

# ACTAS

## Congresos Internacionales en Reconocimiento de la Fertilidad



INSTITUTO VALENCIANO DE  
FERTILIDAD, SEXUALIDAD Y  
RELACIONES FAMILIARES

# II Congreso Internacional en Reconocimiento de la Fertilidad MONTERREY 2010



INSTITUTO VALENCIANO DE  
FERTILIDAD, SEXUALIDAD Y  
RELACIONES FAMILIARES

## **CARACTERÍSTICAS DE LA UNIDAD DE FERTILIDAD DE AGRUPACIÓN CLÍNICA. REVISIÓN DEL PERIODO 2009-10.**

**Concepción Medialdea<sup>1</sup>, Jose Ángel Mínguez<sup>2</sup> y David Vera<sup>3</sup>. Unidad de Fertilidad de Agrupación Clínica (UFAC). Instituto Valenciano de Fertilidad, Sexualidad y Relaciones Familiares (IVAF). Valencia. España. E-mail: [info@ivaf.org](mailto:info@ivaf.org)**

### **Resumen**

En la Unidad de Fertilidad de Agrupación Clínica (UFAC) trabajamos en equipo el Instituto Valenciano de Fertilidad, Sexualidad y Relaciones Familiares (IVAF), el Departamento de Ginecología y el Departamento de Urología. La coordinación de la UFAC corre a cargo del IVAF. En Agrupación Clínica de Valencia se reúnen muchas especialidades médicas por lo que los pacientes que acuden a una consulta en concreto se pueden beneficiar de las ventajas de una atención multidisciplinar. En la UFAC atendemos a matrimonios que acuden por infertilidad así como a novios y matrimonios que acuden para posponer o evitar el embarazo en diversas situaciones y circunstancias y les ofrecemos a todos atención clínica al tiempo que les enseñamos a reconocer sus periodos de posible fertilidad con ayuda de los Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad (MRF), las ventajas de la continencia periódica, así como a asumir con responsabilidad y conocimiento de causa su tarea de paternidad.

### **Introducción**

En la Unidad de Fertilidad de Agrupación Clínica (UFAC) trabajamos en equipo el Instituto Valenciano de Fertilidad, Sexualidad y Relaciones Familiares (IVAF), el Departamento de Ginecología y el Departamento de Urología para atender a matrimonios que precisan posponer el embarazo así como a matrimonios que desean lograrlo y ello desde el máximo respeto de la persona aunando el estudio de los signos biofísicos con la atención clínica y el tratamiento médico.

Cuando ocurre un embarazo durante la estancia de un matrimonio en nuestra unidad, lo sentimos como un logro de la UFAC y una alegría para todo el equipo. Pero también consideramos un éxito que un matrimonio que no haya logrado el embarazo al momento de salir de nuestra unidad, sin embargo haya aprendido a aceptar su situación de infertilidad. Entre éstos algunos se deciden por la adopción, otros encuentran lugares donde prestar un servicio de paternidad espiritual y otros descubren que el hecho de no tener un hijo de momento o tal vez de no tenerlos en adelante tiene sentido en su vida y circunstancias. Asimismo, es un logro de la UFAC que matrimonios que han llegado a nosotros después o durante un tratamiento de fecundación artificial (IA, FIV o ICSI en alguna de las variantes de estas técnicas)<sup>4</sup> entiendan, durante su paso por nuestra unidad, que lo mejor para su hijo es comenzar

---

<sup>1</sup> La doctora Concepción Medialdea, especialista en fertilidad humana, coordina actualmente el ivaf y la ufac.

<sup>2</sup> El doctor Jose Angel Mínguez, especialista en ginecología, coordina actualmente el departamento de ginecología de AC.

<sup>3</sup> El doctor David Vera, especialista en urología, coordina actualmente el departamento de urología de AC.

<sup>4</sup> Nos referimos aquí a la Inseminación Artificial (IA), Fecundación In Vitro (FIV) e Inyección intracitoplasmática de espermatozoide (ICSI).

su vida dentro de su madre y en relación con el acto sexual de sus padres, y que matrimonios que vienen a la UFAC como primer paso en su búsqueda del embarazo entiendan bien los motivos médicos y humanos por los que nosotros no realizamos técnicas de fecundación artificial, y en función de ello decidan no ir más allá de los tratamientos razonables que ayudan al acto sexual y a la fecundación fisiológica.

Por otra parte, está entre los aciertos de la UFAF que quienes acuden para posponer o evitar el embarazo lo logren con nosotros mediante el recurso a los MRF y continencia periódica, pero es también un éxito de nuestra unidad contribuir con ello al crecimiento del amor conyugal y al bien matrimonial y familiar así como a evitar abortos relacionados con el uso de algunos anticonceptivos o con el olvido del sentido de paternidad presente y generalizado en nuestra sociedad propiciado por la generalización de la práctica anticonceptiva. En la UFAC no realizamos ni aconsejamos a nadie nunca que recurra a la anticoncepción ni a las técnicas de fecundación artificial por muy excepcionales o difíciles que sean sus circunstancias.

Los motivos que mueven a nuestros pacientes a acudir a la UFAC, bien sea en la búsqueda del embarazo o para la evitación del mismo son en la mayoría de los casos de tipo ético mientras que algunos eligen nuestra consulta sólo por motivos médicos, ecológicos o por casualidad/providencia.

#### **Características de la consulta del IVAF por infertilidad**

En general, de quienes acuden por infertilidad a nuestra consulta, un 60% rechaza la fecundación artificial desde el principio, y ese es precisamente el motivo de que acudan a nuestra consulta, mientras que un 40 % de nuestros pacientes se acerca por curiosidad o por recomendación de alguien para probar, como un primer paso antes de recurrir a técnicas de fecundación artificial o durante el descanso que les prescriben durante la realización de las mismas.

El protocolo habitual, en orden a conseguir los objetivos ya mencionados, incluye que los pacientes acudan primero a la consulta del IVAF donde se les explica el protocolo diagnóstico-terapéutico habitual: cómo trabajamos en equipo los 3 departamentos, qué tratamientos realizamos y cuáles no y por qué y a continuación, si están de acuerdo en continuar en nuestra unidad, les hacemos las preguntas oportunas para conocer su historia clínica y humana y valoramos en qué punto se encuentran para dirigirles a la primera consulta con el ginecólogo y con el urólogo a cada uno en el momento oportuno.

Esta primera consulta con el IVAF tiene una duración de entre 60 y 90 minutos y durante la misma revisamos datos relativos a su estado de salud y medicación, les preguntamos si tienen analíticas recientes y/o han recibido anteriormente algún tratamiento para la infertilidad en otro/s centro/s médico/s. Les explicamos el proceso que vamos a seguir en adelante en su caso concreto a la vista de su historia y pendiente de lo que añadirán más adelante tanto el ginecólogo como el urólogo así como de su evolución, les enseñamos a observar y a anotar los signos biofísicos del funcionamiento ovárico en el gráfico sintotérmico así como los motivos por los que les pedimos que lo hagan y ordenamos las primeras analíticas que, bajo nuestra

supervisión, serán realizadas en los momentos adecuados gracias a la observación de su gráfico sintotérmico.

Así, para ella los análisis de hormonas, uno al inicio del ciclo ovárico y otro en plena fase lútea, se realizan tras observar el gráfico sintotérmico y decidir, en función del mismo, los momentos adecuados, y ello permite asegurar una correcta valoración del resultado. En el caso del varón, el seminograma y el cultivo de semen se realizan durante el tiempo en el cual ella se encuentra en el periodo infértil posovulatorio de su ciclo ovárico, tiempo durante el cual está sobradamente demostrado y publicado abundantemente en la literatura científica que los espermatozoides no pueden atravesar la barrera cervical aunque se mantengan relaciones sexuales y es, por tanto, el mejor momento para la recogida de la muestra de semen para analizar. Les recomendamos utilizar para la recogida de la muestra un preservativo especial sin sustancias espermicidas<sup>5</sup> que les facilita nuestro laboratorio de modo que la colecta de se logre durante el transcurso de una relación sexual.

Con el resultado de las primeras analíticas y una vez recogidos al menos uno o dos gráficos sintotérmicos que representan un reflejo del ciclo ovárico completo, desde el primer día del ciclo hasta el último, que nos proporciona información complementaria de interés para el diagnóstico y tratamiento correcto, pedimos a los pacientes que acudan a la primera consulta con el ginecólogo y con el urológico. Generalmente se realizan las dos visitas médicas en el mismo día, y a continuación, en consulta del IVAF, revisamos con ellos las recomendaciones de ambos especialistas, explicamos la pauta a seguir y nos ponemos a su disposición para guiarles y atenderles de la forma más cercana posible durante todo el tiempo que permanezcan en nuestra unidad o en contacto con nosotros y ello a través de teléfono, FAX o Internet. Cuidamos todos los detalles que pueden facilitar el embarazo, así como brindamos la mejor atención humana y clínica posible. Al cabo de un tiempo prudencial les citamos de nuevo para una segunda consulta del IVAF durante la cual revisamos su situación y su gráfico y les brindamos nueva guía y orientación en función de lo observado y ocurrido hasta entonces.

Puesto que en ningún caso realizamos IA o FIV, ello supone que todos nuestros pacientes que logran el embarazo engendran a su hijo mediante sus relaciones sexuales, su hijo surge a la vida como fruto del acto sexual conyugal y siempre, por tanto, dentro del seno materno. Hablamos con nuestros pacientes para que se den cuenta de que, si vienen buscando ser padres, han de serlo verdaderamente, deben pensar en el bien de su hijo, de aquel a quien quisieran engendrar, antes que en su propio bien, ello es propio de la paternidad responsable. Les decimos que el hijo sólo es bien tratado en el momento de su concepción cuando está solo en manos de sus padres y de Dios. Les explicamos que la paternidad responsable requiere realizar cada acto sexual acogiendo al hijo que podría ser engendrado así como cuidar de que el hijo no sea nunca producido por otros que no son sus padres ni surja a la vida por causa distinta del abrazo conyugal.

---

5

Clasificamos los gráficos sintotérmicos de las pacientes registrando en cada caso si se observa fase preovulatoria demasiado larga, de duración irregular o de duración demasiado corta. Reflejamos la duración del sangrado menstrual así como si es muy abundante, abundante, escaso o muy escaso y si hay spotting o sangrado intermenstrual. Registramos si se ha observado o no moco elástico transparente o sensación de mojada o de lubricada y si ello ha ocurrido de forma demasiado puntual o bien demasiados días. En cuanto a las anotaciones de temperatura basal diaria registramos si la temperatura es demasiado baja, demasiado alta o con oscilaciones bruscas durante la fase preovulatoria. Además si durante la fase posovulatoria la temperatura ha subido poco, no sube en absoluto o si después de subir presenta caídas. Si la temperatura es más alta al inicio del ciclo, durante la menstruación, para bajar después y mantenerse en un nivel más bajo hasta la ovulación.

De momento, aprovechamos la observación del gráfico sintotérmico para pautar las pruebas analíticas, para recomendar la frecuencia y pauta de relaciones sexuales tanto en ciclos sin tratamiento como en ciclos con tratamiento para estimular la ovulación, para sospechar algunas alteraciones del sistema genital femenino como endometriosis, quiste o poliquistosis ovárica, insuficiencia del desarrollo folicular, insuficiencia de cuerpo lúteo, déficit de estrógenos o alteraciones del cociente estrógenos/progesterona entre otros<sup>6</sup>. El gráfico sirve además a los propios pacientes para decidir por sí mismos los días adecuados para las relaciones sexuales, para ser más autónomos y para comprender mejor el diagnóstico y tratamiento que se les aplica.

No obstante, somos conscientes de que tenemos aún pendiente dedicarnos a un estudio más detallado de todas las anomalías que quedan reflejadas en los gráficos porque, si lo hiciéramos, creemos que podrían proporcionarnos muchas más pistas para el diagnóstico así como para el tratamiento adecuado y más personalizado de cada mujer concreta.

### **Características de la consulta del IVAF para reconocimiento de la fertilidad aplicado a la paternidad responsable**

Pueden acudir novios y matrimonios en diversas situaciones en función de su tarea de paternidad para aprender los MRF y la continencia periódica y poder tener a sus hijos en los momentos que consideren más adecuados a lo largo de su vida conyugal en función de las circunstancias que van cambiando. Lo aprendido les servirá en adelante, a veces para posponer el embarazo, otras veces para buscarlo y siempre como autoconocimiento y recordatorio de su tarea de paternidad.

No obstante, si bien lo ideal sería que acudiera la mayoría en la etapa de noviazgo o en una etapa lo más inicial posible de su matrimonio, sin embargo es mucho más frecuente que estos pacientes acudan por primera vez cuando se encuentran en una situación concreta de cierta urgencia en la que consideran que tienen que posponer o evitar el embarazo (95%).

---

<sup>6</sup> Cfr. J.I Sánchez-Méndez (1997). "Aplicaciones de los métodos naturales de regulación de la fertilidad en el diagnóstico y tratamiento de la esterilidad y la infertilidad". Act Obst Ginecol 9 (5): 237-243.

En la evitación del embarazo mediante la continencia periódica con ayuda de los MRF, en general, la situación más frecuente que atendemos es la situación de posparto, alrededor del 60 % de los casos. Algunos acuden por primera vez siendo novios y acuden de nuevo después del primer parto, y cada vez que tienen un hijo, buscando evitar el embarazo durante dicho periodo posparto con o sin lactancia materna. En los últimos años, atendemos más casos por motivo de cesárea, y de vez en cuando por alguna otra complicación relacionada con el parto. Con menor frecuencia, atendemos la situación de premenopausia (30 %) y de vez en cuando situaciones de enfermedad que precisan tratamiento medicamentoso que supone un riesgo grave para la salud o la vida del embrión o feto o bien situaciones de enfermedad que pone en riesgo grave la salud o la vida de la madre si quedase embarazada (5%). También acuden novios y matrimonios en situación normal que buscan posponer el embarazo durante algún tiempo por circunstancias diversas sin relación con la salud (5 %).

Nuestros pacientes aprenden el método sintotérmico de doble comprobación al tiempo que aprenden a manejar la continencia sexual. Tienen que aprender a observar, anotar e interpretar los signos biofísicos del funcionamiento ovárico en orden a determinar con precisión los límites de sus periodos fértiles e infértiles, es decir a reconocer con competencia su co-fertilidad, pero también tienen que educarse. Han de valorar y practicar la continencia sexual de mutuo acuerdo y lograr el suficiente autodominio para poder asumir su co-responsabilidad procreativa y realizar su tarea de co-paternidad a lo largo de su vida matrimonial en las variadas circunstancias de la misma.

Así, quienes acuden con el propósito de posponer temporalmente el embarazo o de evitarlo de modo indefinido, lo posponen o evitan mediante la continencia durante el periodo de posible fertilidad del ciclo ovárico determinado tras aplicar las reglas de los MRF, de modo que realizan todos sus actos sexuales conyugales con significado unitivo y procreador. Esto es así porque cuando se abstienen durante los periodos que reconocen como de posible fertilidad lo hacen en función de su responsabilidad y tarea de paternidad, se saben padres cuando se abstienen y esa abstinencia viene requerida por motivos relacionados con el bien de su familia y por tanto la realizan por amor y responsable paternidad. Cuando realizan sus actos sexuales durante los periodos que han reconocido como infértiles, los realizan también con amor y sentido de paternidad, esperan que no ocurra un embarazo pero acogen al mismo tiempo al hijo que podría surgir a la vida a pesar de limitar las relaciones sexuales a los periodos infértiles del ciclo. No hacen nunca nada añadido durante sus actos sexuales, o referido a los mismos, que impida la concepción, la implantación o la gestación.

Esto es así, pero hay que lograr que se den cuenta y ayudarles a reforzar esta convicción. El hecho de que refuercen su sentido de paternidad y entrega y que descubran la continencia periódica como un camino de virtud que logrará que cada uno llegue a ser mejor persona y que en consecuencia mejore también su relación interpersonal es una clave fundamental. No hay que olvidar que la continencia no sólo es necesaria en muchos momentos de la vida conyugal por diversos motivos, sino que es conveniente, en el sentido de que el modo de comportarse que se sitúa bajo su guía capacita para «ver al otro», estar más atento a su bien y necesidades, ser más delicado

y respetuoso en el trato con el cónyuge así como ver y respetar, acoger al hijo, estando más disponible a aumentar la familia.

Hemos referido en la introducción que la mayoría de nuestros pacientes expresan a su llegada que acuden a nuestra consulta principalmente por motivos éticos, y tienen razón porque se trata efectivamente de ética del acto sexual conyugal o ética de la vida. Nuestra experiencia es que quienes vienen sólo por motivos ecológicos es difícil que perseveren en esta elección salvo que descubran que es el único modo ético y coherente de comportarse, el único que contribuye a su mejora y enriquecimiento personal, matrimonial y familiar. Por otra parte, quienes entienden y viven éticamente su sexualidad siempre ven al hijo como «su hijo» y lo acogen con alegría a pesar de las dificultades que se presentan ante un embarazo inesperado y hemos constatado que al paso del tiempo refieren que los sacrificios requeridos han contribuido a fortalecer el amor conyugal.

### **Revisión del periodo comprendido entre marzo de 2009 y julio de 2010**

Durante este periodo han acudido por primera vez a la consulta de la UFAC 41 pacientes, 25 por motivo de infertilidad y por lo tanto buscando el embarazo y 16 buscando posponerlo durante algún tiempo o por tiempo indefinido. Entre los pacientes por infertilidad de Agrupación Clínica, recogemos aquí sólo aquellos que han acudido por primera vez en este periodo a la consulta de reconocimiento de la fertilidad del IVAF y que han sido atendidos siguiendo el protocolo de la UFAC y por lo tanto con el trabajo en equipo de los 3 departamentos coordinado por el IVAF. Durante este mismo periodo, algunos otros pacientes han acudido por infertilidad a Agrupación Clínica pero sólo a la consulta de ginecología, o sólo a la consulta de urología, o sólo a las consultas de ginecología y urología, y estos no son recogidos aquí.

Por otra parte, el IVAF ha enseñado durante este mismo periodo los métodos para reconocer la fertilidad fuera de Agrupación Clínica, tanto para la búsqueda de embarazo, como para posponerlo como por autoconocimiento, en lugares distintos de la UFAC, se trata de usuarios externos, de alumnos del master de matrimonio y familia del Pontificio Instituto Juan Pablo II-Universidad Católica de Valencia, de alumnos de los cursos sabe educadores del IVAF o bien de futuros monitores que aprenden con nosotros de forma presencial o bien a distancia. Éstos tampoco se han recogido en este estudio.

### **Descripción de los pacientes por infertilidad**

Acuden a la UFAC por motivo de infertilidad y por primera vez durante el periodo en estudio 25 pacientes, uno queda fuera del estudio tras la primera consulta porque entendemos y les transmitimos que no podemos ayudarles a conseguir el embarazo mediante el protocolo de la UFAC, así pues les hemos ofrecido consejo dirigido a la aceptación de su situación y a la posibilidad de ejercer en adelante una paternidad espiritual. Vamos a relatar a continuación algunos detalles personales y de seguimiento de 24 pacientes por infertilidad que acuden por primera vez durante este periodo.



**Figura 1:** Pacientes que acuden por primera vez por infertilidad entre marzo de 2009 y julio de 2010

| Nº | ENTRADA    | EDAD M | EDAD V | TPO BE   | TIPO INF | HIJOS M | HIJOS V | ABORT |
|----|------------|--------|--------|----------|----------|---------|---------|-------|
| 1  | 06/03/2009 | 34     | 34     | 40 meses | PRIM     | no      | no      | no    |
| 2  | 13/03/2009 | 30     | 27     | 24       | PRIM     | no      | no      | no    |
| 3  | 16/04/2009 | 39     | 36     | 28       | PRIM     | no      | no      | no    |
| 4  | 30/04/2009 | 38     | 39     | 19       | PRIM     | no      | no      | no    |
| 5  | 11/05/2009 | 26     | 27     | 24       | PRIM     | no      | 1       | no    |
| 6  | 15/06/2009 | 36     | 39     | 12       | PRIM     | no      | no      | no    |
| 7  | 13/07/2009 | 26     | 28     | 33       | PRIM     | no      | no      | no    |
| 8  | 23/07/2009 | 30     | 39     | 18       | PRIM     | no      | no      | no    |
| 9  | 03/09/2009 | 33     | 36     | 60       | PRIM     | no      | no      | no    |
| 10 | 17/09/2009 | 32     | 31     | 3        | PRIM     | no      | no      | no    |
| 11 | 19/10/2009 | 34     | 34     | 48       | PRIM     | no      | no      | no    |
| 12 | 22/10/2009 | 37     | 55     | 4        | PRIM     | no      | no      | 3     |
| 13 | 26/10/2009 | 33     | 35     | 62       | PRIM     | no      | no      | no    |
| 14 | 09/03/2009 | 30     | 29     | 36       | PRIM     | no      | no      | no    |
| 15 | 09/07/2009 | 34     | 34     | 14       | PRIM     | no      | no      | no    |
| 16 | 23/11/2009 | 37     | 44     | 46       | PRIM     | no      | no      | no    |
| 17 | 22/02/2010 | 33     | 33     | 55       | PRIM     | no      | no      | no    |
| 18 | 08/03/2010 | 27     | 28     | 48       | PRIM     | no      | no      | no    |
| 19 | 26/03/2010 | 37     | 45     | 21       | PRIM     | no      | no      | no    |
| 20 | 10/05/2010 | 35     | 41     | 30       | PRIM     | no      | no      | no    |
| 21 | 17/05/2010 | 31     | 31     | 30       | PRIM     | no      | no      | no    |
| 22 | 31/05/2010 | 35     | 44     | 16       | PRIM     | no      | no      | no    |
| 23 | 01/07/2010 | 27     | 34     | 18       | PRIM     | no      | no      | no    |
| 24 | 27/07/2010 | 35     | 34     | 60       | PRIM     | no      | no      | no    |

La edad media de las mujeres es de 33 años, estando 4 mujeres en la decena de los 20, la más joven de 26 años, y el resto en la decena de los treinta, la más mayor de 39 años. La edad media de los varones es de 36 años, el más joven de 27 años, 5 en la decena de los 20, 14 en la decena de los 30, 4 en la decena de los 40 y siendo el más mayor de 55 años. Cuando entraron en la UFAC llevaban buscando el embarazo una media de 31 meses (rango entre 3 y 62 meses).

En todos los casos que relatamos aquí se trata de una esterilidad primaria salvo en uno, en el cual los pacientes refieren a su llegada que han sufrido 3 abortos previos con un intervalo entre los mismos de alrededor de un año. A esta paciente se le ha diagnosticado, mediante ecografía doppler color especializada, déficit de flujo uterino y está actualmente recibiendo tratamiento específico<sup>7</sup>.

Tres matrimonios reconocen a su llegada que han recibido anteriormente tratamiento/s de fecundación artificial sin éxito y nueve matrimonios nos dicen que después de un tratamiento anterior de tipo quirúrgico (endometrioma, polipos,

<sup>7</sup> Cfr. T. Habara et al. (2002). "Elevated blood flow resistance in uterine arteries of women with unexplained recurrent pregnancy loss". Human Reprod 17 (1): 190-194.

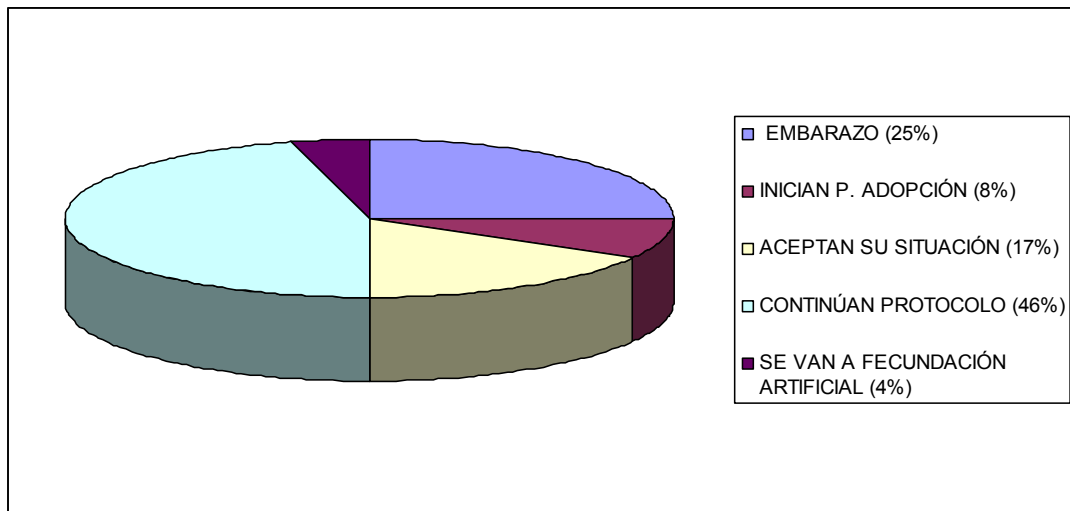
tabique, quistes) y/o para estimular la ovulación, su ginecólogo les ha derivado a IA/FIV, pero ellos se han animado a acudir primero a nuestra consulta aconsejados por algún conocido o familiar o por dudas de tipo ético si bien reconocen que no descartan tratamiento de fecundación artificial posterior. El resto no ha recibido ningún tratamiento por infertilidad anterior en el momento de acudir a su primera visita por infertilidad a nuestra consulta y manifiestan que no recurrirían en ningún caso a la fecundación artificial.

En 4 de los matrimonios, ella o él padece depresión y está recibiendo tratamiento específico diario, se comprueba en estos casos antes de iniciar el protocolo diagnóstico terapéutico de la UFAC que el psiquiatra/especialista en medicina psicosomática que le trata conoce que están buscando el embarazo y además revisamos la posible interacción de su medicación en la fertilidad. 9 matrimonios refieren a su llegada mucho stress por motivos de trabajo. La mayoría de las mujeres son licenciadas o diplomadas (17), y el resto posee algún grado de formación profesional, 21 ejerce actualmente su profesión. De los varones, 15 son licenciados o diplomados y el resto posee algún grado de formación profesional, todos ejercen actualmente su profesión.

Referimos las pruebas que se ordenan en nuestra unidad a todos los pacientes de forma sistemática y por lo tanto también a estos, a la mujer la citología, ecografías vaginales, histerosalpingografía, análisis de hormonas: foliculoestimulante, luteinizante, prolactina, estrógenos, progesterona, testosterona así como la ferritina. Otras determinaciones sólo se ordenan en casos particulares durante o tras la consulta ginecológica. Para él solicitamos siempre el seminograma, uno o varios, y un cultivo de semen. Y otras pruebas o determinaciones sólo en función de cada caso particular durante, o tras la consulta urológica.

### **Resultados de los pacientes por infertilidad**

Entre los 24 pacientes, marido y mujer, que han acudido por primera vez a nuestra consulta por infertilidad entre marzo de 2009 y julio de 2010, en 12 de ellos se han producido ya cambios significativos que son motivo de alegría. 6 han logrado el embarazo. Además hay 2 pacientes que están iniciando el proceso de adopción si bien siguen teniendo esperanzas de conseguir el embarazo más adelante. Mientras que 4 de los pacientes que al llegar tenían la intención de recurrir a la fecundación artificial si no lograban pronto el embarazo en nuestra unidad y que venían con un alto nivel de ansiedad han manifestado ya la aceptación de su situación y su determinación de no recurrir en adelante a las técnicas de fecundación artificial aunque no lograsen el embarazo. Unos pacientes nos dejaron recientemente y decidieron acudir a tratamiento por FIV.

**Figura 2:** Acontecimientos más significativos hasta octubre de 2010

En cuanto al resto de los 24 pacientes, varón y mujer, que han entrado durante este periodo, 11 pacientes, siguen adelante con el protocolo diagnóstico terapéutico así como con el seguimiento personalizado y asesoramiento propio de la UFAC, de modo que hay que esperar futuros acontecimientos aún por ocurrir, sobretudo teniendo en cuenta que algunos de ellos han entrado en nuestra unidad hace pocos meses. Hemos comenzado un estudio clínico en el que han entrado 3 de estos 11 pacientes. Tratamos de mejorar en la mujer la calidad y cantidad de moco fértil estimulando con tratamiento de estriol en óvulos vaginales, el estudio es aún muy inicial y daremos cuenta de los resultados en futuros congresos.

En la UFAC seguimos a los pacientes durante un tiempo largo, sin prisa y por pasos, siempre atentos en la coordinación a todos los detalles y escuchando tanto a los pacientes como a los distintos especialistas de modo que se trata de un tratamiento muy personalizado. En general, damos un tiempo para el aprendizaje en las anotaciones e interpretación del gráfico sintotérmico y empezamos por investigar y/o subsanar aquellas anomalías que se detectan desde el principio en las analíticas y/o en la gráfica. Como seguimos regularmente nuestros pacientes, vamos observando sobre la marcha algunos detalles relativos al gráfico, a su pauta de relaciones sexuales y a su estilo de vida y como consecuencia les hacemos observaciones y recomendaciones al respecto. Si no ocurre el embarazo, se inicia un nuevo tratamiento médico acordado por los distintos especialistas o se modifica el anterior, para ella, para él o para ambos al tiempo que comprobamos si hay cambios significativos en el gráfico.

Es difícil saber, al ocurrir un embarazo, cuál de estas actuaciones ha sido la más decisiva y puede ser la suma de varias. Por otra parte, a veces parece que el embarazo tendría que ocurrir y sin embargo no ocurre y otras veces que nos parecía mucho más difícil ocurre sin embargo cuando menos lo esperamos. Seguimos investigando y trabajando en equipo, pero no lo sabemos todo ni mucho menos y además Dios actúa cuando y como quiere.

Los tratamientos médicos que aplicamos con más frecuencia en función de cada caso, variando las dosis en función de las circunstancias particulares, y prescribiendo en unos casos uno y en otros casos otro u otros y además empezando siempre por la actuación menos agresiva y de forma escalonada son: para ella aportes vitamínicos y minerales en función de cada caso, tratamientos bactericidas o antibióticos, progesterona, cabergolina, metformina, clomifeno, HCG inyectada, tratamiento local a nivel vaginal con estriol. Y para él aportes vitamínicos, minerales, y aminoácidos en función de cada caso, tratamiento antibiótico, testosterona en distintas formas medicamentosas, acetil cisteína, tamoxifeno o clomifeno.

### **Pacientes que han acudido buscando posponer o evitar el embarazo: Descripción y resultados de una encuesta**

Acuden a la UFAC por primera vez durante este periodo de estudio 16 pacientes, varón y mujer, para posponer el embarazo durante un tiempo concreto o de forma indefinida. 5 pacientes, varón y mujer, acuden en periodo de premenopausia de ella teniendo ellas entre 37 y 47 años. Otros 5 pacientes, varón y mujer, acuden en periodo de posparto, 2 con lactancia artificial y 3 con lactancia materna completa, 2 de ellas han tenido un parto por cesárea. Unos pacientes acuden porque ella tiene cáncer de mama y está en tratamiento con tamoxifeno desde hace 2 años. 2 pacientes, varón y mujer, vienen por estar pasando una crisis de pareja y/o depresión severa acudiendo al mismo tiempo a la consulta especializada de orientación familiar así como a la de medicina psicosomática en uno de los casos. Mientras que 3 pacientes, varón y mujer, son novios que vinieron entre 1 y 6 meses antes de la boda y que quieren posponer el embarazo durante unos meses al inicio de su matrimonio por motivos de estudio o trabajo.

**Figura 3:** Pacientes que acuden por primera vez para posponer el embarazo entre marzo de 2009 y julio de 2010

| Nº | FECHA      | EDAD M | EDAD V | SITUACIÓN     | GRADO SATISFACCIÓN |
|----|------------|--------|--------|---------------|--------------------|
| 1  | 29/03/2009 | 47     | 56     | PREMENOPAUSIA | MUY SATISFECHOS    |
| 2  | 30/04/2009 | 34     | 34     | POSPARTO      | MUY SATISFECHOS    |
| 3  | 14/05/2009 | 27     | 27     | POSPARTO      | SATISFECHOS        |
| 4  | 28/05/2009 | 36     | 41     | CÁNCER MAMA   | MUY SATISFECHOS    |
| 5  | 28/05/2009 | 27     | 29     | POSPARTO      | SATISFECHOS        |
| 6  | 01/06/2009 | 29     | 30     | NOVIOS        | MUY SATISFECHOS    |
| 7  | 18/06/2009 | 38     | 35     | POSPARTO      | MUY SATISFECHOS    |
| 8  | 03/09/2009 | 33     | 33     | POSPARTO      | MUY SATISFECHOS    |
| 9  | 21/09/2009 | 38     | 41     | PREMENOPAUSIA | MUY SATISFECHOS    |
| 10 | 22/10/2009 | 37     | 55     | NOVIOS        | MUY SATISFECHOS    |
| 11 | 28/12/2009 | 45     | 42     | PREMENOPAUSIA | MUY SATISFECHOS    |
| 12 | 25/02/2010 | 45     | 45     | PREMENOPAUSIA | SATISFECHOS        |
| 13 | 14/06/2010 | 33     | 34     | CRISIS+DEP    | MUY SATISFECHOS    |
| 14 | 24/05/2010 | 32     | 34     | DEPRESIÓN     | SATISFECHOS        |
| 15 | 28/06/2010 | 22     | 25     | NOVIOS        | SATISFECHOS        |
| 16 | 27/09/2010 | 37     | 50     | PREMENOPAUSIA | MUY SATISFECHOS    |

A los 16 pacientes, varón y mujer, todos casados, les hemos preguntado sobre su grado de satisfacción, de ella, de él y de ambos así como les hemos pedido que traten de expresar o describir algunos de los efectos que tiene o ha tenido en su vida el aprendizaje de los métodos de reconocimiento y la práctica de la continencia periódica que va aparejada. No hemos obtenido respuestas concretas fáciles de clasificar y por eso no las hemos reflejado de modo esquemático, pero las resumimos a continuación. Todos han afirmado que en general están satisfechos o muy satisfechos de haber realizado este aprendizaje y de aplicarlo en su vida y todos están agradecidos por el trato recibido y/o por nuestra constante disponibilidad. En general, manifiestan que la continencia no es fácil, algunos dicen que es muy difícil, en algunos casos expresan que a ella le cuesta más porque tiene que abstenerse en el momento en que más le apetece por efecto de las hormonas. En otros casos expresan que a él le cuesta más la abstinencia y acoplarse a las observaciones de ella. En general manifiestan que la práctica de la continencia cuesta pero que tienen claro que es para bien, y están animados a seguir adelante mientras necesiten posponer el embarazo por la causa actual o más adelante en futuros periodos de su vida.

Entre los más mayores, estando ella actualmente en periodo de premenopausia, 2 de ellos explican lo mismo, cada uno en conversación particular y sin tener ninguna relación. En ambos casos expresan que esto ya lo han aprendido antes y que lo han aplicado en distintas ocasiones a lo largo de su vida, si bien ahora vienen por primera vez a una consulta clínica por los cambios físicos que presentan en función de la edad y que pueden representar cierta dificultad añadida. Explican que después de todo lo pasado juntos, uno de los matrimonios tiene 5 hijos y el otro 4 hijos y 3 abortos, se dan cuenta, y lo han comentado entre ellos en diversas ocasiones, que el sacrificio ha valido la pena, el que conlleva tener a los hijos y educarlos y el que conlleva la aplicación de los MRF y la continencia periódica. Manifiestan ambos que al principio lo hacían así porque se fiaban pero después han comprobado que ese comportamiento ha tenido que ver con que ahora su *cariño* mutuo *es más consistente* expresa uno de los matrimonios, *es mejor nuestra entrega* ha expresado el otro. Algunos de los comentarios expresados por el resto de los matrimonios son los siguientes: *Tenemos que estar de acuerdo, se crece en fortaleza, no se perjudica ninguno, hay que hablar en frío sobre la causa de hacerlo así para después tenerlo claro, mejora la calidad de dedicación al otro, nos ayuda en la educación de nuestros hijos...*

### **Conclusión**

Durante este periodo hemos seguido atendiendo a otros pacientes que no se reflejan aquí porque algunos siguen en contacto esporádico con nosotros pero vinieron por primera vez hace muchos años, algunos acuden cada vez que nos necesitan y otros se ponen en contacto con nosotros de vez en cuando para consultas principalmente a través de Internet.

Queremos terminar transmitiendo nuestra gran satisfacción por poder trabajar en el campo de la fertilidad y sexualidad humana, enseñando a reconocer la fertilidad, no sólo los signos biofísicos del funcionamiento ovárico sino también la tarea de paternidad responsable y la castidad como virtud. Es un privilegio poder dedicar

nuestros esfuerzos a esta tarea aunando la aplicación de la medicina y de la farmacia junto con las observaciones del gráfico sintotérmico, trabajando en equipo los departamentos de urología, ginecología y el IVAF así como de vez en cuando con otros departamentos, en especial el de medicina psicosomática o el de orientación familiar. Aunar esfuerzos y saberes y ponerlos al servicio de los demás es verdaderamente un placer. Con esto bastaría, pero además está el agradecimiento de los pacientes. Quienes acuden a nuestra consulta, a pesar de la presión externa que empuja a recurrir a la anticoncepción o a la fecundación artificial, son en su mayoría personas con una gran calidad humana que saben mostrar su agradecimiento.

Ofrecemos conjuntamente ciencia y ética, atención personalizada extensa y cercana en 1) el tratamiento de la infertilidad, donde manejamos el gráfico sintotérmico junto con el tratamiento médico específico dirigido a mejorar el factor femenino, el factor masculino y la integración de ambos para facilitar la concepción en el seno materno como fruto de los actos sexuales de los esposos-padres, y 2) para posponer el embarazo por un tiempo o de forma indefinida, donde junto con la guía en la interpretación del gráfico transmitimos la importancia de vivir la continencia y la paternidad responsable como virtudes. Completamos la atención en consulta con la atención clínica a distancia a través de las nuevas tecnologías para evitar consultas innecesarias y para realizar las revisiones con la frecuencia oportuna según cada caso, lo que favorece la motivación.

En cuanto a proyectos de futuro quisiéramos añadir que ha sido en occidente donde se han descubierto los cambios del moco cervical y de la temperatura basal relativos al desarrollo folicular, ovulación y cuerpo lúteo pero es en oriente, en especial algunos especialistas en medicina tradicional china, donde están observando con paciencia estos cambios y sacando más partido a estas observaciones. En la UFAC sabemos que esto es una tarea pendiente que tenemos que abordar lo antes posible y esperamos poder aportar avances al respecto en los próximos congresos de reconocimiento de la fertilidad<sup>8</sup>.

---

<sup>8</sup> Cfr. Jane Lyttleton. *Tratamiento de la infertilidad con medicina china*. Elsevier Masson, Barcelona 2009.

## **ESTADO DE LA INVESTIGACIÓN BÁSICA SOBRE EL HIDROGEL CERVICAL. POSIBLES APLICACIONES Y LÍNEAS A SEGUIR.**

**Concepción Medialdea. Instituto Valenciano de Fertilidad, Sexualidad y Relaciones Familiares (IVAF). Valencia, España. E-mail: [info@ivaf.org](mailto:info@ivaf.org)**

### **Resumen**

Mostramos de forma esquemática la investigación básica realizada hasta hoy sobre el hidrogel cervical con la idea de que surja por parte de algunos el deseo de investigar en este campo. Con respecto a la secreción endocervical se han descrito y encontrado modos de aplicación a lo que se puede observar a simple vista, asimismo se han hecho diversas investigaciones para conocer lo que permanece más oculto. Se han buscado cambios en los distintos tipos de moco cervical los cuales se producen en distintos momentos del ciclo ovárico, tanto cambios a nivel biofísico mediante resonancia magnética nuclear o a través del estudio microscópico óptico y electrónico, como cambios a nivel bioquímico, mediante distintas técnicas de electroforesis buscando cambios enzimáticos, en las proteínas solubles, en los azúcares o en las glucoproteínas. Se ha hecho alguna incursión en biología molecular. Destacamos el trabajo del Dr. Erik Odeblad quién abrió el camino que han seguido otros investigadores como Temprano, Menárguez o Medialdea, así como la investigación clínica actualmente en marcha por parte del equipo IVAF. Planteamos alguna posible vía de investigación y aplicaciones para el futuro.

### **Introducción**

El moco cervical es un hidrogel tridimensional que contiene una fase sólida constituida por macromoléculas, glucoproteínas y proteoglicanos, una mucoproteína insoluble, y una fase líquida que contiene proteínas y otros elementos solubles. El hidrogel cervical se produce en el cuello uterino, concretamente en el endocervix el cual tiene una anatomía complicada con estructuras que simplificando mucho solemos denominar criptas, a veces una cripta se constituye en una unidad secretora de un único tipo de moco cervical pero otras veces en la misma cripta hay distintas unidades secretoras produciéndose distintos tipos de moco cervical<sup>1</sup>. Odeblad descubrió la existencia de distintos tipos de moco cervical que son producidos en distintas áreas del cervix, pero este descubrimiento no ha trascendido lo suficiente y no es aún reconocido por la mayoría de la comunidad científica. Por eso, podemos distinguir entre 1) las investigaciones en moco cervical que se han realizado partiendo de la hipótesis de la existencia de un único tipo de moco cervical que aumentaría en cantidad, contenido acuoso y consistencia a mitad del ciclo y 2) las investigaciones que parten de la hipótesis de la existencia de distintos tipos de moco cervical que se producirían en distintas áreas del cervix como respuesta a la distinta estimulación hormonal en los diferentes momentos del ciclo ovárico, estos últimos estudios siguen el camino iniciado por Odeblad (1957-1994) con el descubrimiento y caracterización de distintos tipos y subtipos mediante Resonancia Magnética Nuclear (RMN) y microscopía óptica, y son los trabajos de Temprano (1990,1996), Menárguez (1998, 1992, 1993) y Medialdea (2004) de los que hablaremos a continuación con más detalle.

---

<sup>1</sup> Odeblad E. Cervical mucus and their functions. J. Irisch Coll Fhys Surg 1997, 26: 27-32.

### **Investigaciones desde la hipótesis de la existencia de un único tipo de moco cervical**

Entre las investigaciones, a nivel biofísico, desde la hipótesis de la existencia de un único tipo de moco cervical humano están aquellas basadas en la observación del mismo a simple vista que encontraron diferencias en el aspecto del moco alrededor de la ovulación y que fueron aplicadas fundamentalmente en la búsqueda del embarazo. Así, la observación directa ha sido base de muchos test para predecir la ovulación basados en las variaciones de volumen-cantidad, elasticidad-viscosidad, filancia-transparencia en los distintos momentos del ciclo ovárico. La variación de volumen ha sido base del test de Sims-Hunner. Usala y Schumacher (1983) trabajaron con los cambios de cantidad como indicación de ovulación inminente. Fleetwood et al (1986) puntuaron la cantidad de 0 a 3. La viscosidad-elasticidad se valora fácilmente al recogerlo con ayuda de tubo, capilar o porta. Erbing (1936) trabajó con la filancia, mientras que Elstein (1978a) y Chretien (1987) la medían en cm. Otros autores trabajaron la observación del moco cervical con ayuda del microscopio óptico, entre ellos Papanicolau (1946) y Rydberg (1948) quienes fueron los primeros en describir la arborización o cristalización característica que se puede observar tras dejar secar al aire muestras de moco cervical finamente extendido y sin cubrir. Roland (1952) utilizó esta observación como test para conseguir la gestación mientras que Zondec y Rozin (1954) establecieron una gradación diagnóstica (de + a +++), más adelante Flynn y Bertrand (1973) la puntúan de 0 a 3.

Otros autores investigaron la canalización del moco cervical. Así, Davajan (1971) dejó secar el moco tapado con un cubreobjetos en una estufa a 37 °C durante 48h, Faccioli (1984) dejó una parte de la muestra tapada con el cubreobjetos y la otra sin cubrir y dejó secar las muestras a temperatura ambiente durante 72h. Garcea (1984) dejó secar las muestras cubiertas con el cubreobjetos en estufa a 50 °C durante 2 horas. Estos autores pudieron observar en la zona de muestra que ha secado tapada bajo el cubreobjetos un nuevo fenómeno que denominaron canalización porque en momento periovulatorio se observan canales.

Algunas investigaciones en el campo de la bioquímica que se realizaron desde la hipótesis de un único tipo de moco cervical, nos han ayudado a conocer la composición básica del moco cervical. Así, investigadores como Gibbons et al. (1959 y 1963), o como Elstein, Moghissi y Borth (1973) estudiaron la composición bioquímica mediante varios tipos de electroforesis y aportaron que el componente bioquímico esencial es una red flexible formada por macromoléculas de glicoproteínas de tipo mucinas. Chretien y Belaisch (1996) lo describieron como una armadura semisólida a base de mucoide, rica en ácido siálico, que constituye una red tridimensional esponjosa y una fase líquida compuesta esencialmente de agua (92-98%).

Se ha intentado identificar los azúcares de la glicoproteína con lecitinas pero por haber muchos azúcares y muchos isómeros no se ha sacado nada en claro. Rohr et al (1992) afirman que aunque la evaluación del moco cervical es difícil por sus propiedades reológicas, la aplicación de RMN de alta resolución es un método valioso y no destructivo que se puede aplicar a especímenes de pequeño volumen y no necesita ninguna preparación de la muestra. Mientras que Scahrbacher et al (2002) dice también que la espectroscopia de resonancia magnética de protón de alta resolución es un método importante para el análisis cualitativo y cuantitativo del altamente viscoso moco cervical humano, y que más de 23 compuestos podrían ser identificados en el espectro del moco sin necesidad de ningún preparativo químico complicado. Estos autores aconsejan almacenar las muestras liofilizadas reemplazando el H<sub>2</sub>O por D<sub>2</sub>O en lugar



de congelarlas, lo que según estos autores permite cuantificar el contenido de agua y los compuestos de bajo PM.

### **Investigaciones desde la hipótesis de la existencia de varios tipos distintos de moco cervical que se producen en distintas áreas del cervix**

Odeblad (1966, 1968, 1972, 1994, 1996, 1997) consiguió obtener e investigar el moco cervical de criptas individuales del endocervix y ha conseguido demostrar mediante diversos estudios biofísicos, fundamentalmente mediante Resonancia Magnética RMN y microscopía óptica, la existencia de varios tipos básicos de moco cervical (G, L, S y P) así como de varios subtipos de éstos.

El proceso de la investigación de Odeblad se inició con la sospecha en 1930 de la existencia de al menos dos tipos de criptas en el endocervix que producirían distinto tipo de moco y que estarían activas en distintos momentos del ciclo ovárico, ya en 1968 pudo demostrar mediante RMN la existencia de dos tipos de moco diferentes con distinta viscosidad, moco G y moco E, y tras un refinamiento de la técnica demostró que el moco E era en realidad una mezcla de dos clases, que llamó L y S, más adelante, también con RMN demostró la existencia de diversos subtipos y en 1991 descubrió el moco tipo P. Además caracterizó todos estos tipos y muchos subtipos por su aspecto particular una vez cristalizado.

Para poder observar los distintos tipos y subtipos utilizó la técnica de extensión en todas las direcciones (Spread it out) que autores como Temprano (1994), Menárguez (1998) y Medialdea (2004) confirmaron años más tarde como fundamental en sus observaciones de los distintos tipos y subtipos de moco cervical en una misma muestra, las tres investigadoras han podido observar además todos los tipos y subtipos de cristalización característica descritos por Odeblad así como les ha resultado de utilidad su diagrama de porcentajes para conocer el momento aproximado del ciclo al que pertenece cada muestra obtenida en la consulta.



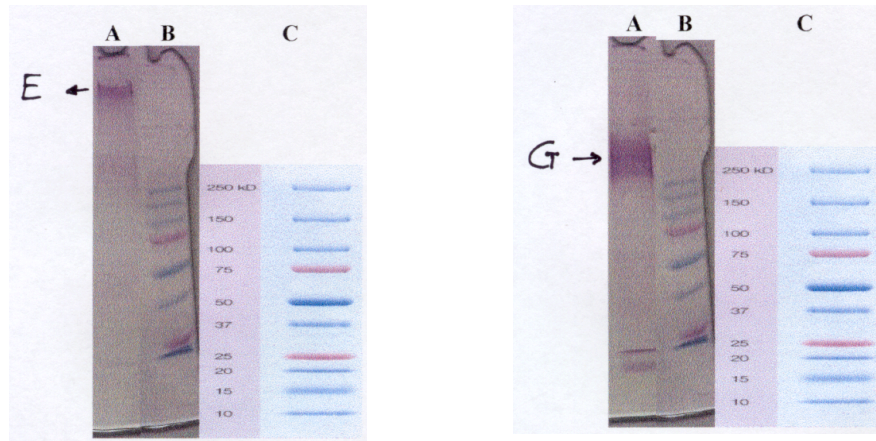
**Fig. 1:** En la esquina superior derecha de la imagen se puede ver moco P, por debajo del mismo y formando hileras ramificadas vemos moco S, a continuación de mayor tamaño y ocupando la mayor parte de la imagen vemos moco L. De: C. Medialdea. Tesis doctoral.

Temprano (1990) ofreció una clasificación de la canalización en 10 grados y siguiendo la hipótesis de Odeblad investigó algunas diferencias en la cristalización de distintos tipos de moco cervical con microscopía electrónica de transmisión y el contenido en algunos iones del moco cervical de distintos momentos del ciclo ovárico. Menárguez investigó la ultraestructura de los distintos tipos de moco cervical mediante microscopía electrónica de barrido (1999 y 2003)

Odeblad (2001) expuso en líneas generales el estado de la cuestión cara a futuras investigaciones. Recordó que el moco cervical es una realidad heterogénea que comprende varios tipos (G, L, S y P) así como subtipos de moco, cada uno con una función fisiológica concreta, que se complementan para realizar un objetivo común. El moco cervical contiene alrededor de un 1% de sales, 1% de proteínas solubles, 1% de glicoproteína rica en carbohidratos que confiere la viscoelasticidad, y 97% de agua. Las glicoproteínas contienen carbohidratos que se disponen formando las distintas redes que constituyen los distintos geles que forman parte de la compleja secreción cervical. La glicoproteína tridimensional tiene una parte central glucosilada mientras que la parte final es un péptido desnudo. Odeblad explicó que podría ser que en los distintos tipos de moco cervical se trate siempre de la misma glicoproteína donde las diferentes configuraciones darían lugar a distintas redes pero que también podría tratarse de distintas moléculas de mucina que originarían distintas estructuras de red. Expresó que probablemente algunos enlaces son fuerzas de Van der Waals que son muy débiles y muy frecuentes. Expresó que probablemente a mayor concentración habría más enlaces y que por eso el moco luteínico tendría más enlaces que el moco periovulatorio. Recordó que la sialil transferasa, el ácido ascórbico y algunos enzimas aumentan en fase ovulatoria y que hay enzimas bactericidas de fase fértil y enzimas bactericidas de fase infértil. Expresó que el corazón proteico se sintetizaría por activación DNA-RNA, después se sintetizarían los azúcares y los enzimas necesarios para que se unan estos azúcares al corazón proteico para componer la glicoproteína mientras que la transcripción sería estimulada por receptores de hormonas esteroideas.

Medialdea (2004) realizó un estudio biofísico mediante microscopía óptica de 926 muestras de 118 pacientes, muestras autoextraídas por la paciente y muestras extraídas en la consulta. Partiendo de la clasificación morfológica de Temprano consiguió simplificarla y ofreció una clasificación de la canalización en sólo 5 grados al tiempo que mostró algunos elementos que cuando son observados facilitan y optimizan la clasificación de las muestras contribuyendo a conseguir un diagnóstico de fertilidad más preciso. Esta clasificación en 5 grados junto con la observación de dichos elementos permite clasificar las muestras autoextraídas por la paciente siempre que se consiga una extensión de la muestra sobre el porta muy fina mediante la técnica spread it out antes de cubrir con el cubreobjetos. Medialdea (2008) aportó que para el diagnóstico de muestras obtenidas por la paciente mediante autoextracción conviene secar la muestra en estufa con termostato a 37 °C durante 8 horas, lo cual permite ofrecer el diagnóstico a la paciente en el mismo día.

Medialdea (2004) ofrece también un estudio bioquímico del hidrogel cervical con electroforesis SDS PAGE mediante el cual logró detectar la presencia de dos glicoproteínas distintas, la que denominó glicoproteína E la cual se evidenció en momentos del ciclo con predominio estrogénico y la que denominó glicoproteína G que se evidenció en momentos del ciclo con predominio gestagénico.



**Fig. 3:** **Izquierda:** **A:** banda de glucoproteína E evidenciada en color rosa al teñir con reactivo de Schiff tras la electroforesis SDS-PAGE. **B:** patrón de proteínas tras su migración por electroforesis SDS-PAGE. **C:** prospecto del patrón de proteínas preteñido de BIO-RAD mostrando los PM de las proteínas que contiene. **Derecha:** **A:** banda de glucoproteína G evidenciada en color rosa al teñir con reactivo de Schiff tras la electroforesis SDS-PAGE. **B:** patrón de proteínas tras su migración por electroforesis SDS-PAGE. **C:** prospecto del patrón de proteínas preteñido de BIO-RAD mostrando los PM de las proteínas que contiene. De: C. Medialdea. Tesis doctoral.

Encontró también algunas diferencias en los distintos momentos del ciclo ovárico a nivel de las proteínas solubles que forman parte del hidrogel cervical. Así, la proteína D se reveló como específica de fase posovulatoria y la presencia de otras proteínas que denominó A, B y C mostraron variaciones típicas en los distintos momentos del ciclo ovárico. Estos hallazgos ayudan a pensar que en el caso de los tipos de moco L, S o P descritos previamente por Odeblad se trataría de una misma glucoproteína (glucoproteína E) que sin embargo variaría su configuración con cierta facilidad por contener pocos enlaces y débiles y constituiría las distintas estructuras de red correspondientes a estos tres tipos. Algunas imágenes de cristalización captaron la transformación desde una configuración hasta otra, en concreto moco L transformándose en moco de tipo P. Esta investigación parece confirmar que el moco G se corresponde con una única glucoproteína que no varía su configuración por contener, tal como supuso Odeblad, más enlaces y más fuertes que el moco de tipo E.



**Figura 2:** 10X. Sin cubre: Debajo vemos moco L, y arriba vemos moco Pt. Parece que el moco L se transforma en moco Pt. 5-CI. Día del ciclo aproximado: 0. De: C. Medialdea. Tesis doctoral.

## **Conclusión**

En la actualidad, la mayoría de la comunidad científica no está interesada en ir más allá en la investigación del hidrogel cervical porque en el tratamiento de la infertilidad se recurre casi exclusivamente a la IA o FIV de modo que se prescinde absolutamente de la función del moco cervical en la fertilidad. Pero quienes queremos respetar la concepción natural y consideramos que en las personas no debe desvincularse del acto conyugal queremos seguir investigando y que otros investiguen porque en la medida en que se vayan llenando lagunas de conocimiento podremos ayudar mejor tanto en el tratamiento de la infertilidad como en la evitación del embarazo por causas justas en situaciones muy complejas. El hidrogel cervical es de gran importancia para la supervivencia, ascenso, selección, conducción y aproximación de los espermatozoides al ovocito dentro del tracto genital femenino tras la realización del acto sexual conyugal y por lo tanto para la concepción natural. Así, una de las futuras aplicaciones del mejor conocimiento de las glicoproteínas y proteoglicanos, así como de las proteínas solubles que componen el complejo hidrogel cervical sería poder curar algún tipo de infertilidad debida al factor proteico. Con vistas a ello, necesitamos que se avance en la investigación básica del hidrogel cervical, que sean identificadas con precisión para conocer su exacta composición, las distintas glicoproteínas y proteínas cuya presencia se ha evidenciado con variaciones características.

El estudio microscopio sigue teniendo aplicación en la clínica tanto para confirmar, sólo en algunos casos muy concretos, el estado de fertilidad o infertilidad a alguna paciente así como para la investigación de cambios en el moco cervical de la paciente tras recibir algún tratamiento que se aplique para tratar de mejorar las características del hidrogel cervical. En este sentido, en Agrupación Clínica de Valencia estamos aplicando un tratamiento local a nivel vaginal con estriol a algunas pacientes con características concretas, con el propósito de poder verificar alguna mejora en la calidad del moco cervical que responde al estímulo de los estrógenos. Además de las anotaciones del moco cervical por parte de la paciente en el gráfico sintotérmico antes, durante y después del tratamiento, estamos realizando un estudio microscópico del moco cervical del periodo de posible fertilidad de la paciente antes del tratamiento, durante el mismo y también después del mismo, y esperamos poder aportar resultados en futuras reuniones científicas.

Por otra parte, uno de los motivos que llevan a un matrimonio a necesitar posponer o evitar el embarazo es la salud de la madre y en muchos casos la enfermedad de la madre o el tratamiento agresivo que requiere la misma es causa de gran alteración del ciclo ovárico y del hidrogel cervical, la consecuencia es que la simple observación del moco cervical por la mujer en su casa o por el especialista en la consulta ayudado de la microscopía óptica no siempre es suficiente para poder confirmarle si puede o no quedar embarazada en un momento concreto del ciclo si mantienen relaciones sexuales. Por ello, hay que seguir trabajando en el estudio bioquímico, simplificando el tratamiento de la muestra, o en el estudio genético del hidrogel cervical para poder contar, tal vez en el futuro, con un test de uso en casa que detecte la presencia o ausencia de alguna proteína, glicoproteína, o gen que sea determinante para la fertilidad, de modo que, incluso en situaciones muy complicadas, su detección permita saber si ese día concreto podría o no ocurrir un embarazo.

## **Bibliografía**

Davajan V. Nakamura R.M. Mishell D.R. A simplified technique for evaluation of the biophysical properties of cervical mucus. *Am J Obstet Gynecol* 1971; 109: 1042-1048.

Chretien FC. Filance et pH du mucus cervical : intérêt et modalités pratiques de leur détermination au cours de l'examen clinique. *Contracep Fertil Sex* 1987 ; 15: 147.

Chrétien F.C. Belaisch J. Étude clinique du mucus cervical ovulatoire *Contracep Fertil Sex* 1996 ; 24: 359- 367.

Elstein M. Cervical mucus : its physiological role and clinical significance. *Brit Med Bull* 1978 a; 34: 83-88.

Elstein M. Moghissi K. Borth R. Cervical mucus in human reproduction. Copenhagen: Scriptor, 1973.

Faccioli G. Hormone dependence of human cervical mucus and variability of mucus canalization and cristalization during menstrual cycle. *Acta Europaea fertilitatis* 1984; 15: 43-49.

Fleetwood L. Landgren BM. Eneroth P. Quantitation of human cervical mucin during consecutive days and hourly during one day at midcycle. *Gynecol Obstet Invest* 1986; 22: 145-152.

Flynn A.M. Bertrand P.V. The value of a cervical score in the assessment of ovarian function. *J Obstet Gynaec Brit Cwlth* 1973; 80: 152-159.

Garcea N. Giacci E. Campo S. Messina M. Panetta V. Moneta E. Canalization of human cervical mucus. *Obstetrics and Gynecology* 1984; 64: 164-169.

Gibbons R.A. Gliber F.A. The physicochemical properties of two mucoids from bovine cervical mucus. *Biochem J* 1959; 73: 217-225.

Gibbons R.A. Roberts G.P. Some aspects of the structure of macromolecular constituents of epithelial mucus. *Annals of the New York Academy of Sciences* 1963; 106: 218-232.

Menárguez M. estudios en moco cervical con microscopía electrónica de barrido. Tesis, Univ. Murcia, 1998.

Menárguez M. Odeblad E. Secreción cervical y líneas de investigación. VII Curso de Fisiopatología de la ovulación y Planificación Familiar Natural. Clínica Universitaria. Universidad de Navarra. Pamplona, 2002.

Menárguez M. Pastor L.A. Odeblad E. Morphological characterization of different human cervical mucus types using light scanning electron microscopy. *Human Reproduction* 2003; 18: 1782-1789.

Medialdea C. “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, Universidad Internacional de catalunya, Barcelona 2004.

Medialdea C. *Parámetros biofísicos, bioquímicos y microscópicos para facilitar el conocimiento de la fertilidad*. Tesis doctoral, Universidad de Valencia 2004.

Medialdea C. “Estudio microscópico del hidrogel cervical para facilitar el conocimiento de la fertilidad”. Actas del I Congreso Internacional en reconocimiento de la fertilidad. Managua, 2008.

Odeblad E. Bryhn U. Proton magnetic resonance of human cervical mucus during menstrual cycle. *Acta radiologica* 1957; 47: 315-20.

Odeblad E. The physics of the cervical mucus. *Acta Obstet Gyn Scan* 1959a; 38: 44-58.

Odeblad E. In general discussion to conference of the cervix. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1959b; 38 Suppl 1: 126-127.

Odeblad E. Studies of the molecular structure and function of human cervical mucus. *J Japan Obstet Gynaecol Soc* 1963a; 10: 273.

Odeblad E. Biophysical techniques of assessing cervical mucus and microstructure of cervical epithelium. In: *Cervical mucus in human reproduction; World Health Organisation Colloquium*. Geneva, 1972.

Odeblad E. Micro-NMR in high permanent magnetic fields. *Acta Obstet Gynecol Scand* 1966; 45 Suppl 2: 126-139.

Odeblad E. The functional structure of human cervical mucus. *Acta Obstet Gynec Scand* 1968 a; 47: 58-79.

Odeblad E. An NMR method for determination of ovulation. *Acta Obstet Gynec Scand* 1968b; 47 Suppl 8.

Odeblad E. Biophysical techniques of assessing cervical mucus and microstructure of cervical epithelium. In: *Cervical mucus in human reproduction; World Health Organisation Colloquium*. Geneva, 1972.

Odeblad E. Physical properties of cervical mucus. In *mucus in health and disease*. *Ad Exp Med Biol* 1977; 89. Ed Elstein M & Parke V (217-225).

Odeblad E. The discovery of different types of cervical mucus and the Billings Ovulation method. *Bull NFP Council of Victoria* 1994; 21: 5-33.

Odeblad E. Recent research on cervical mucus. Actas del III Symposium Internacional sobre avances en Regulación Natural de la Fertilidad. Edit Departamento de Medicina Preventiva y Salud Pública de Málaga, 1994 (86-91).

Odeblad E. Menarguez M. Slettvoll J. Temprano H. How to study the cervical secretory system and its role in NFP. Bull Ovul Method Research Ref Centre Austral 1996; 23: 3-20.

Odeblad E. Cervical mucus and their functions. J Irish Coll Phys Surg 1997; 26: 27-32.

Papanicolau GN. General survey of vaginal smear and its use in research and diagnosis. Am J Obstet Gynec 1946; 51: 316.

Rohr G. Eggert-Kruse W. Pehlke A. Sahrbacher U. Runnebaum B. Kalbitzer H.R. Biochemical analysis of cervical mucus by nuclear magnetic resonance spectroscopy. Human Reproduction 1992; 7: 915-917.

Roland M. A simple test for the determination of ovulation, estrogen activity and early pregnancy using the cervical mucus secretion. Am J Obstet Gynec 1952; 63: 81.

Rydberg E. Observation on the cristalization of the cervical mucus. Acta Obstet Gyn Scan 1948; 28: 172-187.

Sahrbacher U. Pehlke-Rimpf A. Rohr G. Eggert-Kruse W. Kalbitzer H.R. High resolution proton magnetic resonance spectroscopy of human cervical mucus. J Pharma Biomed Anal 2002; 28: 827-40.

Temprano H. Estudio de los 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, 1990.

Usala SJ. Schumacher GFB. Volumetric self-sampling of cervicovaginal fluid: a new approach to ovulation timing. Fertil Steril 1983; 39: 304.

Zondek B. Rozin S. Cervical mucus arborization. Its use for the determination of corpus luteum function. Obstet Gynec 1954; 3: 463- 470.

## **EL PROGRAMA SABE ESCOLAR Y LA CAPACITACIÓN DE LOS PROFESORES QUE LO VAN A IMPARTIR**

**Equipo IVAF. Instituto Valenciano de Fertilidad, Sexualidad y Relaciones Familiares (IVAF). Valencia. España. E-mail: [cursos@ivaf.org](mailto:cursos@ivaf.org)**

### **Resumen**

Presentamos el programa SABE Escolar para la educación sexual entre los 5 y los 15 años en el Centro Educativo. Obedece a la necesidad de suplir las carencias formativas en esta materia durante la educación infantil y juvenil así como responder al requerimiento legal que se está haciendo en muchos países para impartir este tipo de formación en la escolarización reglada. Basado en las propuestas de la continencia, el respeto mutuo y la práctica de las virtudes, se conforma como un programa moderno, completo, integral y eficaz. El SABE Escolar se ofrece a colegios con profesores previamente capacitados específicamente para ello. La educación de la sexualidad es una educación esencial para la vida, y debe formar parte del currículo educativo. Para que ello sea posible conviene que se capaciten los profesores que lo van a impartir, en la medida de lo posible también los padres y los sacerdotes que atienden el colegio, y pueden hacerlo a distancia a través de los SABE Educadores (SABE Infancia, SABE Adolescencia o SABE Integrado).

### **Introducción**

El programa SABE Escolar es el último programa de educación sexual diseñado por el Instituto Valenciano de Fertilidad, Sexualidad y Relaciones Familiares (IVAF) especialmente diseñado para ser impartido a los niños y adolescentes en su colegio. En el IVAF<sup>1</sup> trabajamos en Reconocimiento de la fertilidad desde su fundación en 1997 y desde el año 2000 también en una educación de la sexualidad basada en el reconocimiento de la fertilidad. En los últimos 11 años, se ha ido gestando el itinerario SABE del IVAF en todas sus variantes, primero los SABE educadores y ahora el SABE escolar, siempre en el ámbito del Pontificio Instituto Juan Pablo II (PIJPII)<sup>2</sup>. El departamento de profesores del IVAF funciona actualmente como un departamento de facto del PIJPII.

Las siglas SABE tienen su origen en el tercer programa que empezó a impartir el IVAF en el año 2001: *Sexualidad Adolescente Básica para Educadores* dirigido a la formación

---

<sup>1</sup> El Instituto Valenciano de Fertilidad, Sexualidad y Relaciones Familiares (IVAF) tiene sede en Valencia y es un centro de Investigación, Formación y Asistencia Clínica en materias relacionadas con la fertilidad, la sexualidad y las relaciones familiares. El IVAF tiene consulta clínica tanto de fertilidad como de orientación familiar en Agrupación Clínica de Valencia y desarrolla proyectos de investigación en colaboración con centros universitarios. El IVAF desarrolla todos sus proyectos educativos a nivel internacional en colaboración con la sección española del PIJPII.

<sup>2</sup> El Pontificio Instituto Juan Pablo II para estudios sobre matrimonio y familia es un Instituto Universitario Internacional fundado por Juan Pablo II en 1981 con el fin de realizar una labor específica de reflexión e investigación a nivel universitario conjugando los logros de las ciencias humanas que tratan sobre el matrimonio y la familia. La sede española del PIJPII, con sede en Valencia, imparte junto con el IVAF los cursos de educación de la sexualidad y reconocimiento de la fertilidad en virtud de un convenio de colaboración (26/03/1999).



de padres, profesores y monitores de adolescentes y jóvenes. Después, el cuarto programa, esta vez dirigido a padres y maestros de niños en edad infantil, recogió también las mismas siglas con el significado de *Saber Amar Básico para Educadores*. SABE quedó entonces como marca de nuestros cursos de sexualidad.

Desde el IVAF, y desde 1999 se han formado 5200 alumnos de varios países. Se trata de adultos que se han formado como educadores. De éstos, 2200 alumnos han sido formados directamente por el equipo IVAF mientras que 3000 han sido formados por titulados del IVAF. De los 2200 alumnos que se han beneficiado de forma directa de nuestros cursos y programas, 1600 de ellos han sido formados por profesores del IVAF y del PIJPII bien sea de forma presencial o a distancia en los cursos que impartimos conjuntamente ambas instituciones, mientras que los 600 restantes se han formado a través de diversas consultas y gabinetes 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. Un 80% de nuestros alumnos contaba con titulación universitaria cuando se matriculó en nuestros cursos.

Además, desde el año 2003 han sido formados al menos 3000 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.

Hasta hace unos meses todos los cursos SABE los habíamos diseñado y ofrecido sólo para la capacitación de los educadores, para los padres y para los profesores, siempre hemos trabajado para conseguir que sean ellos quienes, una vez capacitados con competencia, eduquen en primera persona a sus hijos o alumnos y siempre hemos tenido y seguimos teniendo la convicción de que los padres han de ser los primeros educadores y de que los profesores deben completar la labor de los padres y procurar la máxima comunicación entre el ámbito familiar y el escolar.

Sin embargo, durante el primer trimestre de 2010 empezamos a trabajar en un nuevo programa SABE, esta vez para el ámbito escolar, dirigido a los propios niños y a los adolescentes. Y ello por dos motivos: 1) desde hace algún tiempo algunos profesores de colegios que habían cursado el SABE Adolescencia nos pedían unos materiales adecuados para impartir en su centro los contenidos de este *sabe educadores* a sus alumnos, y 2) Por la disposición legislativa de una educación sexual obligatoria en los colegios contemplada en el ámbito de la *nueva ley de salud reproductiva e interrupción voluntaria del embarazo* de ámbito nacional (España), y porque ya estaban a punto unos materiales para impartirla en la comunidad Valenciana a los alumnos de

educación secundaria<sup>3</sup>, convenía tener preparado para el curso 2010-2011 un programa y unos materiales alternativos.

Nos pusimos a ello, ha sido un trabajo intensísimo, y el 24 de junio de 2010 nació el programa SABE escolar del IVAF-PIJPII que constituye un programa integral de educación de la sexualidad para niños y adolescentes entre 5 y 15 años el cual está ya a disposición de las escuelas, colegios y demás centros educativos de todos los países de habla española y que será impartido por primera vez, Dios mediante, durante este curso 2010-2011, a partir de febrero, en varios centros educativos. El equipo de profesores del IVAF-PIJPII que ha trabajado en la elaboración del SABE Escolar está formado por 10 personas. Son 3 médicos, 2 farmacéuticas, 1 maestro, 1 psicóloga, 1 sociólogo, 1 bióloga y 1 ingeniera.

### **SABE ESCOLAR. Una educación para la vida**

Lo más novedoso del SABE escolar 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 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 la apuesta 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 una educación de la sexualidad para el amor, una educación de la sexualidad que por responder a la llamada al amor verdadero inscrita en cada ser humano es la educación primordial.

Este programa, a diferencia de otros, no se resume en la confección de unos talleres más o menos atractivos para los jóvenes avisando de los peligros del contagio de infecciones de transmisión sexual. Más bien al contrario, proponemos una visión integral de la socialización en la que se ofrecen modelos de vida humanizadores que abarcan desde las relaciones entre los sexos hasta la misión del poder público en la conformación de actitudes y dónde queda, en este contexto, la función de los padres en la transmisión de virtudes y valores. En este sentido avanzamos un área docente con profesores capacitados específicamente para desempeñar esta tarea.

Podemos decir que nuestros clientes son colegios, no personas. Si hay un centro educativo interesado en implantar el SABE Escolar, deberá contar con profesorado capacitado previa y específicamente para ello, serán al menos tres profesores de cada colegio, uno de la etapa de 5 a 7 años, otro de la etapa 8 a 11, y otro de la etapa 12 a 14 años pues son las etapas en la que se debe impartir el SABE Escolar. El IVAF oferta esta capacitación a través del PIJPII y puede seguirse a distancia. Durante este curso 2010-2011 hemos hecho compatible la capacitación del profesorado desde octubre de

---

<sup>3</sup> Nos referimos al PIES: Programa de Intervención Pedagógica para la Educación Secundaria Obligatoria (PIES), de aplicación en la Comunidad Valenciana.

2010 y la implantación del programa SABE escolar en el colegio a partir de enero de 2011.

### **Contenidos del programa SABE Escolar**

El SABE Escolar consta de 18 sesiones en 3 etapas. En cada una de las 3 etapas (Etapa 1: 5 a 7 años; Etapa 2: 8 a 11 años; Etapa 3: 12 a 14 años) se trabajan 6 sesiones que versan sobre diversos aspectos referidos a los 6 temas fundamentales tratados en las 6 Unidades que componen el programa: Unidad 1. La sexualidad humana: su desarrollo y reconocimiento; Unidad 2. La familia humana: causa, razón y fin de la sexualidad. Tipos y modelos de funcionalidad y disfuncionalidad familiar. Unidad 3. La sexualidad responsable: virtudes y defectos; Unidad 4. Salud y sexualidad; Unidad 5. La representación de la sexualidad en el espacio público y la difusión en medios y redes; Unidad 6. La diferenciación sexual en la construcción social: equidad, diferencia, respeto y promoción. En cada etapa se trabajan las mismas 6 Unidades, pero enfatizando diversos conceptos, virtudes y aspectos, según la edad de los niños o adolescentes que lo reciben y explicado mediante palabras, juegos y actividades adecuados para cada una de las etapas.

Así, en la 1ª Unidad, tratamos la relación de la sexualidad con la procreación, la necesidad de conocimiento y respeto de la naturaleza sexuada constitutiva de identidad. En la 2ª Unidad se trabaja la relación de la sexualidad con el matrimonio y la familia y la necesidad de prepararse para formar la mejor familia posible. En la 3ª Unidad, se hace ver la relación de la sexualidad con la práctica de virtudes y la posibilidad de llegar a ser, a través de la educación de la sexualidad, más y mejor persona. En la 4ª unidad, relacionamos la sexualidad con la salud, no sólo higiene corporal sino también higiene comportamental. Y con ayuda de la 5ª unidad tratamos de prevenir el abuso sexual y ayudamos a los escolares a detectar engaños que vienen de fuera por ejemplo a través de los medios de comunicación al tiempo que aprenden a defenderse ellos mismos. Mientras que en la 6ª unidad trabajamos el respeto al otro sexo a partir del conocimiento de las diferencias y enseñamos a descubrir, desde el hecho de ser niño o niña, chico o chica, varón o mujer y de tener posibilidad de elegir, la vocación: matrimonio o celibato.

El programa SABE Escolar está trabajado a fondo tanto en línea horizontal como en línea vertical. Bien trabajado en línea horizontal porque el orden en que se imparten las 6 sesiones en todas y en cada una de las etapas no es casual. Entendemos que conocer el sentido de la diferencia sexual y su verdadero significado es esencial para dar sentido al esfuerzo por crecer en virtudes y al requerido para tomar las mejores decisiones. Conocer el verdadero significado de la sexualidad es también esencial para poder detectar desviaciones y engaños que vienen del exterior. Y al final, la persona necesita que su vida tenga sentido y para ello tiene que ser capaz de tomar decisiones fundamentales.

Bien encajado en línea vertical porque lo que el niño aprende en relación con una Unidad del programa cuando tiene entre 5 y 7 años, es basamento adecuado para asimilar mejor lo que recibirá en la segunda etapa en relación a esa misma Unidad. Mientras que lo recibido en la segunda etapa es básico para que asimilen con el

máximo aprovechamiento los contenidos de dicha Unidad cuando tengan entre 12 y 14 años. Así por ejemplo en la unidad 3, el pudor aprendido como parte del respeto del sí mismo propio y ajeno, y la capacidad de continencia en cosas pequeñas y diversas a los 5-7 años es el principio para poder, a medida que van creciendo, interiorizar y vivir la sexualidad como un campo de mejora personal. En la primera etapa se empieza a trabajar algunas virtudes como la paciencia, la elegancia, la discreción y el autodominio, y con esta base asimilarán mejor el contenido relativo a la 3ª Unidad cuando tengan entre 8 y 11 años, esto es la práctica de otras virtudes como la modestia, el autocontrol y la capacidad de esfuerzo. En la segunda etapa experimentarán la alegría de conseguir con su esfuerzo ser mejores personas y hacer más felices a los demás. Y ello es un buen fundamento para que cuando cumplan 12-14 años comprendan la necesidad de practicar la continencia sexual junto con otras virtudes, entre ellas la prudencia, como parte natural de su mejora personal, como signo de su respeto al otro y como camino de felicidad y fidelidad.

Cada una de las 18 sesiones consta de una parte teórica (45´) y una parte práctica (45´) con contenidos, explicaciones y actividades adecuados para cada intervalo de edad. A los 5-7 años conviene que el profesor muestre muchas imágenes y haga a los niños muchas preguntas cortas y sencillas combinadas con explicaciones breves por su parte para transmitir lo esencial con mucha simplicidad. A los 8 a 11 años, las preguntas del profesor pueden ser algo más largas y lo serán también las respuestas de los alumnos así como aumentará su interés por escuchar al otro constituyéndose oportunidades de reflexión, escucha, autodeterminación y respeto. A los 12 a 14 años se buscará que sean los alumnos quienes planteen preguntas y discusión y hay que potenciar que aprendan a escuchar y a ponerse en el lugar del otro.

La parte teórica de cada sesión 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 taller práctico que les sirve para interiorizar, practicar y hacer suyo lo escuchado y aprendido durante la exposición de la teoría. Hemos incluido un cuestionario autoinstructivo al final de cada sesión de 90´ que hemos diseñado para servir sobretodo al niño/adolescente, pero 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 en el aprovechamiento.

Para las sesiones prácticas del SABE Escolar 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.

La profesora o profesor deberá calibrar la situación diferencial de los alumnos y/o alumnas que tiene delante a la hora de transmitir los contenidos y hará los ajustes o adaptaciones que sean oportunos para obtener de cada uno el máximo provecho. No todos los alumnos maduran al mismo tiempo ni desarrollan sus habilidades y capacidades al unísono. Los padres deben estar al tanto de lo que van a recibir sus hijos en el colegio y de cuándo lo recibirán para poder adelantarse, cuando lo consideren oportuno. Los manuales del IVAF<sup>4</sup> pueden ser de utilidad a los padres para poder explicar a sus hijos algo del contenido de la sesión antes o después de la misma o para realizar actividades prácticas adecuadas a la edad en familia. Podrán, con conocimiento de causa, hablar con el profesor o profesora para que conozca alguna circunstancia de interés con respecto a su hijo o hija que pueda contribuir a su mejor aprovechamiento de las sesiones. Nuestros manuales pueden servir también de apoyo a la profesora o profesor.

Los contenidos del SABE Escolar han sido cuidadosamente diseñados, son fruto de una seria y larga investigación recogiendo experiencias acumuladas y se han examinado las necesidades educativas actuales. Sin embargo, la realidad es siempre más rica que los diseños, esquemas, y programas. Todo programa educativo es una generalización que considera unidad lo que es en realidad distinto: cada alumno concreto. Por eso la profesora o profesor deberá calibrar la situación diferencial y tenerla en cuenta para exponer con el máximo respeto por las conciencias.

Queremos que el SABE Escolar sea un recurso vivo, en permanente actualización. Para ello ponemos a disposición del centro educativo un portal de Internet de recursos didácticos para que el profesor pueda disponer de los mismos al preparar su clase magistral. El IVAF se compromete a actualizar el programa con regularidad así como a facilitar que los profesores de colegios puedan plantearnos sus dudas de aplicación y se sientan asistidos al tener un profesor del IVAF a su disposición.

### **Capacitación del profesorado que lo va a impartir**

Los profesores que impartan las sesiones del SABE Escolar tienen que ser personas que valoran la sexualidad y que valoran y viven la continencia según su estado. En el SABE Escolar transmitimos el reconocimiento de la fertilidad progresivo y adecuado a cada edad y por ello creemos también necesario que los profesores que lo imparten hayan aprendido a reconocer su/la fertilidad. No se trata sólo de los signos de fertilidad corporales sino también de los signos en el cuerpo y en el alma de su tarea de paternidad. Los profesores han de conocer e interpretar los signos del funcionamiento ovárico, pero también su relación con la apertura y la acogida de la vida así como la inseparable conexión entre cuerpo y alma y entre sexo, amor y procreación.

Como ya hemos adelantado, los colegios interesados en implantar el SABE Escolar en el currículo escolar en su centro deberán procurar la capacitación de al menos 3

---

<sup>4</sup> Manual para la etapa infantil y educación primaria: Concepción Medialdea (Coord.) *Educación de la sexualidad para el amor dirigido a niños de 3 a 12 años*. EIUNSA, Madrid 2008.

Manual para la educación secundaria: Concepción Medialdea, Ana Otte y José Pérez Adán. *Curso de educación de la sexualidad para adolescentes (SABE)*. EIUNSA, Madrid 2001.

profesores mediante los SABE Educadores (SABE Infancia, SABE Adolescencia o SABE Integrado)<sup>5</sup>. Recomendamos que el colegio ofrezca también a los padres la posibilidad de cursar alguno de los SABE Educadores a distancia (Infancia, Adolescencia o Integrado) que ofertamos desde el PIJPII, aquel que sea el más apropiado según las edades de sus hijos y circunstancias. Sólo así podrán ejercer con espíritu positivo, iniciativa, competencia y eficacia como primeros educadores de sus hijos en el ámbito familiar. A nuestro juicio, también los sacerdotes que atienden colegios deberían cursar el SABE Integrado a distancia.

Los SABE Educadores, como otros programas similares, ayudan sobremanera a entrenarse para la batalla cultural en la que estamos inmersos, la cual marca las diferencias entre una cultura de la vida y una cultura de la muerte. Padres y profesores, así como directores de colegios y sacerdotes que atienden centros educativos no pueden olvidar que la educación de la sexualidad es la materia fundamental sin la cual sus hijos o alumnos no podrán ser felices ni desarrollar bien su vocación. No es suficiente con tratar de evitar que los hijos o alumnos reciban el impacto negativo de actuaciones externas, hay que educar la sexualidad de los hijos y alumnos desde la más tierna infancia, información y formación, con competencia, aprovechando para ello las diversas situaciones de la vida cotidiana tanto en el ámbito familiar como en el escolar.

### **Conclusión**

En el I Congreso Internacional en Reconocimiento de la Fertilidad que tuvo lugar en Managua en 2008 presentamos el itinerario SABE del IVAF-PIJPII dirigido a educadores, SABE Infancia, SABE Adolescencia y SABE Adultos que constituyen los SABE educadores para padres y profesores. Ahora en Monterrey estamos presentando el SABE escolar para niños y adolescentes. Gracias a Dios, muchos años de trabajo previo, incluso desde muchos años antes del nacimiento del IVAF, son ya más de 20 años de trabajo en esta área, que están dando un fruto precioso. Aquí está también el trabajo de algunas personas que estuvieron en los comienzos del IVAF pero que ya no están con nosotros y han sido fundamentales para poner los cimientos. Además, queremos agradecer el ejemplo y apoyo de todos aquellos que nos han ayudado en los distintos momentos y circunstancias, sin ellos no habría sido posible. Destacamos todo lo que aprendemos de los profesores del PIJPII sin nombrar a ninguno porque son muchos y no queremos dejar a ninguno en el tintero. Consideramos que debemos mucho a Juan Pablo II el grande y a San Josemaría.

Desde este curso 2010-2011 los contenidos de este nuevo programa de educación de la sexualidad para el amor estarán presentes en muchos colegios de la Comunidad Valenciana, pero también de otros lugares de España y de otros países. Sólo podemos dar gracias a Dios y pedir su ayuda para estar a la altura de las circunstancias y preparados para dar apoyo a estas iniciativas.

---

<sup>5</sup> Se trata de los sabe educadores. En Managua (2008) presentamos el itinerario educativo del IVAF-PIJPII para la capacitación de padres, profesores y sacerdotes que atienden centros educativos, para más información acudir a nuestra página web: [www.ivaf.org](http://www.ivaf.org) o realizar la consulta por e-mail a través de la dirección electrónica: [cursos@ivaf.org](mailto:cursos@ivaf.org).

En próximos congresos esperamos poder dar cuenta de los resultados de aplicación de este programa y de las diferencias 1) cuando sea impartido por profesores capacitados de cada una de las etapas a sus propios tutorandos, 2) cuando se logre además la capacitación de los padres y del sacerdote del centro educativo, y ello en comparación con 3) aquellos centros en los que sea impartido por profesor no capacitado para ello previamente o por profesor capacitado pero que no es el tutor de los niños o alumnos a quienes imparte las sesiones.

# **TELEFONO DE LA SEXUALIDAD PARA JOVENES**

## **Protocolo de actuación, información y formación adecuada**

### **II CONGRESO INTERNACIONAL DE FERTILIDAD EN MONTERREY (MEXICO)**

**M<sup>a</sup> Paz Minguez Estevan. Instituto Valenciano de Fertilidad, Sexualidad y Relaciones Familiares (IVAF)**

La correspondencia puede ser enviada a: Instituto Valenciano de Fertilidad, Sexualidad y Relaciones Familiares (IVAF). Agrupación Clínica, Cronista Carreres, nº 8, Valencia España. E-mail: [info@ivaf.org](mailto:info@ivaf.org)

### **Resumen**

Se profundiza sobre el protocolo de actuación más adecuado si se pretende informar y formar sobre temas de sexualidad mediante un teléfono de la sexualidad para jóvenes como los que están en uso actualmente en algunos lugares. La ponencia se inicia con una justificación de este servicio debido al comportamiento sexual emergente entre los jóvenes. Se realiza un muestreo de los distintos servicios de teléfono de la sexualidad para jóvenes junto con las páginas web de información sexual que ofrecen las distintas comunidades autónomas en España y se ponen de manifiesto los puntos en común. Frente a las iniciativas en marcha de este tipo de servicio telefónico, proponemos un protocolo más adecuado de actuación del teléfono de la sexualidad y aportamos nuestra experiencia previa en un teléfono de la sexualidad en Valencia. Por último, proponemos un decálogo de actuación del teléfono de la sexualidad a modo de conclusión.

*Palabras clave:* Sexualidad / Afectividad/ Educación sexual/ Comportamiento sexual juvenil/ Teléfono de la sexualidad.



## INTRODUCCIÓN

Nadie discute hoy la necesaria formación en valores en el terreno afectivo sexual de nuestros jóvenes. Los profundos cambios culturales, morales, científicos, y sociales hacen más que necesaria, podríamos decir urgente y justificada esta formación, ya que este cambio ha afectado al comportamiento sexual juvenil.

Los padres tienen el deber y el derecho de ser los primeros y principales educadores de sus hijos, así “los jóvenes deben ser instruidos adecuada y oportunamente sobre la dignidad, tareas y ejercicio del amor conyugal, sobre todo en el seno de la misma familia” (CEC 1632)

Aunque comprobamos una y otra vez que no hay otro ámbito mejor que el familiar para la educación afectivo sexual de nuestros jóvenes, es también cierto que muchas familias han hecho dejación de estas funciones y por diversas razones ya no se creen capacitadas para abordar las múltiples cuestiones que surgen relacionadas con la sexualidad. De alguna manera, algunas familias se han quedado perplejas y han delegado en la administración pública (a nivel educativo y sanitario principalmente) la tarea de formar e informar a sus hijos. Así, se han ido introduciendo programas sobre educación sexual en colegios, páginas web de sexualidad para jóvenes, charlas sobre educación sexual y teléfonos de información sobre todo lo relacionado con la sexualidad.

En efecto, uno de los servicios de los que dispone la administración pública en España para informar sobre cualquier cuestión relacionada con la sexualidad es el llamado teléfono de la sexualidad, y en esta ponencia trataré de justificar cual debería ser el protocolo de actuación para que el servicio al ciudadano sea verdaderamente eficaz y provechoso, es decir que ayude a solucionar los interrogantes de los jóvenes y no a acrecentarlos.

En el IVAF consideramos urgente ayudar a los padres a conseguir una capacitación adecuada para que puedan hacer frente a la cultura adversa actual y lo hacemos mediante los sabios educadores. Pero hoy por hoy no es suficiente y por eso tenemos el proyecto de poner en marcha un teléfono de la sexualidad de atención a jóvenes del IVAF en los próximos meses que tenga las características que proponemos aquí.

## EL NUEVO COMPORTAMIENTO SEXUAL EMERGENTE

No hay duda que el nuevo comportamiento sexual emergente de los jóvenes es el resultado de una serie de cambios sociales en el ámbito de la sexualidad. El primer cambio o revolución sexual fue según J Perez Adan y J Ros Codoñer<sup>1</sup> la píldora anticonceptiva en los años 60. La píldora, separando la sexualidad de la procreación, “ha llevado a un solapado cambio en la conciencia de los valores”<sup>2</sup>, pues si puede haber sexualidad sin procreación, el paso siguiente es procreación sin sexualidad (a partir de los años 70 con la reproducción asistida), y el siguiente es en la década de los 80, sexualidad sin amor, es decir sin ninguna afectividad, sólo por diversión.

---

<sup>1</sup> J. Perez Adan. J. Ros Codoñer. *Sociología de la familia y de la sexualidad*. Edicep. Valencia, 2003, p. 48.

<sup>2</sup> M. Rhonheimer. *Ética de la procreación*. Rialp, Madrid, 2004. p.22

Además, se han creado las condiciones psicosociales y morales adecuadas para aceptar poco a poco comportamientos desviados como la actividad sexual entre personas del mismo sexo.

Todos estos factores han condicionado el nuevo comportamiento sexual<sup>3</sup> de nuestros jóvenes, creando una nueva cultura sobre la sexualidad desconocida hasta el momento. Pero, ¿cuáles son las características de este nuevo comportamiento sexual juvenil?. Se comprueba que cada vez es más precoz y generalizado el inicio de la actividad sexual entre los jóvenes. No se da en ningún momento como una opción el retraso del inicio en la actividad sexual. Además el nuevo comportamiento sexual emergente se caracteriza por ser inestable. La inestabilidad en las relaciones hace que se dispare la promiscuidad y con ella el riesgo al contagio de infecciones de transmisión sexual (ITS) y SIDA.

La sexualidad se trivializa y deshumaniza, ya no está relacionada con la afectividad. Se cambia la afectividad por un sucedáneo, el emotivismo. El joven persigue el mero emotivismo, es infantil su relación. El bien que el joven persigue teniendo una actividad sexual está totalmente separado del bien de su pareja. Parece que exista una cierta comunión en el mejor de los casos, sin embargo es así mientras coinciden los intereses mutuos, pero cuando esos intereses entran en conflicto, aparece la verdadera naturaleza de la relación, que no es otra que la utilización mutua<sup>4</sup>.

Sin la verdad de la sexualidad, al despojarla de cualquier significado ético, al joven le queda el placer y el emotivismo. Pero, ¿es esta la sexualidad que quiere y con la que ha soñado?

## EL TELEFONO DE LA SEXUALIDAD EN ESPAÑA HOY

Actualmente los teléfonos de la sexualidad que funcionan a nivel estatal y a nivel de Comunidades autónomas son éstos:

A nivel estatal:

Línea Sex Joven

Federación de Planificación Familiar de España<sup>5</sup> (FPFE)

608102313 (fines de semana).

En las diferentes comunidades autónomas de España:

### ANDALUCIA<sup>6</sup>

<sup>3</sup>Cfr. Polaino-Lorente, A. "Psicopatología e interrupción voluntaria del embarazo", Cuadernos de Bioética, Vol. XX, Núm. 70, septiembre-diciembre, 2009, pp.357-380. Asociación Española de Bioética y Ética Médica. España. Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/875/87512342005.pdf>

<sup>4</sup> C. Caffarra. *Sexualidad a la luz de la antropología y de la Biblia*. Biblioteca del Instituto de Ciencias para la familia. Universidad de Navarra. Ed. Rialp, Madrid 1990, p.25.

<sup>5</sup> [www.fpfe.org/files/t\\_pdf/jovenes\\_y\\_sexualidad.pdf](http://www.fpfe.org/files/t_pdf/jovenes_y_sexualidad.pdf)

<sup>6</sup> [www.juntadeandalucia.es/institutodelajuventud/patiojoven/iaj/contenido?pag=/contenidos/Programas\\_actuaciones/Oci\\_oTiempoLibre/campos\\_trabajo\\_introduccion](http://www.juntadeandalucia.es/institutodelajuventud/patiojoven/iaj/contenido?pag=/contenidos/Programas_actuaciones/Oci_oTiempoLibre/campos_trabajo_introduccion)

Yaperollama teléfono web de Información sexual para jóvenes<sup>7</sup>  
 Instituto Andaluz de la Juventud  
 901406969 (desde fijo)  
 955035052/53 (desde móvil)

ARAGON<sup>8</sup>  
 Telejoven. Gobierno de Aragón.  
 Instituto Aragonés de la Juventud.  
 902111280

ASTURIAS<sup>9</sup>  
 Asturesex ONG  
 985090808

CANARIAS<sup>10</sup>  
 Teléfono de Información sexual  
 Dirección general de Juventud de Canarias  
 901515151  
 Otro dependiente del Servicio Canario de salud. Santa Cruz Joven<sup>11</sup>  
 902114444

CANTABRIA<sup>12</sup>  
 La Cagida, COF  
 942347002/ 942202619

CASTILLA- LA MANCHA<sup>13</sup>  
 Teléfono joven de Información sexual  
 Confederación Regional de Asociaciones de Vecinos de Castilla La Mancha (CAVE-CLM) y con el apoyo del Instituto de la Juventud de Castilla La Mancha. (Desde enero del 2010 ha dejado de funcionar por falta de financiación).  
 900714093  
 Centro de Juventud de Albacete FPFE  
 967511068, los fines de semana móvil a nivel nacional que depende de la FPFE  
 608102313

CASTILLA Y LEON<sup>14</sup>  
 Teléfono de Información sexual para jóvenes

---

<sup>7</sup> [www.yaperollama.com/](http://www.yaperollama.com/)

<sup>8</sup> [www.telejoven.com/](http://www.telejoven.com/)

<sup>9</sup> [www.sexsaludalia.com/centroginecologicos/asturias/centro\\_planificacion\\_familiar.html](http://www.sexsaludalia.com/centroginecologicos/asturias/centro_planificacion_familiar.html);  
[www.elkonsultorio.es/elkonsultorio-de-sexualidad/telefonos-de-informacion-sexual-44420.html](http://www.elkonsultorio.es/elkonsultorio-de-sexualidad/telefonos-de-informacion-sexual-44420.html)

<sup>10</sup> [www.juventudcanaria.com/es/servicios/informacion\\_sexual/intro.php](http://www.juventudcanaria.com/es/servicios/informacion_sexual/intro.php)

<sup>11</sup> [www.sctfe.es/index.php?id=1051](http://www.sctfe.es/index.php?id=1051)

<sup>12</sup> [www.santander.es](http://www.santander.es)

<sup>13</sup> [www.caveclm.org/telefonojoven/](http://www.caveclm.org/telefonojoven/)

<sup>14</sup> [www.salud.jcyl.es/sanidad/cm/ciudadanos/tkContent?idContent=589&textOnly=false&locale=es\\_ES](http://www.salud.jcyl.es/sanidad/cm/ciudadanos/tkContent?idContent=589&textOnly=false&locale=es_ES)

Junta de Castilla y León  
901151415

CATALUÑA<sup>15</sup>  
Centre Jove d'Anticoncepció y sexualitat (CJAS)  
934151000  
Instituto de Estudios de Sexualidad y Pareja<sup>16</sup>  
932155883

EXTREMADURA<sup>17</sup>  
Teléfono de Información sexual Infosex  
Sociedad Sexológica de Extremadura en colaboración con el Instituto de la Juventud de Extremadura  
924247681

GALICIA<sup>18</sup>  
Red de centros QUEROTE<sup>19</sup>. Dirección general de Juventud de la Xunta de Galicia  
902141617  
Centro Jove de Anticoncepción e Sexualidade  
881916869 (desde Galicia) y 608102313 (fines de semana desde cualquier punto de España)  
Centro de Información de Saúde para a Mocidade  
981583978/00 (no sólo información sexual)

MADRID<sup>20</sup>  
Federación de Planificación Familiar de España (FPFE)<sup>21</sup>  
Línea Sex Joven  
608102313 (fines de semana, en todo el territorio nacional)  
Línea Sex-Inform  
915222333  
Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad (CJAS)<sup>22</sup>  
915316655

MURCIA<sup>23</sup>  
Centro Informajoven<sup>24</sup>  
Ayuntamiento de Murcia

<sup>15</sup> [www.centrejove.org/home.htm](http://www.centrejove.org/home.htm)

<sup>16</sup> [www.iesp.cat/consulta-jove.html](http://www.iesp.cat/consulta-jove.html)

<sup>17</sup> [www.ssextrmadura.es/](http://www.ssextrmadura.es/)

<sup>18</sup> [www.coruna.es/servlet/Satellite?c=Page&pagename=Nex%2FPage%2FNex-Generica&cid=1213025858129&argIdioma=es](http://www.coruna.es/servlet/Satellite?c=Page&pagename=Nex%2FPage%2FNex-Generica&cid=1213025858129&argIdioma=es)

<sup>19</sup> [www.querote.org](http://www.querote.org)

<sup>20</sup> [www.sitelias.net/](http://www.sitelias.net/)

<sup>21</sup> [www.fpfe.org/files/t\\_pdf/jovenes\\_y\\_sexualidad.pdf](http://www.fpfe.org/files/t_pdf/jovenes_y_sexualidad.pdf)

<sup>22</sup> [www.centrojoven.org/](http://www.centrojoven.org/)

<sup>23</sup> [www.stoyxti.es/StoyXTi/faces/web/inicio.jsp](http://www.stoyxti.es/StoyXTi/faces/web/inicio.jsp)

<sup>24</sup> [www.informajoven.org/info/servicios/sexualidad.asp](http://www.informajoven.org/info/servicios/sexualidad.asp)

968215580  
Espacio Salud y genero<sup>25</sup>  
Concejalía de juventud. Ayuntamiento de Cartagena.  
968128866

## PAIS VASCO

Alava  
Federación de Planificación Familiar de España<sup>26</sup> (FPFE)  
945161583  
Servicio de Sexología del Ayuntamiento de Mondragón<sup>27</sup>  
943798010

## VALENCIA

Infosex Joven  
Consejería de juventud del Ayuntamiento de Alicante  
96549668  
Teléfono de la Sexualidad.  
Instituto Valenciano de la Juventud<sup>28</sup>.  
902252020

Pero, ¿qué tienen en común estos teléfonos?

En las páginas web de la administración pública donde se informa de todo lo referente a la sexualidad se da el teléfono como servicio de atención directa al joven. La mayoría son gestionadas por organismos o asociaciones que siguen la ideología de género.

Así pues, tienen en común que:

1) Proponen el preservativo como el método anticonceptivo a utilizar para prevenir los embarazos no deseados y las infecciones de transmisión sexual. La conveniencia de utilizarlo siempre que se realicen prácticas de riesgo como tener múltiples parejas sexuales, antecedentes de uno de los dos de ITS, tener pareja que consume drogas por vía intravenosa, y si tienen relaciones sexuales con pareja desconocida.

<sup>25</sup> [www.cartagena.es/frontend/pagina/\\_xzuM2Hlr2V-FF5Ux\\_nArDILDpDIIQI3gN5e-EZbTGvc18L47Dex03A](http://www.cartagena.es/frontend/pagina/_xzuM2Hlr2V-FF5Ux_nArDILDpDIIQI3gN5e-EZbTGvc18L47Dex03A)

<sup>26</sup> [www.fefe.org/menu/guiasexjoven/default2.html](http://www.fefe.org/menu/guiasexjoven/default2.html)

<sup>27</sup> [www.sexoconsejo.com/centros.php?id=75](http://www.sexoconsejo.com/centros.php?id=75)

<sup>28</sup> En Valencia (España), la administración pública (Generalitat Valenciana, Consellería de Bienestar Social, creó por la Ley 4/1989 el Instituto Valenciano de la Juventud ([www.ivaj.es](http://www.ivaj.es)). Este Instituto ejecuta y coordina las políticas de juventud que lleva a cabo la Generalitat en virtud de la competencia exclusiva que tiene atribuida en esta materia, estableciendo sus directrices generales y coordinando todas las actuaciones que en este ámbito – y otros que puedan afectar al mismo –, efectúan los distintos departamentos del Consell. Una de sus funciones es defender los derechos de los jóvenes, el apoyo a sus procesos de emancipación, la promoción sociocultural de la juventud, el fomento de la participación y el asociacionismo juvenil y el desarrollo de actividades de tiempo libre, del turismo y de los intercambios juveniles. En 1990, el IVAJ creó el llamado Teléfono Jove (900502020) que entre otros asuntos informaba de temas de sexualidad. Fue a partir de marzo de 2001 cuando se creó un teléfono dedicado exclusivamente a temas relacionados con la sexualidad, llamado Teléfono de la Sexualidad (902252020), y dejó de funcionar en abril de 2010.

En ningún momento se les informa de que el preservativo reduce pero no elimina el riesgo de contagio de una ITS, tampoco se les explica que podría ocurrir un embarazo prematuro.

2) Siempre se hace hincapié en sexo seguro. En España en ninguna de las campañas<sup>29</sup> llevadas a cabo hasta ahora se han seguido las recomendaciones terminológicas de ONUSIDA2007<sup>30</sup>, respecto a recomendar utilizar el término “sexo más seguro”, y no usar el término “sexo seguro”, y que también respetan aquellas medidas educativas que hacen énfasis en la educación en valores para la fidelidad y reducción del número de intercambios sexuales: *“Es preferible usar relaciones sexuales más seguras, ya que relaciones sexuales seguras puede implicar una seguridad completa. Las relaciones sexuales son ciento por ciento seguras, es decir, que no son el vehículo de transmisión del VIH, cuando los dos miembros de la pareja conocen su estado serológico VIH-negativo y ninguno de ellos se encuentra en el periodo silente que va de la exposición del VIH a la aparición de anticuerpos contra el VIH detectables mediante la prueba del VIH. En otras circunstancias, la reducción del número de parejas, y el uso correcto y sistemático de preservativos masculinos o femeninos, pueden reducir el riesgo de transmisión del VIH”.*

3) No se da en ningún momento como opción la ABSTINENCIA, ni aún cuando el joven no tenga clara la relación, se le invita a tener relaciones sexuales si quiere pero siempre con preservativo.

4) Se habla mucho de la autoestima que el joven debe tener y de la libertad a la hora de elegir con quien quiere tener relaciones sexuales (esporádicas o no), pero nunca se habla de autodominio. No se le dice que tiene capacidad de decir NO a una relación que no le conviene; es más, que muchas veces es cuestión de vida o muerte ni que puede afectar a su futura actividad sexual.

5) Les dicen que hay posibilidad de que se den ovulaciones espontáneas, a pesar de que ello no tiene base científica.

6) Afirman que la manera de evitar los embarazos en los adolescentes es ofrecer una “adecuada” educación sexual desde el colegio, favorecer el acceso a métodos anticonceptivos y a recursos sanitarios y sociales adaptados a sus necesidades.

<sup>29</sup> Las campañas para prevenir los embarazos no deseados en la adolescencia y las infecciones de transmisión sexual, especialmente el SIDA, son muchas. Desde 1998 hay un convenio de colaboración entre el Ministerio de Sanidad y el Consejo de la Juventud de España para impulsar estas campañas. Son:

Sexoconeso([www.sexoconeso.com/adjuntos/08%20Telefonos%20de%20informacion.pdf](http://www.sexoconeso.com/adjuntos/08%20Telefonos%20de%20informacion.pdf));

Condonéate. Placer sin riesgos ([www.condoneate.org/es/#home](http://www.condoneate.org/es/#home))

Yopongocondon. ([www.yopongocondon.com](http://www.yopongocondon.com))

<sup>30</sup> [http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/jc1336\\_UNAIDS\\_terminology\\_guide\\_es.pdf](http://data.unaids.org/pub/Manual/2007/jc1336_UNAIDS_terminology_guide_es.pdf)

Algunos centros de ayuda a los jóvenes en materia de sexualidad se llaman Centro Joven de Anticoncepción y Sexualidad<sup>31</sup>. ¿Es casualidad que se relacione sexualidad y anticoncepción?, ¿por qué no se relaciona sexualidad con amor y con procreación?....

## **SEXUALIDAD Y AFECTIVIDAD. PROTOCOLO DE ACTUACION QUE SUGERIMOS**

La sexualidad humana es una dimensión de la persona y está orientada al diálogo interpersonal para la maduración integral del ser humano que se abre al don de sí en el amor y se vincula a la fecundidad y a la transmisión de la vida humana. Así, el amor y la fecundidad son signos y valores de la sexualidad humana que se incluyen y reclaman recíprocamente, no son alternativos ni opuestos.

En la sexualidad debe haber información y formación. Los programas de formación sexual chocan o son radicalmente distintos según del presupuesto antropológico del que se parta. La persona humana es una unidad substancial de cuerpo y espíritu, es decir la persona humana es corporal, (yo hago un trabajo, mi persona, no lo hace mi cuerpo al margen de mi) y el cuerpo humano es personal (espiritual).

Siendo la sexualidad humana una dimensión de la persona, y no sólo del cuerpo de la persona, en ella están presentes los tres dinamismos interrelacionados: el físico, el psíquico y el espiritual, y no podemos formar uno de estos dinamismos en detrimento de los demás.

En el obrar de la persona humana debe haber también una unidad, a esto se le llama integración que en la sexualidad humana supone la subordinación del dinamismo físico al psíquico, y del psíquico al espiritual. Así, “el acto psíquico y el acto físico de la unión sexual se subordina al acto espiritual que es donación personal. 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 será expresión de una previa donación personal entre los esposos, sino simplemente expresión de una relación psicológica entre amantes, o incluso puede reducirse a una mera relación física entre sujetos”<sup>32</sup>

Según lo que entendamos por persona humana, formaremos la sexualidad desde una perspectiva u otra. Entonces, nos interesa saber: ¿desde qué perspectiva se debe responder al ciudadano para solucionar los interrogantes acerca de la sexualidad?, ¿son buenas todas las maneras de entender la sexualidad?.

Parece que la ética moderna convierte en igualmente buenas todas las opciones, cualquier modelo de sexualidad puede servir; de esta manera se pierde de vista que hay una naturaleza humana que puede destruirse o construirse con nuestros actos. Lo más importante entonces es la libertad de la persona, pero una libertad desligada de la verdad, y basada en la subjetividad, entonces lo que hoy me sirve, mañana no me sirve, pues hemos construido negociando “otra” verdad.

<sup>31</sup> [www.centrojoven.org](http://www.centrojoven.org)

<sup>32</sup>C. Caffarra. *Sexualidad a la luz de la antropología y de la Biblia*. Biblioteca del Instituto de Ciencias para la familia. Universidad de Navarra. Ed. Rialp, Madrid 1990, p.16.

Según el Dr Barceló<sup>33</sup> la perspectiva desde la que un servicio de información al ciudadano como el teléfono de la sexualidad debe responder a los problemas relacionados con la sexualidad, planteados por un perfil de usuario amplio, es compleja e implica múltiples vertientes. La sexualidad humana está orientada a la comunicación amorosa entre dos personas que se merecen mutuamente respeto, y que se deben tratar en igualdad de derechos y obligaciones. Siempre debe estar unida la sexualidad con la afectividad, si no queremos empobrecer la sexualidad. Por tanto, el conocimiento de los resortes mediante los cuales aparece un enriquecimiento mutuo derivado del encuentro amoroso es una de las premisas fundamentales para vivir con intensidad y permanencia una vida sexual plena y sana hasta edades avanzadas de la vida.

Algunos de los obstáculos que facilitan el fracaso en las primeras etapas del encuentro están relacionados con prejuicios y falsas creencias. Desde una actitud por parte del varón de utilitarismo de la mujer o de la falta de respeto hacia ella, reflejado en el lenguaje utilizado por hombres prepotentes, por ejemplo, poco se puede avanzar en problemas tan serios y cruciales en nuestra sociedad como la violencia contra la mujer o las actitudes de indignidad en el trato hacia personas diferenciales. Desde un menosprecio de la infancia por parte de los adultos con tendencias perversas que utilizan a los niños como fuente de placer, sólo nos encontraremos con sufrimiento y graves lacras en la personalidad de los infantes víctimas de mercaderías o laxitud en el control de estos sujetos, como queda constatado en la literatura científica de estos últimos años relacionando el abuso sexual en la infancia con el posterior desarrollo de graves trastornos de personalidad, cada vez de más frecuente presentación en nuestras sociedades occidentales.

También los problemas relacionados con una mayor incidencia de patología generada por infecciones de transmisión sexual (ITS) merecen una meticulosa información a los potenciales solicitantes de datos, basados éstos en la evidencia científica y no en prejuicios ideológicos. Esta materia resulta muy delicada de abordar porque los programas de prevención habituales no contemplan todas y cada una de las circunstancias de riesgo del amplio abanico de las ITS.

La actitud por parte de algunas personas de que todo vale en relación a la obtención del placer sexual asociado, en mayor o menor medida, a factores de personalidad con determinados rasgos, pueden activar prácticas sexuales de repetición que rozan o incluso cristalizan en trastornos de la conducta sexual denominados parafilias. Incluso estos planteamientos por parte de determinados individuos podrían llegar a cumplir criterios de auténtica adicción al sexo con los problemas adicionales que esta patología puede influir en las personas de su entorno.

Otra situación relativamente frecuente, que puede presentarse en un servicio de consultoría sobre problemas y dudas acerca de la sexualidad propia o de personas allegadas, es el posible enmascaramiento de una patología mental grave bajo la apariencia de un problema de preocupación por la propia sexualidad. Por ejemplo,

---

<sup>33</sup> Manuel Barceló Iranzo es psiquiatra de la Unidad de Psiquiatría del Hospital La Fe de Valencia (España). El Dr Barceló elaboró un protocolo de actuación para el teléfono de la sexualidad del Instituto Valenciano de la Juventud y formó a un grupo de personas, entre las que me incluyo, para responder a todas las posibles preguntas relacionadas con la sexualidad desde un punto de vista integral y de acuerdo con la dignidad de la persona humana.



síntomas sexuales relacionados con trastorno obsesivo-compulsivo, patología neurótica o incluso psicótica son situaciones que debían contemplarse como hechos o, al menos, dudas razonables para decidir una derivación a las unidades de salud mental correspondientes.

También situaciones relacionadas con disfunciones sexuales, alteraciones ginecológicas y/o urológicas, riesgos de contagio de ITS por accidentes o imprudencias, consultas acerca de la reproducción o fertilidad requieren una orientación clara y concisa. La mayoría de problemas precisan de la intervención de los médicos de familia y de los especialistas en otras disciplinas médicas. Por tanto, la derivación a los recursos sanitarios debe contemplarse como una opción prioritaria para el despistaje de complicaciones patológicas o la puesta en marcha de las medidas de prevención para que aquellas no lleguen a presentarse nunca.

Resulta clave en todo el proceso de la educación sexual la comprensión de las características del otro sexo y el respeto a la idiosincrasia de cada persona y a las elecciones que realice en el curso de la relación por dolorosas que éstas sean para uno o ambos miembros de la pareja. El respeto a la integridad física, psicológica y moral de la persona, aunque se haya extinguido la pasión o el atractivo amoroso, debe ser un principio irrenunciable en la relación de pareja. Por todo ello, una formación integral de la sexualidad y de la afectividad en la población juvenil debe contener estos principios: respeto al otro, aceptación del rechazo y búsqueda de un encuentro amoroso que trascienda la mera actividad coital, genital o ritual apasionado.

En un mundo en el que todo vale, podríamos preguntarnos: ¿existe una sexualidad anormal?, ¿es válida para el hombre cualquier actividad sexual si le gusta y consiente él y su pareja?.

Respetar las personas no significa que se aprueben todos sus actos y se den por igual de válidas sus actividades sexuales. La definición que mejor engloba una sexualidad anormal, patológica o desviada de su objetivo más deseable, la comunicación amorosa entre dos personas de distinto sexo que buscan el acceso a una vivencia amorosa sublime, sería ésta: “Aquella que resulta destructiva o perjudicial para el sujeto que la desarrolla y para quienes se ven involucrados en ella, aquella que no se orienta al otro en un sentido estricto, la que excluye la estimulación de los órganos genitales propios y de la pareja, la que se asocia de manera inapropiada a sentimientos de culpabilidad o de ansiedad y la que representa una naturaleza repetitiva de tipo compulsivo”

Los objetivos de una sexualidad madura y estable deben adaptarse a unas fases, en mayor o menor medida secuenciales, como sigue: a) establecimiento de un cierto grado de intimidad, b) establecimiento de empatía creciente, c) incremento de la confianza con el amado, d) refuerzo de la identidad personal, e) refuerzo positivo y catalizador afectivo mutuo, f) la sexualidad es un fenómeno más general que el mero sexo físico, sea éste coital o no.

Valorar a la otra persona como especial e irrepetible, y desear su bien por encima de cualquier otra proposición, son los principios básicos para conseguir que la relación de pareja, iniciada por un flash pasional basado en la neuroquímica del amor (ferohormonas, neuropéptidos y monoaminas biógenas), llegue a buen puerto con la atracción fresca a pesar del paso de los años.

## **EXPERIENCIA EN EL TELÉFONO DE LA SEXUALIDAD DEL IVAJ. VALENCIA (ESPAÑA)**

El teléfono de la sexualidad del IVAJ se puso en marcha como tal en marzo del año 2001, y hasta abril del 2010 en que dejó de funcionar. Tuve ocasión de actuar de teleoperadora asesora en materia de sexualidad y la aproveché. Estuve en el mismo desde septiembre del 2009 hasta abril del 2010. Según la página web<sup>34</sup>, el Teléfono de la Sexualidad (902252020) es (era) un servicio de atención telefónica para que los jóvenes puedan consultar cualquier tema que les interese en materia de sexualidad: relaciones sexuales, comportamiento y vivencias sexuales, planificación familiar, prevención de enfermedades de transmisión sexual, etc.

Además de garantizar la confidencialidad y el anonimato de los jóvenes, se puede obtener información sobre instalaciones de salud o de atención médica, asociaciones o colectivos vinculados a la información sexológica, organismos a los que dirigirse ante un problema concreto y, sobre todo, un asesoramiento completo para que los jóvenes puedan disfrutar de una sexualidad sana y placentera que les ayude a madurar.

Funcionaba de manera no gratuita los 365 días del año, con horario de 10:30 de la mañana a 20:30 de la tarde, y además del teléfono, y al igual que todas las comunidades autónomas, el instituto de la juventud de Valencia contaba también con un correo electrónico para realizar consultas.

### **Número de llamadas al teléfono de la Sexualidad**

Según la edición electrónica de la memoria de actividades del instituto valenciano de la juventud<sup>35</sup> el número de llamadas desde marzo del año 2001 al año 2008 son las siguientes:

|                                            |                           |
|--------------------------------------------|---------------------------|
| Nº de llamadas atendidas durante 2001..... | 5.961 (desde el 20 marzo) |
| Nº de llamadas atendidas durante 2002..... | 6.453                     |
| Nº de llamadas atendidas durante 2003..... | 6.582                     |
| Nº de llamadas atendidas durante 2004..... | 7.508                     |
| Nº de llamadas atendidas durante 2005..... | 6.255 (incluido mail)     |
| Nº de llamadas atendidas durante 2006..... | 4.805                     |
| Nº de llamadas atendidas durante 2007..... | 4.182                     |
| Nº de llamadas atendidas durante 2008..... | 3.433                     |

No disponemos del número de llamadas atendidas del año 2009, pero podemos hacernos una idea clara: el número de llamadas va aumentando progresivamente

<sup>34</sup> [www.ivaj.es/ivaj/opencms/IVAJ/es/salud/telefono.html](http://www.ivaj.es/ivaj/opencms/IVAJ/es/salud/telefono.html)

<sup>35</sup> [www.ivaj.es/ivaj/opencms/IVAJ/es/ivaj/modulos/publicaciones/publicacion\\_0008.html?\\_\\_locale=es&uri=/IVAJ/es/ivaj/publicaciones.html&tipo=publicacion](http://www.ivaj.es/ivaj/opencms/IVAJ/es/ivaj/modulos/publicaciones/publicacion_0008.html?__locale=es&uri=/IVAJ/es/ivaj/publicaciones.html&tipo=publicacion)

hasta el año 2004, que es el año en que más llamadas son atendidas, un total de 7.508. Y a partir de ese año, las llamadas sufren una progresiva disminución.

### **Tipos de llamadas del teléfono de la sexualidad**

-Por sexo: Llaman más mujeres (60%) que hombres (40%).

-Por bloques temáticos:

Un tema muy frecuente (21%) de llamada es consultar sobre planificación familiar, casi exclusivamente métodos anticonceptivos. En casi ningún protocolo de actuación de los diferentes teléfonos de la sexualidad en España, están actualizados los datos sobre los métodos de reconocimiento de la fertilidad (MRF) usados para posponer el embarazo, por ello nombran el coitus interruptus como MRF y dicen del sintotermico, el Billings y el de la temperatura que son ineficaces y difíciles de aprender. Si encima requieren abstinencia, el usuario directamente los excluye de su uso.

La mayoría de las chicas llaman para consultar problemas relacionados con la píldora anticonceptiva, sobre todo olvido de la píldora, contraindicaciones, conveniencia de reposo, sangrados anormales, teléfonos de centros de planificación familiar, etc.

También se consulta sobre otros métodos hormonales, como implantes, parches y el anillo vaginal. Hay muchas llamadas preguntando por el preservativo después de su rotura, deslizamiento, retención en la vagina, etc.

Otro tema frecuente es la posibilidad de un embarazo inesperado (18%).

Normalmente, quienes llaman son jóvenes menores de 20 años que no están tomando la píldora, sino que han utilizado un preservativo y han tenido un problema como su rotura. Apenas conocen su ciclo menstrual. No saben por ejemplo la duración de sus ciclos, en qué momento del ciclo han tenido su relación sexual, los días de regla, y mucho menos síntomas como si se han notado moco cervical o si creen que han ovulado o no por síntomas como sangrados pequeños o dolor de riñones, etc. Muchas de estas chicas jóvenes se plantean el tomarse la píldora del día siguiente (PDD) cuando han tenido un problema con el preservativo o simplemente han tenido relaciones sin preservativo, y no es infrecuente que recurran a la misma una segunda o tercera vez.

Otro tema es la prevención de infecciones de transmisión sexual (13%) y las respuestas sexuales en mujeres y en hombres, como vaginismo o impotencia (6%).

Se están dando muchos casos de chicos de más de 25 años que han comenzado a tener relaciones sexuales a los 17 años y que han tenido muchas parejas a lo largo de su vida sexual activa, y empiezan a tener este tipo de problemas. Llaman preocupados porque en una o dos ocasiones no han tenido una erección. Cuando les preguntan si tienen pareja estable, contestan que no, algunos la tuvieron, pero están mejor así, teniendo relaciones esporádicas, cambiantes y sin ningún tipo de compromiso. Este hábito y cierta obsesión por querer dar la talla ante una chica, por ejemplo, es más que suficiente para que ocasionalmente puedan tener impotencia. Una impotencia psicológica, no orgánica, confirmada con el hecho de tener erecciones nocturnas. Sin embargo, ninguno de los que llama cree que tenga relación el hecho de no tener una

pareja estable, a la que se quiere, con la impotencia; no ven la relación entre la sexualidad y la afectividad.

La vivencia sexual (problemas psicoafectivos y orientación e identidad sexual) representa un 12 % de los temas. El comportamiento sexual (masturbación, técnicas sexuales, formas de ligar, parafilias, etc) representa un 4% de los temas. Y el conocimiento del cuerpo un 7% de los temas. Por último, el resto de los temas (19%) son varios: educación sexual (otros servicios de asesoría sexual), teléfono de la sexualidad, etc.

## DECALOGO DE ACTUACIÓN

Para que la actuación por parte del equipo de asesores- consultores en el ámbito de la formación de la sexualidad de la población juvenil resulte útil, me parece que se deben tener en cuenta estos 10 puntos:

1. Aprender a escuchar al hablante garantizando la confidencialidad y dedicarle el tiempo necesario para perfilar sus demandas explícitas e implícitas en su discurso. El asesor conoce la naturaleza humana y no juzga ni se escandaliza.
2. Preguntar con respeto, calma y deseo de ayuda las circunstancias que pueden aclarar la demanda, y permitir una orientación idónea con perspectivas de contactos posteriores para realizar un seguimiento del caso. En el teléfono es muy importante el lenguaje que utilizamos y el tono de la voz, tanto el lenguaje como el tono deben reflejar el respeto hacia las personas que llaman, aunque la consulta nos parezca absurda.
3. Tratar los problemas de sexualidad de cualquier persona que utilice el servicio como una ocasión de formación amplia en el ámbito afectivo, cognitivo y social. El asesor por otro lado debe ser una persona bien formada para poder atender mejor.
4. Ante la mínima duda de detección de un problema psicopatológico, o de práctica sexual con riesgo potencial de contagio por un agente de una enfermedad de transmisión sexual<sup>36</sup>, inmediatamente recomendaría al hablante que acudiese a su médico de familia de la Unidad de Atención Primaria del departamento correspondiente.
5. Si se sospecha la comisión de un delito de violencia sexual contra la mujer o un menor, el consultor recomendaría al hablante se personara ante la autoridad policial o judicial correspondiente apelando a un arrepentimiento espontáneo como atenuante de su delito.
6. El joven tiene derecho a conocer que puede dominar su impulso sexual y abstenerse hasta el matrimonio. Por ello, el asesor no debe tener miedo de hablar de abstinencia, y en el caso de que el joven tenga relaciones sexuales con preservativo, debe ser informado que la comunidad científica no habla nunca de sexo seguro, sino

---

<sup>36</sup> Síntomas que pueden indicar que se tiene una ITS [www.msc.es/campannas/campanas06/saludsexual5.htm](http://www.msc.es/campannas/campanas06/saludsexual5.htm)

de sexo más seguro, porque reduce las ITS y SIDA y los embarazos, pero no lo elimina.

7. El asesor no debe renunciar a sus convicciones con el pretexto de ser neutral. Por ejemplo, no aconsejar el aborto aunque sea en circunstancias extremas. Respetar a las personas siempre no significa que se consideren todos los actos relacionados con la sexualidad igual. Las consecuencias de unos actos y otros nos muestran la diferencia.

8. La fertilidad no es una amenaza para vivir una sexualidad plena. El asesor hablará siempre de la fertilidad como un bien, un bien inseparable de la sexualidad. Hará hincapié en la necesidad de cuidarla, de admirar la maravilla de la fisiología del cuerpo humano, etc.

9. El asesor a la vez que escucha va haciéndose preguntas para sí: ¿realmente que necesita esta persona?, ¿qué me quiere transmitir?, ¿qué haría yo en su lugar?, para discernir, a la vez que tiene la oportunidad de rezar y desagraviar.

10. Por último, el objetivo fundamental de un equipo que asesora al joven en el ámbito de la sexualidad es conseguir acercar a éste a una vivencia saludable de sus afectos, sensaciones y emociones, con absoluto respeto al otro. Pero, sobre todo, debe transmitir la belleza de la sexualidad cuando es signo de la donación plena, y la esperanza de recuperar la inocencia y la pureza que en muchas ocasiones perdemos.

**MUCHAS GRACIAS**

2º Congreso Internacional de Reconocimiento de la Fertilidad Humana  
Monterrey 2010

La Importancia de la existencia de un Certificado Internacional de  
Calidad para la Educación en Reconocimiento  
de la Fertilidad:  
Una decisión comprometida para América y el Mundo

Vicente Oltra, secretario de CIFER

- a) **¡¡¡Sereis como dioses!!!**. Hans Graf Huyn Ed. Criteria
- b) **Como la Iglesia Construyó la Civilización Occidental**. Thomas E. Woods JR. Ed. Ciudadela
- c) **Y lo sigue haciendo**. Nosotros somos testigos desde Monterrey

a) **¡¡¡Seréis como dioses!!!** Hans Graf Huyn Ed. Criteria

En esta primera parte de la Ponencia, nos interesa recurrir al citado libro editado en 1992 por Ediciones Universitarias Americanas y reeditado ahora en 2010 por Editorial CRITERIA En la que encontramos de nuevo a Graf, el autor que certifica la historia acaecida en la segunda parte del Siglo XX, **que no es más que la prolongación natural de aquella discusión que en el Siglo XIII abrieron Santo Tomás y San Buenaventura (dominicos) con Duns Scoto, Marsilio de Padua y Guillermo de Ockham sobre la infalibilidad del Papa, que defendían los dominicos y contradecían los franciscanos, de cuyo grupo acabó siendo expulsado el más recalcitrante de los perfeccionistas: Ockham, que acaba siendo excomulgado, de entonces al rebelde Lutero solo hubo un paso de unos siglos de desobediencia ideológica aparentemente incócuca**, luego el Siglo de las Luces, la Masonería especulativa 1714/17, la Revolución francesa de 1789, las guerras napoleónicas, el odio promovido -al arrimo de la Inquisición- por los separatistas, contra España y contra la Iglesia Católica y luego ya, la Guerra Civil española 1931/39; 1968 en la Sorbona de París y el odio de Marcús, Derrida, y otros con su intento de deconstrucción social en el que estamos en 2010.

Todos los Gobiernos Onusianos de Ban ky Mon, sucesor de Kofi Annan yerno de Wallemborg el masón principal de Bilderberg Presidente de SAAB y SCANIA Bank: Obama, Lula, Kirschner, Castro, Chaves, Evo Morales, Correa, con los europeos representados en Bruselas cuyo Parlamento es de mayoría Masónica que quieren imponer la esclavitud del pensamiento Único: el Aborto, la eutanasia, la esterilización masiva; la manipulación génica y embrionaria; la trata de blancas, la pornografía, el turismo del sexo incluso con niños, los homosexuales y pederastas, la fantasía de género y el feminismo radical, etc.

El peligro del Totalitarismo: Hitler (con 6 millones de judíos asesinados y 15 millones de muertos) y Lenin/Stalin (con más de 150 Millones de asesinados solo por el delito de discrepar), ahora los manipuladores del esclavismo Siglo XXI.

Stephen Hawking acaba de decir que *“si no salimos pronto a la Conquista del Espacio peligra la perpetuación de la especie humana”*. Luchamos contra los nacimientos con el Aborto y la

2° Congreso Internacional de Reconocimiento de la Fertilidad Humana  
Monterrey 2010

manipulación social, cuando pronto necesitaremos centenares de miles de millones de ciudadanos en un Universo en expansión, cuasi ilimitada... ¡En qué quedamos!

**... y dijimos que estaba bien.**

**¿SON COMPATIBLES LA CIENCIA Y LA FE EN DIOS?**

Declaraciones de varios galardonados con el premio Nobel

**El poder de las Ideas**

El Pensamiento único y políticamente correcto:

Destrucción de la Familia y para ello: Aborto, eutanasia, esterilización masiva, manipulación génica y embrionaria, homosexualidad, pederastia, pornografía, turismo de sexo y con niños, trata de blancas, droga, etc.

**DECONSTRUCCION SOCIAL**

Ecuación clarificadora:

Esa TRIADA tiene a los medios en sus manos:

archimultimillonarios [(sionistas,islamistas,waspístas)masonería]=Capitalismo salvaje

**LOS MEDIOS Y LAS AGENCIAS DE NOTICIAS EN LAS MISMAS MANOS**

- El sistema capitalista salvaje ha invadido el cuerpo social del Mundo.
- En países como Rusia, el capitalismo salvaje ha irrumpido con fuerza arrolladora y todos lo ven.
- No es tan evidente en el resto del mundo, pero también está ahí.

¡Si conviene se utilizan todos los medios de comunicación para borrar las mentes y reescribir en ellas, lo que conviene a un capitalismo salvaje que todo lo quiere para sí!

Como dijo Juan Pablo II y ahora Benedicto XVI necesitamos sistemas que sean HUMANISTAS, que reconozcan a las personas Únicas e Irrepetibles: Criaturas de Dios.

**La Triada para la promoción y dirección del “Nuevo Orden Mundial”.**

“Pensamiento Único y Políticamente correcto.” ayudado por los Medios de Comunicación

2º Congreso Internacional de Reconocimiento de la Fertilidad Humana  
Monterrey 2010



**PARA UN FUTURO DE ESPERANZA**





2° Congreso Internacional de Reconocimiento de la Fertilidad Humana  
Monterrey 2010



b) Como la Iglesia Construyó la Civilización Occidental.

Thomas E. Woods JR. Ed. Ciudadela

c) Y lo sigue haciendo.

Nosotros somos testigos desde Monterrey

- Desde hace 2010 años la Iglesia ha venido celebrando la historia diaria de la Resurrección y promoviendo el Magisterio con esfuerzo y contradicciones permanentes, como hemos visto y vemos ahora. El profesor Woods nos invita a conocer esa realidad en su libro prorrogado por el Cardenal A<sup>o</sup>. Cañizares.
- El Enemigo Satanás, Padre de la Mentira, siempre buscando a quién devorar trata de engañarnos y detener nuestros avances y esfuerzos,... pero, "las puertas del Infierno no prevalecerán contra ella".
- Hoy al comienzo del nuevo milenio, parece que el Príncipe de este Mundo ha tomado posesión...pero No prevalecerá. Cumplamos y enseñemos los 10 Mandamientos, que se encierran
- En el año 2002 en Buenos Aires, en el Congreso de ULIA de aquel año, viendo lo que se nos venía encima, desde el Enemigo Satanás Padre de la Mentira, decidimos crear una Certificadora Internacional que otorgara la Certificación de Calidad que dos años más tarde, tras estudios y esfuerzos, dio lugar al **CIFER**, que registrado en toda Europa con validez para todo el Mundo, dio pie a que en 2008 se celebrara en Managua (Nicaragua) el I Congreso y ahora en 2010 aquí en Monterrey el II Congreso que estamos celebrando. ¡Costó, pero llegamos, con la Oración de todos!
- El logotipo de CIFER tuvo como base gráfica inicial, **la foto de una ostra en su concha, y la perla de la ostra "era el niño al que había que proteger", parece una historia inventada, pero fue así realmente.**

2º Congreso Internacional de Reconocimiento de la Fertilidad Humana  
Monterrey 2010



Nuestro esfuerzo en América valió la pena desde los inicios. Es desde ahí, desde ese Continente, desde donde se devolverá la FAMILIA y la VIDA a su lugar de “Dignidad Humana” a defender.



La Iglesia provee en todos los momentos cruciales de la Historia un puñado de hombres y su Magisterio adornado por la Fe en nuestro Señor Jesucristo Hijo, el Padre y el Espíritu Santo, la Trinidad Santísima, que nunca abandonan la Nave que hace 2010 años echaron a la procelosa Mar de la Vida y de la Historia. Este tiempo no es excepción y junto al Papa Benedicto XVI y sus dicasterios con sus equipos directores, el pueblo de Dios coopera a la dirección de la Barca de Pedro remando mar adentro...*duc in altum*...

2° Congreso Internacional de Reconocimiento de la Fertilidad Humana  
Monterrey 2010

Aquí, en nuestro II Congreso Internacional de Educación y Reconocimiento de la Fertilidad Humana, están Presentes en representación del Santo Padre, el nuevo Presidente de la Comisión Pontificia de la Vida y, cómo no, nuestro Cardenal Arzobispo de Monterrey que nos preside a todos los miembros que asistimos a este Congreso, para trabajar a fondo por el presente y el futuro de la FAMILIA y la VIDA.

Por las futuras generaciones.

Nosotros en IVAF, CIFER y todas las Instituciones PROVIDA aquí representadas estamos al servicio de la FAMILIA y de la VIDA y ofrecemos a la Iglesia doméstica de Monterrey nuestra cooperación abierta a ese fin. Sin cansancio y hasta donde sea necesario ofrecemos nuestro trabajo desde este Congreso a la Iglesia Universal.

En la defensa del no nacido, queremos ayudarle a nacer, educando a sus padres a reconocer la Fertilidad, no como una forma más de Control de la Natalidad al estilo de la IPPF (International Planned Parenthood que promueve esencialmente el asesinato del aborto y el desamor), sino como un recurso para su regulación desde el Amor en el matrimonio, con el que sembrar la semilla de la VIDA por una mujer y un hombre que se Aman y de cuyo amor, nacen los hijos, seres humanos.

Queremos ayudar al Bien Común de las futuras generaciones dentro de la FAMILIA y la VIDA. Cuantos más abortos, esterilizaciones masivas y eutanasias se practiquen más percibiremos que la "Creación" es un "Continente"-en el sentido de cabida- capaz de contener a cientos y cientos de miles de millones de personas humanas: el resultado de no ver la verdad real, resulta en una esclavitud y un Humanicidio innecesario. La Tierra es "solo" una limitación, y un día nada lejano dejará de serlo. "Salgamos a la Conquista del Universo"

**...VALE LA PENA... VALE LA PENA... VALE LA PENA**  
**¡Volvemos en el próximo Congreso! 2012**

## Comparación entre los Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad (MRF) y los anticonceptivos (AC)

Dr. Francisco Javier Marcó Bach. Catedrático de la Escuela de Medicina de la Universidad Panamericana, México DF y de la Universidad de Santiago de Compostela (España).

La comparación se realiza en el plano técnico, médico y humano, comparándose en doce aspectos. Los MRF no son una simple alternativa a los AC, sino una forma de vivir la sexualidad, con grandes beneficios para la pareja. Los fines de los MRF son evitar o conseguir embarazos, y el conocer el patrón de fertilidad de la mujer.

### 1. Ecología y efectos secundarios.

**a. Los MRF** son una forma natural y ecológica de vivir la regulación de la fertilidad, al consistir en el seguimiento del ciclo. Al no alterar el proceso natural, no tienen efectos secundarios nocivos. En una época que se busca la vida más natural, es una gran aportación a la planificación familiar.

**b. Los AC** van en contra de la fisiología femenina, generando riesgos para salud, y en los simplemente mecánicos se afecta a la naturalidad de la relación sexual.

### 2. Efectos psicodinámicos en la sexualidad.

**a. Los fenómenos** de la naturaleza son cíclicos, y la sexualidad vivida cíclicamente la aviva y evita el hastío. En los días fértiles fomenta otros tipos de comunicación amorosa, con lo que la pareja se siente más amada y la relación al final es más satisfactoria.

**b. Los AC** pueden afectar la relación, debido a los efectos adversos de las hormonas, o al cambio de motivación y de significación que producen en la sexualidad.

### 3. Racionalidad.

**a. Los MRF** son racionales, al basarse en el conocimiento del patrón de fertilidad y del cuerpo. Al autoconocer el cuerpo se integra la sexualidad en lo racional, lo que fomenta la autoestima, ya que al entender la parte íntima hay un cambio de actitud.

En consecuencia, dan más seguridad en las relaciones sexuales, ya que el conocimiento evita la tensión y el miedo, con lo que la relación sexual es más distendida y la entrega más plena.

**b. Los AC** no requieren racionalidad, al ser un control químico o mecánico del cuerpo. En consecuencia, no permiten conocer la fertilidad, y no fomentan la autoestima, ni la seguridad.

### 4. Aprendizaje.

**Los MRF** se basan en síntomas sencillos y fáciles de detectar. Los aprende cualquiera, independiente de la situación sociocultural, según el estudio que realizó la Organización Mundial de la Salud previo a la aprobación del método Billings (Fert. Steril. 36,1981). El estudio se realizó en cinco países, tres en vías de desarrollo, obteniendo que un 93% lo aprendió en un ciclo, un 4% en dos

2º Congreso Internacional de Reconocimiento de la Fertilidad Humana  
Monterrey 2010

ciclos, y un 3% en tres o más ciclos. No hubo diferencias en los resultados entre personas con estudios y en analfabetas.

### 5. Comunicación de la pareja.

**a. Los MRF** obligan hablar del tema sexual, porque involucra a ambos y es difícil seguirlos sin acuerdo en la pareja. El hablar permite que se conozcan mejor, y el saber da interés en la parte íntima de la mujer crea una confianza para contar sensaciones, apetencias, y otros aspectos de la intimidad. Ello fomenta la delicadeza y la estima, ya que el saber da asombro y respeto, lo que crea más unión, que es un requisito del amor.

**b. Con los AC** se vive la regulación de la fertilidad por separado, lo que no facilita el diálogo, el conocimiento de la intimidad, el respeto, ni la delicadeza hacia la mujer.

### 6. Responsabilidad en la fertilidad.

**a. Los MRF** exigen un común acuerdo en el aprendizaje y la utilización del método. Ello favorece una relación de igualdad en la sexualidad, ayudando a asumir conjuntamente la responsabilidad en estos temas. Además ayuda el conjugar el nosotros, al existir una subordinación del varón al patrón de fertilidad femenino, de forma que el varón al adaptarse al biorritmo femenino se fomenta el respeto y la dignidad de la mujer.

**b. En los AC** la responsabilidad sobre la fertilidad es sólo uno, lo que no propicia la colaboración. Por otra parte, fomentan la autocomplacencia y el egocentrismo ambos, al primar la búsqueda de la satisfacción del instinto. Ello favorece el usufructuar y cosificar a la pareja, mientras que no fomenta el respeto y la dignidad de la mujer.

### 7. Efectos en la pareja.

**a. Los MRF** mejoran la relación de la pareja con el tiempo de utilización. Por una parte dan más satisfacción física, al mejorar la calidad de la entrega y la libido, al ser una sexualidad vivida cíclicamente, lo que preteje del hastío. Por otra parte, la mejor comunicación ayuda a hablar más sobre ellos y los hijos. Además crea un mejor hábito de entrega, al conjugar el nosotros y al atender al bien del otro. Por último, fomentan el dominio de uno mismo al adaptarse al otro, lo que permite un mejor ajuste psicológico y afectivo.

Todo ello perfecciona el amor, el sexo, y defiende del egocentrismo. Además favorece el diálogo, el respeto, el conjugar el nosotros, la armonía sexual, con lo que mejora la relación de la pareja y la familia. Entre los usuarios de MRF crece el entusiasmo con el tiempo de utilización, por los beneficios que producen en la pareja.

**b. Los AC** favorecen un cambio del sentido de la sexualidad, lo que es un factor negativo para la estabilidad de pareja. Se dice que el amor con AC hace más ardua la armonía y la felicidad, ya que pueden faltar rectitud de la relación, de forma que es un amor contradictorio y un factor de destrucción.

La entrega sexual debe ser un salir de sí mismo, para ponerse en el lugar del otro y conjugar el nosotros. Pero los AC tienen el peligro de no querer de verdad al otro y en su totalidad, al rechazar su fertilidad. Además favorecen el egocentrismo, pudiendo llegar a ser esclavo del instinto y del capricho, no siendo capaz de dominar el instinto y de pensar en el otro, con lo que se puede acabar usando a la pareja. Según un trabajo de Ellen Grant, del Real Colegio

2° Congreso Internacional de Reconocimiento de la Fertilidad Humana  
Monterrey 2010

de Médicos de Inglaterra, la probabilidad de divorcio en parejas que utilizan AC aumenta al doble.

### **8. La eficacia.**

Los MRF tienen una eficacia comparable a los mejores AC. La eficacia práctica o de uso depende de la enseñanza adecuada y de la motivación de la pareja.

Pero además los MRF son gratuitos, o sólo hay un desembolso inicial, frente a los intereses económicos de los AC. Por otra parte, los MRF no tienen efectos secundarios y son específicamente humanos, aunque su gran ventaja es que mejoran la relación de la pareja y es una verdadera liberación de la mujer, al crear un plano de igualdad en el tema sexual.

### **9. Utilización.**

Los MRF se pueden utilizar siempre, sin importar la edad, la época biológica, la salud, el ser fumadora o la medicación. Además permiten descubrir los periodos de fertilidad en ciclos irregulares, en la premenopausia, o el primer ciclo en postparto o en la lactancia. También son aplicables para la detección de disfunciones reproductivas, y para conseguir embarazos en algunos casos de hipofertilidad.

Los MRF, al no basarse en sustancias químicas que alteran la fertilidad y con efectos secundarios, tienen un índice de continuidad mayor que los AC. Así los estudios existentes dan un índice de continuidad al método Billings del 97% al cabo de un año, y del 84% al cabo de cuatro años. En el método sintotérmico es el 90.4% al cabo de dos años. Con el dispositivo intrauterino y el diafragma es el 80% al cabo de un año. Con las píldoras anticonceptivas es 51% al cabo de cinco años, y de sólo 26% al cabo de diez años.

### **10. Precisión en la paternidad.**

Los MRF permiten una utilización inteligente de la sexualidad, de forma que al detectar el día de la ovulación se puede planear la fecha del nacimiento del hijo. Además permiten vivir consciente la relación sexual que puede dar lugar al embarazo, lo cual es impagable.

### **11. Postura frente a la vida.**

**a. Los MDF** favorecen una mentalidad respetuosa respecto a la vida, al no alterar las leyes biológicas de la reproducción.

**b. Los AC** favorecen una mentalidad cerrada a la vida, ya que se basan en la alteración de las leyes de la naturaleza. La ruptura sistemática del nexo existente, aunque sea inconsciente, entre sexualidad y vida produce perturbaciones, que conducen a una falta de respeto a la vida. Diversos trabajos demuestran que el incremento de utilización de los AC favorece el aumento de abortos.

### **12. Posibilidad de elección del sexo.**

Los MRF, mediante la utilización inteligente de la sexualidad y el conocimiento del patrón de fertilidad, permiten elegir el sexo del hijo con una probabilidad del 70 a 80%, según la precisión en la determinación del día de la ovulación. Como la probabilidad es inferior al 95%, no se puede

2° Congreso Internacional de Reconocimiento de la Fertilidad Humana  
Monterrey 2010

considerar científicamente demostrado, aunque aumenta la probabilidad natural de aproximadamente el 50%.

**Conclusiones de la comparación.**

Los MRF no son un simple medio de regulación de la fertilidad, o una alternativa a los AC que luego se descalifica. Considerar sólo ese único fin es empobrecer los MRF, ya que no es su beneficio primario. Los grandes beneficios de los MRF son el ser naturales, racionales, que avivan la sexualidad, que favorecen el hablar sobre sexualidad, la delicadeza y la unión de la pareja, y el que fomentan el conjugar el nosotros, el amor y la dignidad de la mujer.

Sin embargo los AC tienden a producir daños en la salud física y psíquica, en la dignidad de la mujer, en la unidad conyugal, y además algunos eliminan la vida del embrión.

En mi opinión, los MRF se impondrán por ser muy superiores a los AC, ya que además de ser eficaces, tienden a mejorar la relación en todos los planos, a diferencia de los AC que la tienden a perjudicar.



## **TERMINOLOGÍA ADECUADA A PROPÓSITO DE LA EFICACIA DE LOS MÉTODOS DE RECONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD Y DE LA ENSEÑANZA DESDE EL ÁREA DEL RECONOCIMIENTO DE LA FERTILIDAD**

**Concepción Medialdea.** Instituto Valenciano de Fertilidad, Sexualidad y Relaciones Familiares (IVAF). E-mail: [cursos@ivaf.org](mailto:cursos@ivaf.org)

### **Resumen**

Se reflexiona sobre terminología del Área del Reconocimiento de la Fertilidad (ARF). La enseñanza de los Métodos de Reconocimiento de la Fertilidad (MRF) se suele comparar con la promoción del uso de anticonceptivos y algunos utilizan los mismos términos que quienes dispensan y promocionan la anticoncepción. En el diagnóstico y tratamiento de la fertilidad surge también la comparación entre fecundación como fruto del acto conyugal con ayuda de los MRF o fecundación artificial. El campo de la eficacia es campo de comparación y para poder hacerlo se utilizan idénticos términos, ello conduce a muchos a valorar la eficacia de los MRF de forma reductiva y a pensar que estamos tratando de lo mismo si bien «natural» o «artificial». Enseñar los MRF y continencia periódica como una ética contribuye a comprender el gran valor del acto conyugal humano y a reforzar el sentido de paternidad de quienes acuden buscando el embarazo o buscando posponerlo. La enseñanza/aprendizaje de los signos biológicos de fertilidad sólo para un mejor conocimiento de uno mismo reclama el uso de los términos RF, ARF, y MRF. Algunos términos, como el de *paternidad responsable*, que nos parece correcto utilizar, han perdido sin embargo, al menos en parte, su verdadero significado, que queremos contribuir a reconocer y restituir al tiempo que cuidamos otros términos de uso habitual en este campo.

### **Introducción**

Usar términos adecuados sirve a la verdad y al bien porque al usarlos con precisión conseguimos transmitir el verdadero sentido, el concepto verdadero que encierran las palabras que pronunciamos, aquellas que sirven para construir el pensamiento. El uso de una terminología adecuada nos permite entender o reconocer el verdadero sentido de lo que escuchamos, en definitiva usar términos adecuados contribuye a captar y a transmitir unos y otros la verdad objetiva o al menos a aproximarnos más y mejor a ello. Pensamos, escribimos, hablamos, explicamos y nos explican con ayuda de las palabras, por eso si no nos preocupamos en utilizar los términos adecuados podríamos estar diciendo, escribiendo o pensando aquello que no queremos o transmitiendo de forma reductiva y contribuyendo a la confusión de los demás.

En el I Congreso Internacional en Reconocimiento de la Fertilidad que tuvo lugar en Managua en octubre de 2008 presentamos una ponencia que trataba 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.





El IVAF propuso 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, 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 del 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 nosotros durante un tiempo suficiente con buenos resultados. Esta terminología fue propuesta a todos en las conclusiones del congreso de Managua, y son defendidos y exigidos desde la entidad CIFER.

En esta ponencia, pretendemos confirmar esta terminología y mostrar algunas ventajas de utilizarla. Vamos a reflexionar además sobre la necesidad de cuidar los términos que son de uso cotidiano entre quienes trabajamos en el área del reconocimiento de la fertilidad y enseñamos los métodos de reconocimiento de la fertilidad. En especial, trataremos sobre terminología y significado en relación a la eficacia de los MRF y continencia periódica, pero también sobre la necesidad de cuidar la terminología que usamos en la educación de la sexualidad infantil y adolescente, así como en la formación de novios y matrimonios.

### **A propósito de la eficacia de los MRF**

Hablar de eficacia de los MRF de uso en casa tradicionales, es algo complejo como veremos a continuación. Su eficacia, y hasta aquí se puede comparar aún con la de los MRF de uso en casa técnicos<sup>1</sup>, lo es en determinar con precisión los límites del periodo fértil del ciclo ovárico puesto que estos métodos por sí solos, tanto los tradicionales como los técnicos, únicamente sirven para esto. Este conocimiento acompañado de un comportamiento concreto es utilizado por unos para lograr el embarazo (1), por otros para evitarlo (2), por muchos para ambos cometidos (1 y 2) según las cambiantes circunstancias vitales, es decir para tener a sus hijos en los momentos más adecuados. Y sirve a todos para ser más conscientes del periodo de fertilidad cíclico uniéndolo a la tarea de paternidad (3). Ahora bien, el aprendizaje de los MRF tradicionales conlleva la observación prospectiva diaria de los signos biofísicos del funcionamiento ovárico, y su interpretación con ayuda de un monitor/profesor que nos guía al menos durante un tiempo quien puede además contribuir a la mejor comprensión por parte de los esposos no sólo de los procesos implicados en la procreación sino también de la tarea de paternidad responsable así como del sentido de la continencia periódica. Hay un tiempo de aprendizaje tutorizado, lo cual supone una ventaja importante de los MRF tradicionales sobre los MRF técnicos, por ello nos vamos a referir en adelante sólo a los MRF de uso en casa tradicionales los cuales facilitan con ventaja, si media la actuación de un monitor bien formado, un aprendizaje más completo y valioso.

<sup>1</sup> Al hablar de MRF técnicos nos referimos a monitores técnicos del tipo de PERSONA, CLEARPLAN y otros.



La comprobación de la eficacia de los MRF se obtiene cuando los usuarios/pacientes 1) mantienen de mutuo acuerdo relaciones sexuales en el periodo de posible fertilidad con una pauta concreta porque buscan el embarazo o 2) se abstienen de mutuo acuerdo de las relaciones sexuales durante el mismo porque pretenden posponer o evitar el embarazo o bien 3) comprenden y saben interpretar ambos los procesos biológicos relacionados con la procreación, practican la continencia sexual de mutuo acuerdo y alcanzan a comprender el gran valor del acto conyugal, su dignidad y la consiguiente grave responsabilidad a él vinculada, empezando entonces a pensar no sólo como esposos sino también como padres. Y este es un gran valor de este aprendizaje-vivencia que no podemos pasar por alto y cuya consecución justifica que haya no sólo que aprender sino también que educarse, implicándose por entero, que haya que hacerlo juntos, ayudándose. Se trata pues de un comportamiento virtuoso, una ética, que ha de ser elegida por comprender cuánto se gana con ello.

Así pues, hasta ahora estamos hablando de 1) eficacia de los MRF y continencia periódica (pauta de relaciones sexuales) en la búsqueda del embarazo; 2) eficacia de los MRF y continencia periódica en la evitación del embarazo; 3) eficacia de los MRF y continencia periódica en la comprensión del gran valor del acto sexual humano y de la grave responsabilidad a él vinculada.

Es claro que la aplicación de los MRF está vinculada a la práctica de la continencia pero ello es aún visto por muchos como un inconveniente de los MRF y de hecho hay promotores de los MRF que sin embargo no valoran la continencia ni la consideran indispensable. Pero practicar la continencia supone en realidad una gran ventaja desde el punto de vista del crecimiento del hombre, varón y mujer. Y ello porque contribuye a acrecentar la apertura a la vida, sirve para expresar mejor el amor conyugal, para educar mejor a los hijos... «Aunque la *periodicidad* de la continencia se aplique en este caso a los denominados *ritmos naturales* (HV,16), sin embargo la continencia es en sí misma una determinada y permanente actitud moral, es una virtud, y por eso todo el modo de comportarse que se sitúa bajo su guía adquiere carácter virtuoso»<sup>2</sup>.

Este comportamiento virtuoso contribuye con el tiempo al respeto mutuo y a construir una mejor relación interpersonal y por tanto a construir un buen matrimonio y una familia unida, y por tanto al progreso familiar y social. Así pues tal vez podemos investigar además en nuestros alumnos/pacientes 4) la eficacia de los MRF y la continencia periódica en lograr mayor salud física y espiritual matrimonial, familiar y social. La continencia sexual que acompaña al aprendizaje de los MRF ya no será vista como algo negativo sino algo positivo, es precisamente aquello que hace posible una ética de la vida la cual contribuye al progreso familiar y social<sup>3</sup>, es clave, y contribuye mucho a que el camino que siguen quienes aprenden los MRF y practican la continencia periódica por motivos justos y movidos por el amor sea tan distinto del camino que siguen quienes se deciden por el uso de anticonceptivos e incontinencia y/o el que siguen quienes se deciden a dar comienzo a la vida de sus hijos fuera del acto conyugal, por mucho que los motivos fuesen en ambos casos graves/justos.

<sup>2</sup> Cfr. Juan Pablo II. *Hombre y mujer lo creó*. Ediciones cristiandad, Madrid 2000, p. 645.

<sup>3</sup> Cfr. Benedicto XVI. *Caritas in Veritate*, n. 15. También en: Benedicto XVI. “Discurso a participantes del congreso internacional con motivo del 40 aniversario de la HV. Y en: Juan Pablo II. *Evangelium Vitae* nn. 93 y 101.



Lo dicho hasta aquí, da una idea de que usar los mismos términos que usan al hablar de eficacia quienes se dedican a la anticoncepción (píldora, DIU etc.) y sólo se interesan por la eficacia al evitar el embarazo o quienes se dedican a la fecundación artificial (IA, FIV, ICSI ) y se interesan sólo por el porcentaje de embarazos o de niños nacidos sanos no servirá y será causa de confusión.

Por otra parte, si hablamos de planificación familiar natural para referirnos a los MRF y de planificación familiar artificial, o de planificación familiar a secas, para referirnos a los anticonceptivos parecerá a la mayoría que hablamos de lo mismo básicamente, que se va a conseguir lo mismo y que sólo hay variación en la naturalidad o la artificialidad del método. Si en cambio hablamos de aprender los MRF y de practicar la continencia periódica tal vez uniéndolo en un mismo término: «MRF y continencia periódica», quedará más clara la diferencia radical con la anticoncepción.

Como ya explicamos en Managua que la práctica de la continencia es un valor a destacar, este es uno de los motivos de que no nos parezca adecuado usar términos como: *planificación familiar natural o regulación natural de la fertilidad* que engloban el aprendizaje de los signos biofísicos y la aplicación de unas reglas para conocer los periodos fértiles junto con un comportamiento continente que se aplica en función de los casos porque estos términos presuponen el comportamiento continente pero no se expresa de forma específica en dicho término. Consideramos que no se debe presuponer sino enseñar con la máxima luz posible. Es distinto al hablar de MRF, aunque no se añada siempre «y continencia periódica», porque en este caso se especifica en el término que son métodos para reconocer la fertilidad, sólo sirven para reconocerla, nada más. Después este conocimiento, según para que se aplique conllevará además un comportamiento concreto adicional.

Pero el asunto de la eficacia de los MRF es aún más complejo porque en el campo del diagnóstico y tratamiento de la infertilidad, el gráfico sintotérmico con las anotaciones diarias no sólo sirve a los pacientes, esposos, para conocer los mejores días para mantener relaciones sexuales sino que nos sirve también a quienes trabajamos en infertilidad, a los clínicos, para pautar las pruebas e interpretar bien sus resultados y para un mejor y más personalizado diagnóstico-tratamiento de la infertilidad. Es este un campo aún poco explorado pero con muchas posibilidades de futuro. Podemos entonces hablar también de 5) la eficacia de la aplicación de los MRF en el tratamiento clínico de la infertilidad. Así pues habría que distinguir entre la eficacia de los MRF en la búsqueda de embarazo y la eficacia de los MRF en el tratamiento clínico de la infertilidad, la cuál será mayor porque se añade el trabajo especializado en equipo y el tratamiento medicamentoso que acude en ayuda de los procesos implicados en la transmisión de la vida y del acto conyugal sin sustituirlo en ningún caso.

#### **Eficacia MRF/Anticonceptivos y eficacia MRF/Técnicas de fecundación artificial**

Cuando la ética no es la razón principal que mueve a aprender los MRF, pasa a tener mucho peso el argumento de la eficacia o de la ausencia de efectos secundarios a la hora de decidirse por un camino o por el otro y aunque la ausencia de efectos secundarios puede resultar lo más sugerente en principio acaba pesando más la eficacia, pero entonces sólo importa una parte de eficacia, la eficacia en evitar la concepción o la eficacia en conseguirla, la mira es mucho más estrecha. Es entonces cuando se busca comparar: eficacia MRF/Anticonceptivos o eficacia MRF/Técnicas de fecundación artificial. Para poder comparar se recurre a usar los mismos términos y parámetros.



Esta es la razón de que interese medir la eficacia de los MRF cuando se usan para evitar el embarazo en términos de índice de Pearl práctico, solo así se podrán comparar los resultados de los estudios de eficacia relativos a anticonceptivos (contraceptivos hormonales, preservativo, DIU etc.) con la eficacia de los MRF (Billings, Temperatura o Sintotérmico). Por otra parte la eficacia de las técnicas de fecundación artificial (IA, FIV, ICSI etc. se suele dar como porcentaje de mujeres que tras la aplicación de dicha técnica (uno o varios ciclos) consiguen quedar embarazadas o porcentaje de parejas que tras someterse a una de estas técnicas (uno o varios ciclos consigue tener un hijo sano. Buscando comparar, se suele mostrar la eficacia de 1) los MRF y pauta de relaciones sexuales en la búsqueda de embarazo o 2) la eficacia de los MRF en el tratamiento clínico de la infertilidad, como porcentaje de embarazos o como porcentaje de matrimonios que ayudándose de este aprendizaje logra tener un hijo durante un periodo de estudio concreto (aquí no se incluye gracias a Dios el término «sano» al lado de «hijo» y además se habla de matrimonio o al menos de pareja siempre porque la causa del embarazo, siempre, es el acto conyugal aunque no todos caen en ello).

Pero el peligro de comparar tan fielmente la eficacia es 1) que contribuye a una visión reductiva de los MRF y continencia periódica y 2) que cuesta ver la gran diferencia que hay en cómo se logra dicha eficacia.

Y es que la evitación del embarazo asociada a los MRF ocurre porque ella y él acuerdan abstenerse del acto sexual de mutuo acuerdo, la causa de la evitación es la continencia periódica de mutuo acuerdo, ambos se sacrifican porque entienden que deben hacerlo y dan tanta importancia a sus actos sexuales que quieren realizarlos siempre bien. Mientras que la evitación del embarazo asociada a los anticonceptivos ocurre porque al realizar el acto sexual se incluye en el mismo o en relación al mismo otro acto, una acción para y sólo para hacer imposible la concepción, la implantación o la gestación que se podría derivar del mismo. Además en este segundo caso la carga la lleva uno de los dos, normalmente la mujer y el acto sexual es todo menos un abrazo incondicional acogedor de la vida.

### **Aprender a reconocer la fertilidad en la adolescencia o juventud**

La enseñanza/aprendizaje de los signos de fertilidad ha demostrado ser útil en una educación de la sexualidad adolescente integral que sugiere a los jóvenes esperar hasta el matrimonio sin relaciones sexuales<sup>4</sup>, pero merece la pena reflexionar algo más al respecto porque algunos beneficios son entendidos de momento por una minoría y sigue siendo para muchos una asignatura pendiente. Realizamos aquí la siguiente reflexión porque la enseñanza/aprendizaje de los signos biológicos del funcionamiento ovárico enfocado sólo a un mejor conocimiento de uno mismo y del otro por saberse o saber al otro «fértil» justifica la elección de los términos RF, MRF y ARF, así como el descarte de otros. Hablamos en este apartado de Reconocimiento de la Fertilidad (RF) y del ARF, no nos referimos aquí a los MRF y continencia periódica.

Aprender a reconocer los signos de fertilidad sirve a las adolescentes y jóvenes para conocerse mejor y ello les ayuda a ejercitar su libertad con responsabilidad. En este sentido, conocer los signos biológicos de fertilidad sirve también a una mujer adulta soltera que prevé casarse más adelante o a una mujer que se compromete a vivir el

<sup>4</sup> El IVAF así como otros grupos entre los cuales fue pionero Teen Star han constatado suficientemente los beneficios de esta enseñanza/aprendizaje en la educación sexual adolescente.



celibato apostólico pudiendo, gracias a este conocimiento, saberse fértil, es decir saber que ovula, que tiene una buena evolución de la mucosidad cervical y un cuerpo lúteo habitualmente con la suficiente consistencia. Hay que aclarar antes de seguir que, en términos estrictos, la capacidad fértil no se puede dar por supuesta aunque en principio los signos de fertilidad la indiquen y ello porque depende de muchos factores y algunos no están en relación con la observación del moco fértil y el ascenso térmico. Se puede suponer en principio sin embargo.

Al saberse capacitada para acoger la vida en su seno, podrá acudir al matrimonio con la conciencia del valor que posee y que ofrece a su marido y a Dios, o comprometerse a vivir el celibato apostólico consciente de tan gran valor y ofreciéndoselo sólo a Dios. Este conocimiento es también, por sí mismo, útil al matrimonio por el mismo motivo. Pero cuando se enseña a novios a punto de casarse o a matrimonios se enseñan los MRF y continencia periódica, no sólo se les enseña a observar unos signos, a anotarlos e interpretarlos en referencia al ciclo ovárico sino que además aprenden a aplicar estrictamente las reglas propias de estos métodos que sirven para delimitar con gran precisión los límites del periodo de posible fertilidad. Cuando enseñamos a los adolescentes y jóvenes la existencia de unos signos de fertilidad no les enseñamos estas reglas, sino sólo el significado de esos signos porque pretendemos que vivan la continencia en la espera. Las jóvenes solteras no necesitan aplicar las reglas de los MRF y continencia periódica si bien se les puede explicar que en la edad adulta, con ciclos bien establecidos y una vez alcanzada la maduración de su sistema genital podrán aprender las reglas de los MRF que entonces les servirán para conocer con precisión los límites del periodo fértil y podrán aplicar este conocimiento junto con la continencia periódica al servicio de su responsable paternidad.

Ocurre actualmente que muchas adolescentes comienzan a usar anticonceptivos sin haberse preocupado por conocer su potencial fertilidad que tal vez se verá afectada. Suponen que son fértiles y toman anticonceptivos para no serlo, para mantener relaciones sexuales al tiempo que impiden o tratan de impedir la concepción, la implantación o la gestación que se podría derivar de sus actos. Lo hacen sin haber adquirido previamente conciencia de su posibilidad de concebir y de gestar un hijo. Sin haber aprendido que, entre regla y regla, todo se prepara de nuevo cada mes, en el interior de su cuerpo, en sí mismas, para hacer posible la vida. Tal vez lo saben como una teoría que sin embargo no han constatado en sí mismas. No se han molestado en reconocer esos signos y anotarlos el tiempo suficiente como para reconocer su propia fertilidad e interiorizarla como parte de sí. No han podido agradecer el don de la fecundidad porque ni siquiera son conscientes de que lo sea. No han reconocido la fecundidad como un don, como un valor que poseen y que merece ser guardado, valorado y agradecido por ella misma y por los demás. Pero enseñando a reconocer la fertilidad, podemos convertir estos «no» en los «si» correspondientes.

Muchas mujeres acuden al ginecólogo cuando están a punto de casarse para saber si todo está bien, pero pocas saben que esto pueden saberlo desde mucho antes y mucho mejor aunque por supuesto sigan acudiendo al ginecólogo en los momentos oportunos. Se puede conocer, mediante los MRF de uso clínico (ecografía vaginal, medición sérica de hormonas), lo que está pasando en el ovario y útero, pero la ecografía vaginal o el análisis hormonal se realizan en un día del ciclo, el día que se acude a la revisión ginecológica, y por eso aún siendo signos directos ofrecen poca información en comparación con la anotación diaria del moco cervical y la temperatura basal los cuales,



a pesar de ser signos indirectos, ofrecen un reflejo del ciclo ovárico completo, incluso de varios ciclos seguidos y por tanto una indicación más completa y ajustada a la realidad de la función del sistema genital. Y sobretodo, saberlo desde mucho tiempo antes es mucho mejor en orden a comprenderlo, asimilarlo, valorarlo y agradecerlo sintiéndose depositaria de un valor, que enterarse justo antes de casarse o no saberlo nunca por entender que una persona célibe «no necesita saberlo».

Cuando las niñas tienen su primera menstruación es aún pronto para que anoten estos signos, moco y temperatura, diariamente porque aún no tienen unos ciclos bien establecidos, sólo ovulan de vez en cuando y se trata aún de folículos y cuerpos lúteos insuficientes en la mayoría de los ciclos. Sin embargo, su madre les puede explicar incluso antes de la primera menstruación, y tal vez al explicarles sobre la misma, que observarán de vez en cuando algo de moco cervical y que a medida que sus ciclos sean más estables lo podrán observar con una pauta concreta que significa el acontecer de los procesos relacionados con el ciclo ovárico los cuales tendrán lugar regularmente en su seno. En la mayoría de los casos, a partir de los 16 años, las chicas pueden aprender a observar y a anotar diariamente, entendiendo el significado de lo anotado, si bien el sistema genital no termina del todo su maduración hasta alrededor de los 20 años.

Toda mujer tiene la oportunidad de decir «hágase» ante la concepción de un hijo sabiendo todo lo que supone la maternidad pues más allá de esa concepción deberá gestar a su hijo durante 9 meses, nutrirle después y educarle con más cercanía, acierto y autoridad que su padre durante los primeros años de vida, ello supone, mucho más que la paternidad, un cambio de vida importante al menos durante unos años. Los varones, adolescentes y jóvenes, no tienen que aprender a observar y a anotar unos signos cíclicos pero conviene que sepan que se dan en la mujer y que entiendan el significado de los mismos así como que aprendan a respetar y a agradecer, desde jovencitos, a la mujer el don de la fecundidad/maternidad. Por otra parte, para los varones, conocer los signos característicos de su potencial fertilidad, los cambios externos de su sistema genital al llegar la pubertad, los morfológicos y los que suponen una reacción a un estímulo, la primera polución nocturna etc. supone reconocer los primeros signos de que todo marcha bien y de que seguramente un día podrán junto con su mujer engendrar un hijo que ella concebirá.

Ambos, la mujer y el varón, con ayuda de este conocimiento pueden pensar en su paternidad antes o al tiempo en que les pueda surgir el plantearse tener relaciones sexuales y este sentido de paternidad adelantado, puede ser una razón de peso para no mantenerlas, al pensar en lo mejor para su hijo y considerar que no sería justo engendrarlo cuando no están ni preparados ni dispuestos a acogerle, otra cosa es la capacidad de continencia que también tiene que ser educada previamente

### **El término «paternidad responsable»**

El término «paternidad responsable» ha sido muy usado en los últimos 50 años, se ha desgastado tanto que ya no está claro su significado, algunos lo unen a la anticoncepción y el apellido (responsable) de este término compuesto (paternidad responsable) lo refieren a limitar el número de hijos por causa de superpoblación (Maltusianismo) y/o por causa de igualdad de la mujer con respecto al varón (teoría de género). El término compuesto empezó a ser muy utilizado en los años 60 y es difícil decir si lo utilizó por primera vez la Iglesia Católica o si fueron los primeros en utilizarlo algunos grupos de presión ideológica.



Hemos realizado una búsqueda somera para tratar de localizar el inicio del uso por parte de la Iglesia y lo hemos localizado por primera vez en la carta encíclica *Humanae Vitae* de Pablo VI, si bien está citado por primera vez en la misma en el número siete<sup>5</sup> y a continuación en el primer párrafo del número diez<sup>6</sup>. Y de la lectura de estos dos puntos de *HV* parece desprenderse que el término era utilizado por otros, católicos o no, si bien era mal empleado y por eso Pablo VI decide definirlo con precisión en el número 10 de *HV*.

Hemos acudido a la constitución apostólica *Gaudium et Spes* en sus puntos 50 y 51 y comprobado que no es citado aún el término «paternidad responsable» si bien se habla de su concepto en estos términos: «Así, los esposos cristianos, confiados en la divina Providencia cultivando el espíritu de sacrificio, glorifican al Creador y tienden a la perfección en Cristo cuando con generosa, humana y cristiana responsabilidad, cumplen su misión procreadora.»<sup>7</sup> y: «Cuando se trata, pues, de conjugar el amor conyugal con la responsable transmisión de la vida, la índole moral de la conducta no depende solamente de la sincera intención y apreciación de los motivos, sino que debe determinarse con criterios objetivos tomados de la naturaleza de la persona y de sus actos, criterios que mantienen íntegro el sentido de la mutua entrega y de la humana procreación, entretejidos con el amor verdadero; esto es imposible sin cultivar sinceramente la virtud de la castidad conyugal.»<sup>8</sup>. Es decir que *GS* nos brinda una doctrina al respecto iluminadora en extremo, pero no se utiliza aún el término que estamos buscando. Tampoco lo hemos encontrado en documentos anteriores de la Iglesia como *Casti Connubii* o *Arcanum Divinae Sapientiae*.

Después de la *HV*, donde quedó muy bien definido el significado de este término, ha sido abundantemente empleado hasta hoy, tanto por los fieles católicos como por grupos promotores de la anticoncepción, dándole cada uno muy distinto significado de forma que actualmente, al menos en nuestro medio, se entiende con demasiada frecuencia unido al *área de la salud reproductiva*, y por ello, a la limitación de los nacimientos mediante la anticoncepción y al aborto. Por eso nos parece que tenemos que tratar de reconocer y contribuir a restituir el verdadero significado de este término. Lo haremos sólo de forma sucinta y debemos decir, antes de intentarlo que, en nuestra opinión, el término ha encontrado su mejor definición y posterior explicación en los documentos de la Iglesia Católica y por eso haremos referencia a ellos. De momento, nos referiremos a unas palabras de Juan Pablo II que servirán para centrar nuestro propósito: «paternidad responsable no significa solo evitar un nuevo nacimiento, sino también hacer crecer la familia según los criterios de la prudencia»<sup>9</sup>.

<sup>5</sup> Pablo VI. Carta encíclica *Humanae Vitae*, n. 7: «Y puesto que, en el tentativo de justificar los métodos artificiales del control de los nacimientos, muchos han apelado a las exigencias del amor conyugal y de una "paternidad responsable", conviene precisar bien el verdadero concepto de estas dos grandes realidades de la vida matrimonial, remitiéndonos sobre todo a cuanto ha declarado, a este respecto, en forma altamente autorizada, el Concilio Vaticano II en la Constitución pastoral *Gaudium et Spes*»

<sup>6</sup> Ibidem, n. 10: «Por ello el amor conyugal exige a los esposos una conciencia de su misión de "paternidad responsable" sobre la que hoy tanto se insiste con razón y que hay que comprender exactamente. Hay que considerarla bajo diversos aspectos legítimos y relacionados entre sí»

<sup>7</sup> Cfr. Constitución apostólica *Gaudium et Spes* del Concilio Vaticano II, n. 50.

<sup>8</sup> Cfr. Ibidem, n. 51.

<sup>9</sup> Cfr. Juan Pablo II. *Hombre y Mujer lo creó*. Ediciones Cristiandad, Madrid 2000. Cat.122, p.636.



Nos parece que si queremos conocer bien el concepto de este término compuesto, lo lógico será tener presente, en primer lugar, la primera parte del término, el nombre, el sustantivo, es decir «paternidad». Creemos que paternidad responsable es sobre todo paternidad, saberse padres y acoger al hijo. Si reconocemos que un hijo debería venir al mundo en una familia fundada por un matrimonio entre un varón y una mujer, habremos de reconocer que los esposos tienen grave responsabilidad procreativa porque el acto conyugal, que es lenguaje propio de ellos, sirve tanto para transmitir un amor total en cuerpo y alma como para engendrar a los hijos, de modo que sus actos conyugales deben expresar un amor incondicional y al mismo tiempo acogedor de la vida. Pero deben saberse padres también todos aquellos quienes se plantean la posibilidad de mantener relaciones sexuales, tengan la edad que tengan y estén o no casados, porque si las mantienen han de saber que pueden engendrar un hijo y la paternidad responsable es la virtud que debería guiarles a no mantenerlas por no estar casados ni ser lenguaje propio de ellos.

Si «paternidad responsable» es sobre todo «paternidad» significará, porque es lo propio de un padre que se precie de serlo, pensar más en el hijo que en él mismo: responsabilizarse como padre, responsabilizarse de sus hijos realizando lo mejor para aquel a quien se puede engendrar en el acto específico para ello, y esto llevará si se está casado a 1) dar al hijo la posibilidad de ser engendrado como fruto del acto conyugal y no permitir que lo produzca o manipule alguien que no es su padre en el momento de su generación y 2) cuando se entiende que por causa justa hay que posponer el embarazo, hacerlo también con el acto específico del amor conyugal y de la procreación: absteniéndose del mismo o bien realizándolo sólo durante periodo infértil del ciclo y con voluntad de acogerlo si fuera engendrado. Si no se está casado, actuar como un padre responsable será abstenerse de las relaciones sexuales hasta casarse confiando en que la capacidad de continencia es un valor y necesaria para poder amar bien cuando se case y en cualquier estado de vida.

Consideramos que la vocación a la paternidad biológica y/o espiritual es la principal de la persona humana porque la fecundidad está absolutamente unida al amor de entrega y acogida verdadera sin el cual la vida del hombre no tiene sentido ni posibilidad de felicidad. Por eso, el mejor piropo que podemos decir a una mujer adulta es «eres una madre/como una madre» que es lo mismo que decir «has tenido conmigo o con aquel un gesto de entrega generosa y desinteresada/me has o le has acogido/me has o le has enseñado». Y también a un hombre adulto le honra que le digan «eres como un padre/eres un padre». Tal vez se lo podemos aplicar cuando juega con sus hijos o les atiende, cuando ayuda a la madre de sus hijos, cuando se ocupa de su padre, de su madre o de sus padres ancianos, cuando inicia o lidera una empresa profesional con empleados a sus cargo, cuando ejerce como sacerdote, cuando imparte clases en un colegio, instituto o universidad a sus alumnos, cuando ayuda a un indigente o a un discapacitado o cuando realiza con responsabilidad, atención, detalle y afán de servicio a los demás, su quehacer profesional cotidiano sea el que sea. Tanto la mujer como el varón realizan su vocación y se santifican siendo padres, madre y padre, en algún sentido. Para realizar bien esta vocación fundamental hay que aprender y se aprende siendo hijo y siendo servido, constatando que se es amado, y por eso es tan fundamental la familia.

Necesitamos ser amados desde antes de ser engendrados, esperados por nuestros padres, madre y padre, mientras estamos en el vientre de nuestra madre, acogidos después de





nacer, educados, perdonados etc. Necesitamos que nos enseñen los asuntos de la fe y de la vida y en definitiva aprender de la generosidad de quienes nos sirven sin esperar nada a cambio, de aquellos que nos enseñan la tarea de paternidad y ante todo nos dan la posibilidad de nacer.

Pero ciñéndonos a la paternidad biológica, que no nos gusta llamarla así porque no es sólo biológica, la mayoría estaremos de acuerdo en que para transmitir la vida a un hijo, así como para educarlo, hacen falta una madre y un padre, un hijo necesita tanto a su madre como a su padre y, por eso, nos gustaría definir la paternidad responsable como «co-rresponsabilidad en la realización del acto conyugal reconociéndolo el lugar de la procreación: como abrazo de amor incondicional acogedor de la vida» y entendemos que se precisa una co-educación de los cónyuges para poder realizarlo con respeto y conocimiento de su entero significado de modo que sean buenos padres de sus hijos desde antes de concebirlos y en su concepción porque 1) custodian que sean engendrados sólo por ellos y sólo a través de su acto conyugal, nunca fuera del mismo, y 2) porque posponen el embarazo, cuando por motivos justos lo consideran necesario, realizando los actos conyugales sólo en los periodos del ciclo que han acordado de mutuo acuerdo, pero no manipulando el acto conyugal al impedir en el mismo la fecundación. No convirtiendo nunca el acto conyugal en un acto que impide la concepción, la implantación o la gestación del hijo cuando en realidad debería ser un abrazo conyugal acogedor del cónyuge y del hijo: un amor incondicional acogedor de la vida.

Así pues, los padres verdaderamente responsables son aquellos que poseen y practican la «paternidad responsable» como virtud fundamental propia del matrimonio de diversas maneras. No usando nunca anticonceptivos porque saben que si practican el acto conyugal realizando al mismo tiempo una acción anticonceptiva para y sólo para hacer imposible que surja la vida de ese acto sexual conyugal concreto ya no sería un abrazo conyugal de amor verdadero acogedor de la vida, sino repeledor de su hijo. No permitiendo que un hijo suyo surja a la vida fuera de uno de sus actos conyugales, nunca por la intervención de alguien que no es su padre, nunca producido en un laboratorio, porque ellos saben que, en el momento de la concepción, nadie puede tratar mejor que ellos a su hijo, saben que sólo su acto sexual conyugal, realizado con amor incondicional abierto a la vida, es el lugar adecuado para la procreación.

### **Otros términos que podemos cuidar al trabajar en el área del reconocimiento de la fertilidad**

En el I Congreso Internacional en Reconocimiento de la Fertilidad manifestamos que no convenía utilizar el término natural al referirnos a los MRF, que era mejor decir MRF que MNRF. Expresamos que tampoco convenía hablar de «anticonceptivos artificiales» sino simplemente de «anticonceptivos/contraceptivos», manifestamos que era mejor hablar de MRF que de PFN o RNF<sup>10</sup>. Entonces expresamos que era mejor hablar tanto de MRF como de continencia periódica para evidenciar ambas, y ahora expresamos que tal vez lo mejor es usar al mismo tiempo ambos, es decir referirnos a: «MRF y continencia periódica». Y vamos, en este apartado, a seguir la reflexión en referencia a otros términos.

<sup>10</sup> 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.



Algunos términos que a veces aparecen en libros científicos son menos científicos de lo que parecen, su uso suele responder a alguna ideología. Esto es así cuando en referencia al ciclo ovárico de la mujer, en concreto a las fases o periodos que lo conforman, se emplean términos como «periodo seguro» y «periodo inseguro/peligroso» en lugar de los términos «periodo fértil/de potencial fertilidad» y «periodo infértil», no sólo es poco científico sino que además induce a considerar la potencial fertilidad como un peligro o un riesgo en lugar de un signo de salud y un valor<sup>11</sup>.

En los libros que tratan del aprendizaje de los MRF y continencia periódica, así como en libros o manuales de educación de la sexualidad también podemos cuidar más seguramente la terminología que utilizamos. Nosotros creemos que es mejor hablar de «eficacia de los MRF» que hablar por ejemplo de «seguridad de los MRF» por los motivos ya mencionados. Además, mejor hablar de «posibilidad de embarazo» que de «riesgo de embarazo» y mejor referirnos a «embarazo prematuro» que a «embarazo no deseado».

Proponemos utilizar el término «procreación» en lugar del término «reproducción» porque el segundo equipara de algún modo la reproducción animal con la humana y ello contribuye por ejemplo a que se normalice el uso de las técnicas de fecundación artificial en humanos. Pero la FIV está bien para los animales, si se producen los embriones animales en un laboratorio y se congelan o destruye no pasa nada, lo mismo la clonación por ejemplo o la inseminación, para los animales está bien, pero la dignidad del ser humano es tal que sólo es adecuada su concepción como fruto del acto conyugal, no es lo mismo. Por el mismo motivo, es mejor referirse a «fecundación/concepción» que a «fertilización» y mejor hablar de «sistema genital femenino/masculino» en lugar de referirnos al mismo como «aparato reproductor femenino/masculino».

Desaconsejamos la utilización del término «óvulo fecundado» en referencia al embrión humano, el término adecuado será siempre «embrión» y ello desde el primer instante de la vida humana. A pesar de que en la mayoría de los libros de medicina actuales se cita como óvulo fecundado, lo cierto es que es más científico hablar de «embrión» porque, según la ciencia, después de la fecundación ya no se trata de un simple ovulo, aunque haya terminado su maduración en ese momento adquiriendo ese nombre por un instante, sino de un embrión a punto de iniciar las primeras divisiones embrionarias o iniciándolas.

---

<sup>11</sup> María Xiaojung Dong. *El análisis de la HV y desde este marco breve revisión de la historia, eficacia y enseñanza de los MRF*. Trabajo del Master en ciencias del matrimonio y de la familia PIJPII-UCV. Valencia 06/01/2010, p. 58: la autora explica que en el manual de ginecología y obstetricia de la facultad de medicina de la universidad china donde cursó sus estudios de medicina y en revistas científicas de acceso en su país se recogen los términos «periodo seguro/peligroso».

Esta publicación es editada por:

INSTITUTO VALENCIANO DE FERTILIDAD, SEXUALIDAD Y  
RELACIONES FAMILIARES (IVAF)

Calle Joaquín Costa, 24  
46005 - Valencia  
España  
[www.ivaf.org](http://www.ivaf.org)



INSTITUTO VALENCIANO DE  
FERTILIDAD, SEXUALIDAD Y  
RELACIONES FAMILIARES