 en los cuales se empleó la técnica de observación directa de la secreción cervical. Fueron precisamente las que permitieron relacionar con la ovulación el moco elástico y abundante ya descrito en la literatura científica del siglo XIX.

Nuevas Hipótesis Conducen a Nuevos Hallazgos de Diferentes Tipos de Moco Cervical

Medialdea (2010) también habla de una segunda generación en la cual, gracias a estudios realizados por Odeblad (1997) mediante el uso de resonancia magnética nuclear y microscopía óptica, ya se asume como hipótesis la existencia de varios tipos de moco cervical producidos en diferentes sectores del cuello del útero, como respuesta a los cambios hormonales que se producen a lo largo del ciclo ovárico. De esta generación hacen parte ella misma (Medialdea 2004 y 2008), Helvia Temprano (1990, 1991 y 1996) y Micaela Menárguez (2002 y 2003), entre otros.

Los primeros estudios de esta nueva generación permitieron descubrir las diferentes formas en que se cristaliza el moco cervical cuando se seca, en algunos casos con estructuras similares a ramificaciones minúsculas y en otras como canales. También explica que en 1977 Odeblad demostró que la secreción cambiante que se produce bajo influencia de los Estrógenos, corresponde en realidad a los tipos diferentes de mocos que se producen en cuatro niveles de criptas diferentes del canal cervical y cada uno cumple una función propia y diferente de la del otro.

Uno de ellos al que denominó S, producto de altos niveles de Estrógenos y de Noradrenalina, neurotransmisor que controla los patrones del sueño, la motivación, los impulsos de ira y el placer sexual, tiene como función conducir los espermatozoides hacia las criptas en donde se encuentra el otro, al cual llamó L, cuya función es la de bloquear la penetración de espermatozoides defectuosos o de baja calidad.

En ese estudio también se pudo apreciar que el moco S, que es muy líquido, cristaliza formando una especie de canales paralelos, mientras que el moco L forma cristales muy finos en hojas rectangulares (Odeblad, 2004). Ver **gráficos No 11 y 12**.



Graf. No. 11. Cristalización del moco S (OMR&RCA, 2008)



Graf No. 12. Cristalización del moco (OMR&RCA, 2008)

Menárguez (Odeblad, E. et al, 2004) amplía este tema en su lectura de la ponencia del Dr. Odeblad, relatando que en 1992 describió un moco adicional al que nombró P, porque al examinar en 1985 muestras en ciclos completos de mujeres universitarias con edades entre 15 y 22 años, descubrió que la máxima cantidad se segrega el día pico, o de mayor fertilidad y produce una sensación lubricante en la vagina y en la vulva. Según Odeblad (1994), este moco fue fotografiado por Ryder en 1948, quien describió por primera vez sus cristales como muy delgados con brazos en ángulos de 60° que forman una especie de estrella hexagonal.

La continuación del estudio de este moco mediante el uso de microscopio electrónico, permitió descubrir que hay dos subtipos: el moco P2, que produce en la mujer el cambio de sensación húmeda a sensación resbalosa en la vulva, ocasionada por la acción mucolítica de gránulos Z procedentes de las criptas del istmo que se adhieren al moco P y licúan los mocos S y L, y el moco P6, que aparece propiamente en el día cúspide produciendo por última vez durante el ciclo menstrual la sensación resbalosa en la vulva, aún en los casos en que no alcanza a ser visible. Parece ser que su función consiste en seleccionar y transportar los espermatozoides hacia el interior del útero. Ver **gráficos No. 13 y 14**.



Graf No. 13. Cristalización del moco P2(OMR&RCA, 2008) Graf No. 14. Cristalización del moco P6 (OMR&RCA, 2008)

Además de lo anterior descubrió que las células F producen un moco denominado con el mismo nombre, que hasta el momento no parece tener ninguna función relacionada con la fertilidad.

El Método de Ovulación Billings se basa en todos estos estudios, muchos de los cuales se han llevado a cabo precisamente en el Centro de Investigación y Referencia del Método de Ovulación Billings en Australia. En años más recientes han sido referente y parte de exploraciones en relación con alteraciones de la fertilidad y otros aspectos de la salud sexual y reproductiva de la mujer, como es el caso de los estudios de Thomas Hilgers, con su propuesta sobre NaPro Tecnología (2004 y 2010), Pilar Vigil et al (2001) y Pilar Vigil (2011), con su más reciente estudio sobre Modulación Endocrina del Cerebro Adolescente, entre otros. También constituyen la base científica que sustenta las diferentes versiones del Método Sintotérmico, en lo que se refiere al moco cervical como indicador de fertilidad en la mujer.

Medialdea (2010) también clasifica dentro de esta generación otros estudios realizados mediante varios tipos de electroforesis, entre los cuales está el suyo (Medialdea, 2004), con el que aporta evidencias, a nivel bioquímico, de la existencia de distintos tipos de moco cervical que Odeblad y otros habían confirmado sólo a nivel biofísico. Identificó diferencias, a nivel bioquímico, en el moco cervical de distintos periodos del ciclo ovárico, consiguiendo con ello evidenciar la existencia de dos glucoproteínas distintas que denominó glucoproteína E, con PM por encima de 300 KD y glucoproteína G, con PM por encima de 200 KD.

Además mostró que hay una variación en la presencia de varias proteínas solubles, que denominó A, B, C y D, en cinco momentos distintos del ciclo ovárico (FI, FM, FT, LI-LT y LM)., y avanza en el esfuerzo por simplificar la clasificación de muestras de moco cervical según su canalización, propuesta anteriormente por Helvia Temprano (1990), en cuanto que Medialdea propone una clasificación en 5 grados y describe algunos elementos que sirven para clasificar de modo más preciso las muestras que han secado tapadas con un cubreobjetos.

En términos muy sencillos, la electroforesis es una prueba de laboratorio que permite separar los diferentes tipos de proteínas presentes en una muestra de suero sanguíneo o de orina, y la cantidad de cada una, aplicando una corriente eléctrica y un colorante especial. Existen varias técnicas para hacerlo, unas más sofisticadas que otras. (International Myeloma Foundation 2011).

Interacción moco – espermatozoides humano

Son varios los estudios que evalúan la interacción entre el moco cervical y el espermatozoides humano. Uno de ellos es el de Blasco L, Sokoloski JE & Wolf DP (1979), mediante el cual se buscó establecer el potencial de fertilidad del espermatozoides humano expresado como índice de calidad - QI evaluando objetivamente la velocidad de los espermatozoides, el porcentaje de espermatozoides móviles, la densidad del espermatozoides y el volumen eyaculado, en muestras de semen almacenado a 37° C y a temperatura ambiente, lo que permitió establecer la tasa comparativa de disminución de QI en diferentes momentos a partir del momento de la eyaculación.

El estudio logró establecer que la mayor parte de las muestras fueron capaces de penetrar en el moco cervical, y que al hacerlo, esos espermatozoides logran un QI significativamente más alto que el de los que no penetraron. También se estableció que muestras de moco cervical con altas concentraciones de sólidos no solubles, mucinas y proteínas solubles resultan impenetrables. Dichas muestras fueron obtenidas de pacientes con infertilidad cervical.

Auto - identificación del pico de moco cervical: precisión como marcador biológico de fertilidad

También hay estudios que buscan establecer la precisión del pico del moco cervical o día cúspide, como un marcador biológico de los días más fértiles durante el ciclo menstrual. Tal es el caso del que se realizó en la Escuela de Enfermería e Instituto de Planificación Familiar Natural de la Universidad de Marquette (Fehring RJ. Oct 2002).

Para ello analizaron 4 estudios ya publicados, además de los registros de observación diaria de 53 mujeres que facilitaron un total de 108 registros de ciclos menstruales con duración variable entre 22 y 75 días, en los cuales se identificó con claridad tanto el día cúspide de moco cervical como el pico de LH. Al comparar la identificación que hicieron las mujeres de su día cúspide de moco cervical con el pico de hormona luteinizante - LH presente en la orina, encontraron que en el 97,8% de los casos el primero ocurrió en un rango de más o menos 4 días alrededor del día estimado de la ovulación y coincidió con el pico de LH, lo que les permitió concluir que la auto identificación del pico de moco cervical es un medio muy preciso para determinar el día de la ovulación y el comienzo del fin de la época fértil.

Sobre Temperatura Basal Corporal - TBC

Las investigaciones sobre Temperatura Basal Corporal durante el ciclo ovárico no son tan numerosas como las que han reportado sobre moco cervical y método de ovulación Billings en bases de datos científicos.

A manera de muestra para esta ponencia, se reseña la que realizaron Urman, B & McComb, P (1989), quienes demostraron que existe la posibilidad de detectar una ovulación simultánea con el desarrollo de un embarazo ectópico en la trompa opuesta al ovario en donde ésta ocurre, mediante el registro e interpretación de una gráfica de Temperatura Basal Corporal.

El estudio se basó en el caso de una mujer de 35 años con una gráfica bifásica de temperatura durante un embarazo ectópico, cuya última menstruación había ocurrido 29 días antes de presentar síntomas de ruptura de la trompa. En esa ocasión, una laparoscopia mostró un embarazo en la trompa izquierda de 4 x 4 x 5 cm, y una medición de gonadotropina coriónica humana – HCG dio como resultado títulos de 3600 U / L al ingreso, 4900 U / L 3 días más tarde, y 5600 U / L luego de 6 días.

Esta información permitió concluir que el embarazo ectópico ocurrió en el ciclo anterior, y el registro de temperatura basal corporal previa a la consulta por dolor abdominal agudo y sangrado mostró una gráfica bifásica, lo que permitió establecer que la mujer había ovulado después de la implantación del óvulo fecundado en la trompa. Hay algunos otros artículos sobre este tema, que se excluirán de esta ponencia por razón de espacio.

1.3 SOBRE TECNOLOGÍA DE APOYO PARA EL RECONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD

Una de las referencias más antiguas a tecnología para detección de la ovulación que se encontró, es la del Monitor Ovárico de Brown que aparece descrito en el Currículo del Programa de Extensión para Entrenamiento de Instructores del Método de Ovulación Billings (Education Committee WOOMB International Billings LIFE, 2009) es el Monitor Ovárico de Brown, con versión para laboratorio y para uso doméstico, que mide los metabolitos de Estrógenos y Progesterona en muestras de orina, que coinciden con los datos que se obtienen mediante radio inmunoanálisis. Su empleo es relativamente sencillo y puede usarlo cualquier mujer con entrenamiento.

En Montreal, Schneider (1984) diseñó un dispositivo electrónico que mediante el registro de la temperatura bucal, una muestra de moco cervical y el ingreso de la fecha del primer día de la menstruación, devuelve información sobre los días fértiles del ciclo menstrual.

Cutler, Preti, y Huggins (1989) diseñaron en Estados Unidos un método y un dispositivo que mide la concentración de iones de sodio, potasio, amonio, calcio, cloruro y nitrato en el sudor de la mujer en el transcurso del día, señalando las mayores concentraciones que se presentan durante la fase folicular del ciclo menstrual.

Por su parte, Glaze (1990) registró en la Oficina Española de Patentes y Marcas un dispositivo que señala la infertilidad periódica mediante la detección de pregnanediol o metabolito glucurónico de Progesterona en la orina de la mujer, sólo en los días en que planea tener actividad sexual.

Marett (1998), de Toronto, diseñó también un procedimiento para determinar el estado de fertilidad de la mujer, mediante el uso permanente de un aparato similar a un reloj de pulso que mide los picos y valles del PH del sudor.

Por esa misma época, Rausnitz (1998) solicitó registro para un pequeño dispositivo que puede identificar los períodos fértiles en un ciclo menstrual, mediante la visualización de la cristalización de la saliva colocada en una laminilla porta objetos. El principio es el mismo de otro aparato similar patentado por Leyva y Sabater (1999) en Alicante.

Un último ejemplo consiste en una pesa electrónica, diseñada por Kodama (2002), que permite establecer el período fértil de la mujer mediante el análisis de su peso a lo largo del ciclo menstrual.

La NaPro Tecnología: Entre la Medicina, la Tecnología y los Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad

Según Thomas Hilgers (2004), la NaPro Tecnología NPT o tecnología procreativa natural es una ciencia de la salud femenina, basada en el modelo CREIGHTON que consiste en el monitoreo estandarizado y prospectivo del ciclo menstrual y la fertilidad de la mujer a lo largo de toda su vida reproductiva.

Es el primer sistema de red de planificación familiar que trabaja con vigilancia médica, quirúrgica y perinatal, y mantenimiento de la salud reproductiva y ginecológica con aplicaciones en planificación familiar, evaluación y tratamiento de infertilidad y otros desórdenes reproductivos, sangrado anormal, condiciones hormonales anormales del ciclo menstrual incluyendo síndrome premenstrual y quistes ováricos recurrentes, la fecha de inicio del embarazo y depresión postparto.

Su fundamento es la educación estandarizada objetiva de la mujer, con parámetros objetivos de su ciclo menstrual y su fertilidad, que hace posible la evaluación y eventual tratamiento de problemas reproductivos y ginecológicos por parte de un médico en cualquier parte de Estados Unidos o de cualquier país del mundo.

Se trata de una educación según la cual la fertilidad no se considera una enfermedad, el ciclo menstrual y la menstruación se consideran un proceso biológico y fisiológico normal que en algunas ocasiones se pueden alterar, lo mismo que los procesos del parto y del embarazo, el niño dentro del útero de su madre es visto como un ser humano con potencial y no como un parásito.

Introduce el principio de relaciones sexuales selectivas para la práctica de los métodos de reconocimiento de la fertilidad como una forma de espaciar los embarazos, lo que significa tomar permanentemente la decisión de elegir en una forma responsable el mejor momento para tener relaciones sexuales según la intención sea de buscar o de aplazar un embarazo. Se trata de la toma de decisiones evaluadas e implementadas a través de la incorporación de conocimiento.

También se basa en el desarrollo de tecnología médica, mediante el uso de marcadores hormonales, evaluación por ultrasonido y varias aproximaciones quirúrgicas que utilizan tecnología laser, microcirugía y estrategias anti-adhesión.

En el informe técnico del Estado del Arte se hará una referencia más amplia y detallada sobre este tema.

1.4 SOBRE ESTUDIOS DE EFICACIA

Aunque no son muchos los estudios de eficacia de los métodos de reconocimiento de la fertilidad que se han llevado a cabo durante el período de corte establecido para este Estado del Arte, llama la atención el hecho de que los resultados sean similares en la mayoría de las investigaciones, realizadas en fechas y países muy distantes unos de otros.

En esta ponencia sólo se presentará un resumen de algunas investigaciones relevantes sobre este tema, elaborado por el Education Committee Ovulation Method Research and Reference Centre of Australia Ltd. Información más amplia se consignará en el informe técnico de este Estado del Arte.

Es importante aclarar que por tasa de embarazos relativos al método, se entiende el porcentaje de embarazos ocurrido cuando se cumplen las instrucciones del método evaluado. Por tasa de embarazos relativos a la enseñanza, los embarazos resultantes de la incorrecta enseñanza del método o de malos entendidos por parte del usuario.

Ubicación/ Investigador	Años	No. parejas	No. ciclos o años	Embarazos relativos al método		Embarazos relativos a la enseñanza	
China (Nanjing, Anhui, Kunmin and Shanghai) / Qian et al.	1996-97	992	1 año	0	0.0%	5 (relativo al uso)	0.5%
África, Burkina Faso/Ministerio de Salud y Acción Social de Burkina Faso	publicado en 1990	166	2,272	1	0.6%		1.7%
India, 5 Estados/Consejo de Investigación Médica de la India	1986-88	2,059	21 meses		0.85%		
Indonesia/Family Health International USA	1986-88	>425		0	0%		
India, Filipinas, El Salvador, Nueva Zelanda, Irlanda/Organización Mundial de la Salud	1976-78	869	10,215		2.8%		3.9%
Australia (Victoria)/Ball	1976	122	1,626	4	2.9%	8	5.9%
USA/Klaus	1975-77	1,090	12,282		1%		
Australia (Melbourne)/Billings	1972	98	3-4 años	0	0%	0	0%
Tonga/Weissman	1970-72	282	2,503	1	0.5%	2	1%

Por motivos de espacio no es posible incluir en esta ponencia la otra categoría o bloque temático de este Estado del Arte, pero se desarrollará ampliamente en el informe técnico.

Lista de referencias bibliográficas

- Arévalo, M., Jennings, V. & Sinai, I. (2002). *Efficacy of a new method of family planning: the Standard Days Method. Contraception Volume 65, Issue 5, May 2002, pp. 333–338.* Washington DC: Institute for Reproductive Health, Georgetown University. DOI 10.1016/S0010-7824(02)00288-3.
- Arévalo, M. & Jennings, V. (2000). *A fixed formula to define the fertile window of the menstrual cycle as the basis of a simple method of natural family planning. Contraception. Volume 60, Issue 6, December 1999, Pages 357–360* Washington DC: Institute for Reproductive Health, Georgetown University. DOI 10.1016/S0010-7824(99)00106-7
- Arévalo M, Yeager B, Sinai I, Panfichi R, & Jennings V. (2010). *Adding the Standard Days Method® to the contraceptive method mix in a high prevalence setting in Peru. Revista Panamericana de Salud Publica [online]. vol.28, n.2, pp. 80-85.* DOI: 10.1590/S1020-49892010000800002.
- Billings, E. & Billings, J. (1997). *Teaching the Billings Ovulation Method, Part 2, Variations of the Cycle and Reproductive Health.* Melbourne: Ovulation Method Research and Reference Centre of Australia.
- Blasco L, Sokoloski JE & Wolf DP (1979). A practical, objective approach to the evaluation of sperm and cervical mucus in humans. *Fertility and Sterility Vol. 32 Issue 1. pp. 55-60.* Research Support. U.S. Government, P.H.S. PMID: 456631.
- Brown, J. (200). *Studies on human reproduction: ovarian activity and fertility and the Billings Ovulation Method.* Melbourne: Centro de Investigación y Referencia del Método de Ovulación Billings - OMR&RCA.
- Cutler, W., Preti, G. & Huggins, G (1989). *Birth Control Method Involving Monitoring of Auxiliary Androstenol and Dehydroepiandrosterone.* Patent No. 4879244. United States Patent.
- Education Committee Ovulation Method Research and Reference Centre of Australia Ltd. - OMR&RCA. (2008) *Teaching the Billings Ovulation Method™ Teacher Training Curriculum.* Melbourne.

- Education Committee Ovulation Method Research and Reference Centre of Australia Ltd. - OMR&RCA. (2009) *Billings Ovulation Method™ Teacher Training: Extension Program Curriculum*. Melbourne.
- International Myeloma Foundation (2011). *Entendiendo la Electroforesis de Proteínas*. North Hollywood. Disponible en http://myeloma.org/pdfs/U-PEP-Span-2011_e1web.pdf.
- Fehring RJ. Oct 2002. *Accuracy of the peak day of cervical mucus as a biological marker of fertility. Contraception*. Milwaukee. 66 (4):231-5. PMID 12413617.
- Glaze, T. (1990). *Procedimiento y Kit para Determinar la Infertilidad Periódica en las Mujeres*. No. Publicación de Patente 0367615. Prioridad para Estados Unidos No. 267148. Oficina Española de Patentes y Marcas.
- HILGERS, T. (2004). *The medical and surgical practice of naprotechnology*. Nebraska: Pope Paul VI Institute Press.
- Kodama, M. (2002). *Aparato para determinar la posibilidad de embarazo*. No. Publicación de Patente 2254300. Prioridad para Japón No. 2000-302757. Oficina Española de Patentes y Marcas.
- Leyva, A. & Sabater, F. (1999). *Procedimiento y Dispositivo para el Reconocimiento del Período Fértil de una Mujer*. No. Publicación de Patente: 2131465. Oficina Española de Patentes y Marcas.
- Marett, T. (1998). *Procedimiento para Determinar el Estado de Fertilidad de las Mujeres*. No. Publicación de Patente: 2222485. Prioridad para Estados Unidos No. 573783. Oficina Española de Patentes y Marcas.
- Medialdea, C. & Pérez A., José. (2008). El área del Reconocimiento de la Fertilidad y los Métodos para reconocer la Fertilidad. Concepto y Terminología. *Memorias I Congreso Internacional en Reconocimiento de la Fertilidad Humana y XXXIX Congreso Médico Nicaragüense*. Managua.
- Medialdea, C. (2004). *Parámetros Biofísicos Bioquímicos y Microscópicos para Facilitar el Conocimiento de la Fertilidad*. (Tesis Doctoral). Universidad de Valencia.
- Medialdea, C. (2004). *Estudio de Proteínas y Glucoproteínas del Hidrogel Cervical para Facilitar el Reconocimiento de la Fertilidad*. Actas del VII Symposium Internacional sobre Regulación Natural de la Fertilidad. Barcelona: Universidad de Catalunya.
- Medialdea, C. (2008). *Estudio Microscópico del Hidrogel Cervical para Facilitar el Conocimiento de la Fertilidad*. Actas del I Congreso Internacional de Reconocimiento de la Fertilidad. Managua.
- Medialdea, C. (2010) *Estado de la investigación básica sobre el hidrogel cervical: Posibles aplicaciones y líneas a seguir*. Monterrey: Ponencia presentada en el II Congreso Internacional de Reconocimiento de la Fertilidad.
- Menárguez, M. & Odeblad, E. (2002). *Secreción Cervical y líneas de investigación*. Notas del VII Curso de Fisiopatología de la Ovulación y Planificación Familiar Natural. Pamplona: Clínica Universitaria Universidad de Navarra.
- Menárguez, M., Pastor, L. & Odeblad, E. (2003). *Morphological characterization of different human cervical mucus types using light and scanning electron microscopy*. Human Reproduction. Vol. 18. Is. 9. pp. 1782-1789. Oxford: PMID:12923128. DOI: 10.1093.

- Odeblad, E. & Bryhn, U. (1957). *Proton magnetic resonance of human cervical mucus during the menstrual cycle*. Acta Radiol. No.47. PMID: 13434983
- Odeblad, E. (1959). *The physics of the cervical mucus*. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica Vol. 38, Issue S1, 44 - 58. Stockholm: Karolinska Institutet. Published online: 13 JAN 2011. DOI: 10.3109/00016345909157999.
- Odeblad, E. (1964). *Intracavitary circulation of aqueous material in the human vagina*. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica Vol. 43, Issue 4, January. Stockholm: Karolinska Institutet. Published online: 13 JAN 2011. DOI: 10.3109/00016346409162686
- Odeblad, E. (1966). *Micro - NMR in high permanent magnetic fields*. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica Volume 45, Issue S2. PMID: 4286988.
- Odeblad, E. (1968). *The functional structure of human cervical mucus*. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica Volume 47, Issue S1, pages 57–79, January. Stockholm: Karolinska Institutet. published online: 13 JAN 2011 DOI: 10.3109/00016346809156845.
- Odeblad, E., and Rosenberg, B. (1968). *A low viscosity component in human uterine endocervical contents*. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica Volume 47, Issue S3. DOI: 10.3109/00016346809157490
- Odeblad, E. (1977). *Physical properties of cervical mucus*. In Mucus in health and disease. Advances in experimental medicine and biology 89. Oxford. PMID: 579275
- Odeblad, E. et al. (1984). *Proton magnetic relaxation Times T1 and T2 for normal types of cervical secretions*. Acta Obstetricia et Gynecologica Scandinavica Volume 63, No. 7. DOI: 10.3109/00016348409155558
- Odeblad, E. (1992). *Recent research on cervical mucus*. Actas del III Simposio Internacional sobre Avances en Regulación Natural de la Fertilidad. Malaga: Universidad de Malaga
- Odeblad, E. (1994). *The Discovery of Different Types of Cervical Mucus and the Billings Ovulation Method*. Victoria: Ovulation Method Research and Reference Centre of Australia. Vol. 21, No. 3, September.
- Odeblad, E. (1997). *Cervical mucus and their functions*. Edinburgh: Royal College of Physicians of Edinburgh. 26, 27–32
- Odeblad, E. (2002). *Investigations on the Physiological Basis of Fertility Awareness*. Bulletin. Victoria: Ovulation Method Research and Reference Centre of Australia. Vol 29 Number 1 March.
- Odeblad, E. et al. (2004). *Cervical mucus type P6, structure, variability and possible functions*. VII Symposium Internacional sobre Regulación Natural de la Fertilidad: Aplicaciones a la Salud Reproductiva. 18 – 20 de marzo. (Ponencia leída por Micaela Menárguez) Barcelona: Universidad Internacional de Cataluña.
- Odeblad, E. (2004). *El descubrimiento de los diferentes tipos de moco cervical y el Método de la Ovulación Billings*. Bulletin of the Natural Family Planning. Council of Victoria. Vol. 21. No 3. Sept. 1994. Traducción y publicación en español: Ledesma, F. México.
- ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. (2005). *Criterios médicos de elegibilidad para el uso de anticonceptivos*. Ginebra: Ediciones de la OMS.

- Otte, A., Medialdea, C., González, F. & Martí, P. (2006). *Cómo reconocer la fertilidad. El método sintotérmico*. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias.
- Rausnitz, G. (1998). *Sistema portátil para Control de la Fertilidad*. No. Publicación de Patente 2183980. Prioridad para Estados Unidos No. 555360. Oficina Española de Patentes y Marcas.
- Sánchez J. M. & Palop F. (2002). *Herramientas de Software para la práctica de la Inteligencia Competitiva en la empresa*. Valencia.
- Schneider, H. (1984). *Apparatus and Method of Determining Fertility Status*. Patent No. 4465077. United States Patent.
- Temprano, H. (1990). *Estudio de parámetros biofísicos del moco cervical humano e investigación de la cristalización con microscopía óptica y electrónica. Influencia de los inductores de la ovulación*. (Tesis doctoral). Universidad de La Coruña.
- Urman, B. & McComb, P. (1989). *A Biphasic Basal Body Temperature Record During Pregnancy*. Acta Eur Fertil Nov-Dec. Vol. 20. No. 6.
- Vigil, et al. (2001). *Nuevas Metodologías y Avances en Planificación Natural de la Familia*. Revista Chilena de Obstetricia y Ginecología. Vol 66. No. 2. Santiago de Chile. ID 296088.
- Vigil, P. et al. (December 2011) *Endocrine Modulation of the Adolescent Brain: A Review*. Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology Volume 24, Issue 6. North American Society for Pediatric and Adolescent Gynecology. DOI:10.1016/j.jpag.2011.01.061

III Congreso Internacional en Reconocimiento de la Fertilidad. Universidad de Piura. LIMA 2012.

COMUNICACIONES



INSTITUTO VALENCIANO DE
FERTILIDAD, SEXUALIDAD Y
RELACIONES FAMILIARES

COMUNICACIONES//

Comunicación 1// Análisis comparado de los aspectos éticos de los MRF frente a las TRA. M^a Carmen Pons Iborra. Valencia, España.

Comunicación 2// Conocimiento de los indicadores de fertilidad y embarazo. M^a Isabel Valdés. Madrid, España.

Comunicación 3// Estudio comparativo de los termómetros usados para la medición de la temperatura corporal basal en los Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad (MRF). Lyda Clemencia Hurtado Catuche y Concepción Medialdea Fernández. Valencia, España.

ANÁLISIS COMPARADO DE LOS ASPECTOS ÉTICOS DE LOS MRF FRENTE A LAS TRA.

M^a Carmen Pons Iborra¹.

Resumen

El conocimiento y la capacidad tecnológica existente han hecho que las Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) se presenten en la sociedad como la solución más eficaz al problema de la infertilidad. Una presentación a la sociedad que tiene todos los componentes de un nuevo sector económico con importantes beneficios. La obtención de un “producto” (el niño es un instrumento) que permite conseguir la felicidad (obtener lo que deseo). Frente a estas técnicas ¿Existe otra visión? ¿No existen argumentos científicos, desde una dimensión trascendente de la vida? La procreación responsable basada en los Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad (MRF), con o sin tratamiento clínico adicional, es la respuesta adecuada. El análisis que hemos efectuado, de manera comparada con las TRA, demuestra que no son sólo una respuesta adecuada, una alternativa. Son la única respuesta a una vida basada en la concepción del hombre y la mujer, creados por Dios, a su imagen y semejanza.

Frente a la respuesta que ofrecen las TRA, a los problemas de infertilidad, que comprometen en gran medida la verdad y la dignidad de la persona humana, se encuentran los MRF ética y antropológicamente adecuados, en cuanto que permiten descubrir o reconocer la vocación al amor don, a la paternidad y sus signos, en el cuerpo y en el alma del hombre, varón y mujer. La elección de TRA o MRF va a influir de manera decisiva en la visión antropológica del ser humano y en la estabilidad de los binomios sexo/procreación, naturaleza/cultura, don/producto, biología/sociabilidad, heterosexualidad/homosexualidad, focal/global, secular/sagrado, derechos humanos/no humanos. De la estabilidad o no de estos binomios dependerán las consecuencias que se produzcan en la persona y en la sociedad.

Introducción

La popularización y el uso cada vez más frecuente de un conjunto de Técnicas de Reproducción Artificial (TRA) consideradas por muchos como la solución más eficaz al problema de la infertilidad y basadas en la obtención de un “producto” (el niño) que permite conseguir la felicidad (los futuros padres obtienen lo que desean) hace que nos preguntemos, ¿No existen argumentos científicos, desde una dimensión trascendente de la vida? La procreación responsable basada en los Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad (MRF), con o sin tratamiento clínico adicional, es la respuesta adecuada.

La sociedad ofrece las TRA como lo más eficaz frente a problemas de infertilidad, sin embargo, esto conduce al hombre a profundos cambios sociales, tecnológicos y culturales que le sitúan en un escenario de grandes incertidumbres sobre cuál será el futuro tanto desde el punto de vista personal, como familiar y social. Estos cambios se producen con gran rapidez y parece que nada afectan a la sociedad, pero realmente ¿es esto cierto? ¿hacia dónde nos conducen estos cambios? y ¿a qué coste?

¹ M^a Carmen Pons es Licenciada en Farmacia y Máster en Matrimonio y Familia por el Pontificio Instituto Juan Pablo II sección española, Valencia. El contenido de este artículo es un extracto de su Trabajo de Final de Máster titulado: “Técnicas de procreación artificial o paternidad responsable. Consecuencias de la elección para la familia y la sociedad” (10/02/2012).

Valoración de la situación actual.

La aplicación de las TRA supone: 1º) Someter a la mujer a terapias hormonales con el fin de elevar la producción de ovocitos, y así aumentar las posibilidades de éxito. Esta producción no tiene límite legal, lo que puede tener importantes efectos secundarios, incluso la esterilidad total. 2º) los espermatozoides más adecuados son manipulados y seleccionados. 3º) La concepción del nuevo ser humano se produce sin que tenga lugar el acto conyugal. 4º) Sólo tres embriones como máximo se pueden transferir al útero de la madre. El resto de los embriones, los considerados viables, quedan supeditados a la voluntad de los progenitores. Cuando el embrión se produce buscando unas características determinadas se selecciona mediante Diagnóstico Genético Preimplantatorio para transferir un embrión con las características deseadas o bien sin las características no deseadas. 5º) Una vez implantados los embriones en el seno materno se puede recurrir a la reducción embrionaria con el fin de mejorar la gestación de los embriones restantes.

Los medios de comunicación social se han ocupado de difundir los «logros» alcanzados por las TRA dando a entender que se trata de un proceso sencillo en el que no hay sufrimiento para nadie y que siempre, o casi siempre, se logra el objetivo marcado que es el de tener un hijo. Sin embargo, al comparar la eficacia de TRA frente a MRF, los resultados² que obtenemos son:

Tasa de embarazo: TRA: 15% para IA, 31,9% para FIV (destaca la ovodonación con 50,3%); MRF, entre 30 y 45% , según diversos estudios.

Tasa de parto: TRA: 18,8% para FIV (31,39% ovodonación); MRF, entre 25,5 y 31,6%, según diversos estudios.

Efectos adversos:

Tasa de aborto espontáneo: TRA, 20%, muy superior al que ocurre con MRF.

Embarazos ectópicos: TRA entre 1,7 y 2,5% según la técnica utilizada.

Tasa de embarazo múltiple: TRA: 12,6% para IA y 24% para FIV; MRF 4,5%.

Reducción embrionaria: TRA: 0,18% en IA y 0,16% en FIV; MRF no existe.

Observamos que los resultados obtenidos con TRA no son superiores a los que se obtienen con MRF pese a lo que la mayoría de la gente podría esperar. Pese a estos datos, aumenta el número de tratamientos con TRA siendo que cada vez hay más evidencias científicas que confirman las desventajas de su uso. Estas desventajas son: Enfermedades hereditarias desconocidas (debido al anonimato de los donantes), bajo y muy bajo peso al nacer, y defectos cromosómicos y musculoesqueléticos (como malformaciones cardiovasculares, Síndrome de Beckwith-Wiedmann, síndrome de Prader-Willi, entre otros).

Esta comparación supone una visión reduccionista para la aplicación de los MRF en la búsqueda del embarazo. Si nos quedamos aquí no alcanzaríamos a ver la gran diferencia que hay en «cómo se logra dicha eficacia». Ocurre que el aprendizaje y comportamiento co-educativo implícito en los MRF alcanza ventajas que van más allá del mero hecho lograr de la concepción de un hijo.

² Para las TRA se han obtenido los datos del registro nacional que realiza la Sociedad Española de Fertilidad. Las fuentes de información para los MRF han sido algunos estudios recogidos en actas de congresos científicos internacionales.

Los MRF permiten resolver muchos casos de infertilidad, en los que ni el hombre ni la mujer presentan anomalías graves en su sistema genital, además, en la consulta de fertilidad, pueden ser una herramienta de primer orden durante el diagnóstico y tratamiento médico de la infertilidad para aquellos casos que presenten anomalías graves o no consiguen el embarazo simplemente aplicando las reglas de los MRF. La importancia de estos métodos es la ayuda que ofrecen a la mujer, para conocer su cuerpo; y a la pareja, para ser más conscientes de: la dignidad del acto conyugal, la paternidad y que esta se consiga de la unión de los esposos.

Valoración ética.

Si nos limitamos sólo a valorar las consecuencias físicas no atendemos a la persona en su integridad, por ello, es necesario que realicemos una valoración ética de lo que supone decidirse por las TRA, ante problemas de fertilidad, o por los MRF, basados en el respeto íntegro del ser humano y en los que se atiende tanto a la mujer como al futuro hijo así como al hombre.

La valoración ética la enmarcamos dentro de las tres premisas que ofrece la Instrucción *Dignitas Personae*³: 1ª.- El derecho a la vida y a la integridad física de cada ser humano desde la concepción hasta la muerte natural; 2ª.- La unidad del matrimonio, que implica el respeto recíproco del derecho de los cónyuges a convertirse en padre y madre solamente el uno a través del otro; 3ª.- Los valores específicamente humanos de la sexualidad exigen que la procreación de una persona humana sea querida como el fruto del acto conyugal específico del amor entre los esposos.

Así pues, las TRA son moralmente ilícitas porque el hijo no nace fruto del acto conyugal de los esposos, suponen la separación de los dos significados del acto conyugal, unitivo y procreativo. En el caso de la fecundación heteróloga y cuando se recurre al útero subrogado se destruye además el derecho de los cónyuges a ser padres uno a través del otro. Estas técnicas no respetan el derecho a la vida de los embriones que se eliminan por ser excedentes (eliminación embrionaria, reducción embrionaria) o por no cumplir con los requisitos preestablecidos (diagnóstico genético preimplantacional), tampoco se respeta el derecho a la integridad física (congelación de gametos, congelación de embriones), se les priva temporalmente de la acogida y gestación materna y ello les hace susceptibles de ulteriores ofensas y manipulaciones, como ser utilizados para la investigación o para usos terapéuticos donde se les trata como simple «material biológico».

Algunas consecuencias de estas técnicas son también moralmente ilícitas, como los futuros incestos involuntarios por el elevado número de hermanos de un mismo donante y la falta de dignidad que se les confiere a los llamados «bebés medicamento», pues son concebidos como medio y no con la dignidad de todo ser humano de ser fin en sí mismo.

Sin embargo, son moralmente lícitas las intervenciones que facilitan el acto conyugal o le ayudan a alcanzar sus objetivos naturales, como pueden ser: tratamientos hormonales o quirúrgicos. Los MRF, solos o con tratamiento adicional para facilitar el acto conyugal o para aumentar las posibilidades de ocurrencia del embarazo fruto del acto conyugal, son moralmente lícitos. Los MRF tienen su esencia en la noción unitaria de la persona humana. Favorecen y respetan la donación total entre los esposos y que los hijos sean concebidos en el seno materno y dentro del matrimonio. Esta donación total y la paternidad responsable son signos de la fidelidad de los esposos, la cual no les priva de libertad sino que les defiende del relativismo y del subjetivismo.

³ Congregación para la Doctrina de la Fe (CDF). Instrucción *Dignitas personae*, sobre algunas cuestiones de bioética. Roma, 8 de septiembre de 2008.

Valoración antropológica.

Las TRA afectan a muchas áreas de la vida social incluyendo aquellas que son del dominio de la antropología. Desestabilizan y alteran la intersección entre la ciencia y la sociedad lo que conduce a la desnaturalización de los binomios que hasta ahora se daban por sentado como sexo/procreación, naturaleza/cultura, don/producto, biología/sociabilidad, heterosexualidad/homosexualidad, local/global, secular/sagrado, humano/no humano.

La primera consecuencia antropológica de la utilización de las TRA es la aparición de una *antropología dualista* ya que se rompe la unidad cuerpo y alma de la persona. El hombre se deshumaniza, se produce la "cosificación" tanto del hombre como de la mujer, que pasan a ser meros medios para conseguir un objetivo. La procreación humana queda rebajada a nivel de reproducción, se pierde aquello que es esencial en la procreación humana, la unión total de los esposos en todo su ser, la entrega, la comunión de los cónyuges. En las TRA no se precisa del sexo para tener un hijo, la sexualidad pierde su significado procreativo. De esta manera el binomio sexo/procreación queda desnaturalizado lo que conduce a la alteración del binomio don/producto, el hijo ya no nace fruto del amor, de la donación definitiva y exclusiva de los cónyuges, ya no es aceptado cuando y como sea. En estas condiciones pierde su condición de «don». Las TRA producen seres humanos, por tanto, el hijo se convierte en un producto. Como todo producto pasa a ser fruto del deseo y del esfuerzo, pasa a ser manipulable y desechable.

La segunda consecuencia es la potenciación por parte de las TRA del *individualismo* y el *relativismo moral*. El hombre y la mujer ya no se necesitan para cooperar en el proceso procreativo. La sexualidad se despersonaliza, el cuerpo pierde su sentido como signo y lugar de relación con los demás, con el mundo y con Dios. Impera el *materialismo*, el cuerpo simplemente está compuesto de órganos, funciones y energías que hay que utilizar (*utilitarismo*) según criterios de goce (*hedonismo*) y eficiencia. En este contexto cada cual se siente libre para hacer aquello que cree más conveniente, para tomar sus propias decisiones, no hay nada ni nadie que pueda decir que existen unos principios morales objetivos, universales y absolutos; todo es relativo a lo que uno pueda pensar o creer lo que nos conduce al subjetivismo y de nuevo al individualismo.

La tercera consecuencia antropológica se sitúa en la concepción de parentesco. Las TRA conllevan una relación de parentesco utilitarista, especialmente en el caso de la reproducción heteróloga, esto conduce a un modelo constructivista, basado en una elección que hacemos y deshacemos cuando nos parece. La consanguinidad siempre había supuesto la base de los lazos de parentesco, sin embargo, ahora se construye con la elección de ser padres con los gametos de otros. Aparecen nuevas categorías tanto para la maternidad como para la paternidad. Podemos tener el padre biológico, diferente al padre natural y al social. Y para la maternidad aparecen tres categorías: madre biológica y genética; madre uterina y sustituta; y la madre social.

En el marco de la reproducción heteróloga se desnaturaliza, y por tanto, se borra la intersección naturaleza/cultura. Las TRA ponen en duda la naturaleza del parentesco ya que la paternidad se obtiene por la asistencia de las tecnologías y de terceros. En las relaciones de parentesco no todo puede ser naturaleza, si prescindieramos del carácter relacional del individuo, se podría llegar al extremo de la reproducción de un individuo idéntico a sí mismo (clonación); pero tampoco todo puede ser cultura pues tenderíamos a la reproducción de una sociedad perfecta, buscaríamos sólo a determinados individuos por sus características específicas con lo que se perdería la individualidad de cada ser humano, un ser único e irreplicable. Cuando nos alejamos de la estabilidad del binomio naturaleza/cultura las relaciones familiares se vuelven ficticias, afectando a la identidad de la persona, del matrimonio y de la familia. El binomio biología/sociabilidad se desdibuja en la reproducción heteróloga, se produce una ruptura entre la transmisión de la sustancia biogénica y la sociabilización de la persona, ambos papeles fundamentales

de la familia.

El último aspecto antropológico es el referido al *marco tecnocentrista* en el que se sitúan las TRA. Estas potencian la tecnociencia como la única metafísica y la única antropología en la que se disocia persona y ser humano. Disociación que potencia una visión reduccionista de la concepción de persona humana permitiendo que, la investigación con embriones se olvide, de que el objeto de investigación son seres humanos, haciendo prevalecer, en ocasiones, los derechos de los animales sobre los de los embriones de pocas semanas (por ser insensibles al sufrimiento) desfigurándose el binomio derechos humanos/no humanos.

El tecnocentrismo permite romper la barrera natural que impedía a los homosexuales ser padres, difuminándose la diferencia entre la heterosexualidad y la homosexualidad en aquello que es la esencia característica de la heterosexualidad lo que conduce a que el binomio heterosexualidad/homosexualidad se confunda.

En este momento de la historia en el que la globalización atañe a los diferentes campos de la sociedad, las TRA no se quedan atrás. Las TRA han logrado que la procreación pase de ser un hecho focal a ser global. Las parejas se desplazan en búsqueda de un marco legal favorable o bien de gametos idóneos, esto provoca un turismo reproductivo con importante movilización económica y un determinado tipo de servidumbre doméstica.

Esta globalización no afecta sólo al tránsito de personas sino que también afecta a la imposición de Occidente del concepto de felicidad, basado en la búsqueda de la perfección física, lo que ha vuelto a traer la eugenesia, camuflada, esta vez, como eugenesia positiva.

Los MRF para la paternidad responsable. Antropología Adecuada.

Desde una visión católica de la vida humana cualquier intervención sobre el cuerpo humano no alcanza únicamente los tejidos, órganos y funciones; afecta también y a diversos niveles, a la persona misma. Afecta a la visión antropológica que se tiene del hombre, como persona humana, y al trato que se le dispensa en los diferentes momentos de la vida, desde la concepción hasta el final de su vida.

Los MRF, con o sin tratamientos que ayudan a lograr el embarazo como fruto del acto conyugal, tienen como característica fundamental basarse en la antropología adecuada e integral de la persona en su doble dimensión corporal-espiritual, como una única unidad. En los MRF se respetan los dos significados, unitivo y procreativo, del acto conyugal mediante el cual los esposos transmiten la vida. En todo momento el hombre está presente en su integridad personal y relacional. Los MRF se fundamentan en una antropología sexual personalista, una antropología que radica «en el principio», el hombre y la mujer, son creados como unidad, llamados a vivir en comunión de amor. Esta antropología, presente en los MRF, se sustenta en una donación personal, propia y exclusiva de los esposos⁴.

La antropología que enmarca a los MRF valora la diferenciación sexual, varón y mujer, como algo más que un dato biológico esto conduce a una sexualidad para ser vivida y no para ser utilizada (utilitarismo). Se ama al otro en sí y por sí, tanto la sexualidad como el otro no se utilizan como fuente de placer para uno mismo (hedonismo). Esta manera de entender la sexualidad permite ver en el otro un don, la persona no queda reducida a su cuerpo (cosificación) es valorada en todo su ser. En esta antropología integral y adecuada el binomio sexo/procreación queda intacto y se clarifica el binomio don/producto.

⁴ Pablo VI. Encíclica *Humanae vitae*. n.8. 9

En los MRF, el hijo tiene un padre y una madre reconocidos, de los cuales también va a recibir cuidados tanto a nivel físico, emocional y espiritual que le van a ayudar a formarse y a crecer. Cuando el ser humano es engendrado, nace, crece y es educado en una familia cuyos principios se basan en una antropología adecuada e integral de la persona los binomios naturaleza/cultura y biología/sociabilidad se equilibran.

Cuando al otro se le ve como un don, como ser único e irreplicable, no se produce la disociación del concepto de persona, ser humano y vida humana. La antropología adecuada e integral de los MRF reconoce el estatuto personal en el individuo humano naciente, se es persona desde el primerísimo estadio de la fecundación. Por tanto, los derechos humanos siempre estarán por encima de los derechos de cualquier otro ser vivo.

En el aprendizaje y la puesta en práctica de los MRF, los esposos comprenden y saben interpretar los procesos biológicos relacionados con la procreación, asimilan el gran valor del acto conyugal y la consiguiente responsabilidad a él vinculada. Esto conduce a alcanzar el amor conyugal auténtico que brota cuando cada uno de los esposos es capaz de exclamar con hechos: «vale la pena que yo me ponga plenamente a tu servicio para que tú alcances ese cúmulo de plenitud a que has sido convocado (convocada)»⁵. Esta

manera de actuar refuerza los vínculos del matrimonio, revaloriza el papel fundamental de la familia en la que nacen y crecen personas sanas y fuertes capaces de orientar a la sociedad hacia su destino último.

Conclusión.

Hasta hace unos años, las personas que recurrían a las TRA eran matrimonios relativamente jóvenes que no habían logrado un embarazo después de muchos intentos. Pero actualmente, se observa una tendencia a la utilización de las TRA por parte de parejas de homosexuales, personas solteras, parejas estables cada vez más mayores y, por tanto, con prisa, o bien matrimonios jóvenes y sanos sin esperar un tiempo prudencial. Buscan un hijo sano, lo quieren ya, sin plantearse los inconvenientes, los riesgos de la técnica ni las posibles connotaciones éticas o morales que su decisión conlleva.

El incremento de la aplicación de las TRA se contextualiza en el seno de un marco político, económico y social que propicia esta dinámica. Este marco conlleva una carga ideológica caracterizada por una vida sin Dios y una concepción de la persona enfocada desde un egoísmo hedonista que fractura la imagen de matrimonio, destruye la vida de parentesco y rompe con la familia como institución básica de la sociedad. Cuando desaparecen los valores de la sociedad se imponen las decisiones aprobadas por la mayoría. Si esta mayoría legisla contra natura, lo irracional se convierte en lo bueno. A nivel político y legislativo se está propiciando que la salud reproductiva, la cual impone la anticoncepción y las TRA, además de la ideología de género, llegue a los colegios a través de la educación sexual. Por el contrario, la aplicación de los MRF para el tratamiento de la infertilidad no es apoyado suficientemente ni por la política ni por la legislación actual, ni por la grandes organizaciones internacionales.

Las TRA suponen una guerra contra la vida, una ruptura en la concepción natural del parentesco y una concepción de la felicidad como puro producto del progreso de la tecnociencia. La encrucijada de la vida del hombre tiene una antropología adecuada en los MRF, estos nos permiten elegir el camino adecuado a la voluntad de Dios, ya que mantienen intacto el binomio sexo/procreación, dejan perfectamente aclarado el binomio don/producto y equilibran los binomios naturaleza/cultura y biología/sociabilidad.

⁵ Melendo, T. *Familia, ¡sé lo que eres!*. Ed. RIALP, Madrid 2003. p.84.

Debemos poner todos los medios para contrarrestar la potencia de la mentalidad individualista y utilitarista de esta sociedad, dando una batalla desde un ámbito de proximidad a la vida de las personas. Por ello, creemos que se debería extender la creación de Centros de Orientación Familiar en los que agentes de Pastoral Familiar, formados en reconocimiento de la fertilidad, pudieran dar respuesta a matrimonios con dificultades en el ámbito procreativo. Así mismo, también se deberían potenciar las clínicas dedicadas al tratamiento de la infertilidad e integradas por profesionales de la salud y especialistas en salud procreativa. La existencia de organismos oficiales dedicados a recoger y tratar los resultados obtenidos a través de los MRF en la consecución del embarazo, así como la difusión de estos; al igual que la formación de los niños y los jóvenes en los centros educativos en una antropología adecuada e integral favorecerían un cambio de mentalidad en la sociedad cambiando la «cultura de la muerte» en la que nos encontramos por la «cultura de la vida».

CONOCIMIENTO DE LOS INDICADORES DE FERTILIDAD Y EMBARAZO.

M^a Isabel Valdés¹.

1. Justificación

El contenido científico que pretende aportar este trabajo está basado en la aplicación clínica de los indicadores biológicos de fertilidad, que de modo sencillo, la mujer puede observar a lo largo de su ciclo ovárico, principalmente para búsqueda de una gestación. (Valdés 2012).

Este trabajo tiene su origen en la experiencia profesional de su autora como matrona. Cuyas competencias se evidencian en el campo de la fertilidad humana y su afectación en la vida moderna. A través de la investigación desarrollada en los últimos 16 años, la autora ha podido percibir la preocupación y el interés de los ciudadanos por las cuestiones relacionadas con la fertilidad humana, dentro de las prestaciones que el sistema sanitario viene ofreciendo como un área de especial interés y sensibilidad.

“La matrona es una profesional que se centra en la normalidad, que atiende a la mujer, a la pareja y a la familia con toda su experiencia se guía por los principios de humanización y atención continuada y hace un uso juicioso de la tecnología” (Gagnon R 2001).

En la opinión de la autora, el sistema sanitario en este campo debería disponer de mayores recursos que permitan y faciliten a la población obtener beneficios en el campo de la educación para la salud, al objeto de tener un mayor conocimiento de la fertilidad humana (CFH). Con independencia de las decisiones individuales, en cada caso se pueden adoptar, conductas y comportamientos que podrían ser más eficaces si partieran de una información lo más completa y rigurosa posible.

¿En el momento actual en el hombre y la mujer se ve afectada esa capacidad de tener un hijo? ¿De que recursos científicos y asistenciales disponemos en la clínica diaria para subsanar esta dificultad? ¿Reconoce la mujer los indicadores biológicos de su fertilidad?

Muchos interrogantes se podrían enumerar en este sentido pero en definitiva es un recurso asistencial poco conocido por la población que desea lograr un embarazo y tener un hijo. Bajo este análisis pasamos a exponerlo a lo largo de las siguientes páginas.

2. Fundamentación científica

Estudios publicados recientemente demuestran que la probabilidad de quedarse embarazada una mujer, con una sola relación sexual en el mejor momento del ciclo, oscila alrededor del 30% (Colombo, 2000). Consecuencia directa de este dato es el alto interés en utilizar los conocimientos científicos disponibles en la actualidad para aumentar al máximo la probabilidad de embarazo, por ejemplo, en situaciones donde uno quiere lograrlo en un momento determinado del año o lo antes posible, como en el caso de mujeres mayores de 35 años.

¹ Isabel Valdés es obstetra visitante de la Universidad de Piura y trabaja en el Servicio Madrileño de Salud. El contenido de esta comunicación es un extracto de su tesis doctoral titulada “Aplicación del conocimiento de la fertilidad humana para la búsqueda de embarazo: resultados en el ámbito clínico”, Madrid 2012.

La infertilidad es un problema que afecta a aproximadamente el 10% de las parejas que desean tener hijos y están en edad de concebir. Una pareja o matrimonio solamente es fértil unos pocos días del ciclo ovárico de la mujer. Por otra parte, esos días fértiles no ocurren necesariamente en los mismos días del ciclo. Esto explica que la proporción de embarazos que se producen en las parejas que inician relaciones sexuales sin ningún método anticonceptivo es, en el curso del primer mes, del 25%; en los 6 primeros meses del 63%; en los nueve primeros meses del 75% y en el primer año del 80%, llegando al 90% en los primeros 18 meses (G. Merlo, 1997).

En los últimos tiempos llama la atención la cantidad de mujeres que presentan embarazos gemelares y múltiples, lo que nos induce a pensar que han recurrido a técnicas de reproducción asistida. Por otra parte, muchas parejas acuden antes de analizar sus condiciones de fertilidad a consultas de infertilidad, prestándose a las técnicas antes mencionadas, sometiéndose muy tempranamente en numerosas ocasiones a procedimientos como la reproducción asistida (Balash J, 2000).

El aumento de embarazos múltiples podría depender de las conductas de los centros que practican Técnicas de Reproducción Asistida (TRA) o de los propios pacientes, sin embargo el incremento ha sido real (Henne, MB 2010). Desde el año 1980 se registra en España un aumento del porcentaje de partos múltiples pasando del 0,76% del año 1980 al 1,94 del 2008 (Instituto Nacional de Estadística 2008).

Sabemos que la fecundabilidad (Fig.1 y 2) definida como la capacidad de concebir un hijo en un ciclo menstrual es del 20 – 25% en las parejas normales, según los estudios clásicos de Guttmacher, que indicaban un tiempo para el logro de embarazo de hasta 2 años para el 93% de las parejas, sigue siendo válido en la actualidad en algunos foros. Sabemos, sin embargo, que ese y otros estudios similares tienen algunos defectos en el diseño y recogida de datos, por lo que podemos afirmar que esa tasa de embarazo puede ser algo superior: el 92% en 12 ciclos, o incluso que dirigir las relaciones conyugales aumenta notablemente las posibilidades de embarazo (Stanford, 2002).

El estilo de vida actual parece que puede influir en el logro de embarazo, muchas de las terapias naturales han demostrado ser eficaces para mejorar las tasas de fertilidad entre los hombres y mujeres. La adopción de una dieta saludable, con los nutrientes esenciales, realizar actividad física, evitar la exposición a toxinas, son todos componentes importantes de una concepción sana y del embarazo. La reducción del estrés también es importante. Según Domar entre las mujeres que asisten a los programas de mente y cuerpo había más del doble de las tasas de embarazo en comparación con los controles, que las que se sometían a fertilización in Vitro (Domar AD, 2011).

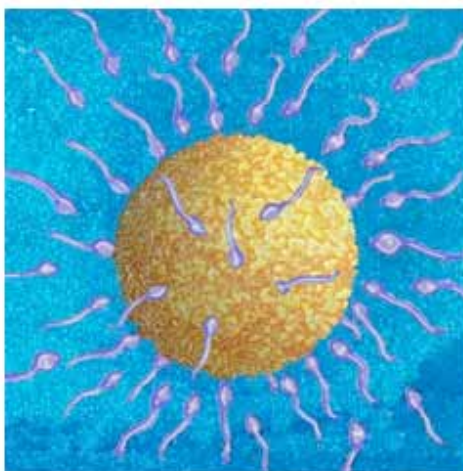


Fig. 1. Fecundación. Diseño de R. Valdés.

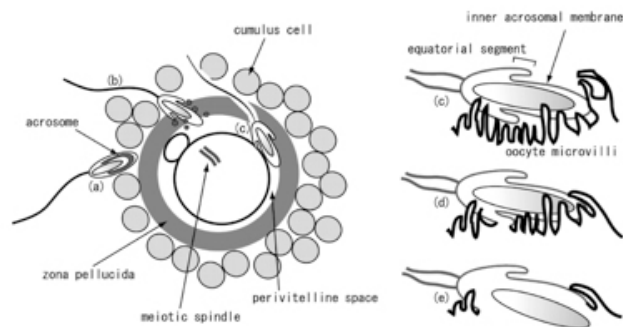


Fig.2. Proceso de fecundación del óvulo. J. Álvarez

3. Esterilidad e infertilidad

En el momento actual observamos un incremento de la dificultad para conseguir una gestación. Aunque no se ha demostrado un aumento de la prevalencia de la esterilidad, los tratamientos de reproducción asistida (TRA) aumentan cada año. Los cambios sociales, entre los que sobresalen los nuevos roles de la mujer y la accesibilidad a la anticoncepción, están propiciando una disminución de la natalidad y un retraso en la edad de la mujer para tener su primer hijo. (Marqueta y col 2010)

Por esto nos parece oportuno incorporar a este documento conceptos con referencia a la fertilidad e infertilidad humana. La ESHRE (European Society for Human Reproduction and Embryology 1996) con objeto de unificar criterios definió los siguientes términos:

- **Fertilidad:** capacidad para conseguir un embarazo tras un año de exposición regular al coito.
- **Subfertilidad:** capacidad para conseguir embarazo sin ayuda médica pero en un periodo superior a un año.
- **Fecundabilidad:** probabilidad de conseguir un embarazo durante un ciclo menstrual.
- **Fecundidad:** capacidad para conseguir un embrión vivo y viable en un ciclo menstrual con exposición al coito.

La diferencia entre **infertilidad y esterilidad**, es conveniente también contextualizarla porque son conceptos que en muchas ocasiones dan lugar a confusión en este campo:

1.3.1. Esterilidad: se define como incapacidad tanto por parte del varón como de la mujer, para lograr un embarazo. El tiempo mínimo se fija en un año de relaciones sexuales con deseo de descendencia sin alcanzarla (F. Corral, 2002)

1.3.2 Infertilidad: se define como la impotencia gestacional de la mujer o la incapacidad de llevar un embarazo a término hasta el nacimiento de niño viable, aunque la concepción sea posible (de Gruyter W 1988).

Los términos esterilidad, infertilidad, e infecundidad, son usados de forma indistinta hoy en día (Marqueta y col, 2010) dependiendo de que se apliquen con fines médicos, demográficos o sociales y según los diferentes idiomas.

La OMS y el *Committee for Monitoring Assisted Reproductive Technology* (ICMART) definen la esterilidad o infertilidad como una enfermedad del sistema reproductivo incapaz de lograr un embarazo clínico después de 12 meses o más con relaciones sexuales potencialmente fecundantes (F. Zegers-Hochschild 2009). Se estima que afecta aproximadamente a una de cada seis parejas en edad fértil. (Marqueta y col, 2010).

El Conocimiento De Los Indicadores De Fertilidad (CFH), aporta una solución clínica a las mujeres/ parejas que han acudido a nuestra consulta para lograr un embarazo y un hijo vivo. Ha sido una realidad asistencial, la solución para estas personas.

4. Un acercamiento a la fisiología en el campo asistencial

En los últimos años la asistencia ginecológica y obstétrica ha dado un giro vertiginoso, con una marcada tendencia a evitar la medicalización y/o la intervención, una menor agresividad y una recuperación de los procesos fisiológicos. Siguiendo esta línea cada vez cobra mayor aceptación el reconocimiento de los indicadores de fertilidad, (CFH) que permiten que la mujer y su pareja superen las barreras que le impiden lograr un embarazo, cuando clínicamente no existen impedimentos de infertilidad o esterilidad que sí requieran otros procedimientos clínicos para su consecución.

Cuando la pareja se somete a tratamientos agresivos o invasivos para superar la limitación biológica de su dificultad para tener hijos, se producen sin duda grandes expectativas, sufrimiento, incertidumbre, etc. Aunque estos sentimientos y emociones también están presentes en la utilización de métodos de reconocimiento de la fertilidad, no son comparables las sensaciones percibidas por las mujeres en uno u otro proceso. (Shindel A 2008)

5. El conocimiento de la ventana fértil para la obtención del embarazo

La ventana fértil es un periodo de tiempo del ciclo ovárico donde la mujer que mantiene relaciones puede lograr un embarazo, siendo conocedora de sus indicadores de fertilidad.

Como se pone de manifiesto más adelante en el desarrollo de esta comunicación, los resultados obtenidos a través de la aplicación clínica del Conocimiento De Los Indicadores De La Fertilidad Humana (CFH), pueden aportar un mayor beneficio a las parejas, evitando sufrimientos y potenciales riesgos.

Es también un recurso clínico adecuado, para la búsqueda y/o el aplazamiento de embarazo, un acercamiento a “la fisiología reproductiva” con una enseñanza realizada por personal sanitario cualificado en esta materia. El período en cada ciclo menstrual (Fig.3) durante el cual las relaciones sexuales pueden dar como resultado una concepción se llama la “ventana fértil” (Keulers MJ 2007).

Si se dirige el coito durante el periodo de ventana fértil, los espermatozoides humanos que son depositados en la vagina anterior, evitan el ácido vaginal y la respuesta inmune, rápidamente entran en contacto con el moco cervical y penetran en el cuello del útero para progresar hacia la fecundación. Son filtrados por la **secreción cervical** aquellos espermatozoides con morfología y motilidad más pobre, y por tanto, sólo una minoría del esperma eyaculado lograr ingresar en el cuello del útero.

En el útero, las contracciones musculares puede mejorar el paso de los espermatozoides a través de la cavidad uterina, durante el periodo de ventana fértil. Unos pocos miles de espermatozoides nadan a través de las uniones uterotubales para llegar a las trompas de Falopio (los oviductos), donde los espermatozoides se almacenan en un depósito, o al menos se mantienen en un estado fértil, al interactuar con el endosalping del epitelio del oviducto. A medida que el tiempo de la ovulación se acerca durante la ventana fértil, los espermatozoides capacitados y en estado de hiper activación, consiguen avanzar hacia la ampolla tubárica. (Suárez SS, 2007)

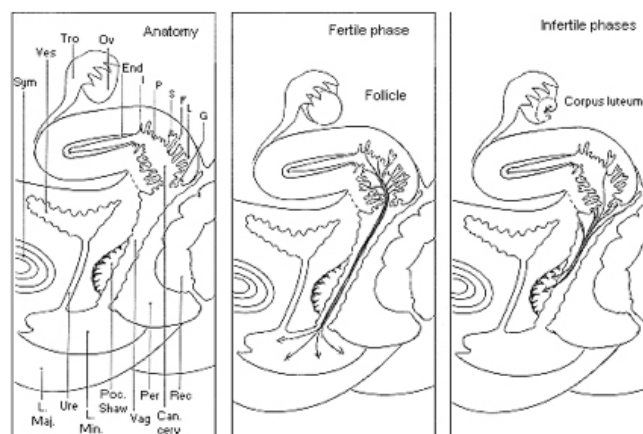


Fig. 3 Anatomía cervical. El moco y el flujo del fluido durante las fases fértiles e infértiles del ciclo (Odeblad)

6. Resultados de efectividad de la consulta de Conocimiento Fertilidad (CFH)

Las dos **VARIABLES DEPENDIENTES** del estudio fueron:

- La gestación conseguida utilizando el conocimiento de los Indicadores de Fertilidad (CFH) bien durante el periodo de estudio en consulta o bien después de terminar la enseñanza de los indicadores en un ciclo formativo de 6 consultas.
- El número de hijos vivos conseguidos, tras embarazo normal sin complicaciones o después de algún aborto y nuevo embarazo, siempre conseguido con el conocimiento y la aplicación de los Indicadores de Fertilidad (CFH).

De las 224 parejas que fueron atendidas se consiguió gestación en 93, lo cual supone el 41,5% de éxito (IC 95% 34,8-48,2) (tabla 14). De ellas, 59 embarazos 26,3% (IC 95% 20,4-32,3) se consiguieron durante el ciclo formativo 34 embarazos 15,2% (IC95% 10,3-20,1) una vez terminado.

En un seguimiento posterior se obtuvo la información sobre los hijos nacidos vivos en 221 parejas. Nacieron vivos 90 niños como resultado de las gestaciones conseguidas (96.8%) lo que supone que un 40,7% (IC 95% 34,0-47,4) del total de las parejas que acudieron a consultas consiguieron embarazo y lo llevaron a término. No se consiguió recabar información de otras 3 parejas.

Estos 90 hijos fueron recién nacidos vivos tras embarazo normal un total de 85 (38,5% IC 95% 34,0-47,4) y 5 recién nacidos vivos tras algún aborto previo (2,3% IC 95% 0,7-5,2).

Análisis de las variables dependientes del estudio

		n° de casos	(IC95%)
Gestación conseguida	No	131	58,5%
	Sí	93	41,5% (34,8-48,2)
Gestación conseguida	No	131	58,5%
	Durante el estudio	59	26,3% (20,4-32,3)
	Después del estudio	34	15,2% (10,3-20,1)
Hijo nacido vivo	No embarazo	131	59,3%
	Recién nacido vivo	85	38,5% (31,8-45,1)
	Tras aborto	5	2,3% (0,7-5,2)

Bibliografía

- Balash J.** Investigation of the infertile couple. *Human Reproduction* 2000; 15:2251-2257
- Colombo B, Masarotto G.** Daily fecundability: first results from a new data base. *Demographic Research* 2000; 3(5):39p
- Corral. F, H. U. La Paz.** Estudio básico de la esterilidad. Protocolo 74. Sociedad Española de Ginecología y Obstetricia. (SEGO)
- De Gruyter W,** Diccionario Pschyrembel de Ginecología y Obstetricia. Berlín. Nueva York 1988
- Domar AD, Rooney KL,** Impacto de un grupo de mente / cuerpo, la intervención sobre las tasas de embarazo en pacientes de FIV. *Fertil Steril. Fertil Steril.* 2011 Jun; 95(7):2269-73. 2011 Jun; 95 (7):2269-73.
- Gagñon R,** Evaluación de las competencias clínicas de las matronas en pacientes estandarizados. *Matronas Prof.* 2001; 2(6):4-8
- González Merlo J.** Ginecología. Madrid. Masson. 1997
- INEBASE Instituto Nacional de Estadística.:** Movimiento Natural de la Población 2008.
- Keulers MJ.** La longitud de la ventana fértil se asocia con la posibilidad de concebir de forma espontánea un embarazo en curso en parejas subfértiles. *Reprod Hum.* 2007 Jun; 22 (6):1652-6. Epub 2007 Apr 20.
- Marqueta, J., Hernandez, J., Luceño, F., Cabell, Y., Fernandez Shaw. S., Vidal. E.** Reflexiones en torno a la evolución de la salud reproductiva y de los tratamientos de reproducción asistida en España a la luz del Registro de actividades de la S.E.F Comité de Registro de la Sociedad Española de Fertilidad. Jornada Organizada por Fundación salud 2000 el 1 de marzo del 2001. H. U. Gregorio Marañón .Madrid
- Otte A,** Regulación Natural de la Fertilidad. Ed. Palabra Cap 4, Pág. 15
- Shindel A, Nelson C, Naughton C, Ohebshalom M, Mulhall J.** Sexual function and quality of life in the male partner of infertile couples: prevalence and correlates of dysfunction. *J. Urol* 2008; 179(3); 1056-9
- Stanford JB et al.** Timing intercourse to achieve pregnancy: current evidence. *Obstet Gynecol* 2002; 100:1333-1341.
- Suarez SS, Pacey AA.** Sperm transport in the female reproductive tract. *Hum Reprod Update.* 2006 Jan-Feb; 12(1):23-37. Free full text
- Valdès M. I.** Aplicación del conocimiento de la fertilidad humana para búsqueda de embarazo: resultados en el ámbito clínico. Tesis Doctoral. Madrid2012. URJ
- Zegers-Hochschild F., GD Adamson, J. de Mouzon, Ishihara O., R. Mansour, Nygren K., E. Sullivan, S. van der Poel,** en nombre de ICMART y la OMS. El Comité Internacional de Evaluación de Tecnología de Reproducción Asistida (ICMART) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) revisado Glosario de Terminología de ART, 2009. *Hum. Reprod,* Vol. 24, No. 11 pp. 1-5. 2009. (Artículo de revista - *Fertility and Sterility*, vol. 92, No. 5, noviembre de 2009)

ESTUDIO COMPARATIVO DE LOS TERMÓMETROS USADOS PARA LA MEDICIÓN DE LA TEMPERATURA CORPORAL BASAL EN LOS MÉTODOS DE RECONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD (MRF).

Lyda Clemencia Hurtado Catuche¹ y Concepción Medialdea Fernández².

Resumen

En el presente estudio hemos recolectado y analizado los registros diarios arrojados por los distintos tipos de termómetros (termómetro basal de mercurio, termómetro común de galio, termómetro basal digital), en concreto algunas de las marcas registradas que existen en el mercado para medir la temperatura corporal y que, en el uso de los Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad (MRF), se mide diariamente en condiciones basales. Se ha comparado la precisión en la medición de la temperatura corporal basal de los termómetros de dos en dos: 1.- Termómetro Común de Galio (TCG) y Termómetro Basal digital (TBD); 2.- Termómetro Basal de Mercurio (TBM) y TCG; 3.- TBM y TBD. Se ha realizado un estudio comparativo de las medidas de las temperaturas obtenidas y se han calculado los promedios y desviaciones estándar de los datos

Introducción

En el uso de los MRF, en concreto del Método Sintotérmico de Doble Comprobación (MSTDC) y del Método de la Temperatura Corporal Basal (MTCB), el termómetro es una herramienta esencial. Tradicionalmente se ha utilizado el termómetro basal de mercurio o el termómetro común de mercurio porque los termómetros digitales que habían sido probados no eran lo suficientemente precisos para este uso. Para medir la fiebre basta con la precisión de un termómetro común digital porque la variación de un par de décimas de grado no afecta para saber si alguien tiene fiebre o no. Pero para conocer la temperatura corporal diaria, en condiciones basales, con validez para que un matrimonio pueda conocer con precisión su estado de fertilidad aplicando las reglas de los MRF, se necesita una precisión mayor que se conseguía hasta ahora con los termómetros de mercurio.

Recientemente, en algunos países, entre ellos Colombia, Inglaterra o España, se ha prohibido la venta de los termómetros de mercurio. El motivo referido por los responsables de sanidad ha sido evitar el riesgo del metal líquido mercurio para la salud de la población. Los termómetros de mercurio se rompen con facilidad y el mercurio pasa a las basuras, aguas etc.

1 Lyda Clemencia Hurtado Catuche es profesora del IVAF. Es ingeniera informática y Master en Ciencias del Matrimonio y la Familia por el Pontificio Instituto Juan Pablo II sección española y por la Universidad Católica de Valencia.

2 Concepción Medialdea preside y coordina el IVAF. Es doctora en ginecología, farmacéutica especialista en análisis clínicos y en fertilidad y sexualidad humana.

En este sentido, ha habido una comunicación por parte de la Organización Mundial de la Salud (OMS)³ la cual refiere que el mercurio depositado en la tierra o el agua reacciona con materiales orgánicos para formar metilmercurio que se bio-acumula y accede a la cadena alimenticia acuática siendo una neutotoxina potente para el desarrollo fetal y el cerebro de los niños. La desaparición de los termómetros de mercurio ha dado lugar a que la mayoría de la población los sustituya por los termómetros digitales por su facilidad de uso si bien hay en el mercado también otros sustitutos, entre ellos el termómetro de vidrio con galio (galinstano).

Pero para quienes trabajamos en el Área del Reconocimiento de la Fertilidad (ARF) y enseñamos desde la misma los MRF es indispensable conocer la precisión y saber si es comparable a la del termómetro de mercurio que hasta ahora habíamos recomendado porque había sido probado en distintos estudios de campo y reflejado por distintos autores en la literatura científica.

Es España, en concreto en el Instituto Valenciano de Fertilidad, Sexualidad y Relaciones Familiares (IVAF), hemos realizado, antes de la desaparición del termómetro de mercurio, una comparación preliminar del uso del termómetro de mercurio y el de galio a la vez por algunas pacientes durante varios ciclos. Hemos comprobado con ello que, si bien el dato térmico obtenido por cada termómetro es distinto en aproximadamente un grado centígrado, sin embargo ambos termómetros ofrecen un resultado constante y comparable que permite conocer los límites del periodo de posible fertilidad del ciclo ovárico al aplicar las reglas de los MRF, MSTDC o MTCB, con la suficiente precisión. Aunque ello estaba pendiente de una posterior confirmación mediante un estudio de cálculo matemático más formal, no obstante, una vez que ya no se podía comprar el termómetro de mercurio, hemos estado recomendando a nuestras pacientes el uso del termómetro de galio.

Tanto el termómetro de galio como el de mercurio se rompen con facilidad y en ocasiones, muy aisladas gracias a Dios, han causado algún problema de cierta gravedad por romperse en la boca por ejemplo. En cuanto al termómetro digital, con el cual se evitan estos problemas y se añade la mayor facilidad de uso, no se había probado todavía mediante análisis estadístico la precisión del termómetro basal digital en comparación con el termómetro común de mercurio ni con el termómetro basal de mercurio. Si que sabíamos de la no suficiente precisión, para nuestro propósito, de los termómetros digitales comunes de los cuales se habían obtenido resultados contradictorios en diversos estudios científicos. La legislación vigente en España no permite vender los termómetros de mercurio pero si que se pueden usar si alguien los tiene aún en su casa y ello ha permitido la realización del presente estudio.

Básicamente, nuestro estudio ha consistido en analizar la diferencia de las temperaturas obtenidas diariamente, al medirlas con dos de los termómetros que aquí comparamos por una misma paciente durante varios ciclos ovulatorios reflejados en las correspondientes gráficas. Los valores de las temperaturas quedan registradas en la gráfica sintotérmica y aplicando un análisis estadístico hemos podido extraer las conclusiones. Siendo muy importante que ya podemos recomendar el uso del termómetro basal digital que proporciona muchas ventajas. Y que ya contamos con un análisis estadístico formal que confirma la precisión suficiente del termómetro de galio común. Acaba de salir al mercado el termómetro basal de galio el cual queda pendiente de comprobación.

3 Shimek JAM et al. "Reemplazo de los termómetros y tensiómetros de mercurio en la atención a la salud. Guía técnica". Editado por la OMS. ISBN 9789243548180.

En: http://www.who.int/water_sanitation_health/publications/2011/mercury_thermometers/es/

Material y método

Recolección de datos:

Hemos realizado el estudio sobre 38 gráficas (430 registros válidos). A las pacientes que han participado en este estudio se les ha instruido para que recolecten los datos, de acuerdo al MSTDC⁴, de tal manera que luego permitiese establecer las diferencias así:

1. TCG - TBD.
2. TCG - TBM.
3. TBM - TBD.

Esto es, que una misma paciente usaba dos termómetros simultáneamente para tomar su temperatura corporal basal a primera hora de la mañana.

Marcas registradas de los termómetros utilizados:

Galio: aposan® y acofarma®.

Mercurio: Basal Excelsior® y Super cima distribuido por Biotap®

Digital basal: Biotap® y Sanoc®

Dificultades en la recolección de datos:

Se descartaron los registros donde solo aparecía la toma con un solo termómetro.

Muy esporádicamente, la participante presentó dificultad en la lectura del termómetro, debido a visión borrosa a primera hora de la mañana, o debido a la prisa por empezar el día, o porque en el termómetro digital es fácil confundir el 3 con el 8.

Por lo anterior, fue necesario organizar los datos de menor a mayor y descartar el 10% de ellos, esto es el 5% de los de menor valor y el 5% de mayor valor.

Inconvenientes con los termómetros:

Galio: solamente se encontraba, durante el presente estudio, el termómetro común, aún no existía el basal.

Existe el riesgo que se rompa el termómetro (mercurio o galio) y entonces la paciente tiene que cambiar de termómetro por otro del mismo tipo pero nuevo y ocurre que ello afecta en algo al valor de temperatura que se obtiene. Se debe tener cuidado de inicializar correctamente el termómetro, esto es que al sacudir el termómetro, mercurio o galio, quede totalmente bajo. También hay que considerar el tiempo de la toma de la temperatura, se ha pedido a las participantes en el estudio tener un reloj de alarma al alcance de la mano para cronometrar los 5 minutos, cuidando de no quedarse dormida, salvo en el caso del basal digital. Por estas causas se han tenido que despremiar algunos valores aislados.

Basal digital: se debe tener cuidado con la lectura de los datos porque es fácil confundir el número 3 con el número 8, aunque al usarlo continuamente se conoce mejor, la ventaja es que el dato queda en la memoria del termómetro y se puede confirmar antes del siguiente uso.

Procesamiento de datos:

Para calcular la diferencia, fue necesario detectar cuál de los termómetros registraba la mayor temperatura y se encontró el siguiente orden: mercurio, galio, y el de menor valor lo registra el termómetro digital.

⁴ OTTE y otros. Cómo reconocer la fertilidad. El método sintotérmico. Ediciones Internacionales Universitarias (5ª), Madrid 2008.

Método del análisis estadístico:

Después de seleccionar la muestra para procesar, de la cual se despreció el 10%, recordamos que hemos trabajado con 430 registros.

Se ha realizado un estudio comparativo de las medidas de las temperaturas obtenidas de los termómetros: basal digital (TBD), basal de mercurio (TBM) y común de galio (TCG). Para cada una de las muestras poblacionales utilizadas para comparar dos tipos de termómetros se calcularon los promedios y desviaciones estándar de los datos.

Resultados

Diferencia en la medición de la temperatura corporal basal diaria entre los termómetros: digital basal, basal de mercurio y común de galio:

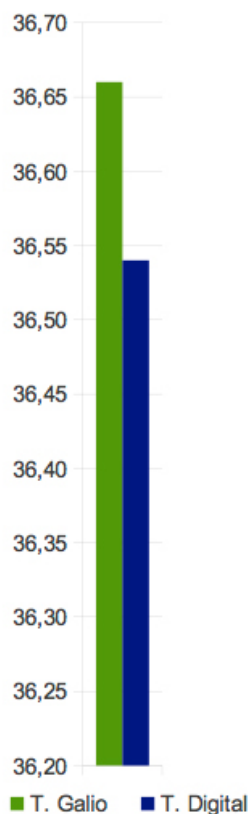


Figura 1: Diferencia de temperaturas entre los termómetros común de galio y digital basal

Datos: 168	T. Digital	T. Galio	Diferencia
Media aritmética	36,54	36,66	0,12
Desviación estándar	00,29	00,29	
Media +Desviación	36,83	36,95	
Media - Desviación	36,25	36,37	

La diferencia de los datos en temperatura corporal basal es de 0,12 grados, siendo el termómetro de galio el que registra el mayor valor.

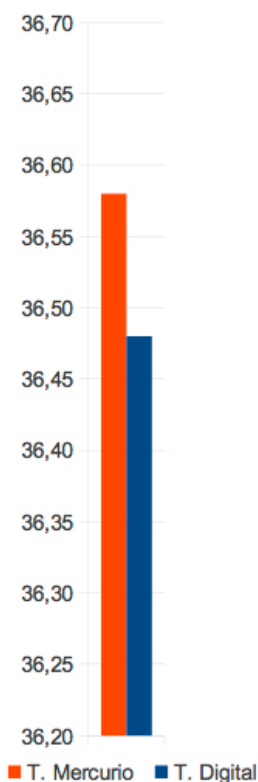


Figura 2: Diferencia de temperaturas entre los termómetros basal de mercurio y digital basal:

Datos: 129	T. Digital	T. Mercurio	Diferencia
Media aritmética	36,48	36,58	0,10
Desviación estándar	00,22	00,21	
Media +Desviación	36,70	36,79	
Media - Desviación	36,26	36,37	

La diferencia de los datos en temperatura corporal basal entre el termómetro digital basal y basal de mercurio es de 0,10 grados, siendo el termómetro de mercurio el que registra el mayor valor.

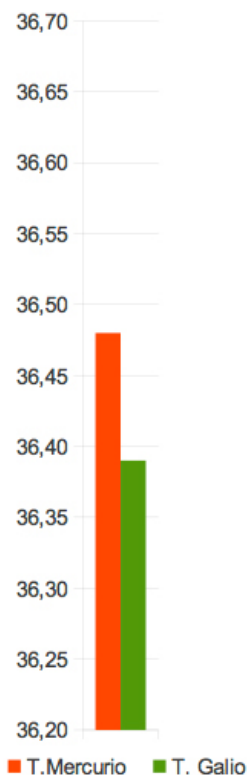


Figura 3: Diferencia de temperaturas entre los termómetros basal de mercurio y común de galio

Datos: 133	T. Mercurio	T. Galio	Diferencia
Media aritmética	36,48	36,39	00,09
Desviación estándar	00,25	00,25	
Media +Desviación	36,73	36,64	
Media - Desviación	36,23	36,14	

La diferencia de los datos en temperatura corporal basal entre los termómetros de mercurio y de galio es de 0,09 grados, siendo el termómetro de mercurio que registra el mayor valor.

Conclusiones

Nuestro trabajo permite mostrar las siguientes conclusiones:

1. Se comprueba que la diferencia de temperaturas, entre dos termómetros, se mantiene durante todo el ciclo de forma constante, en todas las parejas de termómetros probadas.
2. Los termómetros de medición de tipo analógico, en nuestro caso el *termómetro común de galio* y el *termómetro basal de mercurio*, registran una temperatura mas elevada que el termómetro de medición de tipo digital, en nuestro caso el *termómetro basal digital*, aunque mantienen la misma diferencia, de forma constante, durante todo el ciclo.

3. De acuerdo a los datos de experimentación, hemos observado las siguientes diferencias en las temperaturas de los termómetros así:
- Digital basal y común de galio: 0,12 grados, es decir que el termómetro de galio registra el mayor valor.
 - Digital basal y basal de mercurio: 0,10 grados, es decir que el termómetro de mercurio registra el mayor valor.
 - Basal de Mercurio y común galio: 0,09 grados, es decir que el termómetro de mercurio registra el mayor valor.
4. Con este estudio, se corrobora la recomendación de «trabajar con el mismo termómetro durante todo el ciclo»⁵ y observar las reglas de uso. Los termómetros son fiables en la medición de la temperatura corporal basal para el MSTDC. Este método de reconocimiento de la fertilidad se puede llevar a cabo usando cualquiera de los tipos de termómetros probados en este estudio.
5. Se comprueba la necesidad de observar durante el uso de los termómetros los cuidados que habíamos considerado al inicio del estudio y que ya se han citado.
6. Tras la realización del estudio, corroboramos que el termómetro digital basal, no sólo por nuestra comprobación sino también de acuerdo a lo expresado por las participantes en el estudio tras su experiencia en la recolección de los datos, resulta más práctico por varios motivos:
- El tiempo de la toma es de 1 minuto contra los analógicos (galio y mercurio) que lo tiene de 5 minutos, en la medida oral. Con los MRF «oral» se debe entender como «debajo de la lengua».
 - Tiene señal de alarma interna que indica que se debe retirar, los análogos no la tienen.
 - La última temperatura medida queda guardada en la memoria.
 - No es necesario sacudirlo para inicializarlo, hay que apretar un botón lo cual es más sencillo.
 - Tiene un indicador cuando la pila se está agotando. Esta pila es muy económica, durable y de fácil acceso.
 - No se rompe dentro de la paciente. Es de material flexible.
 - No se rompe al caer al suelo⁶.

En resumen: Este análisis ha arrojado una conclusión contundente y es que los *tres termómetros tienen la misma precisión*.

Nos gustaría aportar las siguientes sugerencias para estudios futuros:

1. Se podría hacer un estudio adicional para analizar las temperaturas del termómetro de mercurio y el digital basal para comprobar si se cumplen las reglas del MSTDC y del MTCB en el mismo día.
2. Se puede analizar la precisión del termómetro basal de galio que acaba de salir al mercado.

Agradecimientos

Queremos dejar patente nuestro agradecimiento a las pacientes que, de forma anónima, han querido recoger pacientemente los datos necesarios con dos termómetros al mismo tiempo para poder realizar este estudio con ánimo grande de ayudar a otros.

⁵ OTTE, Ana y otros 2008, p. 39.

⁶ En la guía de la OMS ya citada se especifica que debe cumplir con el requerimiento de precisión después de ser arrojado sobre una superficie dura desde una altura de 1 metro.

Esta publicación es editada por:

INSTITUTO VALENCIANO DE FERTILIDAD, SEXUALIDAD Y
RELACIONES FAMILIARES (IVAF). AGRUPACIÓN CLÍNICA.

Calle Cronista Carreres, 8 bajo

46003 - Valencia - España

Tel. +34 902 53 00 30

www.ivaf.org



INSTITUTO VALENCIANO DE
FERTILIDAD, SEXUALIDAD Y
RELACIONES FAMILIARES